



**FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN KUSTA
(STUDI KASUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNEM DAN
PUSKESMAS SARANG KABUPATEN REMBANG TAHUN 2011)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

PERPUSTAKAAN
UNNES

Yessita Yuniarasari

NIM. 6450408042

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN

2013

ABSTRAK

Yessita Yuniarasari.

Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011),

xiv + 93 halaman + 26 tabel + 2 gambar + 19 lampiran

Penyakit kusta merupakan penyakit kronik yang masih menjadi masalah di negara berkembang. Kabupaten Rembang merupakan daerah endemik tinggi kusta. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara faktor risiko dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kasus kontrol. Populasi penelitian adalah penderita kusta yang tercatat dalam rekam medis puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Tahun 2011. Sampel penelitian yaitu 36 kasus dan 36 kontrol. Instrumen penelitian berupa kuesioner, *thermohygrometer*, dan rollmeter. Analisis data menggunakan uji *chi square*.

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan ($p=0,026$, $OR=4,343$); personal hygiene ($p=0,012$, $OR=5,333$); jenis pekerjaan ($p=0,001$, $OR=11,400$) dan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ($p=0,160$) lama kontak ($p=0,703$); suhu kamar tidur ($p=1,000$); umur ($p=0,522$); jarak rumah ($p=0,577$); jenis kelamin ($p=0,779$) dengan kejadian kusta.

Saran untuk Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang sebaiknya diberikan penyuluhan yang lebih menyeluruh dan berkelanjutan kepada masyarakat dalam upaya peningkatan pengetahuan mengenai kusta. Untuk masyarakat sebaiknya mengikuti penyuluhan tentang kusta dan dapat berperan serta dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kusta.

Kata Kunci: Kusta, Tingkat Pengetahuan, Personal Hygiene, Jenis Pekerjaan
Kepustakaan: 32 (1981-2012)

ABSTRACT

Yessita Yuniarasari.

Risk Factors that related to leprosy incidence (A Case Study at the working area of Public health centers of Gunem and Sarang Rembang in 2011),
xiv + 93 pages + 26 tables + 2 figures + 19 appendices

Leprosy is a chronic disease that is still be a problem in development countries. Rembang is a high endemic area of leprosy. The purpose of this study was to determine Risk Factors that related to leprosy incidence in the working area of public health centers of Gunem and Sarang Rembang District in 2011.

This research method is a case-control study. The study population was patients with leprosy were recorded in the medical record in Gunem and Sarang Public health centers Year 2011. The research samples are 36 cases and 36 controls. Research instruments such as questionnaires, *thermohygrometer* and *rollmeter*. Data analyze using chi square test.

The results of the study is there are relationship between the level of knowledge ($p = 0.026$, OR = 4.343), personal hygiene ($p = 0.012$, OR = 5.333), type of work ($p = 0.001$, OR = 11.400) and no association between the level of education ($p = 0.160$), duration of contact ($p = 0.703$); bedroom temperature ($p = 1.000$), age ($p = 0.522$); distance ($p = 0.577$), sex ($p = 0,799$) and the incidence of leprosy.

The suggestions for Gunem and Sarang Public health center are to do comprehensive and sustainable counseling for community in an effort to increase knowledge about leprosy. For society should be following education about leprosy and participate in the prevention and control of leprosy.

Key words: Leprosy, Level of Knowledge, Personal Hygiene, Type of Work

References: 32 (1981-2012)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Yessita Yuniarasari NIM. 6450408042 dengan judul **“Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011)”**.

Pada hari : Rabu

Tanggal : 27 Februari 2013

Ketua,

Panitia Ujian:

Sekretaris,

Drs. H. Harry Pramono, M.Si.
NIP. 19591019.198503.1.001

Sofwan Indarjo, SKM, M.Kes.
NIP. 19760719.200812.1.002

Dewan Penguji:

Tanggal

Ketua,

dr. Arulita Ika F., M. Kes (Epid).
NIP. 19740202.200112.2.001

Anggota,
(Pembimbing Utama)

Eram Tunggal P., S.KM., M.Kes.
NIP. 19740928.200312.1.001

Anggota,
(Pembimbing Pendamping)

Galuh Nita P., S.KM., M.Si.
NIP. 19800613.200812.2.002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. Raihlah ilmu, dan untuk meraih ilmu belajarlah untuk tenang dan sabar (Imam Al Ghazali).
2. Keberhasilan adalah kemampuan untuk melewati dan mengatasi dari satu kegagalan ke kegagalan berikutnya tanpa kehilangan semangat (Winston Churchill).



PERSEMBAHAN

1. Skripsi ini saya persembahkan untuk Ayah (Suwarsito) dan Ibu (Sunarsih) yang selalu memberikan do'a, semangat dan kepercayaan demi keberhasilanku.
2. Rudiyanto yang selalu memberikan do'a, semangat dan motivasi.
3. Almamaterku Unnes.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah dan karunia-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011)”** dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai penyelesaian skripsi ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. H. Harry Pramono, M.Si, atas persetujuan penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Dr. dr. Hj. Oktia Woro K.H., M.Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing I, Bapak Eram Tunggul Pawenang, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II, Ibu Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si, atas bimbingan, arahan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen serta Staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bekal ilmu, bimbingan dan bantuannya.

6. Kasi Poldagri dan Hal Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat, Kabupaten Rembang, Bapak Sugiharto, S.H., atas ijin penelitian.
7. Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, Bapak Drs. Supriyo Utomo., atas ijin penelitian.
8. Kepala Puskesmas Gunem, Bapak dr. Nur Khotib, atas ijin penelitian.
9. Kepala Puskesmas Sarang, Bapak dr. Ahmad Fuadi, atas ijin penelitian.
10. Ayah (Suwarsito) dan Ibu (Sunarsih), atas do'a, motivasi baik moril maupun materiil sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
11. Adikku (Dinar dan Diandra), atas do'a dan semangat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Sahabatku (Intan, Rizza, Irkhas, Arif, Cipto, Fiyan, Pak suk, Randy, Andika, Kris, Oon), atas bantuan, do'a, semangat, dan motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
13. Teman "Kos Tri Sanja" (Tipluk, Mpix, mbak Cinok, Novi, Erlina, Hana, mbak Mega, mbak T), atas masukan dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
14. Teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2008, atas masukan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas masukannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat.

Semarang, Februari 2013

Penyusun



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PENGESAHAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	6
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	8
1.4.1 Bagi Penulis	8
1.4.2 Bagi Instansi Terkait	8

1.5	Keaslian Penelitian	9
1.6	Ruang Lingkup Penelitian	11
1.6.1	Ruang Lingkup Tempat	11
1.6.2	Ruang Lingkup Waktu	11
1.6.3	Ruang Lingkup Keilmuan	11

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1	Landasan Teori	12
2.1.1	Pengertian Kusta	12
2.1.2	Etiologi	12
2.1.3	Cara Penularan.....	13
2.1.4	Epidemiologi.....	15
2.1.5	Patogenesis	17
2.1.6	Diagnosis	18
2.1.7	Klasifikasi.....	20
2.1.8	Pemeriksaan Klinis	23
2.1.9	Pengobatan.....	28
2.1.10	Pencegahan	34
2.1.11	Reaksi Kusta	36
2.1.12	Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta	41
2.2	KERANGKA TEORI	48

BAB III METODE PENELITIAN

3.1	Kerangka Konsep.....	49
3.2	Hipotesis Penelitian	50

3.3	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	51
3.4	Variabel Penelitian.....	51
3.4.1	Variabel Bebas	52
3.4.2	Variabel Terikat.....	52
3.5	Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	52
3.6	Populasi dan Sampel.....	55
3.6.1	Populasi.....	55
3.6.2	Sampel Penelitian.....	56
3.7	Sumber Data Penelitian	60
3.7.1	Data Primer	60
3.7.2	Data Sekunder.....	60
3.8	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	60
3.8.1	Instrumen Penelitian	60
3.8.2	Validitas dan Reliabilitas	61
3.8.2	Teknik Pengambilan Data.....	63
3.9	Prosedur Penelitian	64
3.9.1	Tahap Awal.....	64
3.9.2	Tahap Penelitian	64
3.9.3	Akhir Penelitian	64
3.10	Teknik Analisis Data	65
3.10.1	Teknik Pengolahan Data	65
3.10.2	Teknik Analisis Data	65

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	68
4.2	Hasil Penelitian	68
4.2.1	Deskripsi Responden	68
4.2.2	Analisis Univariat	70
4.2.3	Analisis Bivariat	74
4.3	Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat	82

BAB V PEMBAHASAN

5.1	Pembahasan	84
5.2	Hambatan dan Kelemahan Penelitian	91

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1	Simpulan	92
6.2	Saran	92

DAFTAR PUSTAKA	94
-----------------------------	-----------

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1: Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2.1: Klasifikasi/Tipe Penyakit Kusta Menurut WHO	21
Tabel 2.2: Klasifikasi Penyakit Kusta	22
Tabel 2.3: Tipe PB	31
Tabel 2.4: Tipe MB	32
Tabel 2.5: Tingkat Cacat Kusta	39
Tabel 3.1: Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	52
Tabel 3.2: Tabel 2x2 Penentuan OR	66
Tabel 4.1: Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin	69
Tabel 4.2: Distribusi Responden menurut Mata Pencaharian	69
Tabel 4.3: Distribusi Tingkat Pendidikan	70
Tabel 4.4: Distribusi Tingkat Pengetahuan.....	70
Tabel 4.5: Distribusi Personal Hygiene.....	71
Tabel 4.6: Distribusi Lama Kontak	71
Tabel 4.7: Distribusi Suhu Kamar Tidur	72
Tabel 4.8: Distribusi Umur.....	72
Tabel 4.9: Distribusi Jenis Pekerjaan	73
Tabel 4.10: Distribusi Jarak Rumah.....	73
Tabel 4.11: Distribusi Jenis Kelamin	74
Tabel 4.12: Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta	74
Tabel 4.13: Tabulasi Silang Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta	75

Tabel 4.14: Tabulasi Silang Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta	76
Tabel 4.15: Tabulasi Silang Lama Kontak dengan Kejadian Kusta	77
Tabel 4.16: Tabulasi Silang Suhu Kamar Tidur dengan Kejadian Kusta	78
Tabel 4.17: Tabulasi Silang Umur dengan Kejadian Kusta	79
Tabel 4.18: Tabulasi Silang Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta	80
Tabel 4.19: Tabulasi Silang Jarak Rumah dengan Kejadian Kusta	81
Tabel 4.20: Tabulasi Silang Jenis Kelamin dengan Kejadian Kusta	82
Tabel 4.21: Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji <i>Chi Square</i>	83



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.2: Kerangka Teori.....	48
Gambar 3.1: Kerangka Konsep	49



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Kuesioner Penelitian	97
2. Daftar Responden Kasus	101
3. Daftar Responden Kontrol	102
4. Data Tingkat Pendidikan	103
5. Data Personal Hygiene	105
6. Data Lama Kontak	107
7. Data Suhu Kamar Tidur	109
8. Data Umur	111
9. Data Jenis Pekerjaan	113
10. Data Jarak Rumah	115
11. Data Jenis Kelamin	117
12. Data Tingkat Pengetahuan	119
13. Hasil Uji <i>Chi Square</i>	121
14. Surat Penetapan Dosen Pembimbing	130
15. Surat Ijin Penelitian Fakultas	131
16. Surat Peminjaman Alat Penelian	132
17. Surat Permohonan Ijin Penelitian Kesbangpolinmas.....	133
18. Surat Permohonan Ijin Dinas Kesehatan	134
19. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	135
20. Dokumentasi Penelitian	136

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit kusta merupakan penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*). Pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis. 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 ekonomi pada masyarakat (Marwali Harahap, 2000:260; Depkes RI, 2007:1).

Berdasarkan penelitian Zulkifli (2003) dampak sosial terhadap penyakit kusta ini sedemikian besarnya, sehingga menimbulkan keresahan yang sangat mendalam. Tidak hanya pada penderita sendiri, tetapi pada keluarganya, masyarakat dan negara. Hal ini yang mendasari konsep perilaku penerimaan penderita terhadap penyakitnya, dimana untuk kondisi ini penderita masih banyak menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Akibat anggapan yang salah ini penderita kusta merasa putus asa sehingga tidak tekun berobat. Hal ini dapat dibuktikan dengan kenyataan bahwa penyakit mempunyai kedudukan yang khusus diantara penyakit-penyakit lain. Hal ini disebabkan karena adanya leprophobia (rasa takut yang berlebihan terhadap

kusta). Leprophobia ini timbul karena pengertian penyebab penyakit kusta yang salah dan cacat yang ditimbulkan sangat menakutkan. Dari sudut pengalaman nilai budaya sehubungan dengan upaya pengendalian leprophobia yang bermanifestasi sebagai rasa jijik dan takut pada penderita kusta tanpa alasan yang rasional.

Masalah epidemiologi masih belum terpecahkan, cara penularan belum diketahui pasti hanya berdasarkan anggapan klasik yaitu melalui kontak langsung antar kulit yang lama dan erat. Anggapan kedua ialah secara inhalasi, sebab *M. leprae* masih dapat hidup beberapa hari dalam droplet. Masa tunasnya sangat bervariasi, antara 40 hari sampai 40 tahun, rata-rata 3-5 tahun. Kusta bukan penyakit keturunan. Kuman dapat ditemukan di kulit, folikel rambut, kelenjar keringat dan air susu ibu, jarang didapat dalam urin. Sputum dapat banyak mengandung *M. leprae* yang berasal dari traktus respiratorius atas. Tempat implantasi tidak selalu menjadi tempat lesi pertama. Penelitian Enis Gancar menyebutkan bahwa *M. leprae* mampu hidup di luar tubuh manusia dan dapat ditemukan pada tanah atau debu di sekitar lingkungan rumah penderita. (Adhi Djuanda, 2007:73; Enis Gancar, 2009).

Adanya distribusi lesi yang secara klinik predominan pada kulit, mukosa hidung, dan saraf perifer superfisial menunjukkan pertumbuhan basil ini cenderung menyukai temperatur kurang dari 37°C. Bagian tubuh yang dingin seperti saluran pernafasan, testis, ruang anterior mata, dan kulit terutama cuping telinga, serta jari, merupakan tempat yang biasa diserang. Saraf perifer yang terkena, terutama yang superfisial, dan bagian kulit yang dingin cenderung paling

banyak mengalami anestesi. Bagian tubuh yang dingin merupakan tempat predileksi tidak hanya karena pertumbuhan optimal *M. leprae* pada temperatur rendah, tetapi mungkin juga oleh karena rendahnya temperatur dapat mengurangi respons imunologis. Di luar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kuman kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari sedangkan pertumbuhan optimal kuman kusta pada tikus pada suhu 27⁰-30⁰ C (Marwali Harahap, 2000:262; Depkes RI, 2007:9).

Belum diketahui secara pasti bagaimana cara penularan penyakit kusta. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan penderita. Penyakit ini dapat mengenai semua umur. Pada keadaan epidemi, penyebaran hampir sama pada semua umur. Namun yang terbanyak adalah pada umur produktif (Marwali Harahap, 2000:261; Depkes RI, 2007:8-10).

Kusta menyebar luas ke seluruh dunia, dengan sebagian besar kasus terdapat di daerah tropis dan subtropis, tetapi dengan adanya perpindahan penduduk maka penyakit ini bisa menyerang dimana saja. *World Health Organization* (WHO) mencatat awal tahun 2011 dilaporkan prevalensi kusta di seluruh dunia sebesar 192.246 kasus. Dari jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia Tenggara sebanyak 113.750, diikuti regional amerika sebanyak 33.953, regional afrika sebanyak 27.111, dan sisanya berada di regional lain di dunia. (Depkes RI, 2007: 5; WHO, 2011:390).

World Health Organization (WHO) melaporkan penemuan penderita baru pada 17 negara \geq 1000 kasus Indonesia menduduki peringkat ketiga dengan jumlah kasus 17.682 setelah India dan Brazil dengan prevalensi kusta hingga

akhir trimester awal tahun 2011 sebesar 19.785. Di Indonesia penderita kusta terdapat hampir diseluruh daerah dengan penyebaran yang tidak merata. Penderita kusta 90% tinggal diantara keluarga mereka dan hanya beberapa persen saja yang tinggal dirumah sakit kusta, koloni penampungan atau perkampungan kusta (WHO, 2011:391-397; Hiswani, 2001).

Pada tahun 1991 *World Health Assembly* (WHA) telah mengeluarkan suatu resolusi yaitu eliminasi kusta tahun 2000, sehingga penyakit kusta tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Indonesia sudah mencapai eliminasi pada tahun 2000, namun demikian berdasarkan data yang dilaporkan jumlah penderita baru sampai saat ini tidak menunjukkan adanya penurunan yang bermakna. Pengendalian penyebaran kasus kusta pada kondisi eliminasi indikator secara nasional angka kesakitan kusta atau prevalensi mencapai kurang dari 1/10.000 penduduk dengan penemuan kasus baru kurang dari 5/100.000 penduduk (Depkes RI, 2007: 13).

Pada tahun 2010 Jawa Tengah menduduki urutan ketiga dengan 1.740 kasus kusta setelah Jawa Timur sebanyak 4. 653 kasus dan Jawa Barat dengan 1.749 kasus dan di tahun 2011 Jawa Tengah mengalami peningkatan sebesar 2026 kasus. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang tahun 2011, selama tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa prevalensi kusta mengalami peningkatan. Tahun 2009 diketahui terdapat 1,10 per 10.000 penduduk dan terus mengalami peningkatan pada tahun 2010 sebanyak 2,01 per 10.000 penduduk serta pada tahun 2011 sebesar 2,20 per 10.000 penduduk dengan penemuan penderita baru (CDR) 17,46 per 100.000 penduduk. Wilayah kerja puskesmas Gunem dan

puskesmas Sarang merupakan dua daerah dengan prevalensi tertinggi di kabupaten Rembang yaitu 8,02 dan 6,17 per 10.000 penduduk. Penemuan penderita baru (CDR) tertinggi terdapat pada wilayah kerja puskesmas Sarang yakni 50,63 per 100.000 penduduk. Tingginya proporsi anak diantara penderita baru sebesar 28%, proporsi MB sebesar 63%. Penemuan penderita baru (CDR) yang terdapat pada wilayah kerja puskesmas Gunem yakni sebesar 40,11 dan proporsi anak sebesar 10%, proporsi MB 100% sedangkan pemerintah mencanangkan proporsi anak < 5%. (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2010 dan 2011:20; DKK Rembang, 2009-2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Yudied AM (2007) tentang kajian pengendalian potensial faktor risiko penularan penyakit kusta dan intervensinya di Puskesmas Pragaan Kabupaten Sumenep, menyatakan bahwa faktor risiko lingkungan yang berpengaruh yaitu kondisi sanitasi yang kurang baik meliputi fasilitas sanitasi yang jelek, kebiasaan masyarakat tidur bersama-sama, pakai pakaian bergatian, handuk mandi secara bergatian dan BAB di kebun juga dapat memicu terjadinya penularan berbagai macam penyakit yang tidak menutup kemungkinan penyakit kusta.

Atas dasar inilah penulis tertarik untuk mengambil judul “Faktor Risiko yang berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011)”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang diatas, dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Adakah hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
2. Adakah hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
3. Adakah hubungan personal hygiene dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
4. Adakah hubungan lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
5. Adakah hubungan suhu kamar tidur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
6. Adakah hubungan umur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
7. Adakah hubungan jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
8. Adakah hubungan jarak rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
9. Adakah hubungan jenis kelamin dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
2. Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang ?
3. Untuk mengetahui hubungan personal hygiene dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
4. Untuk mengetahui hubungan lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
5. Untuk mengetahui hubungan suhu kamar tidur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
6. Untuk mengetahui hubungan umur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.

7. Untuk mengetahui hubungan jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
8. Untuk mengetahui hubungan jarak rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang
9. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat, antara lain :

1.4.1 Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan wawasan peneliti mengenai bagaimana Faktor Risiko berhubungan dengan Kejadian Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang.

1.4.2 Bagi Instansi Terkait

Menambah bahan masukan dan informasi bagi pemerintah kabupaten / kota setempat maupun pihak-pihak yang terkait untuk menentukan rencana upaya penanggulangan kusta di Kabupaten Rembang khususnya wilayah kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Penelitian-Penelitian yang Relevan dengan Peneletian ini

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan tempat penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Efektivitas Metode Pemeriksaan Kontak oleh Kader Kesehatan terhadap Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010	Fany Nur Fiana	2010, Kecamatan Sarang kabupaten Rembang	Pra-eksperimen dengan one group pretest-postest design	Variabel bebas: Metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan terikat: Jumlah penemuan penderita kusta baru	Terdapat hubungan antara metode pemeriksaan kontak oleh kader kesehatan dengan jumlah penemuan penderita kusta baru
2	Analisis Faktor Risiko Kejadian Kusta (Studi Kasus di Rumah Sakit Kusta Donorejo Jepara) Tahun 2008	Maria Christiana	2008, Jepara	Survey analitik dengan rancangan kasus kontrol	Variabel bebas: 1. Umur 2. Jenis Kelamin 3. Riwayat Kontak 4. Lama Kontak 5. Pendidikan 6. Status Sosial Ekonomi 7. Kepadatan Anggota Keluarga 8. Personal Hygiene Variabel terikat: Kecacatan cacat tingkat II	Variabel yang berhubungan dengan kejadian kusta adalah jenis kelamin (OR=2,984), riwayat kontak (OR=2,144), pendidikan (OR=7,405), status ekonomi (OR=3,567), kepadatan hunian (OR=3,405), personal hygiene (OR=4,214).
3	Kajian	Yudied	2007,	Penelitian	Variabel	Variabel yang

Pengendalian Potensial Faktor Risiko Penularan Penyakit Kusta dan Intervensinya di Puskesmas Pragaan Kabupaten Sumenep, Tahun 2007	AM	Kabupaten Sumenep	observasional analitik dengan pendekatan cross sectional.	bebas: 1. Lokasi Desa 2. Usia 3. Jenis Kelamin 4. Pekerjaan 5. Jumlah Keluarga 6. Pengetahuan tentang Penyakit 7. Keikutan Penyuluhan 8. Penularan Kusta 9. Kebiasaan Tidur 10. Kondisi Lingkungan 11. Gizi dan Ekonomi 12. Hygiene Perorangan 13. Dukungan tentang Penyembuh an 14. Pendidikan 15. Pemeriksaa n tanah dan air	berhubungan dengan kejadian kusta adalah 1. Usia 2. Penularan kusta 3. Kondisi Lingkungan 4. Kebiasaan Tidur. 5. Hygiene Perorangan
---	----	----------------------	--	--	---

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Pada penelitian ini terdapat penambahan variabel bebas, sebagai berikut jenis pekerjaan dan jarak rumah.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan desember tahun 2012

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Dalam penelitian ini ruang lingkup materi yang dikaji berkaitan dengan epidemiologi penyakit menular dan lebih menekankan pada faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Pengertian Kusta

Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik, dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat intraselular obligat. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorus bagian atas, kemudian dapat ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Adhi Djuanda, 2007: 73).

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) yang pertama kali menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Marwali Harahap, 2000: 260).

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycobacterium leprae* dimana untuk pertama kali ditemukan oleh G. H. Armeur Hansen pada tahun 1873. *M. leprae* hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (Schwan Cell) dan sel dari sistem retikulo endotelial. Waktu pembelahan sangat lama, yaitu 2-3 minggu. Di luar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kuman kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari (Depkes RI, 2007: 9).

M. leprae secara morfologik, berbentuk pleomorf lurus, batang panjang, sisi paralel dengan kedua ujung bulat, ukuran 0,3-0,5 x 1-8 mikron. Basil ini berbentuk batang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar atau dalam berbagai ukuran bentuk kelompok, termasuk masa ireguler besar yang disebut sebagai globi. Pengamatan menggunakan mikroskop elektron, tampak, *M. leprae* mempunyai dinding yang terdiri dari 2 lapisan, yakni lapisan peptidoglikan padat pada bagian dalam dan lapisan transparan lipopolisakarida dan kompleks protein-lipopolisakarida pada bagian luar. Dinding polisakarida ini adalah suatu arabino-galaktan yang diesterifikasi oleh asam mikolik dengan ketebalan 20 nm. Tampaknya peptidoglikan ini mempunyai sifat spesifik pada *M. lepra*, yaitu adanya asam amino glisin, sedangkan pada bakteri lain mengandung alanin (Marwali Harahap, 2000: 261).

2.1.3 Cara Penularan

Hanya manusia satu-satunya sampai saat ini yang dianggap sebagai sumber penularan, walaupun kuman kusta dapat hidup pada armadilo, simpanse dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thymus. Mukosa hidung telah lama dikenal sebagai sumber dari kuman. Suatu kerokan hidung dari penderita tipe lepromatous yang tidak diobati menunjukkan jumlah kuman sebesar 10-10. Telah terbukti bahwa saluran nafas bagian atas dari penderita tipe lepromatous merupakan sumber kuman yang terpenting di dalam lingkungan (Depkes RI, 2007: 9).

Kuman kusta mempunyai masa inkubasi selama 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *M. leprae* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh penderita dan masuk ke dalam tubuh orang lain. Belum diketahui secara pasti bagaimana cara penularan penyakit kusta. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan penderita. Penderita yang sudah minum obat sesuai regimen WHO tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain. Tempat masuk kuman kusta ke dalam tubuh pejamu sampai saat ini belum dipastikan. Diperkirakan cara masuknya adalah melalui saluran pernafasan bagian atas dan melalui kontak kulit yang tidak utuh. Hanya sedikit orang yang akan terjangkit kusta setelah kontak dengan penderita, hal ini disebabkan karena adanya imunitas. *M. leprae* termasuk kuman obligat intraselular dan sistem kekebalan yang efektif adalah sistem kekebalan seluler (Depkes RI, 2007: 9).

Setelah *M. leprae* masuk ke dalam tubuh, perkembangan penyakit kusta bergantung pada kerentanan seseorang. Respons tubuh setelah masa tunas dilampaui tergantung pada derajat sistem imunitas selular (*cellular mediated immune*) pasien. Kalau sistem imunitas selular tinggi, penyakit berkembang ke arah tuberkuloid dan bila rendah, berkembang ke arah lepromatosa. *M. leprae* berpredileksi di daerah-daerah yang relatif lebih dingin, yaitu daerah akril dengan vaskularisasi yang sedikit (Arif Mansjoer, 2000: 66).

Derajat penyakit tidak selalu sebanding dengan derajat infeksi karena respons imun pada tiap pasien berbeda. Gejala klinis lebih sebanding dengan

tingkat reaksi selular daripada intensitas infeksi, oleh karena itu penyakit kusta dapat disebut sebagai penyakit imunologik (Arif Mansjoer, 2000: 66).

2.1.4 Epidemiologi

Sebenarnya kapan penyakit kusta ini mulai bertumbuh tidak dapat diketahui dengan pasti, tetapi ada yang berpendapat penyakit ini berasal dari Asia Tengah kemudian menyebar ke Mesir, Eropa, Afrika, dan Amerika . Penyebaran penyakit kusta dari suatu tempat ke tempat lain sampai tersebar di seluruh dunia, tampaknya disebabkan oleh perpindahan penduduk yang terinfeksi penyakit tersebut. Masuknya kusta ke pulau-pulau malanesia termasuk indonesia, diperkirakan terbawa oleh orang-orang cina. Distribusi penyakit ini tiap-tiap negara maupun dalam negara sendiri ternyata berbeda-beda (Marwali Harahap, 2000: 260; Adhi Djuanda, 2007: 73).

Kejadian penyakit kusta menunjukkan adanya perbedaan distribusi, dapat dilihat karena faktor geografi. Namun jika diamati dalam satu negara atau wilayah yang sama kondisi lingkungannya ternyata perbedaan distribusi dapat terjadi karena faktor etnik. Kejadian kusta lepramatososa di Myanmar lebih sering terjadi pada etnik Burma dibandingkan dengan etnik India. Situasi di Malaysia juga mengindikasikan hal yang sama, kejadian kusta lepramatososa lebih banyak pada etnik China dibandingkan etnik Melayu atau India (Depkes RI, 2007: 7).

Kapan penyakit ini menjalar ke Indonesia tidak dapat diketahui dengan pasti. Namun dalam buku tentang *Historische Stude Of Leprae* dikatakan bahwa penduduk pertama dari Jawa mungkin berasal dari Hindia muka dan belakang

negeri yang terkenal dengan sarang kusta yang membawa ke pulau Jawa. Dilaporkan juga bahwa orang Tionghoa yang datang berdagang ke negeri kita pasti juga telah membawa penyakit ini ke Indonesia dan dilaporkan dalam buku tersebut bahwa adanya 3 orang penderita kusta yang diasingkan di suatu pulau di muka pelabuhan Jakarta pada tahun 1657 (Marwali Harahap, 2000: 261).

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan adalah patogenesis kuman penyebab, cara penularan, keadaan sosial ekonomi, dan lingkungan varian genetik yang berhubungan dengan kerentanan, perubahan imunitas dan kemungkinan adanya reservoir di luar manusia. Penyakit kusta masa kini lain dengan kusta tempo dulu, tetapi meskipun demikian masih banyak hal-hal yang belum diketahui, sehingga masih merupakan tantangan yang luas bagi para ilmuwan untuk pemecahannya (Adhi Djuanda, 2007:73).

Insidens tinggi pada daerah tropis dan subtropis yang panas dan lembab. Insidens penyakit kusta di Indonesia pada maret 1999 sebesar 1,01 per 10.000 penduduk. Kusta dapat menyerang semua umur, anak-anak lebih rentan daripada orang dewasa. Frekuensi tertinggi pada kelompok dewasa ialah 25-35 tahun, sedangkan pada kelompok anak umur 10-12 tahun (Arif Mansjoer, 2000: 66).

Kusta bukan penyakit keturunan. Kuman dapat ditemukan di kulit, folikel rambut, kelenjar keringat, dan air susu ibu, jarang didapat dalam urin. Sputum dapat banyak mengandung *M. leprae* yang berasal dari traktus respiratorius atas. Tempat implantasi tidak selalu menjadi tempat lesi pertama (Adhi Djuanda, 2007: 73).

Kusta merupakan penyakit yang menyeramkan dan ditakuti oleh karena dapat terjadi urelasi, mutilasi, dan deformitas. Penderita kusta bukan menderita karena penyakitnya saja, tetapi juga karena dikucilkan masyarakat sekitarnya. Hal ini karena kerusakan saraf besar yang ireversibel di wajah dan ekstermitas, motorik dan sensorik, serta dengan adanya kerusakan yang berulang-ulang pada daerah anestetik disertai paralisis dan atrofi otot (Adhi Djuanda, 2007: 74).

2.1.5 Patogenesis

Pada tahun 1960 Shepard berhasil menginokulasikan *M. leprae* pada kaki mencit, dan berkembang biak di sekitar tempat suntikan. Dari berbagai macam spesimen, bentuk lesi maupun negara asal penderita, ternyata tidak ada perbedaan spesies. Agar dapat tumbuh diperlukan jumlah minimum *M. leprae* yang disuntikan kalau melampaui jumlah maksimum tidak berarti meningkatkan perkembangbiakan (Adhi Djuanda, 2000: 74).

Inokulasi pada mencit yang telah diambil timusnya dengan diikuti iradiasi (900 r), sehingga kehilangan respons imun selularnya, akan menghasilkan granuloma penuh basil terutama di bagian tubuh yang relatif dingin, yaitu hidung, cuping telinga, kaki, dan ekor. Basil tersebut selanjutnya dapat diinokulasikan lagi, berarti memenuhi salah satu postulat Koch, meskipun belum seluruhnya dapat dipenuhi (Adhi Djuanda, 2000: 74).

Sebenarnya *M. leprae* mempunyai patogenesis dan daya invasi yang rendah, sebab penderita yang mengandung kuman lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat, bahkan dapat sebaliknya.

Ketidakseimbangan antara derajat penyakit, tidak lain disebabkan oleh respon imun yang berbeda, yang menggugah timbulnya reaksi granuloma setempat atau menyeluruh yang dapat sembuh sendiri atau progresif. Oleh karena itu penyakit kusta dapat disebut sebagai penyakit imunologik. Gejala klinisnya lebih sebanding dengan tingkat reaksi selularnya daripada intensitas infeksi (Adhi Djuanda, 2000: 74).

2.1.6 Diagnosis

Diagnosis penyakit kusta didasarkan gambaran klinis, bakterioskopis, dan histopatologis. Diantara ketiganya, diagnosis secara klinislah yang terpenting dan paling sederhana. Hasil bakterioskopis memerlukan waktu paling sedikit 15-30 menit, sedangkan histopatologik 10-14 hari. Memungkinkan dapat dilakukan tes lepromin (Mitsuda) untuk membantu penentuan tipe, yang hasilnya baru dapat diketahui setelah 3 minggu. Penentuan tipe kusta perlu dilakukan agar dapat menetapkan terapi yang sesuai (Adhi Djuanda, 2007: 75).

Penetapan diagnosis penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda utama atau *Cardinal sign*, yaitu:

1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

Kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erithematous*) yang mati rasa (*anaesthesi*).

2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini bisa berupa:

- a. Gangguan fungsi sensoris : mati rasa
 - b. Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot (*Parese*) atau kelumpuhan (*Paralise*).
 - c. Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak-retak.
3. Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas. Pada dasarnya sebagian besar kasus dapat didiagnosis dengan pemeriksaan klinis. Namun demikian pada kasus yang meragukan dapat dilakukan pemeriksaan kerokan kulit. Apabila hanya ditemukan cardinal sign ke-2 perlu dirujuk kepada wasor atau ahli kusta, jika masih ragu orang tersebut dianggap sebagai kasus yang dicurigai/ suspek (Depkes RI, 2007: 37).

Tanda-tanda tersangka kusta (suspek):

1. Tanda-tanda pada kulit
 - a. Bercak/ kelainan kulit yang merah atau putih di bagian tubuh.
 - b. Kulit mengkilap.
 - c. Bercak yang tidak gatal.
 - d. Adanya bagian-bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut.
 - e. Lepuh tidak nyeri.
2. Tanda-tanda pada saraf
 - a. Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka.
 - b. Gangguan gerak anggota badan atau bagian muka.

- c. Adanya cacat (*deformitas*).
- d. Luka (ulkus) yang tidak mau sembuh.

Tanda-tanda tersebut merupakan tanda-tanda tersangka kusta, jangan digunakan sebagai dasar diagnosis penyakit kusta. Jika diagnosis kusta belum dapat ditegakkan, tindakan yang dapat dilakukan adalah:

1. Pikirkan kemungkinan penyakit kulit lain (seperti panu, kurap, kudis, frambusia).
2. Jika tidak ditemukan adanya mati rasa yang jelas maupun penebalan saraf namun ada tanda-tanda mencurigakan seperti nodul, pembengkakan pada wajah atau cuping telinga, atau infiltrasi pada kulit, perlu dilakukan pemeriksaan apusan kulit (skin smear).
3. Tunggu 3-6 bulan dan periksa kembali adanya mati rasa, jika lesi kulit tersebut benar kusta maka dalam periode tersebut mati rasa harusnya menjadi jelas dan kita dapat memulai MDT. Jika masih meragukan suspek perlu dirujuk.

Pewarnaan dan pemeriksaan dapat dilakukan di Puskesmas yang memiliki tenaga serta fasilitas untuk pemeriksaan BTA (Depkes RI, 2007: 38).

2.1.7 Klasifikasi

Setelah seseorang didiagnosis menderita kusta, maka tahap selanjutnya harus ditetapkan tipe atau klasifikasinya.

1. Dasar klasifikasi

Penyakit kusta dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal yaitu:

- a. Manifestasi klinis, yaitu jumlah lesi kulit, jumlah saraf yang terganggu.
- b. Hasil pemeriksaan bakteriologis, yaitu skin smear basil tahan asam (BTA) positif atau negatif. Pemeriksaan laboratorium hanya dilakukan bila diagnosis meragukan.

2. Tujuan

Klasifikasi/tipe penyakit kusta penting untuk menentukan:

- a. Jenis dan lamanya pengobatan penyakit.
- b. Waktu penderita dinyatakan RFT.
- c. Perencanaan logistik.

3. Jenis klasifikasi

Sebenarnya dikenal banyak jenis klasifikasi penyakit kusta yang cukup menyulitkan, misalnya klasifikasi Madrid, klasifikasi Ridley-Jopling, klasifikasi India dan klasifikasi WHO. Sebagian besar penentuan klasifikasi ini didasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan selular) dan jumlah kuman (Depkes RI, 2007: 43).

Pedoman untuk menentukan klasifikasi/tipe penyakit kusta menurut WHO adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi/Tipe Penyakit Kusta Menurut WHO

Tanda Utama	PB	MB
Bercak kusta	Jumlah 1 s/d 5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi (gangguan fungsi bisa berupa kurang/mati rasa atau kelemahan otot yang dipersarafi	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf

oleh saraf yang bersangkutan)

Sediaan apusan

BTA negatif

BTA positif

Sumber : Depkes RI, 2007: 44

Tanda lain yang dapat dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Klasifikasi Penyakit Kusta

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan	PB	MB
1. Bercak (makula) mati rasa		
a. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
b. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
c. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus, berkilat
d. Batas	Tegas	Kurang tegas
e. kehilangan rasa pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut.
f. Kehilangan kemampuan berkeringat, rambut rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut
2. Infiltrat		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membrana mukosa (hidung tersumbat, perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
c. Ciri-ciri	<i>Central heading</i> (penyembuhan di tengah)	~ Punched out lesion (lesi bentuk seperti

		donat)
		~ Madarosis
		~ Ginekomasti
		~ Hidung pelana
		~ Suara sengau
4. Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5. Deformitas	Terjadi dini	Biasanya simetris, terjadi terlambat

Sumber: Depkes RI, 2007: 44

2.1.8 Pemeriksaan Klinis

2.1.8.1 Pemeriksaan

Untuk memeriksa seseorang yang dicurigai kusta harus dilakukan:

1. Anamnesa
2. Pemeriksaan fisik, yaitu:
 - a. Pemeriksaan kulit
 - b. Pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya

Untuk diagnosis secara lengkap selain pemeriksaan klinis juga dilakukan pemeriksaan tambahan bila ada keraguan dan fasilitas memungkinkan, yaitu:

1. Pemeriksaan bakteriologis
2. Pemeriksaan histopatologis
3. Immunologis

Pemeriksaan tersebut umumnya dilaksanakan oleh para ahli atau untuk keperluan penelitian (Depkes RI, 2007: 47).

Pemeriksaan klinis yang teliti dan lengkap sangat penting dalam menegakkan diagnosis kusta, pemeriksaan tersebut meliputi:

1. Anamnesa

Pada anamnesa ditanyakan secara lengkap mengenai riwayat penyakitnya.

- a. Kapan timbul bercak/keluhan yang ada.
- b. Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai keluhan yang sama.
- c. Riwayat pengobatan sebelumnya.

2. Persiapan pemeriksaan

a. Tempat

Tempat pemeriksaan harus cukup terang, sebaiknya di luar rumah tetapi tidak boleh langsung di bawah sinar matahari.

b. Waktu pemeriksaan

Pemeriksaan diadakan pada siang hari (menggunakan penerangan sinar matahari).

c. Yang diperiksa

Diberikan penjelasan kepada yang akan diperiksa dan keluarganya tentang cara pemeriksaan. Anak-anak cukup memakai celana pendek, sedangkan orang dewasa (laki-laki dan wanita) memakai sarung tanpa baju. Sedapat mungkin seluruh tubuh diperiksa dengan memperhatikan batas-batas kesopanan (Depkes RI, 2007: 47).

3. Pelaksanaan pemeriksaan

a. Pemeriksaan Pandang

Tahap pemeriksaan:

1. Pemeriksaan dimulai dengan orang yang diperiksa berhadapan dengan petugas dan dimulai dari kepala (muka, cuping telinga kiri, pipi kiri, cuping telinga kanan, pipi kanan, hidung, mulut, dagu, leher bagian depan). Penderita diminta untuk memejamkan mata, untuk mengetahui fungsi saraf dimuka. Semua kelainan kulit diperhatikan.
2. Pundak kanan, lengan bagian belakang, tangan, jari-jari tangan (penderita diminta meluruskan tangan ke depan dengan telapak tangan menghadap ke atas), telapak tangan, lengan bagian dalam, ketiak, dada, dan perut ke pundak kiri, lengan kiri dan seterusnya (putarlah penderita pelan-pelan dari sisi yang satu ke sisi yang lainnya untuk melihat sampingnya pada waktu memeriksa dada dan perut).
3. Tungkai kanan bagian luar dari atas ke bawah, bagian dalam dari bawah ke atas, tungkai kiri dengan cara yang sama.
4. Yang diperiksa kini diputar sehingga membelakangi petugas dan pemeriksaan dimulai lagi dari bagian belakang telinga, bagian belakang leher, punggung, pantat, tungkai bagian belakang, dan telapak kaki.
5. Perhatikan setiap bercak (makula), bintil-bintil (nodulus) jaringan perut, kulit yang keriput dan setiap penebalan kulit. Bilamana meragukan, putarlah penderita pelan-pelan dan periksa pada jarak kira-kira setengah meter.

Perhatikan kelainan dan cacat yang terdapat pada tangan dan kaki seperti atrofi, jari kiting, pemendekan jari dan ulkus. Pada pemeriksaan pandang tentukan kelainan kulit yang akan di tes selanjutnya (Depkes RI, 2007: 48).

b. Pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit

Sepotong kapas yang dilancipkan dipakai untuk memeriksa rasa raba. Periksalah dengan ujung dari kapas yang dilancipi secara tegak lurus pada kelainan kulit yang dicurigai. Sebaiknya penderita duduk pada waktu pemeriksaan. Terlebih dahulu petugas menerangkan bahwa bilamana merasa tersentuh bagian tubuhnya dengan kapas, ia harus menunjuk kulit yang disentuh dengan jari telunjuknya, menghitung jumlah sentuhan atau dengan menunjukkan jari tangan ke atas untuk bagian yang sulit dijangkau.

Ini dikerjakan dengan mata terbuka. Bilamana hal ini telah jelas, maka ia diminta menutup matanya, kalau perlu matanya ditutup dengan sepotong kain/ karton. Kelainan-kelainan di kulit diperiksa secara bergantian dengan kulit yang normal disekitarnya untuk mengetahui ada tidaknya anestesi. Anestesi pada telapak tangan dan kaki kurang tepat diperiksa dengan kapas, gunakan ballpoint seperti dijelaskan pada bagian pencegahan cacat.

c. Pemeriksaan saraf

Raba dengan teliti saraf tepi berikut, saraf aurikularis magnus, saraf ulnaris, saraf radialis, saraf medianus, saraf peroneus dan saraf tibialis posterior (petugas harus memperhatikan raut muka penderita

apakah dia kesakitan atau tidak waktu saraf diraba). Kemudian lakukan pemeriksaan terhadap fungsi-fungsi saraf tersebut.

- d. Bila hasil pemeriksaan memenuhi kriteria penyakit kusta maka catat dan gambar kelainan-kelainan yang ditemukan pada kartu penderita, sesuai tanda-tanda yang telah ditentukan jumlahnya, besarnya dan letaknya (Depkes RI, 2007: 49).

2.1.8.2 Perabaan (Palpasi) Saraf

Berikut adalah prosedur umum pemeriksaan perabaan (palpasi saraf):

1. Pemeriksa berhadapan dengan penderita.
2. Perabaan dilakukan dengan tekanan ringan sehingga tidak menyakiti penderita.
3. Pada saat meraba saraf, perhatikan:
 - a. Apakah ada penebalan/pembesaran.
 - b. Apakah saraf kiri dan kanan sama besar atau berbeda.
 - c. Apakah ada nyeri atau tidak pada saraf.

Sewaktu melakukan palpasi saraf lihat juga mimik penderita, apakah ada kesan kesakitan tanpa menanyakan sakit atau tidak. Dari beberapa saraf yang disebutkan, ada tiga saraf yang wajib diraba yaitu saraf ulnaris, peroneus communis dan tibialis posterior (Depkes RI, 2007: 51).

2.1.8.3 Pemeriksaan Fungsi Saraf

Raba dengan teliti saraf tepi berikut : saraf aurikularis magnus, saraf ulnaris, saraf radialis, saraf medianus, saraf peroneus dan saraf tibialis posterior.

Kemudian lakukan pemeriksaan terhadap fungsi saraf-saraf tersebut (Depkes RI, 2007: 54).

2.1.8.4 Pemeriksaan Bakteriologis

Skin smear atau kerokan kulit adalah pemeriksaan sediaan yang diperoleh lewat irisan dan kerokan kecil pada kulit yang kemudian diberi pewarnaan tahan asam untuk melihat *Mycobacterium leprae*. Pemeriksaan ini beberapa tahun terakhir tidak diwajibkan dalam program nasional. Namun demikian menurut penelitian pemeriksaan skin smear banyak berguna untuk mempercepat penegakan diagnosis, karena sekitar 7-10% penderita yang datang dengan lesi PB, merupakan kasus MB yang dini (Depkes RI, 2007: 62).

Pada penderita yang meragukan harus dilakukan pemeriksaan apusan kulit (skin smear). Pemeriksaan ini dilakukan oleh petugas terlatih. Cara pewarnaan dilakukan sama dengan pemeriksaan TBC maka pemeriksaan dapat dilakukan di Puskesmas (PRM) yang memiliki tenaga serta fasilitas untuk pemeriksaan BTA (Depkes RI, 2007: 62).

2.1.9 Pengobatan

Melalui pengobatan, penderita diberikan obat-obat yang dapat membunuh kuman kusta dengan demikian pengobatan akan:

1. Memutuskan mata rantai penularan.
2. Menyembuhkan penyakit penderita
3. Mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan.

Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh dan tanda-tanda penyakit jadi kurang aktif sampai akhirnya hilang. Hancurnya kuman maka sumber penularan dari penderita terutama tipe MB ke orang lain terputus (Depkes RI, 2007: 73).

Penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanya dapat mencegah cacat lebih lanjut. Bila penderita kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi aktif kembali sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan saraf yang dapat memperburuk keadaan. Disinilah pentingnya pengobatan sedini mungkin dan teratur. Selama dalam pengobatan penderita-penderita dapat terus bersekolah atau bekerja seperti biasa (Depkes RI, 2007: 73).

2.1.9.1 Regimen Pengobatan MDT

MDT atau Multidrug Therapy adalah kombinasi dua atau lebih obat anti kusta, yang salah satunya harus terdiri atas Rifampisin sebagai anti kusta yang sifatnya bakterisid kuat dengan obat anti kusta lain yang bisa bersifat bakteriostatik (Depkes RI, 2007: 73).

Multy Drug Therapy (MDT) dapat menyembuhkan kusta dalam beberapa bulan. Jika penderita diobati sedini mungkin segera setelah tanda pertama yang merupakan gejala kusta muncul, kebanyakan penderita tidak akan mengalami masalah serius dan dapat menjalani kehidupannya dengan utuh dan normal. Orang lain tidak akan mengetahui bahwa dirinya pernah menderita kusta (Hugh Cross dan Margaret Mahato, 2006:2).

Berikut ini merupakan kelompok orang-orang yang membutuhkan MDT:

- a. Kasus baru: mereka dengan tanda kusta yang belum pernah mendapat pengobatan MDT.
- b. Ulangan, termasuk didalamnya adalah:
 1. Relaps (kambuh) diobati dengan regimen pengobatan baik PB ataupun MB.
 2. Masuk kembali setelah default adalah penderita yang datang kembali setelah dinyatakan default (baik PB maupun MB).
 3. Pindahan (pindah masuk): harus dilengkapi dengan surat rujukan berisi catatan pengobatan yang telah diterima hingga saat tersebut. Kasus ini hanya membutuhkan sisa pengobatan yang belum lengkap.
 4. Ganti tipe, penderita dengan perubahan klasifikasi.

Regimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai dengan regimen pengobatan yang direkomendasikan oleh WHO regimen tersebut adalah sebagai berikut:

1. Penderita Pauci Baciler (PB)

Dewasa

Pengobatan bulanan: hari pertama (dosis yang diminum di depan petugas)

- a. 2 kapsul Rifampisin @ 300 mg (600 mg)
- b. 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg

Pengobatan harian: hari ke 2-28

- a. 1 tablet dapsone/DDS 100 mg

1 blister untuk 1 bulan

Lama pengobatan: 6 blister diminum selama 6-9 bulan

2. Penderita Multi-Basiler (MB)

Dewasa

Pengobatan bulanan: hari pertama (dosis yang diminum di depan petugas)

- a. 2 kapsul Rifampisin @300 mg (600 mg)
- b. 3 tablet Lampren @100 mg (300 mg)
- c. 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg

Pengobatan harian: hari ke 2-28

- a. 1 tablet Lampren 50 mg
- b. 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg

1 blister untuk 1 bulan

Lama pengobatan: 12 blister diminum selama 12-18 bulan

3. Dosis MDT menurut umur

Bagi dewasa dan anak usia 10-14 tahun tersedia paket dalam bentuk blister.

Dosis anak disesuaikan dengan berat badan.

- a. Rifampisin : 10 mg/kg BB
- b. DDS : 2 mg/kg BB
- c. Clofazimin : 1 mg/kg BB

Sebagai pedoman praktis untuk dosis MDT bagi penderita kusta digunakan bagan sebagai berikut:

Tabel 2.3 Tipe PB

Jenis obat	<5 tahun	5-9	10-14	>15	Keterangan
		tahun	tahun	tahun	
Rifampisin	Berdasarkan berat badan	300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas

	25	50	100	Minum di depan
DDS	mg/bln	mg/bln	mg/bln	petugas
	25	50	100	Minum di rumah
	mg/bln	mg/bln	mg/bln	

Sumber : Depkes RI, 2007: 75

Tabel 2.4 Tipe MB

Jenis obat	<5 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	>15 tahun	Keterangan
Rifampisin		300	450	600	Minum di depan
		mg/bln	mg/bln	mg/bln	petugas
DDS		25	50	100	Minum di depan
		mg/bln	mg/bln	mg/bln	petugas
	Berdasarkan	25	50	100	Minum di rumah
	berat badan	mg/bln	mg/bln	mg/bln	
clofazimin		100	150	300	Minum di depan
		mg/bln	mg/bln	mg/bln	petugas
		50	50	50	Minum di rumah
		2 kali	setiap 2	mg/hari	
		seminggu	hari		

Sumber : Depkes RI, 2007: 75

2.1.9.2 Sediaan dan Sifat Obat

1. DDS (Dapsone)

- a. Singkatan dari Diamino Diphenyl Sulfone
- b. Bentuk obat berupa tablet warna putih dengan takaran 50 mg/tab dan 100 mg/tab
- c. Bersifat bakteriostatik yaitu menghalangi/ menghambat pertumbuhan kuman kusta

d. Dosis dewasa 100 mg/hari, anak 10-14 th 50 mg/hari

2. Lamprene (B663) juga disebut Clofazimine

a. Bentuk kapsul, warna coklat, dengan takaran 50 mg/kapsul dan 100 mg/kapsul

b. Sifat

1) Bakteriostatik yaitu menghambat pertumbuhan kuman kusta, bakterisid lemah

2) Anti reaksi (menekan reaksi sebagai anti inflamasi)

c. Cara pemberian

Secara oral, diminum sesudah makan untuk menghindari gangguan gastrointestinal. Pengobatan reaksi akan diuraikan pada materi reaksi.

3. Rifampicin

a. Bentuk : kapsul atau tablet takaran 150 mg, 300 mg, 450 mg dan 600 mg.

b. Sifat mematikan kuman kusta secara cepat (bakterisid), 99% kuman kusta mati dalam satu kali pemberian.

c. Cara pemberian obat : cara oral, bila diminum setengah jam sebelum makan penyerapan lebih baik.

4. Obat-obat penunjang (vitamin/ Roboransia)

a. Sulfat Ferrosus

Obat tambahan untuk penderita kusta yang anemia berat.

b. Vitamin A

Obat ini digunakan untuk penyehatan kulit yang berisik (*Ichtyosis*)

c. Neurotropik

Penderita dengan keadaan khusus

1. Kehamilan : regimen MDT aman untuk ibu hamil dan anaknya.
2. Tuberkulosis : bila seorang anak menderita tuberculosi (TB) dan kusta, maka pengobatan anti tuberculosi dan MDT dapat diberikan bersamaan dengan dosis untuk tuberculosi.
 - a. Untuk penderita TB yang menderita kusta tipe PB pengobatan kusta cukup ditambahkan dengan DDS 100 mg karena Rifampisin sudah diperoleh dari obat TB. Lama pengobatan tetap sesuai dengan jangka waktu pengobatan PB.
 - b. Untuk penderita TB yang menderita kusta tipe MB pengobatan kusta cukup dengan DDS dan Lampren karena Rifampisin sudah diperoleh dari obat TB. Lama pengobatan tetap disesuaikan dengan jangka waktu pengobatan MB. Catatan : jika pengobatan TB sudah selesai maka pengobatan kusta kembali sesuai blister MDT.
3. Untuk penderita PB yang alergi terhadap DDS, DDS diganti dengan lampren dengan dosis dan jangka waktu pengobatan sama.
4. Untuk penderita MB yang alergi terhadap DDS, pengobatan hanya dengan dua macam obat saja. Rifampisin dan Lampren sesuai dosis dan jangka waktu pengobatan MB (Depkes RI, 2007: 76).

2.1.10 Pencegahan

Kusta merupakan masalah kesehatan masyarakat karena cacatnya. Cacat kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan atau kaki. Semakin panjang waktu penundaan dari saat pertama ditemukan tanda dini hingga

dimulainya pengobatan, makin besar resiko timbulnya kecacatan akibat terjadinya kerusakan saraf yang progresif. Adanya alasan ini maka diagnosis dini dan pengobatan harusnya dapat mencegah terjadinya komplikasi jangka panjang (Depkes RI, 2007: 89).

Penting disadari bahwa kerusakan saraf juga dapat terjadi selama pengobatan, bahkan setelah RFT, resiko ini menurun bertahap setelah 3 tahun berikutnya. Kasus-kasus MB yang pada saat dideteksi sudah mengalami gangguan fungsi saraf akan berpeluang lebih besar mengalami kerusakan saraf dibanding penderita lain, oleh karena itu harus dimonitor lebih seksama. Penemuan dini dan pengobatan MDT tetap merupakan cara terbaik dalam mencegah kecacatan. Namun banyak penderita terlambat didiagnosis sehingga berpeluang lebih besar mengalami kerusakan saraf (Depkes RI, 2007: 89).

Salah satu penyebab terjadinya kerusakan akut fungsi saraf adalah reaksi kusta. Pada reaksi terjadi proses inflamasi akut yang menyebabkan kerusakan saraf. Itulah sebabnya monitoring fungsi saraf secara rutin sangat penting dalam upaya pencegahan dini cacat kusta. Kerusakan saraf yang terjadi kurang dari 6 bulan, bila diobati prednison dengan tepat, tidak akan terjadi kerusakan saraf yang permanen (fungsi saraf masih refersibel). Bila kerusakan saraf ini sudah terlanjur menjadi cacat permanen maka yang dapat dilakukan adalah upaya pencegahan cacat agar tidak bertambah berat (Depkes RI, 2007: 89).

Pemerintah telah mencanangkan beberapa upaya yang diharapkan dapat memutuskan mata rantai penularan penyakit kusta, upaya-upaya tersebut antara lain:

Dilihat dari segi pejamu (host):

1. Pendidikan kesehatan dijalankan dengan cara bagaimana masyarakat dapat hidup secara sehat (hygiene).
2. Perlindungan khusus dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi *Bacillus Calmette Guerin* (BCG), terutama pada orang yang kontak serumah dengan penderita kusta.
3. Periksa secara teratur anggota keluarga dan anggota dekat lainnya untuk tanda-tanda kusta (Depkes RI, 2007: 11).

Dilihat dari segi lingkungan:

1. Sesuaikan luas ruangan rumah dengan penghuninya.
2. Bukalah jendela rumah agar sirkulasi udara serta suhu di dalam ruang tetap terjaga agar terhindar berkembangnya *M. leprae* di dalam rumah (Dinkes Provinsi, 2005: 6).

2.1.11 Reaksi Kusta

Satu karakteristik dari penyakit kusta yang menjadi penyebab terjadinya cacat adalah terjadinya peradangan yang mengenai saraf (neuritis). Reaksi kusta atau reaksi lepra adalah suatu episode dalam perjalanan kronis penyakit kusta yang merupakan suatu reaksi kekebalan (*cellulair respons*) atau reaksi antigen-antibodi (*humoral respons*) dengan akibat merugikan penderita, terutama jika mengenai saraf tepi karena menyebabkan gangguan fungsi/cacat (Depkes RI, 2007: 90).

Reaksi kusta dapat terjadi sebelum pengobatan, tetapi terutama terjadi selama atau setelah pengobatan. Gambaran klinisnya sangat khas berupa merah, panas, bengkak, nyeri, dan dapat disertai gangguan fungsi saraf. Namun tidak semua gejala reaksi serupa. Penyebab pasti terjadinya reaksi masih belum jelas. Diperkirakan bahwa sejumlah faktor pencetus memegang peranan penting (Depkes RI, 2007: 89).

1. Reaksi Tipe 1

Reaksi ini lebih banyak terjadi pada penderita-penderita yang berada di spektrum borderline. Disebut demikian karena posisi borderline ini merupakan tipe yang tidak stabil. Reaksi ini terutama terjadi selama pengobatan dan terjadi karena peningkatan hebat respon imun seluler secara tiba-tiba, mengakibatkan terjadinya respon radang pada daerah kulit dan saraf yang terkena penyakit ini.

Gejala-gejalanya dapat dilihat berupa perubahan pada kulit maupun saraf dalam bentuk peradangan. Kulit merah, bengkak, panas, nyeri dan panas. Pada saraf, manifestasi yang terjadi berupa nyeri atau gangguan fungsi saraf. Kadang-kadang dapat terjadi gangguan keadaan umum penderita (konstitusi), seperti demam, dll (Depkes RI, 2007: 91).

2. Reaksi Tipe 2

Terjadi pada penderita tipe MB dan merupakan reaksi humoral karena tingginya respons imun humoral pada penderita *borderline lepromatous* dan *lepromatous lepromatous*, dimana tubuh membentuk antibodi karena salah satu protein *M. leprae* tersebut bersifat antigenik. Banyaknya antibodi yang

terbentuk disebabkan oleh banyaknya antigen (protein kuman). Reaksi yang terjadi (pada kulit) nampak sebagai kumpulan nodul merah, maka disebut sebagai ENL (*Erythema Nodosum Leprosum*) dengan konsistensi lunak dan nyeri (Depkes RI, 2007: 92).

3. Proses terjadinya cacat kusta

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak.

Diduga kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat 2 proses :

- a. Infiltrasi langsung *M. leprae* ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya: mata).
- b. Melalui reaksi kusta

Secara umum fungsi saraf dikenal ada 3 macam yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberi sensasi raba dan fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Kecacatan yang terjadi tergantung pada komponen saraf yang terkena (Depkes RI, 2007: 101).

4. Tingkat cacat menurut WHO

Kecacatan merupakan istilah luas yang maknanya mencakup setiap kerusakan, pembatasan aktivitas yang mengenai seseorang. Tiap kasus baru yang ditemukan harus dicatat tingkat cacatnya karena menunjukkan kondisi penderita pada saat diagnosis ditegakkan. Angka cacat tertinggi merupakan tingkat cacat untuk penderita tersebut (tingkat cacat umum). Tingkat cacat juga digunakan untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas (Depkes RI, 2007: 103).

Untuk indonesia, karena beberapa keterbatasan pemeriksaan di lapangan maka tingkat cacat disesuaikan sebagai berikut:

Tabel 2.5 Tingkat Cacat Kusta

Tingkat	Mata	Telapak tangan/kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta.	Tidak ada cacat akibat kusta.
1		Anestesi, kelemahan otot, (tidak ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta).
2	Ada lagophthalmos	Ada cacat/ kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki semper.

Sumber: Depkes RI, 2007: 104.

Cacat tingkat 0 berarti tidak ada cacat.

Cacat tingkat 1 adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensoris yang tidak terlihat seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensoris pada mata tidak diperiksa di lapangan oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata. Cacat tingkat 1 pada telapak kaki beresiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin hal ini dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil pada kulit.

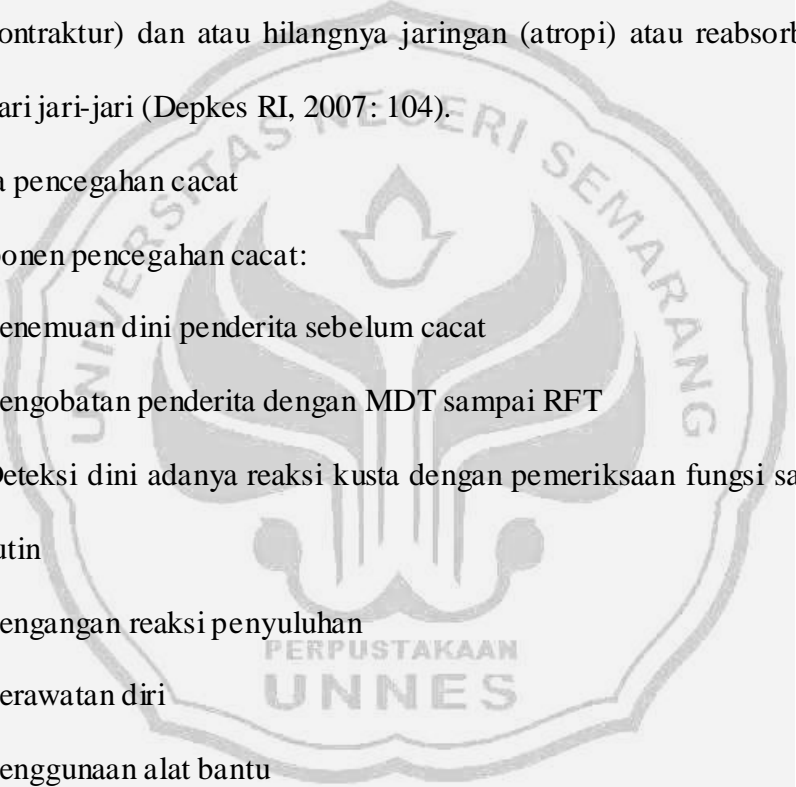
Cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat.

Untuk mata:

1. Tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmos*).

2. Kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea atau uveitis).
3. Gangguan penglihatan berat atau kebutaan.

Untuk tangan dan kaki:

1. Luka dan ulkus di telapak
 2. Deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (kaki semper atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (atrofi) atau reabsorpsi parsial dari jari-jari (Depkes RI, 2007: 104).
5. Upaya pencegahan cacat
- Komponen pencegahan cacat:
1. Penemuan dini penderita sebelum cacat
 2. Pengobatan penderita dengan MDT sampai RFT
 3. Deteksi dini adanya reaksi kusta dengan pemeriksaan fungsi saraf secara rutin
 4. Pengangan reaksi penyuluhan
 5. Perawatan diri
 6. Penggunaan alat bantu
 7. Rehabilitasi medis (Depkes RI, 2007: 105)
- 

2.1.12 Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta

Timbulnya penyakit kusta diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

2.1.12.1 Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah 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 (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 26; Budioro, 1997:113).

Menurut hasil penelitian Maria Christiana tahun 2009 menyimpulkan bahwa responden yang mempunyai pendidikan rendah memiliki risiko terkena kusta 7,405 kali lebih besar dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi.

2.1.12.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Secara sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek yang berbeda-beda (Soekidjo Notoatmodjo, 2005:50). Pengetahuan yang baik diharapkan menghasilkan kemampuan seseorang dalam mengetahui gejala, cara penularan penyakit kusta dan penanganannya.

2.1.12.3 Personal Hygiene

Personal hygiene adalah tindakan pencegahan yang menyangkut tanggung jawab individu untuk meningkatkan kesehatan serta membatasi menyebarnya penyakit menular, terutama yang ditularkan secara kontak langsung (Nur Nasry Noor, 2006: 24).

Menurut hasil penelitian Yudied A. M tahun 2007 bahwa personal hygiene meliputi kebiasaan tidur bersama, pakai pakaian bergantian, handuk mandi secara bergantian serta BAB di kebun pada masyarakat Pragaan menyebabkan penularan penyakit kusta.

2.1.12.4 Riwayat Kontak

Kusta merupakan penyakit infeksius, tetapi derajat infektivitasnya rendah. waktu inkubasinya panjang, mungkin beberapa tahun, dan tampaknya kebanyakan pasien mendapatkan infeksi sewaktu masa anak-anak. Insidensi yang rendah pada pasien-pasien yang merupakan pasangan suami istri (kusta yang diperoleh dari pasangannya) memberikan kesan bahwa orang dewasa relatif tidak mudah terkena. Penyakit ini timbul akibat kontak fisik yang erat dengan pasien yang terinfeksi, dan risiko ini menjadi jauh lebih besar bila terjadi kontak dengan kasus lepromatosa. Sekret hidung merupakan sumber utama terjadinya infeksi di masyarakat (Robin Graham Brown, 2005:24).

2.1.12.5 Lama 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 (James Chin, 2000: 348).

Kuman kusta mempunyai masa inkubasi selama 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *M. leprae* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh penderita dan masuk ke dalam tubuh orang lain. Belum diketahui secara pasti bagaimana cara penularan penyakit kusta. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan penderita (Depkes RI, 2007: 9).

2.1.12.6 Kelembaban Kamar

Kelembaban dipengaruhi oleh keadaan bangunan seperti dinding, jenis lantai, ventilasi dan secara menyeluruh dipengaruhi oleh iklim dan cuaca. Kamar yang lembab dapat menjadi tempat penularan penyakit.

Kelembaban udara dalam persyaratan kesehatan perumahan yang diatur menurut Kepmenkes No. 829 tahun 1999 berkisar antara 40%-70%, jika di bawah 40% atau di atas 70% dapat menjadi media yang baik untuk bakteri-bakteri (Dinkes Prop Jateng, 2005).

2.1.12.7 Suhu Kamar

Insidens tinggi pada daerah tropis dan subtropis yang panas dan lembab. Insidens penyakit kusta di Indonesia pada maret 1999 sebesar 1,01 per 10.000 penduduk (Arif Mansjoer, 2000: 66).

Di luar hospes, dalam sekret kering dengan temperatur dan kelembaban yang bervariasi, *M. leprae* dapat bertahan hidup 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar dibuktikan dapat bertahan hidup sampai 46 hari (Marwali Harahap, 2000: 262).

Ketentuan kualitas udara di dalam rumah khususnya suhu udara nyaman apabila berkisar 18° sampai 30° C (Dinkes Prop Jateng, 2005: 19). *M. Leprae* yang bertahan hidup lama dalam temperatur kamar dapat mempertinggi risiko penularan kusta antar anggota keluarga yang menderita penyakit kusta. Pertumbuhan optimal in vivo kuman kusta pada tikus pada suhu 27⁰-30⁰ C, hal ini berarti *M. leprae* dapat hidup dengan ketentuan suhu udara yang nyaman yang telah ditetapkan oleh pemerintah (Depkes RI, 2007:9).

2.1.12.8 Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan disini yaitu pekerjaan atau mata pencaharian sehari-hari yang dilakukan responden, digolongkan menjadi pekerjaan ringan (tidak bekerja, pelajar, pegawai kantor) dan pekerjaan berat (pekerja bangunan, buruh, tukang batu, pekerja bengkel, penjahit, buruh angkut, pembantu, petani dan nelayan).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nur Laily Af'idah (2012) tentang analisis faktor risiko kejadian kusta di Kabupaten Brebes tahun 2010, prosentase jenis pekerjaan yang berisiko kusta sebesar 85,5% dan yang tidak berisiko sebesar 14,5%. Uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta.

2.1.12.9 Jenis Kelamin

Penyakit kusta dapat menyerang semua orang. Laki-laki lebih banyak terkena dibandingkan dengan wanita, dengan perbandingan 2:1. Walaupun ada beberapa daerah yang menunjukkan insidens ini hampir sama bahkan ada daerah yang menunjukkan penderita wanita lebih banyak (Marwali Harahap, 2000: 261).

Kusta dapat mengenai laki-laki dan perempuan. Menurut catatan sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang daripada wanita. Relatif rendahnya kejadian kusta pada perempuan kemungkinan karena faktor lingkungan atau faktor biologi. Seperti kebanyakan penyakit menular lainnya laki-laki lebih banyak terpapar dengan faktor risiko sebagai akibat gaya hidupnya (Depkes RI, 2007: 8).

2.1.12.10 Umur

Penyakit ini dapat mengenai semua umur. Namun demikian, jarang dijumpai pada umur yang sangat muda. Pernah dijumpai penderita kasus tuberkuloid pada usia di atas 70 tahun sangat jarang. Frekuensi terbanyak adalah 15-29 tahun (Marwali Harahap, 2000: 261).

Kebanyakan penelitian melaporkan distribusi penyakit kusta menurut umur berdasarkan prevalensi, hanya sedikit yang berdasarkan insiden karena pada saat timbulnya penyakit sangat sulit diketahui. Dengan kata lain kejadian penyakit sering terkait pada umur pada saat diketemukan dari pada saat timbulnya penyakit. Pada penyakit kronik seperti kusta, informasi berdasarkan data prevalensi dan data umur pada saat timbulnya penyakit mungkin tidak menggambarkan resiko spesifik umur. Kusta diketahui terjadi pada semua umur berkisar antara bayi sampai umur tua (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun). Namun yang terbanyak adalah pada umur muda dan produktif. Diagnosis umur kusta pada fenomena Lucio diketahui antara umur 15 hingga 71 tahun dengan rata-rata umur 34 tahun (Depkes RI, 2007: 8; Latapi's Lepromatosis, 2005:177).

2.1.12.11 Jarak Rumah

Faktor lingkungan merupakan faktor yang memudahkan seseorang kontak dengan kuman kusta (*Mycobacterium leprae*). Lingkungan fisik (physical environment) yang ada di sekitar kita sangat berarti bagi kehidupan kita. Kondisi lingkungan sekitar secara terus-menerus memberikan pemaparan pada kita, jika lingkungan sesuai dengan kebutuhan aktivitas manusia, maka dia akan mendorong bagi kondisi yang baik, dan jika kondisi lingkungan tidak sesuai dengan kebutuhan sangat berpengaruh terhadap kesehatan. Daerah endemitas yang tinggi serta kontak orang-orang dengan penderita dengan kuman kusta akan lebih sering daripada daerah dengan endemitas rendah (Wayne M. meyers, 2000:251).

Dua hal yang terkait dengan tempat tinggal, yaitu penataan rumah (yang berhubungan dengan ukuran, tata ruang, dan penampilan) dan kepadatan. Menyangkut kepadatan berarti berhubungan dengan jarak rumah satu dengan yang lain. Kepadatan perumahan selain secara psikososial sering menimbulkan konflik-konflik antar anggota masyarakat, banyaknya hazard yang potensial dapat mengganggu kesehatan fisik maupun mental.

Kondisi rumah harus memperhatikan tempat dimana rumah itu didirikan, di desa atau perkotaan, di daerah dingin atau daerah panas dan dibuat sedemikian rupa. Rumah hendaknya terletak di atas tanah yang padat untuk menghindari adanya bahaya-bahaya, tidak di tempat yang terlindung sehingga tidak memungkinkan sinar matahari masuk ke dalam rumah.

Di dalam buku peraturan bangunan nasional mengemukakan antara lain bahwa rumah sehat ideal yang diharapkan adalah rumah yang mampu menjamin

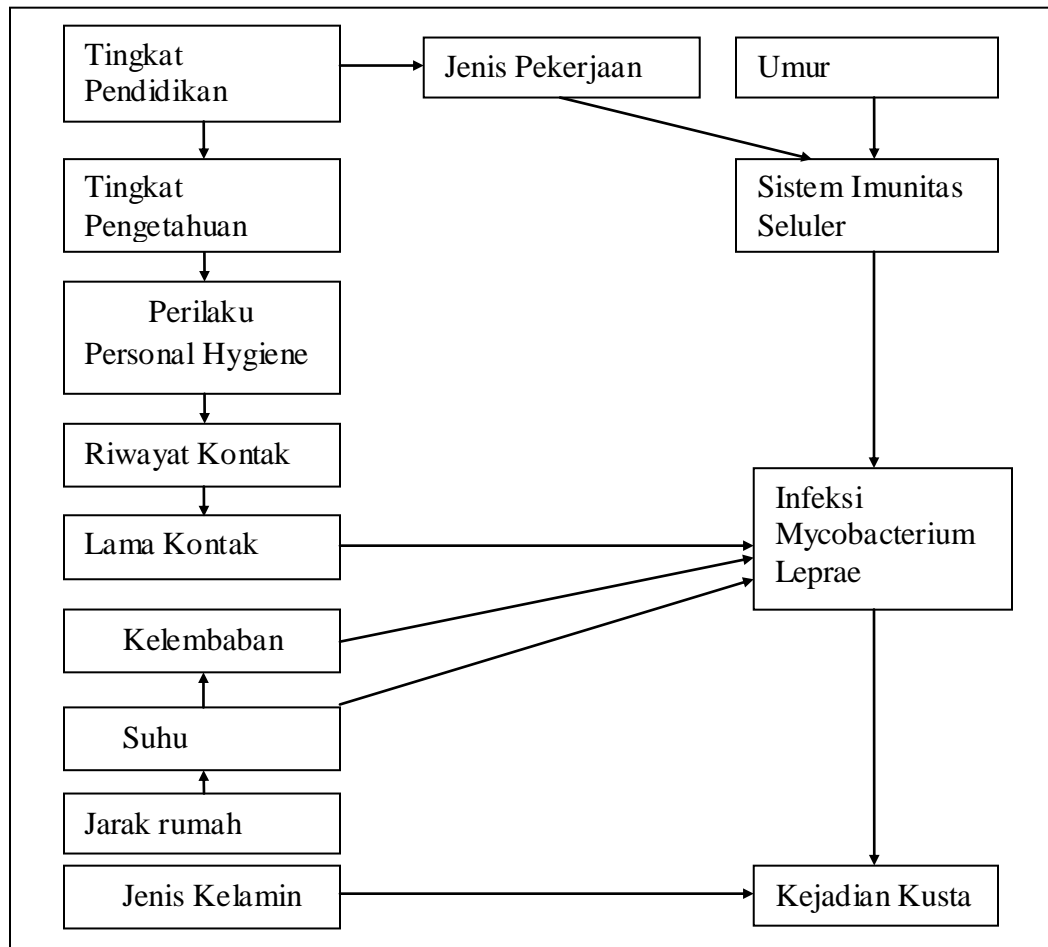
kesehatan penghuni dan kehidupan keluarganya secara layak. Pengaruh sinar matahari atas kehidupan penghuni di suatu rumah adalah :

1. Jika terlalu banyak sinar matahari: perasaan kurang nyaman karena panasnya suhu udara di dalam ruangan;
2. Jika terlalu sedikit sinar matahari masuk ruangan akan mengakibatkan kuman-kuman penyakit yang mungkin ada di dalam rumah/ruangan dapat menular dan keadaan di dalam rumah/ruangan menjadi gelap serta pengap.

Oleh karena itu perlu dipikirkan berbagai macam cara untuk mengatur banyaknya sinar matahari yang masuk ke dalam ruangan/rumah. Sinar matahari merupakan salah satu bentuk energi kehidupan, merupakan unsur kebutuhan hidup bagi setiap organisme (Fuad Amsyari, 1981:44).

Tata cara perencanaan lingkungan perumahan di perkotaan menyebutkan, rumah tunggal merupakan rumah kediaman yang mempunyai persil sendiri dan salah satu dinding bangunan induknya tidak dibangun tepat pada batas persil. Menurut buku Peraturan bangunan Nasional dalam hal jarak rumah tunggal antara yang satu dengan yang lainnya minimal 2 M dengan jarak rumah antara pagar dengan dinding rumah tepat 1 M. Supaya bagian kapling yang terletak antara batas kapling dengan tembok dinding rumah memungkinkan mendapat sinar matahari, udara dan memungkinkan untuk dibersihkan, maka antara pagar batas kapling dengan dinding harus ≥ 1 M.

2.2 KERANGKA TEORI

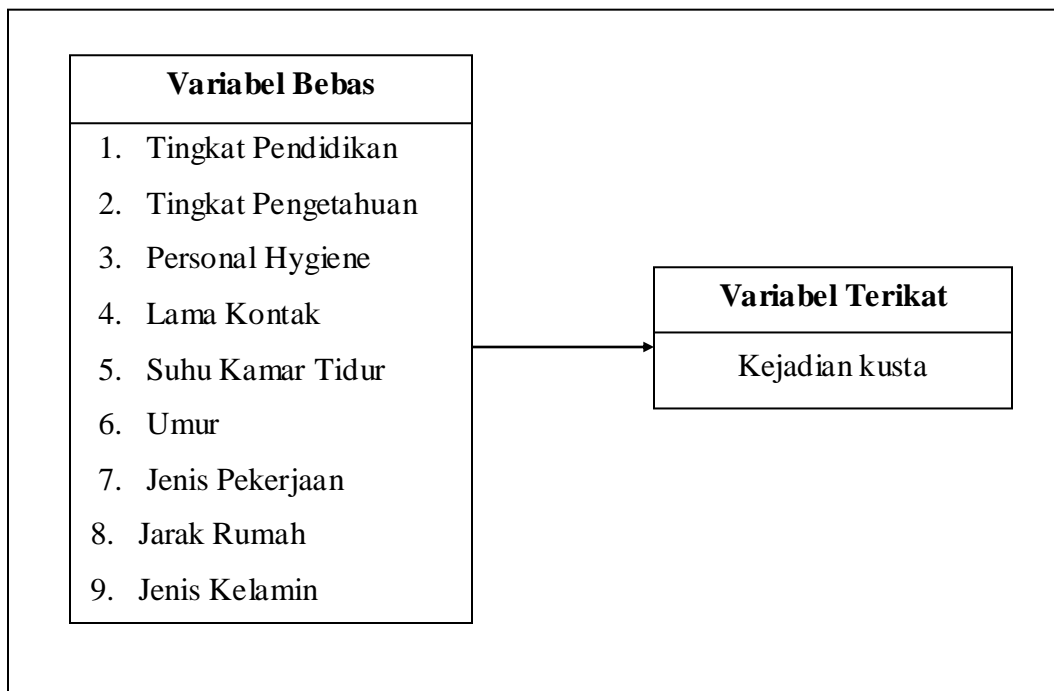


Sumber: Adhi Djuanda, (2000); Arif Mansjoer, (2000); Depkes RI, (2007); James Chin, (2000); Marwali Harahap, (2000); Prawoto, (2008); Robin Graham, (2005); Yudied AM, (2007).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Sumber: Adhi Djuanda, (2000); Arif Mansjoer, (2000); Depkes RI, (2007); James Chin, (2000); Marwali Harahap, (2000); Prawoto, (2008); Robin Graham, (2005); Yudied AM, (2007).

3.2 Hipotesis Penelitian

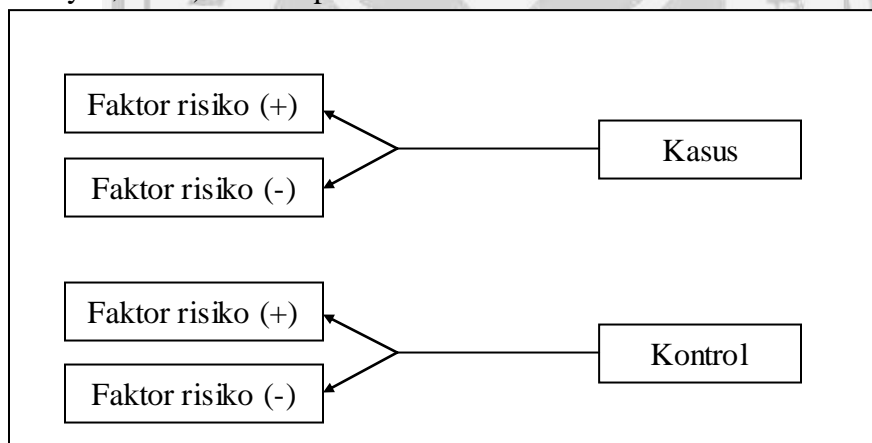
Pada penelitian ini hipotesisnya adalah :

1. Ada hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
2. Ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
3. Ada hubungan personal hygiene dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
4. Ada hubungan lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
5. Ada hubungan suhu kamar tidur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
6. Ada hubungan umur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
7. Ada hubungan jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
8. Ada hubungan jarak rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.
9. Ada hubungan jenis kelamin dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survey analitik, dengan rancangan penelitian kasus kontrol untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang.

Pada desain ini peneliti melakukan pengukuran variabel tergantung, yakni efek, sedang variabel bebasnya dicari secara retrospektif, karena itu studi kasus-kontrol dapat dianggap sebagai studi longitudinal, variabel subjek tidak hanya diobservasi pada satu saat tetapi diikuti sampai periode waktu tertentu (Sudigdo dan Sofyan, 2002). Skema penelitian kasus kontrol adalah :



3.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok yang lain (Soekidjo Notoatmodjo, 2005)

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2009:4).

Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, personal hygiene, lama kontak, suhu kamar tidur, umur, pekerjaan, jarak rumah dan jenis kelamin.

3.4.2 Variabel Terikat

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2009:4). Variabel terikat dalam penelitian ini yaitu kejadian kusta.

3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Menurut Soekidjo Notoadmodjo (2005) definisi operasional variabel bermanfaat untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti, selain itu juga bermanfaat untuk mengarahkan pada pengukuran atau pengamatan. Dalam penelitian ini definisi operasional dan skala pengukurannya dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara Pengukuran	Alat ukur	Kategori	skala
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Tingkat Pendidikan	Pendidikan berprogram terstruktur dan berlangsung di	Wawancara	Kuesioner	0 = Rendah (tidak tamat, SD, SMP) 1= Tinggi	Ordinal

		gedung sekolah yang ditempuh responden sampai kelas terakhir dalam tahun saat didiagnosis menderita kusta.			(tamat SMA, PT) (UU RI No.20 th 2003)	
2	Tingkat Pengetahuan	Kemampuan responden mengetahui gejala tentang kusta, cara penularan, dan pencegahan kusta sebelum didiagnosis kusta.	Wawancara	Kuesioner	0 = Rendah, jika skor 1-9 1 = Tinggi, jika skor 10-18 (Saifuddin Azwar, 2012: 158).	Ordinal
3	Personal Hygiene	Tindakan pencegahan responden untuk membatasi penyebaran penyakit, sebelum didiagnosis kusta.	Wawancara	Kuesioner	0 = buruk, jika skor 1-2 1 = baik, jika skor 3-5 (Saifudin Azwar, 2012:158)	Ordinal
4	Lama Kontak	Jumlah waktu kontak penderita kusta sebelum responden dinyatakan menderita kusta atau diketahui mengalami tanda-tanda kusta yang dinyatakan dalam tahun.	Wawancara	Kuesioner	0 = > 2 tahun (berisiko) 1 = ≤ 2 tahun (tidak berisiko) (Depkes RI, 2007).	Ordinal
5	Suhu	Angka yang menunjukkan panas udara dalam kamar tidur dikategorikan buruk apabila	Pengukuran langsung	Thermohygro meter	0 = Berisiko, jika 27°C - 30°C 1 = Tidak berisiko, jika <27°C dan >30°C	Ordinal

	dapat memperpanjang hidup bakteri dan diukur menggunakan thermo hygrometer dengan skala celcius. Pengukuran dilakukan pukul 09.00-16.00 WIB.			(Dinkes RI, 2007)		
6	Umur	Usia responden yang dihitung sejak lahir sampai menderita kusta	Wawancara	Kuesioner	0 = Berisiko (15-29tahun) 1 = Tidak berisiko (<15 tahun dan >29tahun) (Marwali Harahap, 2000:261)	Ordinal
7	Pekerjaan	Jenis kegiatan sehari-hari yang dilakukan responden untuk memperoleh penghasilan baik dari segi pekerjaan maupun lingkungan kerjanya saat didiagnosa menderita kusta. Pekerjaan berisiko bila salah satu ada diantaranya pekerja bangunan, buruh, tukang batu, pekerja bengkel, penjahit, buruh angkut, pembantu,	Wawancara	Kuesioner	0 = Berisiko 1 = Tidak berisiko	Ordinal

8	Jarak Rumah	petani dan nelayan. Jarak antara rumah responden dengan rumah penderita kusta terdekat diukur menggunakan rollmeter.	Pengukuran langsung	Rollmeter	0 = Berisiko (Berhimpitan atau ≤ 2 meter) 1 = Tidak Berisiko (> 2 meter) (Peraturan Bangunan Nasional)	Ordinal
9	Jenis Kelamin	Keadaan kodrati, jenis kelamin seseorang berdasarkan keadaan anatomis. Jenis kelamin yang berisiko kusta adalah laki-laki.	Wawancara	Kuesioner	0 = Laki-laki 1 = Perempuan	Ordinal
10	Kejadian Kusta	Diagnosis dokter yang diperkuat dengan hasil pemeriksaan laboratorium pada penderita kusta di Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang bulan januari-desember tahun 2011.	Dokumen catatan medik puskesmas setempat dan Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang Tahun 2011		0 = Menderita kusta (kasus) 1 = Tidak menderita kusta (kontrol)	Ordinal

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002: 67).

3.6.1.1 Populasi Kasus

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011 dengan jumlah 42 orang.

3.6.1.2 Populasi Kontrol

Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah bukan penderita kusta yang tercatat dalam rekam medik Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian (*subset*) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002: 68).

3.6.2.1 Sampel Kasus

Sampel kasus dalam penelitian ini adalah penderita kusta yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang yang tercatat pada rekam medik puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang pada tahun 2011.

3.6.2.1.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang, dengan ketentuan:

- 1) Didiagnosa menderita penyakit kusta dilihat dari rekam medis
- 2) Umur ≥ 15 tahun
- 3) Dapat berkomunikasi dengan baik
- 4) Tipe rumah tunggal

3.6.2.1.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini dengan ketentuan:

- 1) Tidak bersedia mengikuti penelitian
- 2) Tidak menetap di wilayah Kabupaten Rembang pada saat penelitian berlangsung
- 3) Tidak berada di tempat ketika penelitian berlangsung (2x kunjungan)
- 4) Melakukan renovasi rumah sebelum dan setelah didiagnosis kusta

3.6.2.2 Sampel Kontrol

Sampel kontrol adalah tetangga kasus bukan penderita kusta yang tinggal menetap di Kabupaten Rembang pada saat penelitian berlangsung, yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

3.6.2.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini dengan ketentuan:

- 1) Tetangga yang tempat tinggalnya paling dekat dengan kelompok kasus dan tidak tercatat dalam rekam medik puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011
- 2) Umur ≥ 15 tahun
- 3) Tinggal menetap di wilayah Kabupaten Rembang
- 4) Tipe rumah tunggal

3.6.2.2.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini dengan ketentuan:

- 1) Tidak bersedia mengikuti penelitian
- 2) Tidak berada di tempat ketika penelitian berlangsung (2x kunjungan)

3.6.2.3 Besar Sampel

Sampel yang dipilih hanya penderita kusta baik tipe PB, tipe MB dengan umur minimal 15 tahun. Besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan nilai OR dan proporsi paparan pada kelompok kontrol (P_2) dari penelitian terdahulu dengan tingkat kepercayaan 95% ($Z\alpha = 1,960$) dan kekuatan penelitian 80% ($Z\beta = 0,842$) sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z\alpha\sqrt{2PQ} + Z\beta\sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

$n_1 = n_2$: Besar sampel untuk kasus dan kontrol

$z\alpha$: Tingkat kepercayaan (95% = 1,960)

$z\beta$: Power penelitian (80% = 0,842)

P_1 : Perkiraan proporsi efek pada kasus

- P_2 : Proporsi pada kelompok kontrol (44%)
 Q : Proporsi kontrol terpapar
 OR : Odds ratio penelitian terdahulu (7,405)
 (Maria Christiana, 2009)

Dimana:

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1 - P_2) + (OR \times P_2)} = \frac{7,405 \times 0,44}{(1 - 0,44) + (7,405 \times 0,44)} = 0,85$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,85 = 0,15$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,44 = 0,56$$

$$P = \frac{1}{2} (P_1 + P_2) = \frac{1}{2} (0,85 + 0,44) = 0,645$$

$$Q = \frac{1}{2} (Q_1 + Q_2) = \frac{1}{2} (0,15 + 0,56) = 0,355$$

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_\alpha \sqrt{2PQ} + Z_\beta \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= \frac{(1,960 \sqrt{2 \times 0,645 \times 0,355} + 0,842 \sqrt{0,85 \times 0,15 + 0,44 \times 0,56})^2}{(0,85 - 0,44)^2}$$

$$= \frac{(1,960 \times 0,68 + 0,842 \times 0,62)^2}{0,41^2}$$

$$= \frac{(1,33 + 0,52)^2}{0,168}$$

$$= 20,37 \rightarrow \text{dibulatkan menjadi 20 orang}$$

(Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002: 87)

Berdasarkan perhitungan diatas diperoleh sampel minimal sebanyak 20 orang. Penelitian ini menggunakan sampel dengan perbandingan 1:1 untuk 26 kasus dan 26 kontrol dan keseluruhan jumlah sampel adalah 52 orang.

3.7 Sumber Data Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.7.1 Data Primer

Pengumpulan data primer dalam penelitian ini melalui wawancara dan observasi secara langsung oleh peneliti menggunakan kuesioner untuk memperoleh data tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, personal hygiene, lama kontak, umur dan jenis pekerjaan. Selain itu dilakukan pengukuran untuk mendapatkan data suhu kamar tidur dan jarak rumah.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang berupa laporan kejadian kusta dan rekam medik dari bulan januari-desember 2011.

3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.8.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

3.8.1.1 Rekam Medik

Laporan tahunan untuk mengetahui jumlah penderita kusta serta data tentang identitas penderita, umur, jenis kelamin dan alamat.

3.8.1.2 Kuesioner

Kuesioner untuk wawancara dan observasi tentang faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta.

3.8.1.3 Thermohyrometer

Digunakan untuk mengukur suhu ruang kamar.

3.8.1.4 Rollmeter

Rollmeter yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berupa meteran gulung untuk mengukur jarak rumah.

3.8.2 Validitas dan Reliabilitas

3.8.2.1 Validitas

Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya.

Rumus yang digunakan untuk yaitu dengan menggunakan korelasi *pearson product moment* (r):

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{ [N\sum X^2 - (\sum X)^2] [N\sum Y^2 - (\sum Y)^2] \}}}$$

Keterangan :

r_{xy} : Koefisien korelasi antara x dan y

N : Jumlah subjek

X : Skor item

Y : Skor total

$\sum X$: Jumlah skor item

$\sum Y$: Jumlah skor item

$\sum X^2$: Jumlah kuadrat skor item

$\sum Y^2$: Jumlah kuadrat skor total (Sudigdo Sastroasmoro, 2002: 203)

Uji validitas yang dilakukan terhadap 20 responden, taraf signifikansi 5%, maka diperoleh $r_{tabel} = 0,468$. Apabila hasil perhitungan koefisien korelasi r_{xy} lebih besar daripada $r_{tabel} = 0,468$ maka instrumen dinyatakan valid. Uji validitas pada penelitian ini dilakukan terhadap 20 responden yang ada di kecamatan Rembang. Hasil perhitungan validitas didapatkan dari jumlah 30 pertanyaan dalam kuesioner, terdapat 2 pertanyaan yang dinyatakan tidak valid yaitu pertanyaan nomor 5 ($0,182 < 0,468$) dan pertanyaan nomor 17 ($0,356 < 0,468$). Pertanyaan yang tidak valid dikendalikan dengan cara dihilangkan dikarenakan pertanyaan tersebut tidak terlalu berpengaruh terhadap hasil penelitian.

3.8.2.2 Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas kuesioner dari 28 pertanyaan, diketahui bahwa *Alpha Cronbach* lebih besar dari r_{tabel} dan bernilai positif ($0,949 > 0,468$). Dapat disimpulkan bahwa 28 pertanyaan tersebut reliabel.

3.8.3 Teknik Pengambilan Data

3.8.2.1 Observasi

Observasi dilakukan untuk mendapatkan data primer tentang keadaan lingkungan tinggal responden.

3.8.2.2 Wawancara

Wawancara dalam penelitian menggunakan panduan kuesioner kepada responden untuk mengetahui faktor risiko kejadian kusta.

3.8.2.3 Pengukuran

Pengukuran dilakukan untuk mengukur suhu menggunakan thermohygrometer dan jarak rumah menggunakan rollmeter.

3.8.2.4 Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan dengan cara mengambil data dari rekam medik Puskesmas Gunem, Puskesmas Sarang, Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang dan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Tahap Awal

Tahap awal penelitian adalah kegiatan yang dilakukan sebelum melakukan penelitian. Adapun kegiatan pada awal penelitian adalah:

1. Koordinasi dengan pihak-pihak yang terkait dalam penelitian ini tentang tujuan dan prosedur penelitian
2. Mengelompokkan sampel (kasus dan kontrol)
3. Penyusunan kuesioner
4. Mempersiapkan alat ukur dan perlengkapan lainnya

3.9.2 Tahap Penelitian

Tahap penelitian adalah kegiatan yang dilakukan saat pelaksanaan penelitian. Adapun kegiatan pada tahap penelitian adalah:

1. Pengisian kuesioner yang dipandu oleh *Guide Quest*.
2. Pengukuran suhu kamar yang dilakukan secara bergantian dari satu rumah responden (kasus dan kontrol) ke rumah yang lainnya.

3.9.3 Akhir Penelitian

Tahap akhir penelitian adalah kegiatan yang dilakukan pada saat setelah selesai penelitian adalah:

1. Pencatatan hasil penelitian
2. Analisis data

3.10 Teknik Analisis Data

3.10.1 Teknik Pengolahan Data

Data yang telah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data, antara lain editing, coding, skoring, entri dan tabulasi data. Apabila pengolahan data selesai maka langkah selanjutnya yaitu analisa data penelitian.

3.10.2 Teknik Analisis Data

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan prosentase dari tiap-tiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 188). Hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan. Dalam penelitian ini analisis bivariat menggunakan uji chi square karena skala pengukuran variabel yaitu berupa nominal dan ordinal dengan jumlah kelompok yang diuji adalah dua kelompok (penderita kusta dan bukan penderita kusta), serta tidak berpasangan.

3.10.2.3 Penentuan Odds Ratio (OR)

Menggunakan tabel 2x2

Tabel 3.2 Tabel 2x2 Penentuan OR

		Kasus	Kontrol	Jumlah
Faktor	Ya	A	B	A + B
Risiko	Tidak	C	D	C + D
Jumlah		A + C	B + D	A+B+C+D

Hasil pengamatan pada penelitian ini digambarkan dengan menggunakan tabel 2x2 yaitu sebagai berikut:

Keterangan :

Sel A : Kasus yang mengalami pajanan

Sel B : Kontrol yang mengalami pajanan

Sel C : Kasus yang tidak mengalami pajanan

Sel D : Kontrol yang tidak mengalami pajanan

Rumus menghitung OR :

$$OR = \frac{\text{Odds pada kelompok kasus}}{\text{Odds pada kelompok kontrol}}$$

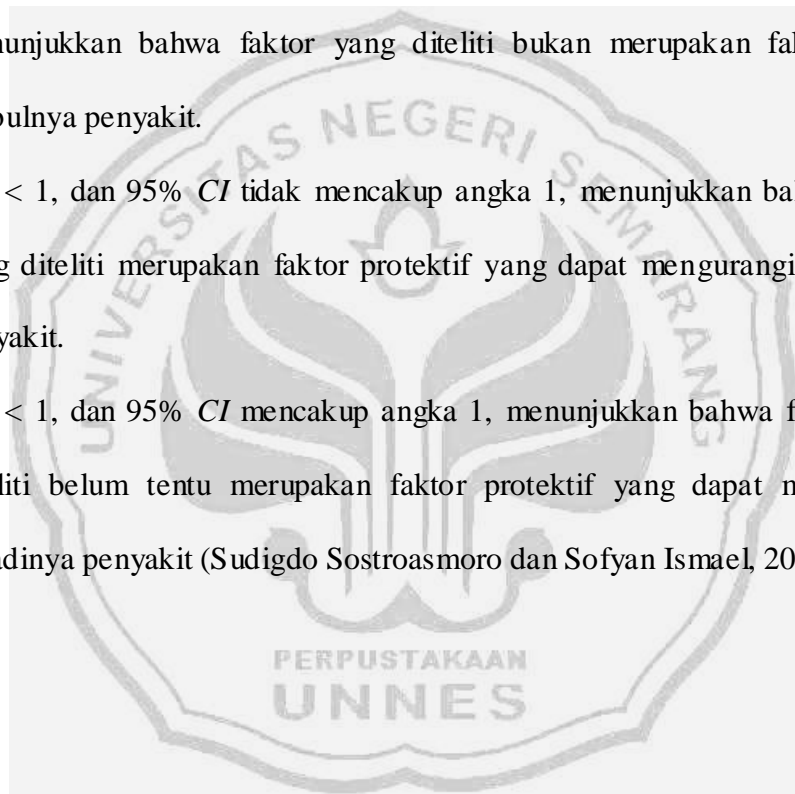
$$= \frac{(\text{proporsi kasus dengan faktor risiko})}{(\text{proporsi kasus tanpa faktor risiko})} \cdot \frac{(\text{proporsi kontrol dengan faktor risiko})}{(\text{proporsi kontrol tanpa faktor risiko})}$$

$$= \frac{A/(A+C)}{C/(A+C)} \cdot \frac{B/(B+D)}{D/(B+D)}$$

$$= \frac{A}{C} \cdot \frac{B}{D} = \frac{AD}{BC} \quad (\text{Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismail, 2002: 119})$$

Interpretasi OR dan 95% *CI*

1. $OR > 1$, dan 95% *CI* tidak mencakup angka 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko timbulnya penyakit.
2. $OR > 1$, dan 95% *CI* mencakup angka 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti belum merupakan faktor risiko timbulnya penyakit.
3. $OR = 1$, dan 95% *CI* mencakup angka 1 atau 95% *CI* mencakup angka 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko timbulnya penyakit.
4. $OR < 1$, dan 95% *CI* tidak mencakup angka 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif yang dapat mengurangi terjadinya penyakit.
5. $OR < 1$, dan 95% *CI* mencakup angka 1, menunjukkan bahwa faktor yang diteliti belum tentu merupakan faktor protektif yang dapat mengurangi terjadinya penyakit (Sudigdo Sostroasmoro dan Sofyan Ismael, 2002: 102).



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Rembang terdiri dari 14 kecamatan dengan 16 puskesmas. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang dengan melihat prevalensi kusta terbanyak berdasarkan data laporan tahunan kusta di Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang. Jumlah penduduk di Kabupaten Rembang tahun 2011 sebanyak 653.078, sedangkan jumlah penduduk pada kecamatan Gunem sebanyak 24.933 dan kecamatan Sarang sebanyak 63.200 penduduk (DKK Rembang, 2011).

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Deskripsi Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang Tahun 2011), responden terdiri dari responden kasus dan responden kontrol. Dimana responden kasus terdiri 26 orang yang tercatat dalam rekam medis puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang dan responden kontrol terdiri dari 26 orang yang merupakan tetangga kasus yang tidak tercatat dalam rekam medis puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang dengan karakteristik sebagai berikut:

4.2.1.1 Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin

Tabel distribusi responden menurut jenis kelamin merupakan matrik yang memuat tentang jenis kelamin responden, jumlah dan persentasenya (Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Laki-laki	22	42,3
2.	Perempuan	30	57,7
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.1 dapat diketahui dari 52 responden didapatkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (42,3%), sedangkan pada jenis kelamin perempuan sebanyak 30 orang (57,7%).

4.2.1.2 Distribusi Responden menurut Mata Pencaharian

Tabel distribusi responden menurut mata pencaharian merupakan matrik yang memuat tentang mata pencaharian responden, jumlah dan prosentasenya (Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Distribusi Responden menurut Mata Pencaharian

No.	Mata Pencaharian	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Petani	22	42,3
2.	Buruh	2	3,8
3.	Nelayan	2	3,8
4.	Penjahit	2	3,8
5.	Wiraswasta	10	19,2
6.	Ibu Rumah Tangga	12	23,1
7.	Pelajar	1	1,9
8.	Tidak Bekerja	1	1,9
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui dari 52 responden didapatkan bahwa responden mata pencaharian petani sebanyak 22 orang (42,3%), buruh sebanyak 2 orang (3,8%), nelayan sebanyak 2 orang (3,8%), penjahit sebanyak 2 orang (3,8%), wiraswasta sebanyak 10 orang (19,2%), ibu rumah tangga sebanyak 12 orang (23,1%), tidak bekerja terdapat 1 orang (1,9%), sedangkan 1 orang (1,9%) masih sebagai pelajar.

4.2.2 Analisis Univariat

Analisis univariat menggambarkan distribusi frekuensi tiap variabel hasil penelitian yang meliputi tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, personal hygiene, lama kontak, suhu kamar tidur, umur, jenis pekerjaan, jarak rumah.

4.2.1.1 Tingkat Pendidikan

Tabel distribusi tingkat pendidikan merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai pendidikan responden.

Tabel 4.3 Distribusi Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Rendah	30	57,7
2.	Tinggi	22	42,3
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.3 didapatkan bahwa responden yang mempunyai pendidikan rendah yaitu sebanyak 30 orang (57,7%) dan responden yang mempunyai pendidikan tinggi sebanyak 22 orang (42,3%).

4.2.1.2 Tingkat Pengetahuan

Tabel distribusi tingkat pengetahuan merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai pengetahuan responden.

Tabel 4.4 Distribusi Tingkat Pengetahuan

No.	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Rendah	29	55,8
2.	Tinggi	23	44,2
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.4 didapatkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan rendah yaitu sebanyak 29 orang (55,8%) dan responden yang mempunyai pengetahuan tinggi sebanyak 23 orang (44,2%).

4.2.1.3 Personal Hygiene

Tabel distribusi personal hygiene merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai personal hygiene responden.

Tabel 4.5 Distribusi Personal Hygiene

No.	Personal Hygiene	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Buruk	30	57,7
2.	Baik	22	42,3
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.5 didapatkan bahwa responden yang mempunyai personal hygiene buruk yaitu sebanyak 30 orang (57,7%) dan responden yang mempunyai personal hygiene baik sebanyak 22 orang (42,3%).

4.2.1.4 Lama Kontak

Tabel distribusi lama kontak merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai lama kontak responden dengan penderita kusta.

Tabel 4.6 Distribusi Lama Kontak

No.	Lama Kontak	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Berisiko	8	15,4
2.	Tidak Berisiko	44	84,6
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.6 didapatkan bahwa responden yang melakukan kontak selama > 2 tahun yaitu sebanyak 8 orang (15,4%) dan responden yang melakukan kontak selama ≤ 2 tahun sebanyak 44 orang (84,6%).

4.2.1.5 Suhu Kamar Tidur

Tabel distribusi suhu kamar tidur merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai suhu dalam kamar tidur responden.

Tabel 4.7 Distribusi Suhu Kamar Tidur

No.	Suhu Kamar Tidur	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Berisiko	9	17,3
2.	Tidak Berisiko	43	82,7
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.7 didapatkan bahwa responden yang memiliki suhu kamar $27^{\circ} \text{C} - 30^{\circ} \text{C}$ yaitu sebanyak 9 orang (17,3%) dan responden yang memiliki suhu kamar tidur $< 27^{\circ} \text{C}; > 30^{\circ} \text{C}$ sebanyak 43 orang (82,7%).

4.2.1.6 Umur

Tabel distribusi umur merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai umur responden.

Tabel 4.8 Distribusi Umur

No.	Umur	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Berisiko	13	25,0
2.	Tidak Berisiko	39	75,0
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.8 didapatkan bahwa responden yang memiliki umur 15-29 tahun yaitu sebanyak 13 orang (25,0%) dan responden yang memiliki umur <15 tahun; >20 tahun sebanyak 39 orang (75,0%).

4.2.1.7 Jenis pekerjaan

Tabel distribusi jenis pekerjaan merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai pekerjaan responden.

Tabel 4.9 Distribusi Jenis Pekerjaan

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Berisiko	21	53,8
2.	Tidak Berisiko	24	46,2
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.9 didapatkan bahwa responden yang mempunyai pekerjaan berisiko antara lain pekerja bangunan, buruh, tukang batu, pekerja bengkel, penjahit, buruh angkut, pembantu, petani dan nelayan yaitu sebanyak 21 orang (53,8%) dan responden yang mempunyai pekerjaan tidak berisiko sebanyak 24 orang (46,2%).

4.2.1.8 Jarak Rumah

Tabel distribusi jarak rumah merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai jarak rumah responden.

Tabel 4.10 Distribusi Jarak Rumah

No.	Jarak Rumah	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Berisiko	23	44,2
2.	Tidak Berisiko	29	55,8
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.10 didapatkan bahwa responden yang mempunyai jarak rumah ≤ 2 meter yaitu sebanyak 23 orang (44,2%) dan responden yang mempunyai jarak rumah > 2 meter sebanyak 29 orang (55,8%).

4.2.1.9 Jenis Kelamin

Tabel distribusi jenis kelamin merupakan matrik hasil penelitian terhadap 52 responden yang memberikan gambaran umum mengenai jenis kelamin responden.

Tabel 4.11 Distribusi Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Berisiko	22	42,3
2.	Tidak Berisiko	30	57,7
Jumlah		52	100

Berdasarkan Tabel 4.11 didapatkan bahwa responden yang mempunyai jenis kelamin berisiko yaitu sebanyak 22 orang (42,3%) dan responden yang mempunyai jenis kelamin tidak berisiko sebanyak 30 orang (57,7%).

4.2.3 Analisis Bivariat

4.2.2.1 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai tingkat pendidikan responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.12 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta

Tingkat Pendidikan	Kejadian Kusta				Total		<i>P value</i>
	Kasus		Kontrol				
	N	%	N	%	N	%	
Rendah	18	69,2	12	46,2	30	57,7	0,160
Tinggi	8	30,8	14	53,8	22	42,3	
Total	26	100	26	100	52	100	

Berdasarkan tabel 4.12 diketahui bahwa responden yang memiliki pendidikan rendah pada kelompok kasus sebanyak 18 orang (69,2%) dan yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 8 orang (30,8%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki pendidikan rendah sebanyak 12 orang (46,2%) dan yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 14 orang (53,8%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,160) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian Kusta.

4.2.2.2 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai tingkat pendidikan responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.13 Tabulasi Silang Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta

Tingkat Pengetahuan	Kejadian Kusta						<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		Total				
	N	%	N	%	N	%			
Rendah	19	73,1	10	38,5	29	55,8	0,026	4,343	1,344-14,030
Tinggi	7	26,9	16	61,5	23	44,2			
Total	26	100	26	100	52	100			

Berdasarkan tabel 4.13 diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan rendah pada kelompok kasus sebanyak 19 orang (73,1%) dan yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 7 orang (26,9%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki pengetahuan rendah sebanyak 10 orang (38,5%) dan yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 16 orang (61,5%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,026) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 4,343 dengan 95% CI 1,344-14,030. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pengetahuan rendah memiliki risiko 4,343 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi.

4.2.2.3 Hubungan antara Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai personal hygiene responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.14 Tabulasi Silang Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta

Personal Hygiene	Kejadian Kusta						<i>P</i>	OR	95%CI
	Kasus		Kontrol		Total				
	N	%	N	%	N	%			
Buruk	20	76,9	10	38,5	30	57,7	0,012	5,333	1,595-17,829
Baik	6	23,1	16	61,5	22	42,3			
Total	26	100	26	100	52	100			

Berdasarkan tabel 4.14 diketahui bahwa responden yang memiliki personal hygiene buruk pada kelompok kasus sebanyak 20 orang (76,9%) dan yang memiliki personal hygiene baik sebanyak 6 orang (23,1%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki personal hygiene buruk sebanyak 10 orang (38,5%) dan yang memiliki personal hygiene baik sebanyak 16 orang (61,5%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,012) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara personal hygiene dengan

kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 5,333 dengan 95% CI 1,595-17,829. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan personal hygiene buruk memiliki risiko 5,333 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki personal hygiene baik.

4.2.2.4 Hubungan antara Lama Kontak dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai lama kontak responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.15 Tabulasi Silang Lama Kontak dengan Kejadian Kusta

Lama Kontak	Kejadian Kusta				Total		P
	Kasus		Kontrol				
	N	%	N	%	N	%	
Berisiko	5	19,2	3	15,4	8	15,4	0,703
Tidak Berisiko	21	80,8	23	84,6	44	84,6	
Total	26	100	26	100	52	100	

Berdasarkan tabel 4.15 diketahui bahwa responden yang memiliki lama kontak dengan penderita kusta yang berisiko pada kelompok kasus sebanyak 5 orang (19,2%) dan yang memiliki lama kontak dengan penderita kusta yang tidak berisiko sebanyak 21 orang (80,8%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki lama kontak dengan penderita kusta yang berisiko sebanyak 3 orang (15,4%) dan yang memiliki lama kontak dengan penderita kusta yang tidak berisiko sebanyak 23 orang (84,6%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,703) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara lama kontak dengan kejadian Kusta.

4.2.2.5 Hubungan antara Suhu Kamar Tidur dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai suhu kamar tidur responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.16 Tabulasi Silang Suhu Kamar Tidur dengan Kejadian Kusta

Suhu Kamar Tidur	Kejadian Kusta						<i>p</i>
	Kasus		Kontrol		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Berisiko	5	19,2	4	15,4	9	17,3	1,000
Tidak Berisiko	21	80,8	22	84,6	43	82,7	
Total	26	100	26	100	52	100	

Berdasarkan tabel 4.16 diketahui bahwa responden yang memiliki suhu kamar tidur yang berisiko pada kelompok kasus sebanyak 5 orang (19,2%) dan yang memiliki suhu kamar tidur yang tidak berisiko sebanyak 21 orang (80,8%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki suhu kamar tidur yang berisiko sebanyak 4 orang (15,4%) dan yang memiliki suhu kamar tidur yang tidak berisiko sebanyak 22 orang (84,6%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (1,000) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara suhu kamar tidur dengan kejadian Kusta.

4.2.2.6 Hubungan antara Umur dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai umur responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.17 Tabulasi Silang Umur dengan Kejadian Kusta

Umur	Kejadian Kusta						<i>P</i>
	Kasus		Kontrol		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Berisiko	8	30,8	5	19,2	13	25,0	0,522
Tidak Berisiko	18	69,2	21	80,8	39	75,0	
Total	26	100	26	100	52	100	

Berdasarkan tabel 4.17 diketahui bahwa responden yang memiliki umur yang berisiko pada kelompok kasus sebanyak 8 orang (30,8%) dan yang memiliki umur yang tidak berisiko sebanyak 18 orang (69,2%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki umur yang berisiko sebanyak 5 orang (19,2%) dan yang memiliki umur yang tidak berisiko sebanyak 21 orang (80,8%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,522) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian Kusta.

4.2.2.7 Hubungan antara Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai Jenis Pekerjaan responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.18 Tabulasi Silang Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta

Jenis Pekerjaan	Kejadian Kusta						<i>P value</i>	OR	95%CI
	Kasus		Kontrol		Total				
	N	%	N	%	N	%			
Berisiko	21	80,8	7	26,9	28	53,8			
Tidak Berisiko	5	19,2	19	73,1	24	46,2	0,001	11,400 3,092–42,026	
Total	26	100	26	100	52	100			

Berdasarkan tabel 4.18 diketahui bahwa responden yang memiliki pekerjaan berisiko pada kelompok kasus sebanyak 21 orang (80,8%) dan yang memiliki pekerjaan tidak berisiko sebanyak 5 orang (19,2%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki pekerjaan berisiko sebanyak 7 orang (26,9%) dan yang memiliki pekerjaan tidak berisiko sebanyak 19 orang (73,1%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,001) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 11,400 dengan 95% CI 3,092–42,026. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan pekerjaan berisiko memiliki risiko 11,400 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki pekerjaan tidak berisiko.

4.2.2.8 Hubungan antara Jarak Rumah dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai Jarak Rumah responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.19 Tabulasi Silang Jarak Rumah dengan Kejadian Kusta

Jarak Rumah	Kejadian Kusta						<i>P</i>
	Kasus		Kontrol		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Berisiko	13	50,0	10	38,5	23	44,2	0,577
Tidak Berisiko	13	50,0	16	61,5	29	55,8	
Total	26	100	26	100	52	100	

Berdasarkan tabel 4.19 diketahui bahwa responden yang memiliki jarak rumah yang berisiko pada kelompok kasus sebanyak 13 orang (50,0%) dan yang memiliki jarak rumah yang tidak berisiko sebanyak 13 orang (50,0%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki jarak rumah yang berisiko sebanyak 10 orang (38,5%) dan yang memiliki jarak rumah yang tidak berisiko sebanyak 16 orang (61,5%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,577) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara jarak rumah dengan kejadian Kusta.

4.2.2.9 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Kusta.

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai jenis kelamin responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4.20 Tabulasi Silang Jenis Kelamin dengan Kejadian Kusta

Jenis Kelamin	Kejadian Kusta						<i>P</i>
	Kasus		Kontrol		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Berisiko	12	46,2	10	38,5	22	44,3	0,779
Tidak Berisiko	14	53,8	16	61,5	30	57,7	
Total	26	100	26	100	52	100	

Berdasarkan tabel 4.20 diketahui bahwa responden yang memiliki jenis kelamin yang berisiko pada kelompok kasus sebanyak 12 orang (46,2%) dan yang memiliki jenis kelamin yang tidak berisiko sebanyak 14 orang (53,8%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki jenis kelamin yang berisiko sebanyak 10 orang (38,5%) dan yang memiliki jenis kelamin yang tidak berisiko sebanyak 16 orang (61,5%).

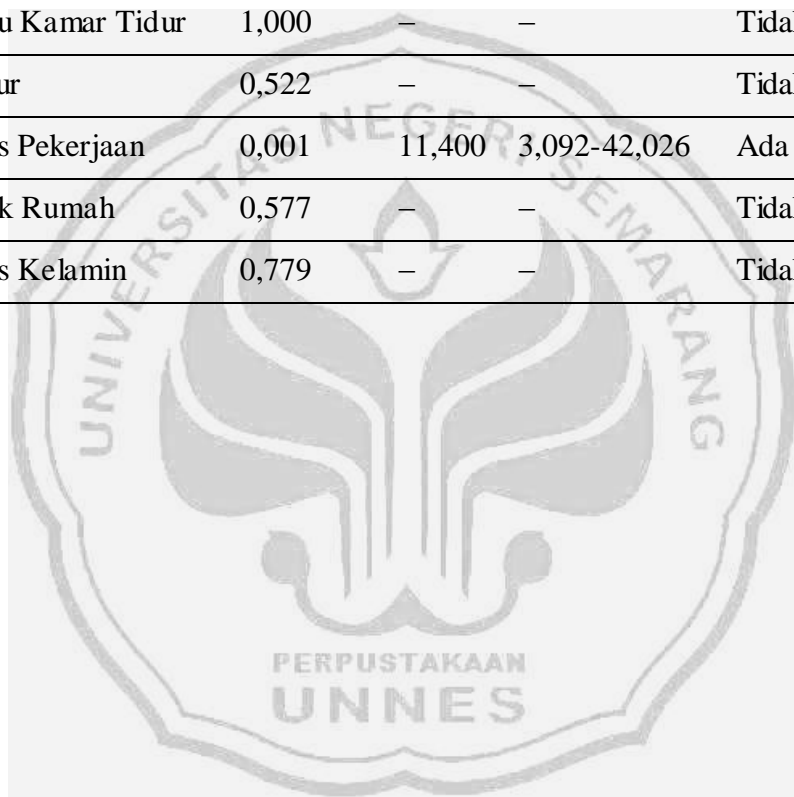
Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,779) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian Kusta.

4.3 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang, diperoleh hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* dapat diketahui sebagai berikut:

Tabel 4.21 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji *Chi-Square*

No.	Variabel Bebas	<i>p value</i>	OR	95%CI	Keterangan
1.	Tingkat Pendidikan	0,160	–	–	Ada hubungan
2.	Tingkat Pengetahuan	0,026	4,343	1,344 – 14,030	Ada hubungan
3.	Personal Hygiene	0,012	5,333	1,595 – 17,829	Ada hubungan
4.	Lama Kontak	0,703	–	–	Tidak ada hubungan
5.	Suhu Kamar Tidur	1,000	–	–	Tidak ada hubungan
6.	Umur	0,522	–	–	Tidak ada hubungan
7.	Jenis Pekerjaan	0,001	11,400	3,092-42,026	Ada hubungan
8.	Jarak Rumah	0,577	–	–	Tidak ada hubungan
9.	Jenis Kelamin	0,779	–	–	Tidak ada hubungan



BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,160) > \alpha (0,05)$.

Berdasarkan penelitian di lapangan didapatkan sebagian besar responden memiliki pendidikan rendah sebanyak 30 orang atau 57,7% dan yang memiliki pendidikan tinggi sebanyak 22 orang atau 42,3%. Dari hasil tersebut dapat dilihat masih banyaknya responden yang memiliki pendidikan rendah. Pendidikan rendah tidak menjadi salah satu faktor kejadian kusta, karena dilihat juga berapa banyak pengetahuan yang dimiliki responden mengenai kusta.

5.1.2 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,026) < \alpha (0,05)$. Nilai *odd ratio* sebesar 4,343 dan 95% CI (1,344-14,030) sehingga dapat diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan rendah mempunyai risiko 4,343 kali lebih besar terkena

kusta daripada responden yang memiliki pengetahuan tinggi. Nilai OR > 1 dan 95% CI tidak mencakup angka 1, berarti pengetahuan rendah merupakan salah satu faktor risiko kejadian kusta. Hal ini selaras dengan hasil penelitian Muh Isa Tauda (2009) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit kusta di kota Ternate, memperoleh hasil bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kejadian penyakit kusta dengan nilai p sebesar 0,001.

Berdasarkan penelitian di lapangan didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan rendah sebanyak 29 orang atau 55,8% dan yang memiliki pengetahuan tinggi sebanyak 23 orang atau 44,2%. Dari hasil tersebut dapat dilihat masih banyak responden yang memiliki pengetahuan rendah. Kebanyakan responden melihat gejala-gejala dari penyakit kusta, namun menganggap gejala yang muncul merupakan penyakit kulit lain seperti panu. Sehingga kurang adanya tindakan untuk memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan dan tidak sedikit diantaranya mengalami keterlambatan pengobatan. Banyak diantara masyarakat yang mengetahui tentang penyakit kusta dari pengalaman tetangga sekitar mereka yang sudah terdiagnosa kusta tanpa tahu bagaimana cara penularan maupun pencegahannya. Pihak Puskesmas sudah pernah memberikan penyuluhan terhadap penderita kusta dan masyarakat umum melalui kader kesehatan di beberapa desa namun kurang efektif karena banyak yang tidak hadir dalam penyuluhan.

5.1.3 Hubungan antara Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara personal hygiene dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas

Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,012) < \alpha (0,05)$. Nilai *odd ratio* sebesar 5,333 dan 95% CI (1,595-17,829) sehingga dapat diketahui bahwa responden yang memiliki personal hygiene buruk mempunyai risiko 5,333 kali lebih besar terkena kusta daripada responden yang memiliki personal hygiene baik. Nilai OR > 1 dan 95% CI tidak mencakup angka 1, berarti personal hygiene merupakan salah satu faktor risiko kejadian kusta.

Hal ini selaras dengan hasil penelitian Maria Christiana (2009) yang meneliti tentang faktor risiko kejadian kusta (studi kasus di Rumah Sakit Kusta Donorejo Jepara), bahwa ada hubungan yang bermakna antara personal hygiene dengan kejadian penyakit kusta dengan nilai p sebesar 0,001. Hasil Penelitian ini diperkuat dengan hasil penelitian Yudied AM (2007) menyatakan bahwa pakai pakaian bergatian, handuk mandi secara bergatian juga dapat memicu terjadinya penularan berbagai macam penyakit yang tidak menutup kemungkinan penyakit kusta.

Berdasarkan penelitian di lapangan didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki personal hygiene buruk sebanyak 30 orang atau 57,7% dan yang memiliki personal hygiene sebanyak 22 orang atau 42,3%. Dari hasil ini dapat dilihat masih banyak responden yang memiliki personal hygiene buruk. Banyak dari mereka yang tidak mengetahui bahwa kebiasaan menggunakan alat-alat pribadi (handuk, sabun, sisir) bersama dapat menjadi salah satu media penularan penyakit kusta sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Arif

Mansjoer (2000:65), menyatakan bahwa kuman kusta dapat mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut dan kelenjar keringat.

5.1.4 Hubungan antara Lama Kontak dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,703) > \alpha (0,05)$. Sebagian besar responden yang memiliki risiko lama kontak dengan anggota keluarga yang menderita kusta sebanyak 8 orang atau 15,4% dan yang tidak berisiko sebanyak 44 orang atau 84,6%.

Berdasarkan penelitian di lapangan banyak responden yang tidak memiliki riwayat kontak dengan anggota keluarga yang dinyatakan menderita kusta. Sedangkan responden yang memiliki anggota keluarga yang sebelumnya telah dinyatakan menderita kusta dan dicurigai sebagai sumber penularan kusta telah mendapatkan pengobatan secara teratur, sesuai dengan Depkes RI (2007:10) bahwa penderita yang telah minum obat sesuai regimen WHO tidak menjadi sumber penularan kepada orang lain.

5.1.5 Hubungan antara Suhu Kamar Tidur dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara suhu kamar tidur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (1,000) > \alpha (0,05)$. Sebagian besar responden yang

memiliki suhu kamar tidur berisiko yakni $27^{\circ}\text{C} - 30^{\circ}\text{C}$ sebanyak 9 orang atau 17,3% dan yang tidak berisiko sebanyak 43 orang atau 82,7%.

Berdasarkan penelitian di lapangan responden bertempat tinggal di daerah dataran rendah yang sedikit banyak mempengaruhi suhu di lingkungan tersebut. Sebagian besar hasil pengukuran didapatkan suhu kamar tidur melebihi suhu yang berisiko yakni $27^{\circ}\text{C} - 30^{\circ}\text{C}$. Menurut Marwali Harahap (2000:262) di luar hospes dalam sekret kering dengan temperatur yang bervariasi *M. leprae* dapat bertahan hidup 7-9 hari.

5.1.6 Hubungan antara Umur dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,522) > \alpha (0,05)$. Sebagian besar responden yang memiliki umur berisiko sebanyak 13 orang atau 25,0% dan yang tidak berisiko sebanyak 39 orang atau 75,0%. Hal ini sesuai dengan penelitian Noviana Ariyani (2011) yang menyatakan bahwa umur tidak berhubungan dengan kejadian kusta ($p=0,61$) dikarenakan distribusi responden yang berumur produktif pada saat didiagnosis menderita penyakit kusta maupun yang tidak produktif pada kelompok kasus dan kontrol tidak merata.

Kejadian penyakit sering terkait pada saat ditemukan dari pada saat timbulnya penyakit. Penyakit ini dapat mengenai semua umur. Namun demikian jarang dijumpai pada umur muda. Pada keadaan epidemi, penyebaran hampir

sama pada semua umur. Di Brasilia terdapat peninggian prevalensi pada usia muda, sedangkan pada penduduk imigran prevalensi meningkat di usia lanjut.

5.1.7 Hubungan antara Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,001) < \alpha (0,05)$. Nilai *odd ratio* sebesar 11,400 dan 95% CI (3,092-42,026) sehingga dapat diketahui bahwa responden yang memiliki pekerjaan berat berisiko 11,400 kali lebih besar terkena kusta daripada responden yang memiliki pekerjaan ringan. Nilai OR > 1 dan 95% CI tidak mencakup angka 1, berarti pekerjaan merupakan salah satu faktor risiko kejadian kusta.

Hal ini selaras dengan penelitian Joko Kurnianto (2002), yang menyatakan penderita dengan pekerjaan berat (66,7%) lebih rentan daripada penderita dengan pekerjaan ringan (33,8%). Pekerjaan dapat digunakan untuk menganalisis adanya kemungkinan risiko timbulnya penyakit.

Berdasarkan penelitian di lapangan didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan yang berisiko sebanyak 28 orang atau 53,8% dan yang memiliki pekerjaan tidak berisiko sebanyak 24 orang atau 46,2%. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Laily Afidah (2012) tentang analisis faktor risiko kejadian kusta di Kabupaten Brebes tahun 2010, prosentase jenis pekerjaan yang berisiko kusta sebesar 85,5% dan yang tidak berisiko sebesar

14,5%. Uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta.

5.1.8 Hubungan antara Jarak Rumah dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian diketahui bahwa tidak ada hubungan antara jarak rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,577) < \alpha (0,05)$. Sebagian besar responden yang memiliki jarak rumah ≤ 2 meter sebanyak 23 orang atau 44,2% dan yang memiliki jarak rumah > 2 meter sebanyak 29 orang atau 55,8%.

Berdasarkan penelitian di lapangan beberapa daerah tempat tinggal responden yang memiliki jarak rumah ≤ 2 meter atau bahkan berhimpitan dengan penderita kusta tidak terlepas dari budaya atau kepercayaan setempat apabila memiliki tanah untuk dibangun tempat tinggal maka seluas tanah tersebutlah bangunan akan didirikan. Sehingga tidak menutup kemungkinan antara rumah satu dan yang lainnya berhimpitan.

5.1.9 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Kusta.

Hasil penelitian diketahui bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang Kabupaten Rembang tahun 2011. Hasil ini didasarkan pada uji *Chi-square*, diperoleh nilai $p (0,779) < \alpha (0,05)$. Sebagian besar responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang atau 42,3% dan yang memiliki jenis kelamin sebanyak 30 orang atau 57,7%.

Penderita perempuan lebih banyak apabila dibandingkan laki-laki, hal ini sesuai dengan Marwali Harahap yang menyebutkan bahwa terdapat beberapa daerah yang menunjukkan insidens dimana perempuan lebih banyak. Berdasarkan penelitian di lapangan 3 dari 14 responden perempuan pada kelompok kasus mempunyai riwayat kontak dengan anggota keluarga yang telah didiagnosis menderita kusta.

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

5.2.1 Hambatan Penelitian

Hambatan yang ditemui dalam penelitian ini antara lain:

1. Sebagian besar responden hanya dapat ditemui pada jam-jam tertentu saja sehingga peneliti menyesuaikan waktu berkunjung.
2. Ditemukan data dari pihak Puskesmas Sarang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang berupa identitas responden yang kurang lengkap, peneliti meminimalisir dengan mencari data pada ketua RT setempat.

5.2.2 Kelemahan Penelitian

1. Pada variabel lama kontak hanya dilakukan penelitian terhadap anggota keluarga responden yang didiagnosa menderita kusta. Hal tersebut tidak menutup kemungkinan tetangga sekitar responden yang juga terdiagnosa kusta terutama tipe multibasiler yang belum mendapatkan pengobatan dapat menjadi sumber penularan penyakit.
2. Tingkat pengetahuan, Suhu kamar tidur dan personal hygiene seharusnya diukur sebelum menderita kusta.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan, personal hygiene dan jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang tahun 2011.
2. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan, lama kontak, suhu kamar tidur, umur, jarak rumah dan jenis kelamin dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang kabupaten Rembang tahun 2011.

6.2 Saran

Beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut:

6.2.1 Bagi Puskesmas Gunem dan Puskesmas Sarang

Sebaiknya diberikan penyuluhan yang lebih menyeluruh dan berkelanjutan kepada masyarakat yang berada di wilayah kerja puskesmas Gunem dan puskesmas Sarang dalam upaya peningkatan pengetahuan mengenai kusta yang meliputi gejala dan cara penularan, pengobatan maupun pencegahan.

6.2.2 Bagi Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Gunem dan Puskesmas

Sarang

Masyarakat sebaiknya mengikuti penyuluhan tentang kusta dan dapat berperan serta dalam upaya pencegahan dan penanggulangan kusta. Sedangkan penderita kusta diharapkan lebih meningkatkan personal hygiene khususnya dalam penggunaan alat pribadi (pemakaian handuk, sabun dan sisir).



DAFTAR PUSTAKA

- Adhi Djuanda, 2007, *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*, Jakarta : FKUI.
- Arif Mansjoer, 2000, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta : Media Aesculapius Fakultas.
- B. K. Mandal, 2006, *Penyakit Infeksi*, Terjemahan oleh Jualita Surapsi. Jakarta : Erlangga.
- Budioro, 1997, *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Semarang: FKM UNDIP.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007, *Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*, Jakarta : Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, 2009, *Profil Kesehatan Kabupaten Rembang*, Rembang : DKK Rembang.
- _____, 2010, *Profil Kesehatan Kabupaten Rembang*, Rembang : DKK Rembang.
- _____, 2011, *Profil Kesehatan Kabupaten Rembang*, Rembang : DKK Rembang.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2005, *Penilaian Rumah Sehat*, Semarang: DKP Jateng.
- Enis Gancar, 2009, *Hubungan Karakteristik Rumah dengan Kejadian Kusta pada Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Taman Kabupaten Pemalang*, Skripsi : Universitas Diponegoro Semarang.
- Fany Nur Viana, 2010, *Efektivitas Metode Pemeriksaan Kontak oleh Kader Kesehatan terhadap Jumlah Penemuan Penderita Kusta Baru di Kecamatan Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2010*, Skripsi : Universitas Negeri Semarang.
- Fuad Amsyari, 1981, *Prinsip-Prinsip Masalah Pencemaran Lingkungan, Karakteristik Desa dan Kota*, Jakarta Timur : Chalia Indonesia.
- Hiswani, 2001, *Kusta Salah Satu Penyakit Menular yang Masih Dijumpai di Indonesia*, Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Hugh Cross dan Margaret Mahato, 2006, *Pencegahan Cacat Kusta*, Terjemahan Laksmi K Wardhani. Jakarta : The International Federation of Anti Leprosy Association (ILEP).
- International Leprosy Association, 2005, *Latapi's Lepromatosis*, International Journal of Leprosy, Volume 73 Nomor 3 September 2005.

- James Chin, 2000, *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*, Terjemahan oleh I Nyoman Kandun. Jakarta : Infomedika.
- Maria Christiana, 2008, *Analisis Faktor Risiko Kejadian Kusta (Studi Kasus di Rumah Sakit Kusta Donorejo Jepara) Tahun 2008*. Skripsi : Universitas Negeri Semarang.
- Marwali Harahap, 2000, *Ilmu Penyakit Kulit*, Jakarta : Hipokrates.
- Noviana Ariyani, 2011, *Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Reaksi Kusta*. Skripsi : Universitas Airlangga, (http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/8834843011_abs.pdf), diakses 7 Juni 2012.
- Nur Nasry Noor, 2006, *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Pendidikan Kesehatan Lingkungan http://peraturan+pemerintah+tentang+jarak+antar+rumah+berhubungan+dengan+kesehatan&sourcefile.upi.edu%2FDirektori%2FFPTK%2FJUR._PEND._TEKNIK_ARSITEKTUR%2F194612161973041-MAMAN_HILMAN%2FPLS%2FBab_3_Jadi.pdf, diakses tanggal 16 Desember 2012.
- Prawoto, 2008, *Faktor-Faktor Resiko yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Reaksi Kusta*. Tesis : Universitas Diponegoro Semarang, (<http://eprints.undip.ac.id/6325/1/Prawoto.pdf>), diakses 15 Februari 2012.
- Risha Andri Saputri, 2009, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Cacat Tingkat 2 Pada Penderita Kusta*. Skripsi : Universitas Negeri Semarang.
- Robin Graham, 2005, *Dermatologi*, Jakarta : Erlangga.
- Sudigdo S dan Sofyan Ismail, 2002, *Dasar-Dasar Metodologi Klinis Edisi ke-2*, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Soekidjo Notoatmodjo, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Saifuddin Azwar, 2012, *Penyusunan Skala Psikologi*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- SNI 03-1733-2004 <http://leumburkuring.files.wordpress.com/2012/05/sni-03-1733-2004-tata-cara-perencanaan-lingkungan.pdf> diakses tanggal 16 Desember 2012.
- Sugeng Hariyadi dkk, 2003, *Psikologi Perkembangan*, UPT MKDK Unnes.
- Sugiyono, 2009, *Statistika Untuk Penelitian*, Bandung : CV. Alfabeta.

World Health Organization, 2011, *Weekly Epidemiological Record Leprosy Update 2011*. (Online). No. 36, September 2011, 86, 398-400, (<http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/WER/wer8636revised.pdf>), diakses tanggal 23 Februari 2012.

Yudied dkk, 2008, *Kajian Pengendalian Potensial Faktor Risiko Penularan Penyakit Kusta dan Intervensinya di Puskesmas Pragaan Kabupaten Sumenep Tahun 2007*, Buletin Human Media Volume 03 Nomor 03 September 2008.

Zulkifli, 2003, *Penyakit Kusta dan Masalah yang ditimbulkannya*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.



KUESIONER PENELITIAN
FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN KUSTA
(STUDI KASUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNEM DAN
PUSKESMAS SARANG KABUPATEN REMBANG TAHUN 2011)

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

1. Jawaban diisi oleh pewawancara dengan menanyakan langsung kepada responden.
2. Jawablah pertanyaan ini dengan benar dan sejujur-jujurnya.

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

A. Identitas Responden

1. Kelompok : (0) Kasus

(1) Kontrol

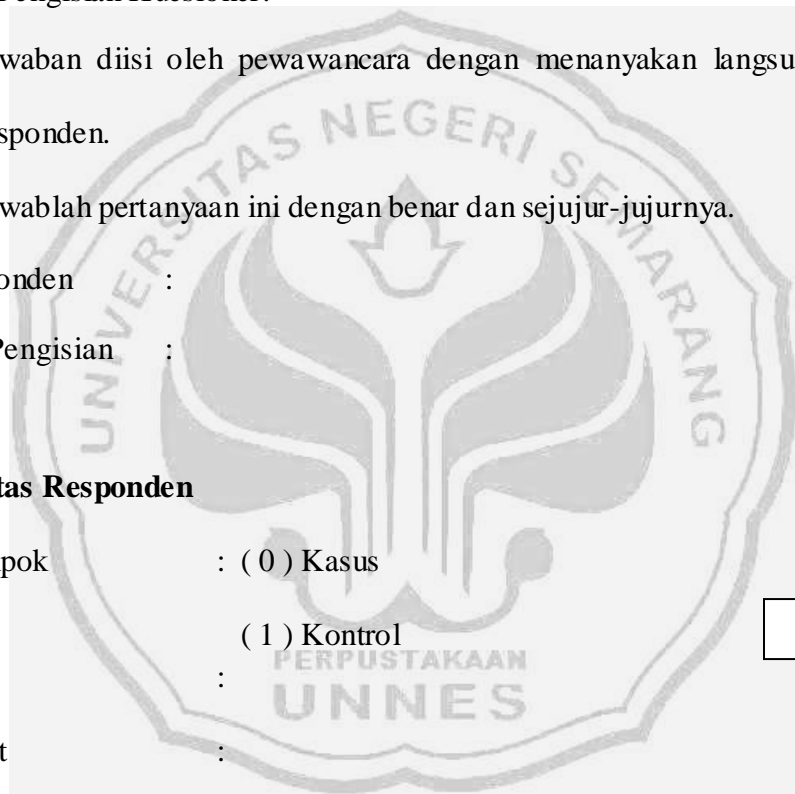
2. Nama :

3. Alamat :

4. Jenis Kelamin : (1) Laki-laki

(2) Perempuan

5. Pekerjaan :



B. Tingkat Pendidikan

No	Pertanyaan
1.	Pendidikan terakhir :

C. Tingkat Pengetahuan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
Sebelum menderita kusta, apakah anda mengetahui :			
PENYEBAB KUSTA			
1	Penyakit kusta disebabkan oleh <i>Mycobacterium Leprae</i>		
TANDA DAN GEJALA PENYAKIT KUSTA			
2	Kelainan kulit yang merah atau putih yang mati rasa		
3	Kulit yang kering dan retak		
4	Kulit melepuh dan nyeri		
5	Gangguan gerak anggota badan		
6	Terjadi penebalan atau pembengkakan pada bercak		
7	Kusta menyerang kulit, mata, otot, dan syaraf		
CARA PENULARAN KUSTA			
8	Saluran pernapasan bagian atas		
9	Melalui transfusi darah dengan penderita kusta		
10	Kontak kulit langsung yang lama dan erat dengan penderita kusta		
11	Bakteri yang utuh keluar dari tubuh penderita dan masuk ke dalam tubuh orang lain		
PENDERITA PENYAKIT KUSTA			
12	Usia dewasa (25-35 tahun)		
13	Anak-anak		
14	Keturunan dari anggota keluarga yang menderita kusta		
TEMPAT PENULARAN PENYAKIT			
15	Penyakit kusta mudah menyebar di lingkungan yang lembab jarang terkena sinar matahari		
16	Menjaga kebersihan rumah		

17	Pengobatan secara teratur		
18	Diagnosis dini		

D. Personal Hygiene

No	Pertanyaan	Ya	tidak
19	Sebelum menderita kusta, apakah anda mandi 2 kali sehari		
20	Apakah anda mempunyai kebiasaan pinjam meminjam alat pribadi (handuk, sabun, sisir dll) dengan anggota keluarga lain sebelum menderita kusta		
21	Apakah anda mempunyai kebiasaan berganti pakaian dengan anggota keluarga yang lain atau teman anda sebelum menderita kusta		
22	Sebelum menderita kusta, apakah anda selalu menutup hidung dan mulut saat batuk atau bersin		
23	Sebelum menderita kusta, jika anda mempunyai luka dibagian kulit, apakah anda langsung mengobatinya		

E. Lama Kontak

No	Pertanyaan
1	Sebelum dinyatakan menderita kusta, berapa lama anda berhubungan dengan anggota keluarga yang sudah menderita kusta. Jika pernah, sebutkan Jika tidak pernah, maka tidak perlu dijawab.

F. Umur

No	Pertanyaan
1.	Berapa umur anda ketika didiagnosa menderita penyakit kusta tahun

LEMBAR PENCATATAN**G. SUHU KAMAR TIDUR**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah rumah ataupun kamar tidur anda direnovasi setelah didiagnosis menderita kusta (Jika tidak, lanjutkan pengukuran)		

Hasil pengukuran suhu kamar tidur : °C

H. JARAK RUMAH

Hasil pengukuran jarak rumah :

1. Kanan : meter
2. Kiri : meter
3. Depan : meter
4. Belakang : meter



DAFTAR RESPONDEN KASUS

Kode	Nama	JK	Alamat
R01	Sukar	L	Tempaling
R02	Sri Luluk	P	Sidomulyo
R03	Endang	P	Sidomulyo
R04	Suminah	P	Sendangmulyo
R05	Puwarsih	P	Kaliombo
R06	A. Rifa' i	L	Demaan
R07	Aminah	P	Lodan Kulon
R08	Kiswanto	L	Lodan Wetan
R09	Marikah	P	Jambangan
R10	Lamidi	P	Nglojo
R11	Munandir	L	Gonggang
R12	Doinah	P	Sumbermulyo
R13	Suharno	L	Sumbermulyo
R14	Sokib	L	Banowan
R15	Tasripan	L	Banowan
R16	Siti Hidayatun	P	Banowan
R17	Basuni	L	Baturno
R18	Mustaqim	L	Baturno
R19	Ayu Ramadani	P	Babak Tulung
R20	Amir	L	Bonjor
R21	Sukur	L	Kalipang
R22	Suriyah	P	Kalipang
R23	Khoiriatul Afifah	P	Temperak
R24	Solikah	P	Bajing Jowo
R25	Siti Mualifah	P	Bajing Meduro
R26	Ruslan	L	Karangmangu

Keterangan :

- R : Responden
 JK : Jenis Kelamin
 P : Perempuan
 L : Laki-laki

DAFTAR RESPONDEN KONTROL

Kode	Nama	JK	Alamat
R27	Erviana	P	Tempaling
R28	Suparmi	P	Sidomulyo
R29	Ika	P	Sidomulyo
R30	Suliswati	P	Sendangmulyo
R31	Rumini	P	Kaliombo
R32	Mukhlisin	L	Demaan
R33	Kartik	P	Lodan Kulon
R34	Fu'ad	L	Lodan Wetan
R35	Juwariyah	P	Jambangan
R36	Siti Faida	P	Nglojo
R37	Rohmah	P	Gonggang
R38	Bambang	L	Sumbermulyo
R39	A. Huda	L	Sumbermulyo
R40	Ngasrikah	P	Banowan
R41	Tipah	P	Banowan
R42	Dyah H	P	Banowan
R43	Karomah	P	Baturno
R44	Atik	P	Baturno
R45	Harjito	L	Babak Tulung
R46	Arif S	L	Bonjor
R47	Andrian W	L	Kalipang
R48	Rohim	L	Kalipang
R49	Zulaikah	P	Temperak
R50	Suyono	L	Bajing Jowo
R51	Hadi	L	Bajing Meduro
R52	Jumarti	P	Karangmangu

Keterangan :

R : Responden

JK : Jenis Kelamin

P : Perempuan

L : Laki-laki

DATA TINGKAT PENDIDIKAN

No. Responden	Tingkat Pendidikan	Kategori
(1)	(2)	(3)
R01	SD	Rendah
R02	SMP	Rendah
R03	SMA	Tinggi
R04	SD	Rendah
R05	SD	Rendah
R06	SD	Rendah
R07	SD	Rendah
R08	SMA	Tinggi
R09	SD	Rendah
R10	SD	Rendah
R11	SMP	Rendah
R12	SMA	Tinggi
R13	SMA	Tinggi
R14	SMP	Rendah
R15	SMA	Tinggi
R16	SMA	Tinggi
R17	SMP	Rendah
R18	SD	Rendah
R19	SMP	Rendah
R20	SMA	Tinggi
R21	SD	Rendah
R22	SMP	Rendah
R23	SMA	Tinggi
R24	SMP	Rendah
R25	SMP	Rendah
R26	SMP	Rendah
R27	SMP	Rendah
R28	SD	Rendah
R29	SMP	Rendah
R30	SMP	Rendah
R31	SD	Rendah
R32	SMA	Tinggi
R33	SMP	Rendah
R34	SMA	Tinggi
R35	SMA	Tinggi
R36	SMA	Tinggi
R37	SMA	Tinggi
R38	SMA	Tinggi
R39	SMA	Tinggi
R40	SD	Rendah
R41	SD	Rendah

(1)	(2)	(3)
R42	SMA	Tinggi
R43	SMA	Tinggi
R44	SMP	Rendah
R45	SMA	Tinggi
R46	SMA	Tinggi
R47	PT	Tinggi
R48	SD	Rendah
R49	SMA	Tinggi
R50	SMP	Rendah
R51	SMA	Tinggi
R52	SMP	Rendah



DATA PERSONAL HYGIENE

No. Responden	Keberadaan Barang Bekas					Jumlah	Kategori
	P19	P20	P21	P22	P23		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
R01	1	0	1	0	0	2	Buruk
R02	1	0	1	0	0	2	Buruk
R03	1	0	1	0	0	2	Buruk
R04	1	0	1	0	0	2	Buruk
R05	1	0	1	0	0	2	Buruk
R06	0	0	1	0	0	1	Buruk
R07	1	0	1	0	0	2	Buruk
R08	1	0	1	1	1	4	Baik
R09	1	0	1	0	0	2	Buruk
R10	1	0	0	0	0	1	Buruk
R11	1	0	1	1	1	4	Baik
R12	1	0	1	1	0	3	Baik
R13	1	0	1	0	0	2	Buruk
R14	1	0	1	0	0	2	Buruk
R15	1	0	0	1	1	3	Baik
R16	1	0	1	1	0	3	Baik
R17	1	0	1	0	0	2	Buruk
R18	1	0	0	1	0	2	Buruk
R19	1	0	0	1	0	2	Buruk
R20	1	0	1	0	0	2	Buruk
R21	1	0	0	0	0	1	Buruk
R22	1	0	1	0	0	2	Buruk
R23	1	0	1	0	0	2	Buruk
R24	1	0	1	0	0	2	Buruk
R25	1	0	1	1	0	3	Baik
R26	1	0	1	0	0	2	Buruk
R27	1	0	1	1	1	4	Baik
R28	1	0	1	1	1	4	Baik
R29	1	1	1	1	1	5	Baik
R30	1	0	1	0	0	2	Buruk
R31	1	0	1	1	1	4	Baik
R32	1	0	1	1	0	3	Baik
R33	1	0	1	0	0	2	Buruk
R34	1	0	1	1	1	4	Baik
R35	1	0	1	1	1	4	Baik
R36	1	0	1	1	1	4	Baik
R37	1	0	1	0	0	2	Buruk
R38	1	0	1	0	0	2	Buruk
R39	1	0	1	0	0	2	Buruk
R40	1	0	0	1	1	3	Baik

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
R41	1	0	0	0	0	1	Buruk
R42	1	0	1	1	1	4	Baik
R43	1	0	1	1	1	4	Baik
R44	1	0	1	1	1	4	Baik
R45	1	0	1	0	0	2	Buruk
R46	1	0	1	1	1	4	Baik
R47	1	0	1	1	0	3	Baik
R48	1	0	1	0	0	2	Buruk
R49	1	0	1	1	0	3	Baik
R50	1	0	1	0	0	2	Buruk
R51	1	0	1	1	0	3	Baik
R52	1	0	1	0	0	2	Buruk



DATA LAMA KONTAK

No. Responden	Lama Kontak	Kategori
(1)	(2)	(3)
R01	-	Tidak Berisiko
R02	-	Tidak Berisiko
R03	-	Tidak Berisiko
R04	-	Tidak Berisiko
R05	>10 tahun	Berisiko
R06	-	Tidak Berisiko
R07	5 tahun	Berisiko
R08	-	Tidak Berisiko
R09	8 tahun	Berisiko
R10	-	Tidak Berisiko
R11	-	Tidak Berisiko
R12	-	Tidak Berisiko
R13	-	Tidak Berisiko
R14	5 tahun	Berisiko
R15	3 tahun	Berisiko
R16	-	Tidak Berisiko
R17	-	Tidak Berisiko
R18	-	Tidak Berisiko
R19	-	Tidak Berisiko
R20	-	Tidak Berisiko
R21	-	Tidak Berisiko
R22	-	Tidak Berisiko
R23	-	Tidak Berisiko
R24	-	Tidak Berisiko
R25	-	Tidak Berisiko
R26	-	Tidak Berisiko
R27	-	Tidak Berisiko
R28	1 tahun	Tidak Berisiko
R29	-	Tidak Berisiko
R30	-	Tidak Berisiko
R31	-	Tidak Berisiko
R32	-	Tidak Berisiko
R33	5 tahun	Berisiko
R34	-	Tidak Berisiko
R35	3 tahun	Berisiko
R36	-	Tidak Berisiko
R37	-	Tidak Berisiko
R38	-	Tidak Berisiko
R39	-	Tidak Berisiko
R40	6 tahun	Berisiko

(1)	(2)	(3)
R41	-	Tidak Berisiko
R42	-	Tidak Berisiko
R43	-	Tidak Berisiko
R44	-	Tidak Berisiko
R45	-	Tidak Berisiko
R46	-	Tidak Berisiko
R47	-	Tidak Berisiko
R48	-	Tidak Berisiko
R49	-	Tidak Berisiko
R50	-	Tidak Berisiko
R51	-	Tidak Berisiko
R52	-	Tidak Berisiko



DATA SUHU KAMAR TIDUR

No. Responden	Suhu Kamar Tidur	Kategori
(1)	(2)	(3)
R01	30° C	Berisiko
R02	30° C	Berisiko
R03	30° C	Berisiko
R04	32° C	Tidak Berisiko
R05	30° C	Berisiko
R06	30° C	Berisiko
R07	32° C	Tidak Berisiko
R08	32° C	Tidak Berisiko
R09	32° C	Tidak Berisiko
R10	32° C	Tidak Berisiko
R11	32° C	Tidak Berisiko
R12	32° C	Tidak Berisiko
R13	31° C	Tidak Berisiko
R14	32° C	Tidak Berisiko
R15	31° C	Tidak Berisiko
R16	32° C	Tidak Berisiko
R17	31° C	Tidak Berisiko
R18	32° C	Tidak Berisiko
R19	32° C	Tidak Berisiko
R20	32° C	Tidak Berisiko
R21	32° C	Tidak Berisiko
R22	32° C	Tidak Berisiko
R23	32° C	Tidak Berisiko
R24	32° C	Tidak Berisiko
R25	32° C	Tidak Berisiko
R26	32° C	Tidak Berisiko
R27	31° C	Tidak Berisiko
R28	30° C	Berisiko
R29	34° C	Tidak Berisiko
R30	31° C	Tidak Berisiko
R31	31° C	Tidak Berisiko
R32	32° C	Tidak Berisiko
R33	30° C	Berisiko
R34	32° C	Tidak Berisiko
R35	32° C	Tidak Berisiko
R36	31° C	Tidak Berisiko
R37	32° C	Tidak Berisiko
R38	32° C	Tidak Berisiko
R39	32° C	Tidak Berisiko
R40	30° C	Berisiko

(1)	(2)	(3)
R41	30° C	Berisiko
R42	31° C	Tidak Berisiko
R43	32° C	Tidak Berisiko
R44	32° C	Tidak Berisiko
R45	32° C	Tidak Berisiko
R46	32° C	Tidak Berisiko
R47	33° C	Tidak Berisiko
R48	34° C	Tidak Berisiko
R49	32° C	Tidak Berisiko
R50	33° C	Tidak Berisiko
R51	32° C	Tidak Berisiko
R52	32° C	Tidak Berisiko



DATA UMUR

No. Responden	Umur	Kategori
(1)	(2)	(3)
R01	52	Tidak Berisiko
R02	35	Tidak Berisiko
R03	30	Tidak Berisiko
R04	45	Tidak Berisiko
R05	33	Tidak Berisiko
R06	44	Tidak Berisiko
R07	35	Tidak Berisiko
R08	25	Berisiko
R09	42	Tidak Berisiko
R10	50	Tidak Berisiko
R11	35	Tidak Berisiko
R12	20	Berisiko
R13	38	Tidak Berisiko
R14	31	Tidak Berisiko
R15	25	Berisiko
R16	25	Berisiko
R17	32	Tidak Berisiko
R18	48	Tidak Berisiko
R19	15	Berisiko
R20	30	Tidak Berisiko
R21	53	Tidak Berisiko
R22	50	Tidak Berisiko
R23	18	Berisiko
R24	27	Berisiko
R25	21	Berisiko
R26	36	Tidak Berisiko
R27	27	Berisiko
R28	49	Tidak Berisiko
R29	27	Berisiko
R30	28	Berisiko
R31	31	Tidak Berisiko
R32	47	Tidak Berisiko
R33	34	Tidak Berisiko
R34	37	Tidak Berisiko
R35	42	Tidak Berisiko
R36	23	Berisiko
R37	36	Tidak Berisiko
R38	39	Tidak Berisiko
R39	42	Tidak Berisiko
R40	35	Tidak Berisiko

(1)	(2)	(3)
R41	49	Tidak Berisiko
R42	37	Tidak Berisiko
R43	39	Tidak Berisiko
R44	31	Tidak Berisiko
R45	43	Tidak Berisiko
R46	37	Tidak Berisiko
R47	22	Berisiko
R48	44	Tidak Berisiko
R49	39	Tidak Berisiko
R50	41	Tidak Berisiko
R51	38	Tidak Berisiko
R52	40	Tidak Berisiko



DATA JENIS PEKERJAAN

No. Responden	Jenis Pekerjaan	Kategori
(1)	(2)	(3)
R01	Petani	Berisiko
R02	Petani	Berisiko
R03	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R04	Petani	Berisiko
R05	Buruh	Berisiko
R06	Petani	Berisiko
R07	Petani	Berisiko
R08	Petani	Berisiko
R09	Petani	Berisiko
R10	Petani	Berisiko
R11	Petani	Berisiko
R12	IRT	Tidak Berisiko
R13	Petani	Berisiko
R14	Petani	Berisiko
R15	Petani	Berisiko
R16	Petani	Berisiko
R17	Petani	Berisiko
R18	Petani	Berisiko
R19	Pelajar	Tidak Berisiko
R20	Petani	Berisiko
R21	Nelayan	Berisiko
R22	IRT	Tidak Berisiko
R23	Penjahit	Berisiko
R24	IRT	Tidak Berisiko
R25	Petani	Berisiko
R26	Petani	Berisiko
R27	IRT	Tidak Berisiko
R28	Petani	Berisiko
R29	Penjahit	Berisiko
R30	Petani	Berisiko
R31	Buruh	Berisiko
R32	Petani	Berisiko
R33	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R34	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R35	IRT	Tidak Berisiko
R36	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R37	IRT	Tidak Berisiko
R38	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R39	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R40	Petani	Berisiko

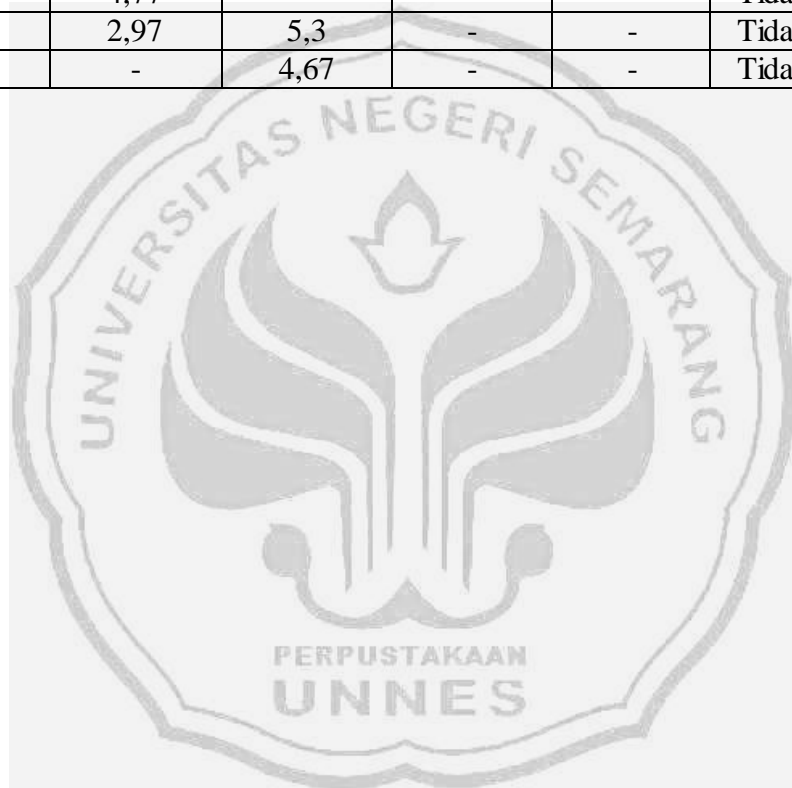
(1)	(2)	(3)
R41	IRT	Tidak Berisiko
R42	IRT	Tidak Berisiko
R43	IRT	Tidak Berisiko
R44	IRT	Tidak Berisiko
R45	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R46	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R47	Tidak Bekerja	Tidak Berisiko
R48	Nelayan	Berisiko
R49	IRT	Tidak Berisiko
R50	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R51	Wiraswasta	Tidak Berisiko
R52	IRT	Tidak Berisiko



DATA JARAK RUMAH

No. Responden	Jarak Rumah (Meter)				Kategori
	Kanan	Kiri	Depan	Belakang	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
R01	3,42	2,68	-	-	Tidak Berisiko
R02	1,55	1,21	-	-	Berisiko
R03	1,59	1,55	-	-	Berisiko
R04	2,82	>7,5	-	-	Tidak Berisiko
R05	8,3	1,6	-	-	Berisiko
R06	1,51	0,29	-	-	Berisiko
R07	-	1,26	5,3	-	Berisiko
R08	1,34	2,3	-	-	Berisiko
R09	-	1,74	-	Himpit	Berisiko
R10	>7,5	4,1	-	-	Tidak Berisiko
R11	5,12	-	-	-	Tidak Berisiko
R12	2,54	3,13	-	>7,5	Tidak Berisiko
R13	-	1,11	-	-	Berisiko
R14	4,2	-5,6	-	-	Tidak Berisiko
R15	1,32	2,3	-	-	Berisiko
R16	1,47	4,67	-	-	Berisiko
R17	>7,5	3,4	-	-	Tidak Berisiko
R18	-	1,83	-	-	Berisiko
R19	-	>7,5	-	>7,5	Tidak Berisiko
R20	>7,5	-	-	-	Tidak Berisiko
R21	4,37	1,76	>7,5	-	Berisiko
R22	-	>7,5	-	-	Tidak Berisiko
R23	5,23	4,31	-	-	Tidak Berisiko
R24	4,17	-	-	-	Tidak Berisiko
R25	1,26	>7,5	-	-	Berisiko
R26	6,23	3,57	-	-	Tidak Berisiko
R27	2,68	1,35	-	-	Berisiko
R28	1,21	-	-	-	Berisiko
R29	-	1,59	-	-	Berisiko
R30	>7,5	-	-	-	Tidak Berisiko
R31	2,8	1,13	-	-	Berisiko
R32	3,1	4,2	-	2,5	Tidak Berisiko
R33	1,31	-	5,6	-	Berisiko
R34	-	3,57	-	>7,5	Tidak Berisiko
R35	3,83	-	-	-	Tidak Berisiko
R36	4,79	-	-	-	Tidak Berisiko
R37	5,3	1,21	-	-	Berisiko
R38	>7,5	-	-	-	Tidak Berisiko
R39	3,28	-	-	-	Tidak Berisiko
R40	5,6	5,5	-	>7,5	Tidak Berisiko

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
R41	1,42	2,3	-	-	Berisiko
R42	>7,5	1,56	-	-	Berisiko
R43	5,32	-	-	>7,5	Tidak Berisiko
R44	1,87	4,23	-	-	Berisiko
R45	-	>7,5	-	-	Tidak Berisiko
R46	5,93	4,64	-	-	Tidak Berisiko
R47	4,52	-	-	-	Tidak Berisiko
R48	1,26	4,41	-	-	Berisiko
R49	5,1	3,89	-	-	Tidak Berisiko
R50	4,77	-	-	-	Tidak Berisiko
R51	2,97	5,3	-	-	Tidak Berisiko
R52	-	4,67	-	-	Tidak Berisiko



DATA JENIS KELAMIN

Kode	Jenis Kelamin	Kategori
R01	L	Berisiko
R02	P	Tidak Berisiko
R03	P	Tidak Berisiko
R04	P	Tidak Berisiko
R05	P	Tidak Berisiko
R06	L	Berisiko
R07	P	Tidak Berisiko
R08	L	Berisiko
R09	P	Tidak Berisiko
R10	P	Tidak Berisiko
R11	L	Berisiko
R12	P	Tidak Berisiko
R13	L	Berisiko
R14	L	Berisiko
R15	L	Berisiko
R16	P	Tidak Berisiko
R17	L	Berisiko
R18	L	Berisiko
R19	P	Tidak Berisiko
R20	L	Berisiko
R21	L	Berisiko
R22	P	Tidak Berisiko
R23	P	Tidak Berisiko
R24	P	Tidak Berisiko
R25	P	Tidak Berisiko
R26	L	Berisiko
R27	P	Tidak Berisiko
R28	P	Tidak Berisiko
R29	P	Tidak Berisiko
R30	P	Tidak Berisiko
R31	P	Tidak Berisiko
R32	L	Berisiko
R33	P	Tidak Berisiko
R34	L	Berisiko
R35	P	Tidak Berisiko
R36	P	Tidak Berisiko
R37	P	Tidak Berisiko
R38	L	Berisiko
R39	L	Berisiko
R40	P	Tidak Berisiko
R41	P	Tidak Berisiko
R42	P	Tidak Berisiko

(1)	(2)	(3)
R43	P	Tidak Berisiko
R44	P	Tidak Berisiko
R45	L	Berisiko
R46	L	Berisiko
R47	L	Berisiko
R48	L	Berisiko
R49	P	Tidak Berisiko
R50	L	Berisiko
R51	L	Berisiko
R52	P	Tidak Berisiko

Keterangan :

R : Responden

P : Perempuan

L : Laki-laki



DATA TINGKAT PENGETAHUAN

No. Responden	Tingkat Pendidikan																		Skor	kategori
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)
R01	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R02	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15	Tinggi
R03	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R04	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R05	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R06	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R07	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R08	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	10	Tinggi
R09	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R10	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R11	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R12	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	11	Tinggi
R13	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Rendah
R14	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R15	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R16	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	11	Tinggi
R17	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	10	Tinggi
R18	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R20	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R21	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R22	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	10	Tinggi
R23	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	Rendah
R24	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R25	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	10	Tinggi
R26	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R27	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R28	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	10	Tinggi
R29	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Rendah
R30	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R31	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Rendah
R32	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	Rendah
R33	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Rendah
R34	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	10	Tinggi
R35	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	Tinggi
R36	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah
R37	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	10	Tinggi
R38	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	11	Tinggi
R39	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	11	Tinggi
R40	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Rendah

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	
R41	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Rendah
R42	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	12	Tinggi	
R43	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	11	Tinggi	
R44	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	Tinggi	
R45	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	10	Tinggi	
R46	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	10	Tinggi	
R47	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	6	Rendah	
R48	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	10	Tinggi	
R49	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	10	Tinggi	
R50	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	11	Tinggi	
R51	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	10	Tinggi	
R52	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	10	Tinggi	



HASIL UJI CHI SQUARE**Tingkat Pendidikan * Kejadian Kusta Crosstabulation**

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Tingkat Pendidikan	Rendah	Count	18	12	30
		Expected Count	15.0	15.0	30.0
		% within Kejadian Kusta	69.2%	46.2%	57.7%
	Tinggi	Count	8	14	22
		Expected Count	11.0	11.0	22.0
		% within Kejadian Kusta	30.8%	53.8%	42.3%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.836 ^a	1	.092		
Continuity Correction ^b	1.970	1	.160		
Likelihood Ratio	2.865	1	.091		
Fisher's Exact Test				.160	.080
Linear-by-Linear Association	2.782	1	.095		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (Rendah / Tinggi)	2.625	.844	8.166
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	1.650	.883	3.083
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.629	.366	1.079
N of Valid Cases	52		

Tingkat Pengetahuan * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Tingkat Pengetahuan	Rendah	Count	19	10	29
		Expected Count	14.5	14.5	29.0
		% within Kejadian Kusta	73.1%	38.5%	55.8%
	Tinggi	Count	7	16	23
		Expected Count	11.5	11.5	23.0
		% within Kejadian Kusta	26.9%	61.5%	44.2%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.315 ^a	1	.012		
Continuity Correction ^b	4.990	1	.026		
Likelihood Ratio	6.457	1	.011		
Fisher's Exact Test				.025	.012
Linear-by-Linear Association	6.193	1	.013		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pengetahuan (Rendah / Tinggi)	4.343	1.344	14.030
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	2.153	1.099	4.215
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.496	.280	.876
N of Valid Cases	52		

Personal Hygiene * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Personal Hygiene	Buruk	Count	20	10	30
		Expected Count	15.0	15.0	30.0
		% within Kejadian Kusta	76.9%	38.5%	57.7%
	Baik	Count	6	16	22
		Expected Count	11.0	11.0	22.0
		% within Kejadian Kusta	23.1%	61.5%	42.3%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.879 ^a	1	.005	.011	.005
Continuity Correction ^b	6.382	1	.012		
Likelihood Ratio	8.115	1	.004		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7.727	1	.005		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Personal Hygiene (Buruk / Baik)	5.333	1.595	17.829
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	2.444	1.181	5.061
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.458	.260	.808
N of Valid Cases	52		

Lama Kontak * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Lama Kontak	Berisiko	Count	5	3	8
		Expected Count	4.0	4.0	8.0
		% within Kejadian Kusta	19.2%	11.5%	15.4%
	Tidak Berisiko	Count	21	23	44
		Expected Count	22.0	22.0	44.0
		% within Kejadian Kusta	80.8%	88.5%	84.6%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.591 ^a	1	.442	.703	.352
Continuity Correction ^b	.148	1	.701		
Likelihood Ratio	.596	1	.440		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.580	1	.446		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Lama Kontak (Berisiko / Tidak Berisiko)	1.825	.388	8.590
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	1.310	.705	2.433
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.717	.281	1.833
N of Valid Cases	52		

Suhu Kamar Tidur * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Suhu Kamar Tidur	Berisiko	Count	5	4	9
		Expected Count	4.5	4.5	9.0
		% within Kejadian Kusta	19.2%	15.4%	17.3%
	Tidak Berisiko	Count	21	22	43
		Expected Count	21.5	21.5	43.0
		% within Kejadian Kusta	80.8%	84.6%	82.7%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.134 ^a	1	.714	1.000	.500
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.135	1	.714		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.132	1	.717		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Suhu Kamar Tidur (Berisiko / Tidak Berisiko)	1.310	.309	5.551
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	1.138	.588	2.200
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.869	.396	1.908
N of Valid Cases	52		

Umur * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Umur	Berisiko	Count	8	5	13
		Expected Count	6.5	6.5	13.0
		% within Kejadian Kusta	30.8%	19.2%	25.0%
	Tidak Berisiko	Count	18	21	39
		Expected Count	19.5	19.5	39.0
		% within Kejadian Kusta	69.2%	80.8%	75.0%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.923 ^a	1	.337		
Continuity Correction ^b	.410	1	.522		
Likelihood Ratio	.930	1	.335		
Fisher's Exact Test				.523	.262
Linear-by-Linear Association	.905	1	.341		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Umur (Berisiko / Tidak Berisiko)	1.867	.518	6.731
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	1.333	.771	2.305
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.714	.339	1.507
N of Valid Cases	52		

Jenis Pekerjaan * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Jenis Pekerjaan	Berisiko	Count	21	7	28
		Expected Count	14.0	14.0	28.0
		% within Kejadian Kusta	80.8%	26.9%	53.8%
	Tidak Berisiko	Count	5	19	24
		Expected Count	12.0	12.0	24.0
		% within Kejadian Kusta	19.2%	73.1%	46.2%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.167 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	13.077	1	.000		
Likelihood Ratio	16.033	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	14.875	1	.000		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Pekerjaan (Berisiko / Tidak Berisiko)	11.400	3.092	42.026
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	3.600	1.604	8.082
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.316	.161	.619
N of Valid Cases	52		

Jarak Rumah * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Jarak Rumah	Berisiko	Count	13	10	23
		Expected Count	11.5	11.5	23.0
		% within Kejadian Kusta	50.0%	38.5%	44.2%
	Tidak Berisiko	Count	13	16	29
		Expected Count	14.5	14.5	29.0
		% within Kejadian Kusta	50.0%	61.5%	55.8%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.702 ^a	1	.402		
Continuity Correction ^b	.312	1	.577		
Likelihood Ratio	.703	1	.402		
Fisher's Exact Test				.577	.289
Linear-by-Linear Association	.688	1	.407		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak Rumah (Berisiko / Tidak Berisiko)	1.600	.531	4.818
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	1.261	.735	2.163
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.788	.446	1.393
N of Valid Cases	52		

Jenis Kelamin * Kejadian Kusta Crosstabulation

			Kejadian Kusta		Total
			Kasus	Kontrol	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	12	10	22
		Expected Count	11.0	11.0	22.0
		% within Kejadian Kusta	46.2%	38.5%	42.3%
	Perempuan	Count	14	16	30
		Expected Count	15.0	15.0	30.0
		% within Kejadian Kusta	53.8%	61.5%	57.7%
Total	Count	26	26	52	
	Expected Count	26.0	26.0	52.0	
	% within Kejadian Kusta	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.315 ^a	1	.575	.779	.390
Continuity Correction ^b	.079	1	.779		
Likelihood Ratio	.316	1	.574		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.309	1	.578		
N of Valid Cases ^b	52				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	1.371	.455	4.136
For cohort Kejadian Kusta = Kasus	1.169	.681	2.006
For cohort Kejadian Kusta = Kontrol	.852	.483	1.503
N of Valid Cases	52		



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

Nomor : 4734/UN.37.1.6/HK/2011

**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2011/2012**

- Menimbang** : Bersama untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja) Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja) Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. SK. Rektor UNNES No. 184/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
2. SK Rektor UNNES No. 162/X/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
3. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
- Memperhatikan** : Jsulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja) Tanggal 28 November 2011

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : Menunjuk dan mengangkat kepada :
- | | |
|----------------------|---------------------------------------|
| 1. Nama | : Eram Tunggul Pawaning, S.KM., M.Kes |
| NIP | : 197409262005121001 |
| Pangkat/Golongan | : III/c - Penata |
| Jabatan Akademik | : Lektor |
| Sebagai Pembimbing I | |
- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 2. Nama | : Galuh Nita Prameswari, S.KM., M.Si |
| NIP | : 198008132008122002 |
| Pangkat/Golongan | : III/b - Penata Muda Tk. I |
| Jabatan Akademik | : Tenaga Pengajar |
| Sebagai Pembimbing II | |
- Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
- | | |
|---------------|---|
| Nama | : YESSITA YUNIAHASARI |
| NIM | : 8450436042 |
| Jurusan/Prodi | : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja) |
| Titik | : kesehatan lingkungan |

- KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.



DITETAPKAN DI : SEMARANG
TANGGAL : 2011

Dra. Harry Pramono, M.Si.
NIP. 195910191986031001

- Tembusan**
1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
 2. Ketua Jurusan
 3. Dosen Pembimbing
 4. Perlinggal





**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**

Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp. (024) 8058007
Fax. 024-8058007, E-mail : fik - unnes-smg. @ Telkom.net

Nomor : 6324/UN37.1.6/PL.1/2012
Hal : Ijin Penelitian

Yth. Kepala Kesbangpolinmas Kabupaten Rembang
di Rembang

Dengan hormat,
Bersama ini, kami mohon ijin pelaksanaan penelitian untuk penyusunan skripsi/Tugas akhir oleh mahasiswa sebagai berikut :

Nama : YESSITA YUNIARASARI
NIM : 6450408042
Program/semester : Strata I /9

Untuk mengadakan penelitian dengan judul :

" FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KUSTA (STUDI KASUS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNEM DAN PUSKESMAS SARANG KABUPATEN REMBANG TAHUN 2011)"

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.



Semarang, 20 Desember 2012
Dekan
Pembantu Dekan Bidang Akademik,

Tembusan :
1. Dekan FIK UNNES
2. Ketua Jur. IKM
3. Arsip

Drs. Tri Rustiadi, M.Kes
NIP. 19641023.199002.1.001

No. Dokumen FM-05-AKD-24



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Kampus Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telp. (024) 8058007
 Fax. 024-8058007, E-mail : fik – unnes-smg. @ Telkom.net

Nomor : 6324/UN37.1.6/PP.1.10/2012 20 Desember 2012
 Hal : Permohonan ijin peminjaman alat

Yth. Kepala Laboratorium Jurusan IKM FIK UNNES
 di Semarang

Dengan hormat,

Dalam rangka penyelesaian program studi, dengan ini kami mohon untuk mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama : YESSITA YUNIARASARI
 NIM : 6450408042
 Prodi/ SMT : Ilmu Kesehatan Masyarakat/9

Diperkenankan *Meminjam alat* ditempat yang bapak/Ibu pimpin guna mempersiapkan pelaksanaan penyelesaian skripsi/Tugas akhir, adapun alat yang akan dipinjam adalah :

1. *Thermohydrometer*
2. *Rollmeter*

Demikian permohonan kami. Atas terkabulnya permohonan ini, kami ucapkan terima kasih.



Tembusan :
 1. Dekan FIK UNNES
 2. Ketua Jur. IKM
 3. Arsip

No Dokumen FM-01-AKD-03



**PEMERINTAH KABUPATEN REMBANG
KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN
PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jl. dr. Sutomo No. 16 A Telp. / Fax. (0295) 691197 Rembang
Kode Pos 59211

Rembang, 21 - 12 - 2012

Nomor : 070 / 896 / 2012
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Rembang
di-
Rembang

- I. Dasar : Peraturan Daerah Kabupaten Rembang Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Rembang.
- II. Membaca : Surat dari Universitas Negeri Semarang Fakultas Ilmu Keolahragaan, Nomor: 6324 / UN.37.1.6 / PL.1 / 2012 Tanggal. 20 Desember 2012.

III. Yang dilaksanakan oleh:

Nama : Yessita Yuniarasari
NIM/ NIP : 6450408042
Alamat : Jalan P Sudirman No 149 Rembang
Status/ Pekerjaan : Mahasiswa
Kebangsaan : Indonesia
Lokasi : Puskesmas Gunung dan Puskesmas Sarang
Waktu : 21 Desember 2012 s/d 21 Januari 2013
Peserta : -
Penanggung Jawab : Drs. Tri Rostadi M. Kes

* Bermaksud untuk melaksanakan penelitian guna penyusunan skripsi dengan judul " Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus Di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung dan Puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011) "

- IV. Pertimbangan : Bahwa dalam penelitian dapat diterima atas dasar sesuatu kegiatan ilmiah dan pengabdian masyarakat perlu dibantu pengembangannya.
- Dengan ketentuan sebagai berikut:
- Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak dilaksanakan untuk tujuan lain yang dapat mengganggu stabilitas Kamtibmas;
 - Sebelum melaksanakan kegiatan dimaksud terlebih dahulu harus melaporkan kepada pejabat setempat;
 - Mentaati segala ketentuan dan peraturan-peraturan yang berlaku serta petunjuk dari pejabat Pemerintah yang berwenang;
 - Setelah selesai melaksanakan kegiatan dimaksud, supaya melaporkan kepada Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kabupaten Rembang;
 - Apabila masa berlaku surat ijin ini berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, perpanjangan waktu harus diajukan dari Instansi Pemohon.

Surat Permohonan Ijin Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang surat ijin ini tidak mentaati/ mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Atas KEPALA KANTOR KESBANG POL DAN LINMAS





**PEMERINTAH KABUPATEN REMBANG
DINAS KESEHATAN**

Jln. RA Kartini No. 9 Telp. (0295) 691119

Rembang, 21 Desember 2012

Nomor : 879/3611/KU/2012
Lampiran :
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth,

1. Kepala Puskesmas Sarang
2. Kepala Puskesmas Gunung

di

Tempat

Menindaklanjuti Surat dari Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat (KESBANGPOLINMAS) Kabupaten Rembang Nomor 070 / 896 /2012 perihal ijin penelitian dengan judul " FAKTOR RESIKO YANG BERTHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN KUSTA (STUDI KASUS DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNEM DAN PUSKESMAS SARANG KABUPATEN REMBANG TAHUN 2011) Oleh :

Nama : Yessita Yuniarasari
NIM : 6450408042
Alamat : Jln. P. Sudirman Nomor 149 Rembang

Sehubungan dengan hal tersebut diatas kami mohon Saudara untuk membantu kegiatan penelitian tersebut yang akan dilaksanakan mulai 21 Desember 2012 sampai dengan 21 Januari 2012.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan banyak terimakasih



An, Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Rembang
Sekretaris Dinas

Drs. Supriyo Utomo

NIP. 19610312 198403 1 012



PEMERINTAH KABUPATEN REMBANG

UPT. PUSKESMAS SARANG

Alamat : Jl. Pasar Sendangmulya Sarang (59274)

Telp. (0356) 411007

SURAT KETERANGAN

Nomor: 800 / 001 / 1 / 2013

Yang bertanda tangan dibawah ini:

- a. Nama : dr.Ahmad Fuadi
- b. NIP : 19670626 200701 1 015
- c. Jabatan : Kepala Puskesmas Sarang

Dengan ini menerangkan bahwa:

- a. Nama : Yessita Yuniarasari
- b. NIM : 6450408042
- c. Alamat : Jl. Panglima Sudirman Nomor 149 Rembang
- d. Jurusan/fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat / Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang

Telah melaksanakan Penelitian di Puskesmas Sarang mulai tgl 21 Desember 2012 s/d 01 Januari 2013 dalam rangka pembuatan skripsi dengan judul "**FAKTOR RESIKO YANG BERTINGKAT DENGAN KEJADIAN KUSTA (STUDI KASUS DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS GUNEM DAN PUSKESMAS SARANG KABUPATEN REMBANG TAHUN 2011)**".

Demikian keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana semestinya dan tidak berlaku untuk tujuan lain.

Sarang, 2 Januari 2013

Kepala UPT. Puskesmas Sarang



dr. Ahmad Fuadi

NIP. 19670626 200701 1 015

DOKUMENTASI



Wawancara dengan responden kasus



Wawancara dengan responden kontrol



Pengukuran jarak rumah



Kaki mati rasa pada penderita kusta



Rumah Penderita Kusta



Pengukuran suhu