



**ANALISIS FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN KUSTA DI KABUPATEN BREBES**
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari
Kabupaten Brebes Tahun 2020)

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Rike Dianita
NIM 6411416001

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020**



**ANALISIS FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KEJADIAN KUSTA DI KABUPATEN BREBES**
(Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari
Kabupaten Brebes Tahun 2020)

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat
untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:
Rike Dianita
NIM 6411416001

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2020**

ABSTRAK

Rike Dianita

Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020),

XIX + 213 halaman + 44 tabel + 2 gambar + 10 lampiran

Kusta adalah penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*, penyakit ini adalah penyakit infeksius dengan waktu inkubasi yang panjang sampai bertahun-tahun. Jumlah angka kejadian Kusta di Kabupaten Brebes pada tahun 2018 di Kecamatan larangan mengalami peningkatan angka kejadian menjadi 58 kasus tertinggi pertama, sedangkan pada Kecamatan Wanasari juga mengalami peningkatan menjadi 41 kasus tertinggi kedua. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.

Penelitian ini adalah survey analitik menggunakan pendekatan kasus kontrol. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah sampel 60 kasus dan 60 kontrol. Sementara itu, analisis data menggunakan analisis univariat dan bivariat. Data diolah menggunakan uji Chi Square dan uji Fisher.

Hasil penelitian didapatkan ada hubungan jenis pekerjaan ($p = 0,002$), lama kontak ($p=0,001$), tingkat pengetahuan ($p=0,002$), *personal hygiene* ($p=0,001$), peran petugas kesehatan ($p=0,016$), intensitas pencahayaan rumah ($p=0,003$), suhu rumah ($p=0,001$), luas ventilasi ruangan ($p=0,002$), kepadatan hunian ($p=0,020$) dan jenis lantai ($p=0,007$) dengan kejadian kusta. Tidak ada hubungan tingkat pendidikan ($p=0,087$), status ekonomi ($p=0,095$), sumber air ($p=1,000$), dan jarak rumah ke pelayanan kesehatan ($p=0,62$) dengan kejadian kusta.

Saran penelitian ini adalah penempatan dan pemerataan tenaga kesehatan, perlu ditingkatkannya sosialisasi tentang kusta dan rumah sehat serta melakukan koordinasi lintas sektoral.

Kata Kunci : Kusta, jarak rumah ke pelayanan kesehatan, peran petugas
Kepustakaan : 84 (2000-2020)

ABSTRACT

Rike Dianita

Analysis of Risk Factors Related to the Incidence of Leprosy Brebes Regency (Case Study in the Area of Larangan and Wanasari Primary Healthcare Centers of Brebes Regency 2020)

XIX + 213 pages + 44 table + 2 image + 10 attachments

Leprosy is a chronic infectious disease caused by the bacteria *Mycobacterium leprae*. This disease is an infectious disease with a long incubation time of many years. The number of cases of leprosy in Brebes Regency in 2018 in the prohibited sub-district experienced an increase in the incidence rate to 58, the first highest cases, while in Wanasari District it also increased to 41 cases the second highest. The purpose of this study was to determine the risk factors associated with the incidence of leprosy in the work area of the Larangan Public Health Center and the Wanasari Community Health Center, Brebes Regency in 2020.

This research is an analytical survey using a case control approach. This study used purposive sampling technique with a sample size of 60 cases and 60 controls. Meanwhile, data analysis used univariate and bivariate analysis. The data were processed using the Chi Square test and Fisher's test.

The results showed that there was a relationship between the type of work ($p = 0.002$), length of contact ($p = 0.001$), level of knowledge ($p = 0.002$), personal hygiene ($p = 0.001$), role of health workers ($p = 0.016$), intensity of house lighting ($p = 0.003$), house temperature ($p = 0.001$), area of ventilation ($p = 0.002$), occupancy density ($p = 0.020$) and type of floor ($p = 0.007$) with the incidence of leprosy. There is no relationship between education level ($p = 0.087$), economic status ($p = 0.095$), water sources ($p = 1,000$), and distance from house to health service ($p = 0.62$) with the incidence of leprosy.

Suggestions for this research are the placement and distribution of health workers, it is necessary to increase the socialization about leprosy and healthy homes and to carry out cross-sectoral coordination.

Keyword : leprosy, distance from house to health service, role of officers

Literature : 84 (2000-2020)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka yang dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, 14 Agustus 2020



Penyusun

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020)” yang disusun oleh Rike Dianita, NIM 6411416001 telah disetujui untuk diujikan dihadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 29 Juli 2020
Pembimbing,



Nur Siyam, S.K.M., M.P.H
NIP. 19870522 201504 2 001

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul “Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Puksemas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020)” yang disusun oleh Rike Dianita, NIM 6411416001 telah dipertahankan di hadapan panitia ujian pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Senin, 24 Agustus 2020

tempat : Zoom Meeting

Panitian Ujian,

Ketua Panitia,



Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd
NIP. 19610320 198403 2 001

Sekretaris,

Sofwan Indarjo, S.K.M., M.Kes
NIP. 19760719 200812 1 002

	Dewan Penguji	Tanggal Persetujuan
Penguji I	 1. <u>drg. Yunita Dyah Puspita S, M.Kes(Epid)</u> NIP. 19830605 200912 2 004	16/10/2020
Penguji II	 2. <u>Eram Tunggul Pawenang, S.K.M., M.Kes</u> NIP. 19740928 200312 1 001	12/10/2020
Penguji III (Pembimbing)	 3. <u>Nur Siyam, S.K.M., M.P.H</u> NIP. 19870522 201504 2 001	24/09/2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- ❖ *“...Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat. Dan Allah Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan...”(QS. Al-Mujadilah (58):11)*
- ❖ *Kesuksesan bukanlah kunci dari kebahagiaan. Sebaliknya kebahagiaan adalah kunci dari kesuksesan. Bila kita menyukai apa yang kita lakukan dan merasa bahagia melakukannya, maka kau pasti sukses.*
- ❖ *“Jika kamu berbuat baik (berarti) kamu berbuat baik bagi dirimu sendiri, dan jika kamu berbuat jahat, maka kejahatan itu untuk dirimu sendiri.” (QS. Al-Isra’: 7)*
- ❖ *“Waktu itu bagaikan pedang, jika kamu tidak memanfaatkannya menggunakan untuk memotong, ia akan memotongmu (menggilasmu).” (H.R. Muslim)*
- ❖ *Kelemahan terbesar kita terletak pada sikap kita untuk menyerah. Jalan yang pasti untuk meraih sukses adalah selalu berusaha lagi. (Thomas A. Edison)*

PERSEMBAHAN

- ❖ Almarhum Ayahanda tercinta (Sudarno)
- ❖ Ibu tercinta (Reni Nurhaeti)
- ❖ Kakakku (Aer Sondari) dan Adik (Dzaky)
- ❖ Almamaterku UNNES

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “**Analisis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020)**” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini, dengan rasa rendah hati disampaikan rasa terimakasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyono Rahayu, M.Pd. atas izin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Dr. Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes(Epid), atas persetujuan penelitian.
3. Dosen Pembimbing, Nur Siyam, S.K.M., M.P.H, yang telah memberikan arahan bimbingan dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dosen Penguji, drg. Yunita Dyah Puspita S, M.Kes (Epid) dan Eram Tunggal Pawenang, S.K.M., M.Kes, yang telah memberikan saran dan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.

5. Seluruh dosen dan staff Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, atas bimbingan dan arahnya selama perkuliahan.
6. Puskesmas Wanasari dan Puskesmas Larangan Kabupaten Brebes atas bantuan dan kerjasamanya.
7. Almarhum Ayahanda Sudarno dan Ibunda Reni Nur Haeti, adikku Ahmad Dzaky yang telah memberikan motivasi, bantuan dan doa dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Teman-teman IKM angkatan 2016, atas bantuan dan motivasinya dalam proses penyusunan skripsi ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Almamater UNNES.

Semoga amal baik dari semua pihak atas bantuannya dalam penyusunan skripsi ini mendapatkan pahala yang berlipat dari Allah SWT. Disadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, sehingga kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vii
PRAKATA.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH.....	7
1.2.1 Rumusan Masalah Umum	7
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	7
1.3 TUJUAN PENELITIAN.....	9
1.3.1 Tujuan Umum	9
1.3.2 Tujuan Khusus.....	9
1.4 MANFAAT PENELITIAN.....	11
1.4.1 Bagi Masyarakat dan Penderita Kusta	11
1.4.2 Bagi Insatansi Terkait.....	11
1.4.3 Bagi Penulis.....	12
1.5 KEASLIAN PENELITIAN	12
1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN	14
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	14
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	14
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 LANDASAN TEORI.....	16
2.1.1 Penyakit Kusta.....	16
2.1.2 Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta	34

2.2 KERANGKA TEORI	46
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 KERANGKA KONSEP.....	47
3.2 VARIABEL PENELITIAN	48
3.2.1 Variabel Bebas	48
3.2.2 Variabel Terikat.....	48
3.2.3 Variabel Perancu	49
3.3 HIPOTESIS PENELIIAN.....	49
3.3.1 Hipotesis Umum.....	49
3.3.2 Hipotesis Khusus.....	49
3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN.....	51
3.5 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL	52
3.6 POPULASI DAN SAMPLE PENELITIAN.....	56
3.6.1 Populasi Penelitian	56
3.6.2 Sampel Penelitian.....	57
3.7 SUMBER DATA	61
3.8.1 Data Primer	61
3.8.2 Data Sekunder	62
3.8 INSTRUMEN PENELITIAN.....	62
3.9 TEKNIK PENGAMBILAN DATA	62
3.10.1 Observasi.....	62
3.10.2 Wawancara.....	63
3.10.3 Pengukuran.....	63
3.10.4 Dokumentasi.....	63
3.10 UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS	64
3.11.1 Uji Validitas	64
3.11.2 Uji Reliabilitas.....	65
3.11 PROSEDUR PENELITIAN	66
3.12.1 Pra Penelitian.....	66
3.12.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	67
3.12.3 Pasca Penelitian.....	67
3.12 TEKNIK PENGELOLAAN DAN ANALISIS DATA.....	67
3.12.1 Teknik Pengelolaan Data	67
3.12.2 Teknik Analisis Data.....	68

BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1	GAMBARAN UMUM 71
4.1.1	Gambaran Umum Penelitian 71
4.1.2	Distribusi Karakteristik Responden 73
4.2	HASIL PENELITIAN 75
4.2.1	Analisis Univariat..... 75
4.2.2	Analisis Bivariat..... 80
BAB V PEMBAHASAN 94	
5.1	PEMBAHASAN 94
5.1.1	Hubungan Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta 94
5.1.2	Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta 96
5.1.3	Hubungan Status Ekonomi dengan Kejadian Kusta 99
5.1.4	Hubungan Lama Kontak dengan Kejadian Kusta 101
5.1.5	Hubungan Sumber Air dengan Kejadian Kusta 103
5.1.6	Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta 105
5.1.7	Hubungan <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta 107
5.1.8	Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Kejadian Kusta..... 109
5.1.9	Hubungan Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Kusta..... 111
5.1.10	Hubungan Intensitas Pencahayaan Rumah dengan Kejadian Kusta 113
5.1.11	Hubungan Suhu Rumah dengan Kejadian Kusta 115
5.1.12	Hubungan Luas Ventilasi Ruangan dengan Kejadian Kusta 117
5.1.13	Hubungan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Kusta 119
5.1.14	Hubungan Jenis Lantai dengan Kejadian Kusta..... 120
5.2	HAMBATAN DAN KELEMAHAN 122
5.2.1	Hambatan Penelitian 122
5.2.2	Kelemahan Penelitian..... 123
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN..... 124	
6.1	Simpulan.....124
6.2	Saran.....124
6.2.1	Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes..... 124
6.2.2	Bagi Puskesmas Wanasari dan Larangan 124
6.2.3	Bagi Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari 125
6.2.4	Bagi Peneliti Selanjutnya 126

DAFTAR PUSTAKA	127
LAMPIRAN	133

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian.....	12
Tabel 2. 1 Pedoman Utama Untuk Menentukan Klasifikasi/Tipe Penyakit Kusta menurut WHO.....	19
Tabel 2. 2 Tanda Lain yang dapat Dipertimbangkan dalam Penentuan Klasifikasi Penyakit Kusta.....	19
Tabel 2. 3 Kecacatan karena Terganggunya Fungsi Saraf.....	26
Tabel 2. 4 Tingkat Kecacatan di Indonesia.....	27
Tabel 2. 5 Dosis MDT Menurut Umur Tipe PB	32
Tabel 2. 6 Dosis MDT Menurut Umur Tipe PB	32
Tabel 3. 1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	52
Tabel 4. 2 Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Usia.....	73
Tabel 4. 3 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin	74
Tabel 4. 4 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Pekerjaan	74
Tabel 4. 5 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	74
Tabel 4. 6 Distribusi Jenis Pekerjaan	75
Tabel 4. 7 Distribusi Tingkat Pendidikan.....	76
Tabel 4. 8 Distribusi Status Ekonomi.....	76
Tabel 4. 9 Distribusi Lama Kontak	76
Tabel 4. 10 Distribusi Sumber Air	77
Tabel 4. 11 Distribusi Tingkat Pengetahuan	77
Tabel 4. 12 Distribusi Personal Hygiene.....	77
Tabel 4. 13 Distribusi Peran Petugas Kesehatan.....	78

Tabel 4. 14 Distribusi Jarak Rumah ke Pelayanan.....	78
Tabel 4. 15 Distribusi Intensitas Pencahayaan Rumah	79
Tabel 4. 16 Distribusi Suhu Rumah	79
Tabel 4. 17 Distribusi Luas Ventilasi Ruangan	79
Tabel 4. 18 Distribusi Kepadatan Hunian	80
Tabel 4. 19 Distribusi Jenis Lantai.....	80
Tabel 4. 20 Tabulasi Silang Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta.....	81
Tabel 4. 21 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta.....	81
Tabel 4. 22 Tabulasi Silang Status Ekonomi dengan Kejadian Kusta.....	82
Tabel 4. 23 Tabulasi Silang Lama Kontak dengan Kejadian Kusta	83
Tabel 4. 24 Tabulasi Silang Sumber Air dengan Kejadian Kusta.....	84
Tabel 4. 25 Tabulasi Silang Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta	85
Tabel 4. 26 Tabulasi Silang Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta	85
Tabel 4. 27 Tabulasi Silang Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Kusta.....	86
Tabel 4. 28 Tabulasi Silang Intensitas Pencahayaan Rumah dengan Kejadian Kusta	87
Tabel 4. 29 Tabulasi Silang Suhu Rumah dengan Kejadian Kusta.....	88
Tabel 4. 30 Tabulasi Silang Luas Ventilasi Ruangan dengan Kejadian Kusta.....	89
Tabel 4. 31 Tabulasi Silang Kepadatan Hunian dengan Kejadian Kusta	90
Tabel 4. 32 Tabulasi Silang Jenis Lantai dengan Kejadian Kusta	91
Tabel 4. 33 Tabulasi Silang Peran Petugas Tenaga Kesehatan dengan Kejadian Kusta.....	92

Tabel 4. 34 Rekapistulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji Chi-Square dan Fisher
..... 93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori.....	46
Gambar 3. 1 Kerangka Konsep.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keputusan Dosen Pembimbing	133
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES ke Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes	134
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes	135
Lampiran 4 <i>Ethical Clearance</i>	136
Lampiran 5 Surat Keterangan Penelitian dari Puskesmas Wanasari	137
Lampiran 6 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari Puskesmas Larangan.....	138
Lampiran 7 Instrumen Penelitian	139
Lampiran 8 Daftar Responden Kasus dan Kontrol	147
Lampiran 9 Output Hasil Univariat dan Bivariat	150
Lampiran 10 Dokumentasi Kegiatan Penelitian	173

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Kusta adalah penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* (Kemenkes, 2019). Terutama menyerang saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit dan jaringan tubuh lainnya, seperti mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang, dan testis, kecuali susunan saraf pusat. Penyakit ini merupakan penyakit infeksius dengan waktu inkubasi yang panjang sampai bertahun-tahun (Brown, 2012). Timbulnya Kusta merupakan suatu interaksi antara berbagai faktor penyebab yaitu pejamu (*host*), kuman (*agent*), dan lingkungan (*environment*), melalui suatu proses yang dikenal sebagai rantai penularan (Permenkes, 2019).

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. 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 (Depkes RI, 2007).

Penyakit kusta merupakan salah satu jenis penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan di dunia, termasuk Indonesia. Penyakit kusta mempunyai pengaruh yang luas pada kehidupan penderita bukan hanya dari segi kesehatan yang dapat membuat cacat permanen tetapi juga menyebabkan permasalahan perkawinan, pekerjaan, hubungan antar pribadi, kegiatan bisnis, sampai kehadiran mereka pada acara-acara keagamaan serta acara di lingkungan masyarakat (Winarmo, Ulifiana, & Mar'ah, 2019).

Penularan kusta dapat terjadi apabila *Mycobacterium leprae* yang bersifat solid (hidup) yang keluar dari droplet pernafasan penderita masuk kedalam tubuh manusia sehat lainnya melalui saluran pernafasan, selain itu penularan juga dapat terjadi apabila terdapat kontak langsung secara berulang antara penderita dengan orang sehat lainnya dalam kurun waktu yang lama (RM, 2012).

Mycobacterium leprae yang telah masuk kedalam tubuh manusia akan mengalami proses perkembangbiakan selama 2–3 minggu dengan masa inkubasi 2-5 tahun hingga timbulnya gejala (Kementiran Kesehatan RI, 2018). Adapun tanda utama dari penyakit kusta adalah ditemukannya lesi kulit yang disertai dengan gangguan fungsi saraf sensoris, motoris, dan saraf otonom serta ditemukannya basil tahan asam (BTA) pada hasil kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*) (Kementrian Kesehatan RI, 2012).

Faktor utama kasus kusta tentu saja sumber penular penyakitnya, yaitu kuman *Mycobacterium leprae*. Namun demikian, kuman ini memiliki ruang lingkup yang tidak terpisah dari faktor-faktor lain. Faktor risiko lain seperti etnik atau suku, faktor sosial ekonomi, jenis kelamin, dan faktor menurut umur. Menurut

catatan sebagian besar negara di dunia kecuali negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang dibandingkan dengan wanita. Sedangkan dari segi umur kusta dapat terjadi pada semua umur antara bayi sampai usia lanjut. Namun yang terbanyak adalah pada umur muda dan produktif (Depkes RI, 2012). serta faktor risiko lingkungan, seperti kondisi geografis, demografis, dan iklim memiliki andil yang cukup besar. Kualitas lingkungan yang buruk seperti sumber air yang tercemar, jenis lantai yang tidak memenuhi syarat, suhu rumah yang berisiko kusta dan penduduk yang padat merupakan lingkungan yang sangat baik untuk perkembangbiakan dan penularan penyakit kusta (Patmawati & Setiani, 2015).

Selain faktor lingkungan, faktor pelayanan kesehatan memiliki peran yang penting dalam penanganannya kasus kusta, termasuk jarak ke pelayanan kesehatan serta peran petugas kesehatan. Jarak ke pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya. Tenaga kesehatan sangat berpengaruh dalam pengendalian penyakit kusta (Permenkes, 2019). Peran petugas kesehatan yang baik dapat menekan angka kejadian kusta, menentukan keberhasilan pengobatan penderita kusta dan dapat memberikan motivasi pada penderita untuk melakukan pemeriksaan lanjut ke pelayanan kesehatan sehingga meminimalisir penyebaran penyakit kusta. Berdasarkan studi pendahuluan untuk sistem surveilans kusta di Kabupaten Brebes masih sangat sederhana untuk pengumpulan data hanya dilakukan oleh puskesmas, petugas belum menyadari pentingnya data yang akurat dan lengkap untuk pengambilan keputusan dan kurangnya ketepatan waktu dalam pengumpulan

informasi, sudah melakukan penyuluhan kusta tetapi dalam praktiknya kurang menjangkau seluruh masyarakat.

Penelitian yang dilakukan oleh Af'idah (2010) tentang analisis faktor risiko kejadian kuat di Kabupaten Brebes menyebutkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin, umur, riwayat kontak, status ekonomi dan jenis pekerjaan. Diketahui kurang adanya pencarian aktif akan berkala di lapangan dengan masyarakat yang dicurigai kusta, kemudian kurangnya penyuluhan yang dilakukan petugas kesehatan tentang kusta sehingga pengetahuan masyarakat masih rendah.

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. Data yang dirilis oleh *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa pada tahun 2015 kusta telah menyerang sekitar 210.758 jiwa, dan Asia tenggara menempati posisi pertama (156.118) diikuti regional Amerika (28.806) dan sisanya berada di regional lainnya. Indonesia menjadi negara dengan jumlah kasus terbanyak ke tiga (17.202) setelah India (127.326) dan Brazil (26.395) dan merupakan salah satu negara yang memiliki risiko cukup besar dengan penyakit ini (Kementian Kesehatan, 2018).

Meskipun secara nasional Indonesia sudah mencapai eliminasi kusta pada bulan Juni 2000, yaitu prevalensi kusta <1 per 10.000 penduduk pada tahun 2000 namun sampai saat ini jumlah penderita kusta di Indonesia masih cukup tinggi. Hal ini terbukti dari prevalensi penderita kusta pada tahun 2017 sebesar 0,70 asus/10.000 penduduk dengan jumlah penderita 18.422, jumlah kasus baru yang terdeteksi sebanyak 15.910 kasus, 13.701 kasus diantaranya adalah penderita tipe multibasiler (WHO, 2018).

Jumlah kasus kusta di Indonesia pada tahun 2016 sebanyak 18.200 kasus (0,70/10.000 penduduk), pada tahun 2017 sebanyak 18.242 kasus (0,70/100.000 penduduk), dan pada tahun 2018 dilaporkan sebanyak 19.033 kasus (0,72/10.000 penduduk). Adapun jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar, yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah (Kemenkes RI, 2019).

Salah satu provinsi di Jawa yang memiliki catatan kejadian kusta cukup tinggi adalah Jawa Tengah. Pada tahun 2018, angka penemuan kasus yang tercatat (Angka prevalensi) di Jawa Tengah sebesar 6,7/100.000 penduduk. Angka ini meningkat dari tahun 2017 yang sebesar 6/100.000 penduduk dan pada tahun 2016 sebesar 5,9/100.000 penduduk (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2019).

Tahun 2018 dari semua kota/kabupaten di Jawa Tengah, kabupaten/kota dengan prevalensi kasus kusta tertinggi adalah Kota Pekalongan, yaitu 24/100.000 penduduk, diikuti Kabupaten Brebes dengan 23,4/100.000 penduduk, dan Kota Blora dengan 22,7/100.000 penduduk. Di sisi lain, angka presentasi penderita kusta selesai berobat di Jawa Tengah sebesar 93,83 persen. Persentase ini telah mencapai angka yang ditargetkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, yakni 90 persen tetapi menurun dibandingkan capaian tahun 2017 yang sebesar 97 persen (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2019).

Kaitannya dengan Kabupaten Brebes, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, kabupaten ini menempati peringkat kedua dalam hal kasus kusta terbanyak di Jawa Tengah dengan prevalensi kasus kusta sebesar 23,4/100.000 penduduk (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2019). Selain itu, jumlah

penemuan kasus kusta di Kabupaten Brebes dari tahun 2016 sampai dengan tahun 2018 cenderung mengalami peningkatan, mulai dari 230 kasus, 323 kasus, kemudian menjadi 422 kasus (Dinkes Kabupaten Brebes, 2016-2018). Kecamatan Wanasari dan Kecamatan Larangan merupakan kecamatan dengan kasus kusta tertinggi pertama dan kedua pada tahun 2018 (Dinkes Kabupaten Brebes, 2019).

Berdasarkan data penemuan kasus kusta pada tahun 2017 di Kecamatan Larangan sebanyak 31 kasus tertinggi keempat dan pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 58 kasus tertinggi pertama (Dinkes Kabupaten Brebes, 2017-2018). Kecamatan Larangan merupakan kecamatan dengan jarak tempuh (29 km) dari ibukota Kabupaten Brebes . Kepadatan penduduk di Kecamatan Larangan pada tahun 2018 sebesar 876 jiwa/km² (BPS Kabupaten Brebes, 2019).

Sedangkan berdasarkan data penemuan kasus kusta pada tahun 2017 di Kecamatan Wanasari memiliki jumlah kasus sebanyak 31 tertinggi kelima, dan pada tahun 2018 tertinggi kedua yaitu sebanyak 41 kasus (Dinkes Kabupaten Brebes, 2019). Kecamatan Wanasari merupakan kecamatan dengan jarak tempuh (4 km) dari ibukota Kabupaten Brebes. Kepadatan penduduk di Kecamatan Wanasari pada tahun 2018 sebesar 2.022 jiwa/km² (BPS Kabupaten Brebes, 2019).

Kecamatan Larangan dan Kecamatan Wanasari merupakan dua kecamatan dengan jumlah kasus kusta tertinggi . Kedua kecamatan tersebut meskipun memiliki laju pertumbuhan penduduk yang hampir sama, tetapi dalam hal karakteristik wilayah memiliki perbedaan.. Tingginya kasus kusta di wilayah tersebut, dicurigai karena rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kusta, kemudian akses dan jumlah pelayanan kesehatan kurang memadai.

Berdasarkan pemaparan di atas, penulis tertarik untuk mengambil judul “Analsis Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi kasus di wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari di Kabupaten Brebes Tahun 2020)”.

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 Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
2. Apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
3. Apakah ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?

4. Apakah ada hubungan antara lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
5. Apakah ada hubungan antara sumber air dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
6. Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
7. Apakah ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
8. Apakah ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
9. Apakah ada hubungan antara jarak rumah ke pelayanan kesehatan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
10. Apakah ada hubungan antara intensitas pencahayaan rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
11. Apakah ada hubungan antara suhu rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?

12. Apakah ada hubungan antara luas ventilasi ruangan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
13. Apakah ada hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?
14. Apakah ada hubungan antara jenis lantai dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui hubungan jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
2. Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
3. Mengetahui hubungan status ekonomi dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

4. Mengetahui hubungan lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
5. Mengetahui hubungan sumber air dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
6. Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
7. Mengetahui hubungan *personal hygiene* dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
8. Mengetahui hubungan peran tenaga kesehatan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
9. Mengetahui hubungan jarak rumah ke pelayanan kesehatan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
10. Mengetahui hubungan intensitas pencahayaan rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
11. Mengetahui hubungan suhu rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
12. Mengetahui hubungan luas ventilasi ruangan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

13. Mengetahui hubungan kepadatan hunian dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
14. Mengetahui hubungan jenis lantai dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

Manfaat yang dapat diberikan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.4.1 Bagi Masyarakat dan Penderita Kusta

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi masyarakat dan keluarga penderita kusta tentang faktor risiko kejadian kusta di Kabupaten Brebes sehingga dapat melakukan pencegahan dengan menghindari faktor yang beresiko dan memeberikan motivasi kepada penderita untuk melakukan pengobatan secara dini saat diketahui gejala-gejala penyakit kusta. Bagi penderita kusta, hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran untuk melakukan langkah-langkah pencegahan secara mandiri.

1.4.2 Bagi Insatansi Terkait

Menambah bahan masukan dan informasi bagi pemerintah kabupaten/ kota setempat maupun pihak-pihak terkait untuk dapat menyusun stategi dan kebijakan dalam upaya penanggulangan penularan kusta di Kabupaten Brebes khususnya untuk menurunkan angka kesakitan kusta serta meningkatkan kualitas hidup bagi penderita.

1.4.3 Bagi Penulis

Memberikan tambahan wawasan dan pengetahuan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta daerah perkotaan dan pedesaan dan dapat dijadikan sarana dalam mengaplikasikan bidang ilmu yang telah di pelajari melalui suatu kegiatan penelitian ilmiah.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Faktor Risiko Kejadian Kusta di Kabupaten Lamongan .	Aprizal , Lutfan Lazuar di, dan Hardya nto Soebono	2017 di Kabupaten Lamongan	<i>Case Control Study</i>	Variabel Terikat : Kejadian Kusta Variabel Bebas: status ekonomi, vaksinasi BCG, kondisi rumah (kondisi lantai rumah, kepadatan hunian dan sumber air bersih), perilaku individu (riwayat kontak, mandi menggunakan sabun	Terdapat hubungan antara status ekonomi, vaksinasi BCG, kepadatan hunian, kondisi lantai rumah, sumber air bersih, kebiasaan mandi menggunakan sabun dan penggunaan alas kaki.

					dan alas kaki)	
2.	Faktor Risiko Kejadian Kusta	Andy Muharry	2013 Kecamatan Tirtonegoro Kabupaten Pekalongan	Penelitian Kuantitatif <i>Case Control</i>	Variabel Terikat : Kejadian Kusta Variabel Bebas : Kondisi ekonomi keluarga, kebersihan perorangan, umur, pendidikan, pengetahuan, kontak serumah, kontak tetangga, lingkungan fisik rumah dan kepadatan hunian	Terdapat hubungan antara kondisi ekonomi keluarga dan kebersihan perorangan
3	Faktor Risiko Lingkungan dan Perilaku Penderita Kusta di Kabupaten Polewali Mandar	Patmawati dan Nurjuzliand Onny Setiani	2015 di 3 Puskesmas kecamatan Kabupaten Polewali Mandar	Penelitian kuantitatif <i>Case Control</i>	Variabel Terikat: Kejadian kusta Variabel bebas: jenis rumah, jenis lantai rumah, luas ventilasi, pencahayaan rumah, kelembaban ruangan, kepadatan hunian, frekuensi	Terdapat hubungan antara luas ventilasi, pencahayaan, kelembaban, kepadatan hunian, dan frekuensi mengganti alas tidur dengan kejadian penyakit kusta

mandi,
penggunaan handuk,
pergantian alas tidur,
dan
penggantian pakaian

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

1. Lokasi penelitian yang peneliti pilih berbeda, yakni bertempat di Kabupaten Brebes, dengan memfokuskan di dua wilayah kerja puskesmas yaitu Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari.
2. Belum dilakukan penelitian variabel peran petugas kesehatan dan jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan pada risiko kejadian kusta.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat dalam penelitian ini adalah wilayah kerja Puskesmas Wanasari dan Larangan di Kabupaten Brebes. Peneliti mengambil Kabupaten Brebes karena kejadian angka kusta tertinggi di Jawa Tengah dan kejadian kusta terus meningkat setiap tahunnya. Selain itu dikarenakan peneliti dapat dengan mudah memperoleh data-data yang diperlukan dari informan.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian akan dilakukan selama satu bulan yaitu dimulai pada Bulan Februari-Maret tahun 2020.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ruang lingkup materi yang dikaji adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya epidemiologi penyakit menular yang lebih menekankan pada faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1 Penyakit Kusta

2.1.1.1 Definsi

Penyakit kusta adalah suatu penyakit infeksi *granulo matosa* menahun yang disebabkan oleh organisme intraseluler obligat *M.leprae*. Awalnya, kuman ini menyerang susunan saraf tepi, lalu menyerang kulit, mukosa, saluran napas, *retikuloendotelial*, mata, otot, tulang, dan testis (Muh., 2012). *Morbus Hansen* atau lebih dikenal dengan kusta adalah penyakit infeksi menular yang menyerang syaraf perifer dan kulit penderita. Penyakit ini disebabkan oleh *M. Leprae* (Siregar, 2005). *Morbus Hansen* banyak didapatkan terutama di daerah tropis dan subtropis yang udaranya panas dan lembab pada lingkungan hidup yang tidak sehat.

2.1.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycobacterium leprae* dimana untuk pertama kali ditemukan oleh G.H Armauer 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. Pertumbuhan optimal in vivo kuman kusta pada tikus adalah pada suhu 27-30°C (Kementian Kesehatan RI, 2018).

Kuman kusta ditemukan oleh G.A. Hansen pada tahun 1874 di Norwegia, yang sampai sekarang belum juga dapat dibiakkan dalam media artifisial. *M. Leprae* berbentuk basil tahan asam, dan alkohol serta gram-positif (Kosasih, Made, Emmy Sj, & Linuwih S.M, 2007).

2.1.1.3 Cara Penularan

Hanya manusia satu-satunya sampai saat ini yang dianggap sebagai sumber penularan walaupun kuman kusta dapat hidup pada armadillo, simpanse, dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thimus (*Athimic nude mouse*) (Kementiran Kesehatan RI, 2018).

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe Multi basiller (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit.

Timbulnya kusta bagi seseorang tidak mudah, dan tidak perlu ditakuti tergantung dari beberapa faktor antara lain :

1. Faktor Sumber Penelitian

Sumber penulatan adalah penderita kusta tipe MB. Penderita MB ini pun tidak akan menularkan kusta, apabila berobat teratur.

2. Faktor Kuman Kusta

Kuman kusta dapat hidup di luar tubuh manusia antara 1 – 9 hari tergantung pada suhu atau cuaca, dan diketahui hanya kuman kusta yang utuh (solid) saja yang dapat menimbulkan penularan.

2.1.1.4 Epidemiologi

Di seluruh dunia, dua hingga tiga juta orang diperkirakan menderita kusta. India adalah negara dengan jumlah penderita terbesar, diikuti oleh Brazil dan Myanmar. Penyakit kusta tersebar di seluruh dunia dengan endemisitas yang berbeda – beda. Di antara 122 negara endemis pada tahun 1991, *World Health Assembly* telah mengeluarkan suatu revolusi eliminasi kusta tahun 2000. Pada tahun 1999, insiden penyakit kusta di dunia diperkirakan 640.000 kasus dan 108 kasus terjadi di Amerika Serikat. Pada tahun 2000, WHO membuat daftar 91 negara yang endemik kusta. Tujuh puluh persen kasus dunia terdapat di India, Myanmar, dan Nepal. Pada tahun 2002, ditemukan 763.917 kasus di seluruh dunia, dan menurut WHO pada tahun yang ditemukan 90% kasus kusta dunia terdapat di Brazil, Madagaskar, Tanzania, dan Nepal (Muh., 2012).

Sepanjang tahun 2018, Kementerian Kesehatan RI mencatat 14.397 kasus baru kusta. Pada tahun 2015 tercatat Indonesia menjadi negara dengan jumlah kasus terbanyak ke tiga (17.202) setelah India (127.326) dan Brazil (26.395) dan merupakan salah satu negara yang memiliki risiko cukup besar dengan penyakit ini (Kementian Kesehatan, 2018). Tahun 2018 provinsi Jawa Tengah memiliki jumlah penderita baru sebesar 2.133 dengan Prevalensi Rate (PR) 6,7 per 100.000 penduduk. Kabupaten Brebes merupakan salah satu kabupaten di Jawa Tengah dengan jumlah penderita kusta terbanyak ke-dua dari 35 kabupaten/kota di Jawa Tengah (Dinkes Jawa Tengah, 2019).

2.1.1.5 Klasifikasi Penyakit Kusta

Pada tahun 1982 sekelompok ahli WHO mengembangkan klasifikasi untuk memudahkan pengobatan di lapangan. Dalam klasifikasi ini seluruh penderita kusta hanya dibagi dalam 2 tipe yaitu *Paucibacillary* (PB) dan *Multibacillary* (MB).

Tabel 2. 1 Pedoman Utama Untuk Menentukan 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 oleh saraf yang bersangkutan)	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf
Sediaan apusan	BTA negatif	BTA positif

Sumber: (Dep Kes RI, 2006: 41).

Tabel 2. 2 Tanda Lain yang dapat Dipertimbangkan dalam Penentuan Klasifikasi Penyakit Kusta

No.	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 pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut
f	Kehilangan kemampuan berkeringat, rambut ronto 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	Membran mukosa (hidung tersumbat, peradangan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3	Ciri-ciri		<i>Central Healing</i> (penyembuhan di tengah)	- Punched out lesion (lesi berbentuk donat) - Madrosis - Ginekomasti - Hidung pelana - Suara sengau
4	Nodulus		Tidak ada	Kadang-kadang ada
5	Deformitas		Terjadi dini	Biasanya simetris, terjadi lambat

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2006: 41-42).

2.1.1.6 Diagnosis

Untuk mendiagnosis kusta dicari kelainan-kelainan yang berhubungan dengan gangguan saraf tepi dan kelainan-kelainan yang tampak pada kulit. Adapun tanda-tanda utama atau *cardinal sign* yang perlu dicari untuk mendiagnosis penyakit kusta yaitu:

2.1.1.6.1 Lesi (kelainan) Kulit Mati Rasa

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

2.1.1.6.2 Penebalan Saraf Tepi yang disertai dengan Gangguan Fungsi Saraf

Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis primer). Gangguan fungsi saraf ini bisa berupa: (1) Gangguan fungsi sensoris: mati rasa; (2) Gangguan fungsi motoris: kelemahan otot (*parase*) atau kelumpuhan (*paralise*); (3) Gangguan fungsi otonom: kulit kering dan retak-retak.

2.1.1.6.3 Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana satu dari tanda-tanda 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* kedua perlu dirujuk kepada wasor atau ahli kusta, jika masih ragu orang tersebut dianggap sebagai kasus yang dicurigai (suspek) (Departemen Kesehatan RI, 2012).

Adapun tanda-tanda tersangka kusta (suspek) antara lain:

1. Tanda-tanda pada kulit
 - a. Bercak atau 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, tidak sebagai dasar diagnosis penyakit kusta. Jika diagnosis kusta masih belum dapat ditegakkan, tindakan yang dapat dilakukan adalah:

1. Pikirkan kemungkinan penyakit kulit lain (seperti panu, kurap, kudis, frambusia).
2. Jika tidak ditemukan 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 dapat memulai Multidrug Therapy (MDT). Jika masih meragukan suspek perlu dirujuk (Departemen Kesehatan RI, 2012).

2.1.1.7 Pemeriksaan Klinis

Untuk memeriksa seseorang yang dicurigai kusta harus dilakukan:

2.1.1.7.1 Anamnesia

Pada anamnesia ditanyakan secara lengkap mengenai riwayat penyakitnya, meliputi:

1. Kapan timbul becak/keluhan yang ada?
2. Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai keluhan yang sama (apakah ada riwayat kontak)?
3. Riwayat pengobatan sebelumnya (Departemen Kesehatan RI, 2012).

2.1.1.7.2 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit

Sepotong kapas yang dilancipkan dipakai untuk memeriksa rasa raba. Periksa dengan ujung dari kapas yang dilancipkan 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 menunjuk jari tangan ke atas untuk bagian yang sulit dijangkau.

Ini dikerjakan dengan dengan mata terbuka. Bilamana telah jelas, maka ia diminta untuk menutup matanya, kalau perlu ditutup dengan sepotong kain atau karton. Kelainan-kelainan dikulit diperiksa secara bergantian dengan kulit yang normal disekitarnya untuk mengetahui ada tidaknya anestesi. Anestesi pada telapak tangan dan kaki kurang tepat diperiksa dengan kapas, tetapi menggunakan bolpoint (Departemen Kesehatan RI, 2012).

2. Pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya

Palpasi digunakan untuk dapat membedakan apakah ada penebalan atau pembesaran diperlukan pengalamann palpasi saraf yang normal pada orang sehat. Sewaktu melakukan palpasi saraf lihat juga mimik penderita, apakah ada kesan kesakitan tanpa menanyakan sakit atau tidak. Dari beberapa saraf yang wajib diraba yaitu saraf *ulnaris*, *peroneus communis*, dan *tibialis posterior* (Departemen Kesehatan RI, 2012).

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

1. Pemeriksaan Bakterioskopik

Pemeriksaan bakterioskopik digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan (Kokasih, dkk, dalam Djuanda 2007: 79). *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*. Pada kasus yang meragukan harus dilakukan

pemeriksaan apusan kulit (*skin smear*).Pemeriksaan ini dilakukan oleh petugas terlatih. Karena cara pewarnaan yang sama dengan pemeriksaan TBC maka pemeriksaan dapat dilakukan di Puskesmas (PRM) yang memiliki tenaga serta fasilitas untuk pemeriksaan BTA (Departemen Kesehatan RI, 2012).

2. Pemeriksaan Histopatologik

Makrofag dalam jaringan yang berasal dari monosit di dalam darah ada yang mempunyai nama khusus, antara lain sel sel Kuffer dari hati, sel alveolar dari paru, sel glia dari otak, dan yang dari kulit disebut histiosit.salah satu tugas makrofag adalah melakukan fagositosis. Kalau ada kuman (*M. Leprae*) masuk, akibatnya akan bergantung pada Sistem Imunitas Selular (SIS) orang itu. Apabila SIS-nya tinggi, makrofag akan mampu memfagosit *M. Leprae* (Kokasih, dkk, dalam Djuanda 2007: 81).

3. Pemeriksaan Serilogis

Pemeriksaan serologis kusta didasarkan atas terbentuknya antibodi pada tubuh seseorang yang terinfeksi oleh *M. Leprae*.Antibodi yang terbentuk dapat bersifat spesifik terhadap *M. Leprae*, yaitu antibodi *anti phenolic glycolipid-1* (PGL-1) dan antibodi antiprotein 16 kD serta 35 kD. Sedangkan antibodi yang tidak spesifik antara lain antibodi *anti-lipoarabinomanan* (LAM) yang juga dihasilkan oleh kuman *M. tuberculosis*.

Kegunaan pemeriksaan serologik ini adalah dapat membantu diagnosis kusta yang meragukan, karena tanda klinis dan bakteriologis yang tidak jelas.Disamping itu dapat membantu menentukan kusta subklinis, karena tidak

didapati lesi kulit, misalnya pada narakontak serumah (Kokasih, dkk, dalam Djuanda 2007: 79).

2.1.1.8 Pencegahan

Secara umum, penyakit kusta dapat dicegah dengan terjaganya kebersihan diri dan lingkungan. Secara luas, penyakit kusta dapat ditekan dengan adanya perbaikan pada kondisi sosial ekonomi masyarakat di suatu daerah. Hal ini dikarenakan penyakit kusta diduga dapat dengan mudah menular melalui penderita kusta apabila disokong oleh lingkungan dan kebersihan diri yang buruk.

Adapun usaha untuk pemutusan rantai penularan penyakit kusta dapat dilakukan melalui :

- a. Pengobatan MDT penderita kusta
- b. Isolasi terhadap penderita kusta. Namun hal ini tidak dianjurkan karena penderita yang sudah berobat tidak akan menularkan penyakitnya ke orang lain.
- c. Melakukan vaksinasi BCG pada kontak serumah dengan penderita kusta.

Dari hasil penelitian di Malawi, tahun 1996 didapatkan bahwa pemberian vaksinasi BCG satu dosis dapat memberikan perlindungan sebesar 50%, dengan pemberian dua dosis dapat memberikan perlindungan terhadap kusta hingga 80%. Namun demikian penemuan ini belum menjadi kebijakan program di Indonesia dan masih memerlukan penelitian lebih lanjut, karena penelitian di beberapa negara memberikan hasil yang berbeda (Departemen Kesehatan RI, 2012).

2.1.1.9 Kecacatan

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Diduga kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat 2 proses yaitu infiltrasi langsung

M. Leprae ke susunan saraf tepi dan organ (misalnya mata) dan melalui reaksi kusta. Sesuai patogenesisnya, susunann saraf yang terkena akibat penyakit ini adalah susunan saraf perifer, khususnya beberapa saraf berikut: saraf facialis, radialis, ulnaris, medianus, poplitea lateralis (poroneus communis) dan tibialis posterior. Kerusakan fungsi sensoris, motoris maupun otonom dari saraf-saraf tersebut secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas.

Tabel 2. 3 Kecacatan karena Terganggunya Fungsi Saraf

Saraf	Fungsi		
	Motorik	Sensorik	Otonom
Fasilitas	Kelompok mata tidak menutup		Kekeringan dan kulit retak akibat
Ulnaris	Jari manis dan kelingking lemah/lumpuh/kiting	Mati rasa telapak tangan bagian jari manis dan kelingking	kerusakan kelenjar keringat, kelenjar minyak, dan aliran darah
Medianus	Ibu jari, telunjuk dan jari tengah lemah/lumpuh/kiting	Mati rasa telapak tangan bagian ibu jari, jari telunjuk dan jari tengah	
Radialis	Tangan lunglai		
Peroneus	Kaki samper		
Tibialis posterior	Jari kaki kiting	Mati rasa telapak kaki	

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2012).

Kecacatan merupakan istilah yang luas yang maknanya mencakup setiap kerusakan, pembatasan aktifitas yang mengenai seseorang. Tiap kasus baru yang ditemukan harus dicatat tingkat cacatnya karena menunjukkan kondisi penderita pada saat diagnosis ditegakkan. Tiap oran (mata, tangan, dan kaki) diberi tingkat cacat sendiri. Angka cacat tertinggi merupakan tingkat cacat untuk penderita tersebut (tingkat cacat umum) (Departemen Kesehtan RI, 2012).

Tingkat cacat juga digunakan untuk menilai kualitas penanganan pencegahan cacat yang dilakukan oleh petugas. Fungsi lain dari tingkat cacat adalah

untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 di antara penderita baru (Departemen Kesehatan RI, 2012).

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

Tabel 2. 4 Tingkat Kecacatan di Indonesia

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 lagophthalmus	Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus jari kiting, kaki semper

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2012).

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 dirisecara rutin hal ini dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil pada kulit (Departemen Kesehatan RI, 2012).

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 (Departemen Kesehatan RI, 2012).

Adapun upaya yang dapat dilakukan dalam pencegahan cacat antara lain dengan:

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. Penanganan reaksi.
5. Penyuluhan.
6. Perawatan diri.
7. Penggunaan alat bantu.
8. Rehabilitasi medis (operasi rekonstruksi).

Upaya-upaya pencegahan cacat dapat dilakukan baik dirumah, Puskesmas maupun di unit pelayanan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit rujukan (Departemen Kesehatan RI, 2012).

2.1.1.10 Pengobatan

Melalui pengobatan, penderita diberikan obat-obat yang dapat membunuh kuman kusta, dengan demikian pengobatan akan memutuskan mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit penderita, dan mencegah terjadinya cacat atau

mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan. Dengan hancurnya kuman maka sumber penularan dari penderita terutama tipe MB ke orang lain terputus. Penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanya dapat cacat lebih lanjut. Penderita kusta yang 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 (Departemen Kesehatan RI, 2012).

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, 2012).

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. Di sinilah pentingnya pengobatan sedini mungkin dan teratur. Selama dalam pengobatan penderita-penderita dapat terus bersekolah atau bekerja seperti biasa (Depkes RI, 2012).

2.1.1.10.1 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, 2012).

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 @30 mg (600 mg)
- b. 1 tablet Dapsone/DDS 100 mg

Pengobatan harian: hari ke 2-28

- a. 1 tablet dapson/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. 5 Dosis MDT Menurut Umur Tipe PB

Jenis Obat	<5 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	>15 tahun	Keterangan
Rifampisin	Berdasarkan berat badan	300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah

Sumber : Depkes RI, 2012

Tabel 2. 6 Dosis MDT Menurut Umur Tipe PB

Jenis Obat	<5 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	>15 tahun	Keterangan
Rimfampisin	Berdasarkan berat badan	300 mg/blm	450 mb/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
		25 mg/bln	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di rumah
		100 mg/bln	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
Clofazimin		50 kali dalam seminggu	50 setiap 2 hari	50 mg/hari	Minum di rumah

Sumber : Depkes RI, 2007: 75

2.1.1.10.2 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-obatan 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 DT aman untuk ibu hamil dan anaknya
2. Tuberkulosis: bila seseorang 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, 2012).

2.1.2 Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta

Faktor risiko adalah faktor atau keadaan yang mengakibatkan seseorang rentan menjadi sakit atau sakitnya menjadi berat. Berdasarkan dengan model Blum yang digunakan sebagai acuan, faktor risiko yang meningkatkan kejadian, beratnya penyakit dan kecacatan akibat kusta seperti diuraikan dibawah ini.

2.1.2.1 Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan disini yaitu pekerjaan atau mata pencaharian sehari-hari yang dilakukan responden. Pekerjaan akan menentukan status sosial ekonomi karena dari bekerja semua kebutuhan akan terpenuhi.

Sebagian besar penderita kusta di dunia berada di negara yang sedang berkembang termasuk di Indonesia, sebagian besar penduduk bermata pencaharian sebagai petani. Pekerja kasar diduga lebih banyak mengalami kejadian kusta dikarenakan pekerjaan ini banyak mengeluarkan tenaga dan dalam pengerjaannya dilakukan secara manual. Hal ini dinyatakan pula bahwa pengeluaran tenaga berlebihan akan berdampak pada penurunan stamina sehingga pekerja dapat mengalami stress fisik dan terjadi perubahan respon imun yang dapat memicu terjadinya ENL. Hal ini berarti pekerjaan dapat digunakan untuk menganalisis adanya kemungkinan risiko timbulnya suatu penyakit (Curnelia, 2016).

Berdasarkan 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. Jenis pekerjaan disini yaitu pekerjaan atau mata pencaharian sehari-hari yang mayoritas dilakukan warga sekitar wilayah kerja puskesmas kunduran adalah Petani.

2.1.2.2 Suhu rumah

M. Leprae yang bertahan hidup lama dalam temperatur kamar dapat mempertinggi risiko penularan kusta antar anggota keluarga yang menderita

penyakit kusta. Pertumbuhan optimal kuman kusta pada suhu 27⁰C-30⁰C (Depkes RI, 2012).

Kuman kusta dapat bertahan hidup lama dalam temperatur kamar dapat mempertinggi risiko penularan kusta antar anggota keluarga yang menderita kusta. di dalam secret kering dengan temperature dan kelembaban yang bervariasi, *M.leprae* dapat bertahan hidup 7-9 hari sedagka pada temperature kamar dapat bertahan hidup sampai 46 hari. Diluar tubuh manussia (dalam kondidi tropis) kuman kusta dari secret nasal dapat beratahn hidup 9 hari. Pertumbuhan optimal in vivo mycobacterium leprae pada tikus yaitu pada suhu 27-30⁰C, sehingga dapat disimpulkan kuman kusta dapat hidup pada suhu udara yang nyaman yang telah ditetapkan oleh pemerintah akan tetapi kuman kusta dapat tumbuh secara optimal pada suhu 31-37⁰C (Wulansari, Thohari, & Nerwati, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rismawati mengatakan ada hubungan antara suhu rumah dengan kejadian kusta tipe multibasiler (Rismawati, 2013). Suhu lebih berisiko pada pedesaan, hal ini dikarenakan pada daerah perkotaan bangunana, jalan, dan infrastrukur lainnya menggantikan lahan terbuka dan vegetasi hal ini akan berdampak pada suhu lingkungan sekitar hal ini dinamakan urban heat island kondisinya dimana suhu kota lebih tinggi antara 1-3⁰C dibandingkan daerah pedesaan (Hanif & Nofrizal, 2017). suhu yang cenderung panas sehingga bakteri kusta kurang dapat berkembangbiak dengan baik pada daerah perkotaan.

2.1.2.3 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.

Penularan penyakit kusta dapat melalui kulit dan pernafasan serta terjadi kontak yang lama dan terus-menerus selain itu kuman kusta banyak ditemukan pada daun telinga, kulit tangan dan mukosa hidung yang terdapat pada debu rumah penderita serta juga terdapat dalam air yang biasanya digunakan untuk aktifitas sehari-hari sehingga sangat berisiko jika kontak lama dengan penderita kusta (Cendaki, Q. A,2015).

Menurut Depkes RI (2011) kontak dengan penderita kusta dikatakan berisiko jika >2 tahun dan tidak berisiko jika kontak terjadi ≤ 2 tahun. Hasil penelitian Norlatifah,dkk. Tahun 2010 menunjukkan bahwa secara statistik adanya hubungan yang bermakna antara lama kontak dengan kejadian kusta pada responden. Peluang orang dengan riwayat kontak seumah tertular penyakit kusta 5,06 kali lebih besar dibandingkan dengan tidak ada riwayat kontak serumah (Norlatifah, 2010).

2.1.2.4 Status Ekonomi

Faktor ini juga sangat berpengaruh terhadap terjadinya kusta adalah tingkat ekonomi atau status sosial, yang bisa dideskripsikan dengan besarnya penghasilan. Besarnya penghasilan seseorang turut mempengaruhi pemenuhan kebutuhan hidup kesehariannya, termasuk kebutuhan makan dan kesehatan. Jika kebutuhan akan

makanan sehat tidak terpengaruhi maka dapat melemahkan imunitas atau daya tahan tubuh, sehingga mudah terserang suatu penyakit (Indan, 2004).

Kusta merupakan penyebab kemiskinan dan karena miskin maka manusia menderita kusta. Kondisi sosial ekonomi itu sendiri, mungkin tidak hanya berhubungan secara langsung, namun dapat merupakan penyebab tidak langsung seperti adanya kondisi gizi memburuk, serta perumahan yang tidak sehat, hygiene sanitasi yang kurang dan akses terhadap pelayanan kesehatan juga menurun kemampuannya (Salju, Muntasir, & Rulianti, 2018).

Menurut Widoyono dalam Wijayanti (2017) Penyakit kusta adalah salah satu manifestasi dari kemiskinan karena sebagian besar penderita kusta berasal dari golongan ekonomi lemah. Pada

2.1.2.5 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.

Memperhatikan teori determinan perilaku kesehatan dari Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa perilaku dipengaruhi oleh faktor predisposisi, salah satunya adalah pengetahuan. Pengetahuan yang diperoleh oleh individu dapat membangun sikap dan persepsi sebagai dasar untuk bertindak.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Green menyatakan bahwa adanya kecenderungan seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih cenderung untuk berperilaku baik dalam bidang kesehatan dalam hal ini mencegah kecacatan keluarganya yang menderita penyakit kusta (Salju, Muntasir, & Rulianti, 2018).

2.1.2.6 Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan sesuatu yang mutlak harus dipenuhi sebagai pengalaman belajar yang baik secara langsung maupun tidak langsung menjadi dasar dalam melakukan perubahan tingkah laku menuju kedewasaan. Seseorang yang telah mendapatkan pendidikan diharapkan dapat lebih baik dalam kepribadian, kemampuan dan keterampilannya agar bisa lebih baik dalam begaul dan beradaptasi ditengah-tengah masyarakat, sehingga mempermudah seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidupnya (Soekanto, 2009).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Benjamin Kota (2012) responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah berisiko 2,7 kali terhadap kejadian penyakit kusta dibandingkan dengan orang yang berpendidikan tinggi. Tingkat pendidikan orang sangat berpengaruh terhadap pengetahuan sehingga sangat berdampak pada cara berperilaku masyarakat khususnya perilaku hidup bersih dan sehat.

2.1.2.7 Intensitas Pencahayaan Rumah

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

Rumah yang sehat harus memerlukan penerangan yang cukup dan tidak terlalu banyak. Kurangnya cahaya yang masuk kedalam rumah dapat membuat kurang nyaman dan dapat menjadi media atau tempat yang baik untuk hidup dan berkembangnya berbagai macam mikroorganisme penyebab penyakit, termasuk *mycobacterium leprae* (Kusnoputranto dan Suzanna,2000).

2.1.2.8 Jenis Lantai

Lantai yang baik adalah lantai yang dalam keadaan kering dan tidak lembab. Bahan lantai harus kedap air dan mudah dibersihkan, jadi minimal lantai diplester dan lebih baik dilapis dengan ubin atau keramik sehingga mudah untuk dibersihkan (Ditjen P2PL, 2011).

Menurut Kepmenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang ketentuan persyaratan kesehatan rumah tinggal menyatakan bahwa lantai rumah harus kedap air dan mudah dibersihkan. Lantai yang memenuhi syarat kesehatan adalah lantai yang terbuat dari semen atau tegel atau ubin atau keramik dan tidak rusak kondisinya. Sedangkan jenis lantai yang masih berupa tanah akan menimbulkan tingginya kelembapan udara dalam rumah dan juga *M.leprae* dapat bertahan hidup di tanah hingga 46 hari. Menurut penelitian (Argiyanti, 2014) yang mengatakan bahwa Seseorang yang memiliki lantai tidak kedap air dapat berisiko terkena penyakit kusta sebesar 7,536 kali. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa sebagian responden memiliki lantai rumah yang tidak kedap air, kondisi tersebut mempermudah perkembangbiakan bakteri di dalam tanah, karena lantai yang kondisinya tidak kedap air tidak dapat dibersihkan dengan desinfektan ataupun lisol, karena terbuat dari tanah ataupun plester yang sudah rusak (Argiyanti, 2014).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Lisdawati Adwan (2013), responden yang memiliki jenis lantai yang terbuat dari tanah atau kayu/papan berisiko 2,07 kali lebih besar terjadinya kusta dibandingkan dengan responden yang memiliki jenis lantai yang disemen/ditegel/diubin.

2.1.2.9 Luas Ventilasi Rumah

Dampak dari ventilasi yang tidak memenuhi syarat yaitu pertukaran oksigen didalam rumah dapat berkurang sehingga dapat menyebabkan penyakit yang dapat menular lewat udara tertular dengan orang serumah dengan penderita. Dengan adanya ventilasi serta digunakna sesuai peruntukannya maka sinar matahari serta udara dapat masuk sehingga mencegah pertumbuhan bakteri (Makinan, 2012). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.829/Menkes/SK/VII/1999 tentang peraturan rumah saehta bahwa luas ventilasi alamiah yang permanen yaitu lebih dari satu atau sama dengan 10% dari luas lantai rumah, sedangkan luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan adalah kurang dari 10% dari lantai rumah (Notoatmodjo, 2011).

Hasil peneltian Lisdawati Adwan (2010) menunjukkan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermaknsa antara luas ventilasi dengan kejadian kusta. Rumah reponden yang banyak tidak memiliki ventilasi lebih dari 10% dari luas lantai beresiko 2,43 kali lebih besar untuk terjadi penyakit kusta dibandingkan dengan responden yang memiliki luas ventilasi > 10 % dari luas lantai rumah.

2.1.2.10 Kepadatan Hunian

Luas lantai ruang tidur minimal $\geq 8 \text{ m}^2$ dan tidak dianjurkan lebih dari dua orang tidur dalam satu ruang tidur. Luas rumah tidak sebanding dengan jumlah

penghuninya akan mengakibatkan dampak buruk bagi kesehatan dan berpotensi terhadap penularan penyakit dan infeksi (Notoatmodjo, 2011).

Kepadatan penghuni dalam satu tempat tinggal akan memberikan pengaruh bagi para penghuninya. Luas rumah yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan mengakibatkan dampak buruk bagi kesehatan dan berpotensi terhadap penularan penyakit dan infeksi. Hal ini juga menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, terutama kusta akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain, seorang penderita rata-rata dapat menularkan dua sampai tiga orang di dalam rumahnya (Norlatifah, Adi Heru Sutomo, 2013).

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

Masyarakat pedesaan dan perkotaan mempunyai keunikan tersendiri baik dalam masalah demografi maupun dalam masalah sosial ekonomi. Daerah pedesaan lebih luas daripada daerah perkotaan dengan penduduk yang jarang. Perkotaan mempunyai daerah yang sempit dengan penduduk yang rapat (Fadlyana, et al., 2015). Hal ini menjadi dasar adanya perbedaan kepadatan hunian antara daerah pedesaan dan perkotaan.

2.1.2.11 Sumber Air

Air merupakan kebutuhan setiap manusia. Oleh karena itu air harus memenuhi syarat untuk dapat digunakan sehari-hari salah satunya adalah tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa. Untuk mendapatkan kualitas air yang memenuhi syarat maka sumber air menjadi penting.

Sumber air bersih berhubungan dengan kejadian kusta. Air membawa penyebab penyakit yang berasal dari penderita kemudian sampai ke tubuh orang lain oleh air yang tercemar bakteri patogen sehingga akhirnya menimbulkan sakit pada penjamu lain yang sehat (Siswanti & Wijayanti, 2018). Orang yang selalu menggunakan air sehari-hari yang telah terkontaminasi oleh basil *Mycobacterium Leprae* akan mengalami kejadian kusta. Basil kusta akan bertahan hidup selama 3 bulan pada protozoa *Acanthamoeba spp* yang ada dalam sampel air yang diteliti dan jika air ini digunakan masyarakat terus menerus maka berisiko terkena kusta (Aprizal, Lazuardi, & Soebono, 2017).

2.1.2.12 *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).

Penularan penyakit kusta belum diketahui secara pasti, tetapi menurut sebagian ahli melalui saluran pernafasan dan kulit (kontak langsung yang lama dan erat), kuman mencapai permukaan kulit melalui folikel rambut , kelenjar keringat, dan diduga melalui saluran air susu ibu (Arief Mansjoer, 2000:65).

Kesehatan dan kebersihan dapat mengurangi jumlah mikroorganisme penyebab penyakit pada kedua tangan dan lengan serta meminimalisasi kontaminasi silang. Menurut Blum faktor yang mempengaruhi status kesehatan adalah lingkungan, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Perilaku sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas dasar kesadaran yang mana perilaku atau kegiatan tersebut berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, serta mencakup perilaku dalam pencegahan menghindari dari berbagai macam penyakit, penyebab penyakit atau masalah kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Jika personal hygiene seseorang buruk maka kemungkinan besar akan mudah tertular oleh penyakit.

2.1.2.13 Peran Petugas Kesehatan

Hasil penelitian dilakukan oleh Engelika Meivana dkk tahun 2016 ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kejadian malaria pada anak di wilayah kerja Puskesmas Tambelang. Dilihat dari nilai OR maka responden dengan peran petugas yang negatif akan mengalami malaria sebesar 6,7 kali dibandingkan dengan responden dengan peran petugas yang positif.

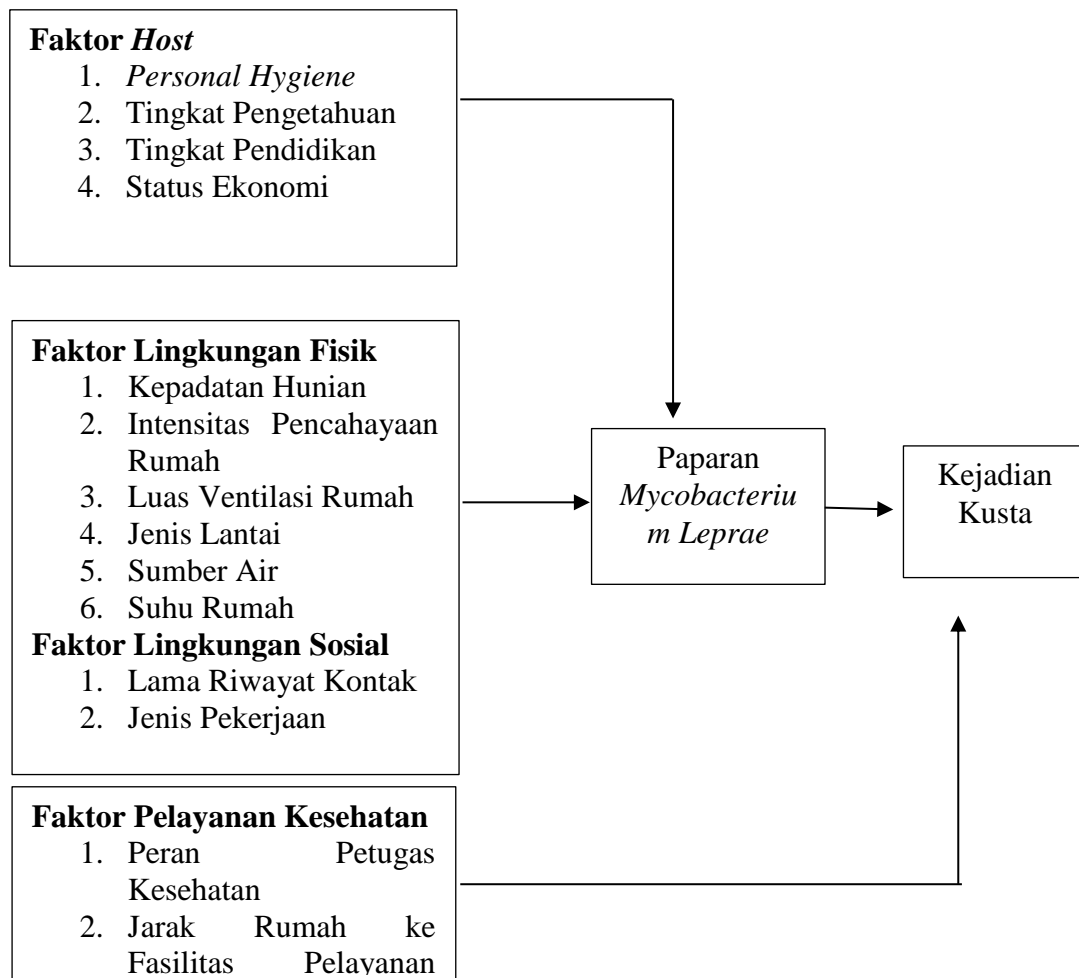
Peran tenaga promosi kesehatan dapat mendukung program pencegahan malaria. Belum ada penelitian yang meneliti hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kejadian kusta. Tenaga kesehatan memiliki peran yang besar dalam upaya pemberantasan penyakit kusta, menurunkan angka kejadian kusta, dan menentukan keberhasilan pengobatan kusta. Dengan adanya peran petugas kesehatan dapat memberikan motivasi pada penderita untuk melakukan

pemeriksaan ke pelayanan kesehatan, selain itu juga memberikan motivasi untuk melakukan kegiatan pencegahan penyakit kusta.

2.1.2.14 Jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan

Tingkat aksesibilitas pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya. Jarak yang jauh akan sulit ditempuh dapat menyebabkan seseorang tidak ingin pergi memeriksakan dirinya ke tenaga medis. Hal ini akan menyebabkan diagnosa atau penemuan kasus baru kusta bisa terkendala sehingga penularan penyakit tidak bisa diatasi oleh tenaga kesehatan. Selain jarak yang jauh, kualitas pelayanan dan tenaga kesehatan juga mempengaruhi aksesibilitas pelayanan kesehatan.

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 2. 1 Kerangka Teori

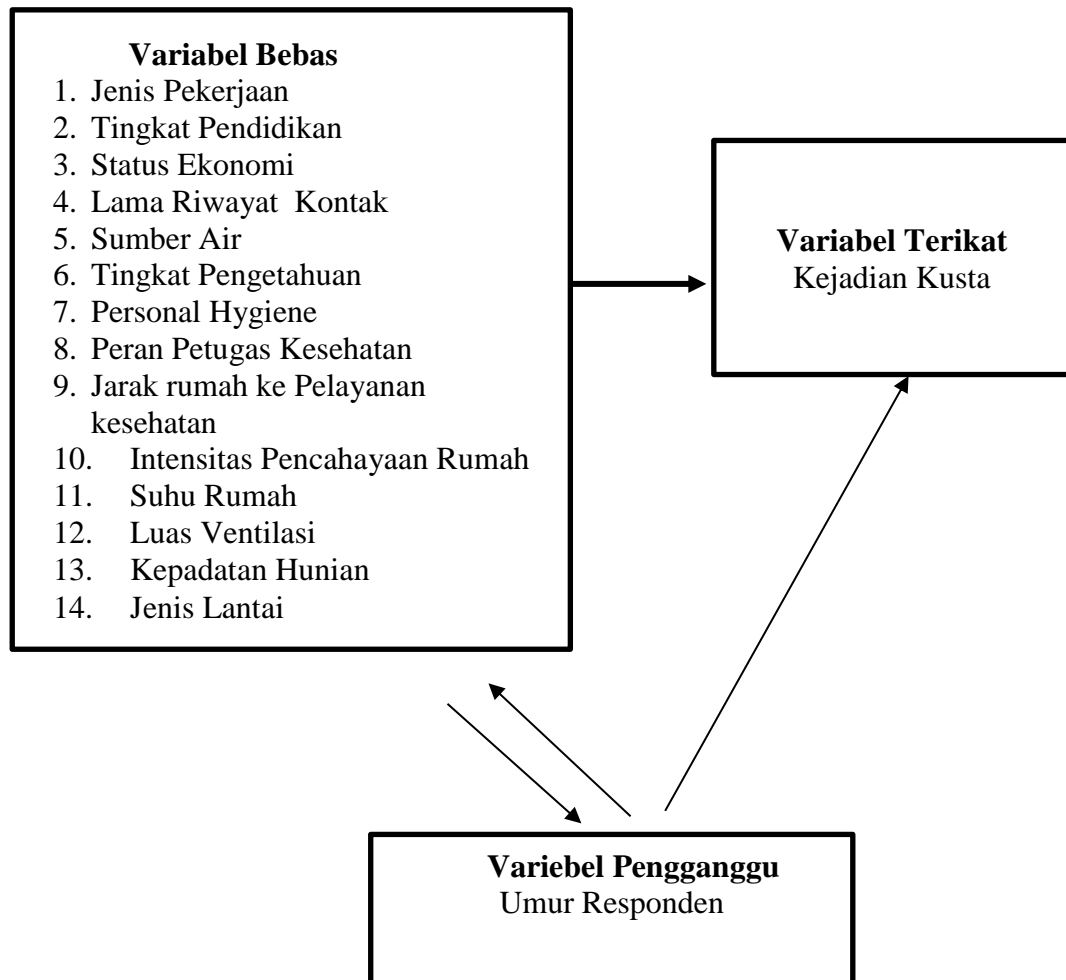
Sumber : Modifikasi Teori H.L. Blum (1974), Afidah (2010), Benjamin (2012), Depkes RI (2011), Insane (2004), Notoadmojo (2005), Permenkes (2011), Kepmenkes (1999), Aprizal dkk (2017)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoadmojo, 2010). Kerangka konsep pada penelitian ini adalah



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

3.2 VARIABEL PENELITIAN

Variabel penelitian merupakan suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Menurut Sutrisno Hadi dalam Suharsini Arikunto (2010 : 159) mengatakan variabel sebagai gejala yang bervariasi misalnya jenis kelamin, karena jenis kelamin mempunyai variasi laki-laki dan perempuan.

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas atau variabel *independent* adalah variabel yang mempengaruhi atas variabel penyebab (Notoatmodjo, Metodologi Penelitian Kesehatan, 2005). Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, predicator, antecedent. Dalam bahasa Indonesia sering disebut dengan variabel bebas. Variabel bebas adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2010).

Pada penelitian ini variabel bebasnya adalah kepadatan hunian, intensitas pencahayaan rumah, luas ventilasi rumah, suhu kamar, jenis lantai, lama kontak , sumber air, jenis pekerjaan, status ekonomi, *personal hygiene*, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, jarak tempuh ke pelayanan kesehatan, dan peran petugas kesehatan.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat atau variabel *dependent* adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Notoatmodjo, 2005).

Variabel terikat pada penelitian ini adalah kejadian kusta pada masyarakat daerah pedesaan dan perkotaan.

3.2.3 Variabel Perancu

Variabel perancu adalah jenis variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan terikat, tetapi bukan variabel antara (Sudigdo & Ismael, 2011). Variabel yang diduga perancu dalam penelitian ini adalah umur. Variabel perancu dalam penelitian ini dikontrol dengan cara *restriksi*. *Restriksi* yaitu menyingkirkan variabel perancu dari setiap subyek penelitian (Sudigdo, 2011:307). Variabel perancu pada penelitian ini adalah umur, variabel perancu ini akan dikontrol dengan teknik *restriksi* sehingga penderita kusta yang menjadi responden penelitian terbatas yaitu hanya pada rentang usia 15 – 60 tahun.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis penelitian adalah suatu jawaban sementara terhadap rumusan masalah (Sugiyono, 2012). Hipotesis penelitian ini terdiri atas hipotesis umum dan hipotesis khusus.

3.3.1 Hipotesis Umum

Ada hubungan faktor risiko kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

3.3.2 Hipotesis Khusus

Hipotesis khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.

2. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
3. Ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
4. Ada hubungan antara lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
5. Ada hubungan antara sumber air dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
6. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
7. Ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
8. Ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.

9. Ada hubungan antara jarak rumah ke pelayanan kesehatan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
10. Ada hubungan antara intensitas pencahayaan rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
11. Ada hubungan antara suhu rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
12. Ada hubungan antara luas ventilasi ruangan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
13. Ada hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.
14. Ada hubungan antara jenis lantai dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes tahun 2020.

3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah survey analitik, dengan rancangan penelitian kasus kontrol untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian kusta. kasus kontrol merupakan penelitian epidemiologis yang menelaah hubungan antara efek (penyakit atau kondisi kesehatan) tertentu dengan faktor

risiko tertentu. Desain penelitian kasus kontrol dapat dipergunakan untuk menilai seberapa besarkah peran faktor risiko dengan kejadian penyakit. (Sudigdo dan sofyan, 2011:146).

Peneliti ingin mencari faktor risiko apa saja yang berhubungan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Dalam penelitian ini tidak ada pengontrolan variabel, maupun manipulasi atau perlakuan dari peneliti. Penelitian dilakukan secara alamiah, peneliti mengumpulkan data dengan data primer. Hasilnya dianalisis secara statistik untuk mencari hubungan diantara variabel-variabel yang diteliti.

3.5 DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

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

Tabel 3. 1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
1	Kejadian Kusta	Diagnosis dokter yang diperkuat dengan hasil pemeriksaan laboratorium pada penderita kusta di Puskesmas Kecamatan Wanasari dan Puskesmas Kecamatan Larangan bulan Januari-Desember tahun 2019	Dokumen catatan medik puskesmas setempat dan Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes	1= Kusta 2 = Tidak Kusta	Ordinal

2	Intensitas Pencahayaan Rumah	Pencahayaan alamiah atau intensifikasi cahaya sinar matahari yang dapat menerangi seluruh ruangan diukur pada tempat dimana penghuni banyak menghabiskan waktunya di rumah	Lux meter	1= tidak memenuhi syarat bila intensitas cahaya < 60 lux 2= memenuhi syarat bila intensitas cahaya ≥ 60 lux (Permenkes, 2011)	Ordinal
3	Luas Ventilasi	Semua lubang angin yang dapat dijadikan pertukaran udara. Mengukur luas ventilasi rumah dan membandingkan dengan luas lantai rumah diukur pada tempat dimana penghuni banyak menghabiskan waktunya di rumah	Rol meter	1= tidak memenuhi syarat bila luas ventilasi < 10% luas lantai 2= memenuhi syarat bila luas ventilasi ≥ 10 % luas lantai (Permenkes, 2011)	Ordinal
4	Kepadatan hunian	Banyaknya penghuni yang tinggal serumah dengan responden. Besarnya luas lantai rumah untuk setiap orang yang berada di dalamnya. Mengukur luasnya rumah. Menghitung jumlah penghuni	Rol Meter	1= tidak memenuhi syarat jika luas lantai ruang ≤ 8 m ² per orang. 2= memenuhi syarat, jika luas lantai ruang ≥ 8 m ² per orang (Kepmenkes, 1999)	Ordinal
5	Suhu rumah	Angka yang menunjukkan panas udara dalam rumah dikategorikan buruk apabila dapat memperpanjang hidup bakteri. Pengukuran dilakukan pukul 09.00-16.00 WIB	Thermohydro meter	1= Berisiko jika $27^{\circ}\text{C} - 30^{\circ}\text{C}$ 2= Tidak berisiko jika $< 27^{\circ}\text{C}$ dan $> 30^{\circ}\text{C}$ (Permenkes, 2019)	Ordinal
6	Jenis Lantai	Bahan lapisan penutup bagian	Observasi	1= tidak memenuhi syarat,	Ordinal

		bawah/dasar rumah. Cara pengamatan langsung ke rumah reponden		jika sebagian/seluruh lantai rumah adalah tanah baik itu kedap air dna tidak lembab 2= memenuhi syarat, jika sebagian/seluruh lantai rumah diplester/ubin atau keramik (Permenkes, 2011)	
7	Lama Riwayat Kontak	Jumlah waktu kontak penderita kusta sebelum repsonden dinayatakn menderit kusta atau diketahui mengalami tanda-tanda kusta yang dinyatakan dalam tahunan. Wawancara	Kuisisioner	1= kontak >2 tahun (berisiko) 2= tidak kontak dan kontak ≤ 2 tahun (tidak berisiko) (Depkes RI, 2007)	Ordinal
8	Jenis Pekerjaan	Jenis kegiatan sehari-hari yang dilakukan responden untuk memperoleh penghasilan baik segi pekerjaan atau ligkungan kerjanya saat didiagnosa menderit kusta. Pekerjaan berisiko bila salah satu diantaranya ada pekerja bangunan, buruh, tukang batu, pekerja bengkel, penjahit, buruh angkut, pembantu, petani dan nelayan	Kuisisioner	1= berisiko (jika salah satu diantaranya pekerja bangunan, buruh, petani, nelayan, buruh, angkut, pekerja bengkel) 2= tidak berisiko (jika responden bekerja di kantor, pns) (Yuniarsari, 2014)	Ordinal
9	Sumber air	Sumber air yang digunakan sehari-hari oleh responden	Kuisisioner	1 = berisiko jika dari badan air (waduk, sungai, danau)	Ordinal

				2 = tidak berisiko jika berasal dari sumber mata air, sumur terlindungi, pompa air dan PDAM (Nurchayati, Basuki, & Wibowo, 2016)	
10	<i>Personal hygiene</i>	Tindakan pencegahan responden untuk membatasi penyebaran penyakit, sebelum didiagnosa kusta	Kuesioner	1. Berisiko = personal hygiene buruk (skor 1-2) 2. tidak berisiko = Personal hygiene baik (3-5) (Saiffudin Azwar, 2012)	Ordinal
11	Peran Petugas Kesehatan	Pernyataan responden mengenai ada atau tidaknya informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan mengenai penanggulangan kusta (promosi kesehatan, Kemoprofilaksis, surveilans dan Tata laksana kusta)	Kuesioner	1. Kurang (Skor < nilai rata-rata) 2. baik: (Skor \geq nilai rata-rata)	Ordinal
12	Jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan	Seberapa jauh jarak yang ditempuh responden dari tempat tinggal menuju ke tempat fasilitas pelayanan kesehatan	Aplikasi google maps	1. Jauh : apabila responden \geq 5 km dari puskesmas 2. Dekat : apabila rumah responden < 5 km dari puskesmas (Yunus, 2018)	Ordinal
13	Status Ekonomi	Keadaan sosial ekonomi responden diukur dengan melihat pendapatan rata-rata perbulan.	Kuesioner	1. Rendah (\leq UMR Brebes)	Ordinal

		Untuk pendapatan dengan pendapatan non bulanan maka dapat dihitung Pedagang, bengkel/pekerja harian lainnya: maka pendapatan bersih per hari dikali 30 hari Petani: Pendapatan bersih setiap panen dibagi sesuai dengan per bulan (Panen per 6 bulan sekali, pendapatan 12.000.000/6 bulan = maka pendapatannya 2.000.000/bulan)		2. Tinggi (> UMR Brebes)	
14	Tingkat Pengetahuan	Kemampuan reponden mengetahui gejala tentang kusta, cara penularan, dan pencegahan kusta sebelum didiagnosis kusta	Kuesioner	1. Rendah (1-9) 2. Tinggi (10-16) (Nursalam, 2008)	Ordinal
15	Tingkat Pendidikan	Pendidikan yang bersifat formal dan berlangsung di sekolah yang ditempuh oleh responden.	Kuesioner	1. Rendah (tidak tamat SD, SD, SMP) 2. Tinggi (Tamat SMA, PT) (UU RI No. 20 th 2003)	Ordinal

3.6 POPULASI DAN SAMPLE PENELITIAN

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Menurut Sugiyono (2015:80) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan

karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi kasus dalam penelitian ini adalah jumlah seluruh penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Wanasari dan Puskesmas Larangan pada tahun 2018 dan 2019 yang berjumlah 84 penderita di Puskesmas Larangan dan 58 penderita di Puskesmas Wanasari yang tercatat di masing-masing puskesmas. Populasi kasus total dalam penelitian ini sebanyak 142 orang. Populasi kontrol dalam penelitian ini adalah bukan penderita kusta yang tercatat dalam rekam medik Puskesmas Larangan dan Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2013). Sampel penelitian adalah sebagian anggota yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Sugiyono, 2010: 62). Menurut Sugiyono (2015:81) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Sampel yang diambil dari populasi harus representatif (mewakili).

3.6.2.1 Teknik Pengambilan Sample

Menurut Sugiyono (2015:81) teknik sampling adalah teknik pengambilan sampel yang bertujuan untuk menentukan sampel yang akan digunakan dalam penelitian. Cara pemilihan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *Non-probability sampling* yakni pengambilan sampel yang tidak memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih

menjadi sampel (sugiyono, 2014). Jenis *Non-probability sampling* yang digunakan dalam pengambilan sampel penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang dipilih dengan pertimbangan tertentu (sugiyono, 2012). Kriteria yang digunakan dalam penelitian ini yaitu berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang dibuat oleh peneliti.

3.6.2.2 Besar Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan OR dengan sampel penelitian kategorik tidak berpasangan yaitu 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% ($Z\alpha = 1,96$)

$Z\beta$: Kekuatan Penelitian 80% ($Z\beta = 0,84$)

P_1 : Proporsi Kasus

P_2 : Proporsi Kontrol

OR : Odds Ratio dari penelitian Maria Christiana, (OR = 2,984)

Dari Penelitian Maria Christiana peroleh $P_2 = 0,5$ dan $OR = 2,984 = 3$

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{(1 - P_1) + (OR \times P_1)}$$

$$P_1 = \frac{3 \times 0,5}{(1 - 0,5) + 3 \times 0,5}$$

$$P_1 = \frac{1,5}{(0,5) + (1,5)}$$

$$P_1 = 0,75$$

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$P = \frac{0,75 + 0,5}{2}$$

$$P = 0,6$$

$$Q = 1 - P = 1 - 0,6 = 0,4$$

$$Q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0,75 = 0,25$$

$$Q_2 = 1 - P_2 = 1 - 0,5 = 0,5$$

$$Z\alpha = 1,96 \text{ dan } Z\beta = 0,84$$

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

$$n_1 = n_2 = \frac{\{1,96 \sqrt{2(0,6)(0,4)} + 0,84 \sqrt{(0,75)(0,25) + (0,5)(0,5)}\}^2}{(0,75 - 0,5)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{\{1,96 \sqrt{0,24} + 0,84 \sqrt{(0,1875) + (0,25)}\}^2}{(0,25)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{\{1,96 (0,5) + 0,84 (0,4375)\}^2}{(0,0625)}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{\{0,98 + 0,3675\}^2}{(0,0625)}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{\{1,3475\}^2}{(0,0625)}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{1,876}{0,0625}$$

$$n_1 = n_2 = 30$$

Jadi jumlah sampel pada penelitian ini adalah 30 kasus dan 30 kontrol, Jumlah sampel sebesar 60 sampel pada Puskesmas Larangan dan 60 sampel pada Puskesmas Wanasari, dengan total secara keseluruhan adalah 120 sampel.

3.6.2.3 Sampel Kasus

Dalam penelitian ini, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel yang tersebar digunakan (Hidayat, 2009).

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel (Hidayat, 2009: 60). Sampel kasus adalah penderita kusta yang tinggal dan masih hidup di wilayah kerja Puskesmas Larangan Kabupaten Brebes yang tercatat pada rekam medik Puskesmas larangan dan Puskesmas wanasari tahun 2019 yang berjumlah 60 orang.

3.6.2.3.1 *Kriteria Inklusi Sample Kasus*

Kriteria inklusi pada sampel kasus adalah

- 1) Penderita kusta yang tercatat pada rekam medis Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari tahun 2019
- 2) Umur \geq 15 tahun
- 3) Bertempat tinggal menetap di wilayah kerja puskesmas Larangan saat penelitian

3.6.2.3.2 *Kriteria Eksklusi Sample Kasus*

Kriteria Eksklusi dari sampel kasus adalah

- 1) Pindah tempat saat dilakukan penelitian
- 2) Alamat responden tidak jelas
- 3) Kondisi fisik rumah yang telah direnovasi setelah terkena penyakit kusta pada tahun 2017-penelitian

3.6.2.4 Sampel Kontrol

Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah tetangga kasus bukan penderita kusta yang tinggal menetap di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari pada saat berlangsungnya penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

3.6.2.5.1 *Kriteria Inklusi*

Kriteria inklusi pada sampel kontrol adalah

- 1) Masyarakat yang tinggal menetap di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes
- 2) Umur \geq 15 tahun
- 3) Tidak tercatat terkena penyakit kusta dalam rekam medis Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari pada tahun 2019 dan tidak memiliki gejala penyakit kusta.

3.6.2.5.2 *Kriteria Eksklusi Sampel Kontrol*

Kriteria eksklusi dari sampel kontrol adalah

- 1) Tidak berada ditempat (rumah) ketika penelitian berlangsung (3 kali kunjungan).

3.7 **SUMBER DATA**

Sumber data yang diperoleh dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder.

3.8.1 **Data Primer**

Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara secara langsung dan mendalam serta observasi dengan responden/sampel penelitian. Mengamati

perumahan dan pemukiman di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari di Kabupaten Brebes.

3.8.2 Data Sekunder

Data sekunder tentang jumlah penderita kusta berasal dari data laporan triwulan kasus Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes tahun 2019, rekam medis yang ada di Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis, sehingga penelitian lebih mudah diolah (Arikunto, 2013). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, lembar observasi, dan draf pengukuran, rol meter, lux meter, thermohygro meter, *smart phone* yang digunakan untuk mendapatkan informasi tentang faktor yang menyebabkan seseorang penderita kusta. Instrumen kuesioner yang baik harus memenuhi dua persyaratan penelitian yaitu valid dan reliabel (Notoatmodjo, 2010).

3.9 TEKNIK PENGAMBILAN DATA

Berikut teknik pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini :

3.10.1 Observasi

Observasi sebagai tehnik pengambilan data yang mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan tehnik lain. Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya

dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Variabel yang diamati meliputi kondisi lantai di perkotaan dan pedesaan di Kabupaten Brebes.

3.10.2 Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010:139). Wawancara dilakukan untuk memperoleh data primer dengan menggunakan kuesioner sebagai alat. Data yang akan diambil meliputi variabel bebas.

3.10.3 Pengukuran

Teknik pengambilan data dengan melakukan pengukuran langsung rumah penderita kusta meliputi variabel kepadatan hunian, luas ventilasi rumah, menggunakan rol meter, intensitas pencahayaan menggunakan lux meter, suhu kamar menggunakan termohygro meter, dan jarak rumah ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan menggunakan *google maps*.

3.10.4 Dokumentasi

Dalam penelitian ini juga menggunakan teknik dokumentasi dalam pengumpulan data. Dokumentasi yang dimaksud adalah melakukan pengumpulan data berdasarkan dokumen-dokumen yang ada, baik berupa laporan catatan, berkas, atau bahan-bahan tertulis lainnya yang merupakan dokumen resmi yang relevan dalam penelitian ini.

3.10 UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

3.11.1 Uji Validitas

Menurut Suharsimi (2013: 211) validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrument. Uji validitas adalah prosedur pengujian untuk melihat apakah alat ukur atau pertanyaan yang dipakai dalam kuesioner dapat mengukur dengan cermat apa yang hendak diukur. Dalam penelitian uji validitas akan dapat dipakai untuk memilih item item pernyataan yang relevan untuk dianalisis. Uji validitas dilakukan dengan melihat korelasi antar skor dari masing-masing item pernyataan dibanding skor total. Perhitungan dilakukan dengan rumus *Pearson Product Moment* (Suharsimi, 2013:213).

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

Dimana :

r_{xy} : koefisien korelasi pearson antara skor butir X dengan skor variabel Y

N : Jumlah responden uji coba

ΣX : Jumlah skor butir X

ΣY : Jumlah skor variabel Y

Kemudian dinyatakan valid apabila $r_{hitung} > r_{tabel}$ (Suharsimi, 2013:214).

Uji validitas yang dilakukan terhadap 30 responden, taraf signifikansi 5%, pada pertanyaan variabel tingkat pengetahuan terdapat 20 point soal diperoleh $r_{tabel} = 0,443$. 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 30 responden yang ada di wilayah kerja Puskesmas Sidamulya. Hasil perhitungan validitas didapatkan dari jumlah 20 pertanyaan dalam kuesioner, terdapat 4 pertanyaan yang dinyatakan tidak valid yaitu pertanyaan nomor 1 ($0,257 < 0,443$), pertanyaan nomor 18 ($0,441 < 0,443$), pertanyaan nomor 19 ($0,311 < 0,443$) dan pertanyaan nomor 20 ($0,441 < 0,265$). Pada pertanyaan variabel peran petugas kesehatan terdapat 8 point soal diperoleh $r_{tabel} = 0,706$, terdapat 1 pertanyaan yang dinyatakan tidak valid yaitu pertanyaan nomor 8 ($0,706 < 0,443$). Pada pertanyaan variabel *personal hygiene* kesehatan terdapat 8 point soal diperoleh $r_{tabel} = 0,706$, terdapat 2 pertanyaan yang dinyatakan tidak valid yaitu pertanyaan nomor 1 ($0,612 < 0,706$) dan pertanyaan nomor 8 ($0,657 < 0,706$). Pertanyaan yang tidak valid dikendalikan dengan cara dihilangkan dikarenakan pertanyaan tersebut tidak terlalu berpengaruh terhadap hasil penelitian.

3.11.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjuk pada suatu pengertian bahwa sesuatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrument tersebut sudah baik (Suharsimi, 2013:221). Untuk menguji reliabilitas suatu kuesioner digunakan rumus koefisien reliabilitas alfa cronbach.

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum Vi}{Vt}\right)$$

Dimana	α	= Koefisien alpha
	n	= Jumlah item
	$\sum Vi$	= Jumlah varian item
	Vt	= Varian total

Kuisisioner dikatakan reliabel jika $r_{hitung} > r_{tabel}$. Uji reliabilitas kuisisioner pada variabel pengetahuan dari 16 pertanyaan, diketahui bahwa *Alpha Cronbach* lebih besar dari r_{tabel} dan bernilai positif ($0,915 > 0,468$) dapat disimpulkan bahwa 16 pertanyaan tersebut reliabel. Pada variabel peran petugas kesehatan dari 7 pertanyaan diketahui nilai *Alpha Cronbach* lebih besar dari r_{tabel} dan bernilai positif ($0,936 > 0,468$) dapat disimpulkan bahwa 7 pertanyaan tersebut reliabel. Pada variabel *personal hygiene* dari 5 pertanyaan diketahui nilai *Alpha Cronbach* lebih besar dari r_{tabel} dan bernilai positif ($0,934 > 0,468$) dapat disimpulkan bahwa 5 pertanyaan tersebut reliabel.

3.11 PROSEDUR PENELITIAN

Peneliti menggunakan beberapa tahapan dalam melakukan penelitian antara lain :

3.12.1 Pra Penelitian

1. Pengambilan data prevalensi penyakit kusta di Kabupaten Brebes melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.
2. Melakukan studi pendahuluan awal dengan melakukan wawancara kepada seksi pengendalian penyakit kusta Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, seksi pengendalian penyakit kusta di puskesmas, dan beberapa penderita kusta.
3. Melakukan rekap data pasien di puskesmas.
4. Melakukan wawancara langsung dengan penderita kusta untuk mendapatkan informasi tentang faktor risiko secara lebih mendetail.

3.12.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

1. Merekap data dan alamat pasien penderita kusta yang ada di Kabupaten Brebes tahun 2019.
2. Melakukan wawancara kepada petugas kesehatan pemegang program kusta setempat dengan panduan draf wawancara mendalam untuk petugas kesehatan.
3. Mendatangi setiap penderita kusta untuk dilakukan wawancara mendalam dengan panduan kuesioner dan melakukan observasi dengan panduan lembar observasi.
4. Melakukan pemeriksaan pada kuesioner, draf wawancara mendalam, dan lembar observasi yang telah diisi

3.12.3 Pasca Penelitian

1. Merekap kuesioner yang telah diisi responden
2. Melakukan entri data pada komputer
3. Mentabulasi hasil kuesioner dengan bantuan program SPSS Windows 19.0 pada komputer.
4. Menganalisis hasil penelitian
5. Mendeskripsikan hasil penelitian

3.12 TEKNIK PENGELOLAAN DAN ANALISIS DATA

3.12.1 Teknik Pengelolaan Data

Data yang terkumpul merupakan data mentah yang harus diolah sedemikian rupa agar dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik sehingga mudah dianalisis.

Tahap pengolahan data ini berfungsi untuk penarikan kesimpulan. Langkah-langkah dalam proses pengolahan data ini antara lain:

3.12.1.1 Editing Data

Pada tahap ini dilakukan pemeriksaan terhadap semua isian pada semua item pertanyaan dalam kuesioner untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta. Dengan kelengkapan pengisian serta kejelasan jawaban.

3.12.1.2 Koding dan Skoring

Kegiatan memberi kode setiap data yang diperoleh terutama data klasifikasi, kemudian memberinya skor dengan tujuan untuk mempermudah analisis data.

3.12.1.3 Penyusunan Data (Tabulating)

Penyusunan data merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dapat dijumlah, disusun, dan ditata dengan mudah untuk disajikan dan dianalisis. Proses tabulasi data dapat dilakukan dengan bantuan perangkat komputer yaitu dengan cara memasukan data (*entrying*) yang telah dikumpulkan ke dalam *software* SPSS.

3.12.1.4 Pemrosesan (Processing)

Processing adalah tahap pengolahan data mulai dari pemilihan jenis analisis yang digunakan dan jenis penyajian data.

3.12.2 Teknik Analisis Data

Langkah selanjutnya yakni analisis data. Teknik analisis data pada penelitian ini diolah secara statistik dengan menggunakan program SPSS Windows 16.0. Adapun analisisnya sebagai berikut :

3.12.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap variabel hasil penelitian pada umumnya dalam analisis hanya menggunakan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Sugiyono, 2010: 104). Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase tiap variabel (Notoadmojo, 2010). Analisis statistik univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi statistik variabel terikat berupa kejadian kusta dan variabel bebas yaitu kepadatan hunian, intensitas pencahayaan rumah, luas ventilasi rumah, suhu kamar, kondisi lantai, frekuensi pergantian alas tidur, lama kontak serumah, sumber air dan pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari di Kabupaten Brebes.

3.12.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010: 188). Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan, perbedaan dan membuktikan hipotesis variabel. Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan faktor risiko kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari Kabupaten Brebes. Pada analisis bivariat, dilakukan dengan membuat tabel silang antara variabel terikat kejadian kusta dan variabel bebas yaitu kepadatan hunian, intensitas pencahayaan rumah, luas ventilasi rumah, suhu kamar, kondisi lantai, frekuensi pergantian alas tidur, lama kontak serumah, sumber air dan pekerjaan. Data yang

akan diperoleh dalam penelitian ini berupa data ordinal. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *chi-square* dan uji *Fisher*.

Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji Non Parametik untuk dua sampel tidak berhubungan (*two independen sample*) yang menggunakan uji *chi-square* . uji *chi-square* dilakukan dengan tingkat signifikan $p > 0,05$ (taraf kepercayaan 95%). Dasar pengambilan keputusan dengan tingkat kepercayaan 95%:

- a. Jika nilai sig $p > 0,05$ maka H_0 diterima
- b. Jika nilai sig $p < 0,05$ maka H_0 ditolak (Sujarwati, 2008)

Ketentuan uji Chi Square:

Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai expected kurang dari 5 (lima) lebih dari 20% dari jumlah keseluruhan sel. Jika nilai expected kurang dari 5 (lima) lebih dari 20% dari jumlah keseluruhan sel maka menggunakan uji alternatifnya yaitu uji *Fisher*. Data dianalisis dan diinterpretasikan dengan melakukan pengujian terhadap hipotesis, menggunakan program komputer SPSS 16.0.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 GAMBARAN UMUM

4.1.1 Gambaran Umum Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di dua wilayah kerja puskesmas kecamatan di Kabupaten Brebes berdasarkan kasus kusta tertinggi. Puskesmas wanasari adalah salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Wanasari Kabupaten Brebes. Puskesmas ini memiliki jumlah desa binaan yang secara administratif berjumlah 7 Desa meliputi desa Pesantunan, desa Klampok, desa Keboledan, desa Kupu, desa Dumeling, desa Kertabesuki dan desa Sawojajar dengan luas wilayah 33,37 km². Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Wanasari tahun 2019 sebanyak 75.116 jiwa, kepadatan penduduk tiap km² 3.769 jiwa. Berdasarkan letak geografis, daerah di wilayah kerja Puskesmas Wanasari adalah daerah tambak dan sebagian daerah pertanian, adapun desa dengan jarak dan waktu tempuh terjauh ke Puskesmas Wanasari adalah desa Sawojajar yaitu 9 km untuk jarak dan 19 menit untuk waktu tempuh. Puskesmas Wanasari termasuk dalam daerah perkotaan berdasarkan data BPS dengan tiga kategori yaitu presentase rumah tangga pertanian, kepadatan hunian, dan fasilitas perkotaan. Wilayah kerja puskesmas Wanasari memiliki akses yang cukup mudah dijangkau oleh masyarakat sehingga pelayanan sangat mudah didapatkan, selain Puskesmas Wanasari fasilitas kesehatan lain yang ada di Kecamatan Wanasari adalah Rumah Sakit Bhakti Asih, Puskesmas Sidamulya dan Puskesmas Jagalempeni. Akses ke pusat kota terdekat berjarak

sekitar 2,1 Km dengan waktu tempuh 5 menit. Ketinggian rata-rata wilayah wanasari adalah 6,6 dpl termasuk dalam dataran rendah, dengan profesi beragam mulai dari pertanian, buruh, perdagangan, konstruksi dll, akses jalan mudah dilalui dan transportasi umum mudah untuk diakses masyarakat (BPS Kab.Brebes, 2019)

Wilayah kerja Puskesmas Larangan mencakup 6 Desa yaitu Desa Larangan, Desa Karangbale, Desa Pamulihan, Desa Kamal, Desa Kedungbokor dan Desa Wlahar. Puskesmas Larangan termasuk ke dalam karakteristik pedesaan. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Larangan tahun 2019 sebanyak 77.135 jiwa, kepadatan penduduk tiap km² 959,16 jiwa. Berdasarkan letak geografis, daerah di wilayah kerja Puskesmas Larangan adalah daerah pegunungan dan sebagian daerah pertanian. Ketinggian rata-rata wilayah adalah 50,5 dpl dengan suhu rata-rata 29⁰C. Akses menuju pusat kota Brebes paling jauh ditempuh selama 1 Jam 18 menit dengan jarak tempuh 43 km. Kecamatan Larangan hanya memiliki dua fasilitas kesehatan yaitu puskesmas Larangan dan Puskesmas Sitanggal. Rata-rata bermata pencaharian sebagai petani. Fasilitas transportasi umum mudah ditemukan di beberapa desa saja, selebihnya sangat sulit ditemukan. Fasilitas Jalan juga kurang memadai.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari-Maret tahun 2020. Responden dalam penelitian ini yaitu terdiri dari responden kasus dan responden kontrol pada masing-masing wilayah. Responden kasus berjumlah 30 orang dan responden kontrol 30 orang. Responden kasus yaitu penderita kusta yang tinggal dan masih hidup di wilayah kerja Puskesmas Wanasari dan Larangan berdasarkan data dari Puskesmas Wanasari dan Larangan Kabupaten Brebes. Responden kontrol

yaitu orang yang dinyatakan sehat yang bertempat tinggal di sekitar penderita kusta, sehingga memiliki kriteria riwayat kontak, *personal hygiene* dan lingkungan fisik yang sama dengan penderita kusta.

4.1.2 Distribusi Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang berjudul Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Tahun 20120), responden terdiri dari responden kasus dan responden kontrol. Dimana responden kasus terdiri 60 orang yang tercatat dalam rekam medis puskesmas Larangan dan puskesmas Wanasari dan responden kontrol terdiri dari 60 orang yang merupakan tetangga kasus yang tidak tercatat dalam rekam medis puskesmas Laranagn dan puskesmas Wanasari dengan karakteristik sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Usia

No	Usia (Tahun)	Jumlah	Prosentase (%)
1	15-23	8	6,7
2	24-32	20	16,7
3	33-42	29	24,2
4	42-50	35	29,2
5	51-60	28	23,3
Total		120	100

Dari tabel 4.1 diketahui bahwa dari 120 responden didapatkan bahwa responden paling banyak berusia 42-50 tahun sebanyak 35 orang (29,25), responden berusia 33-42 tahun 29 orang (24,2%), responden berusia 51-60 tahun sebanyak 28 orang (23,35), responden berusia 24-32 sebanyak 20 orang (16,7) dan reponden berusia 15-23 tahun sebanyak 8 orang (6,7 %).

Tabel 4. 2 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin

No	Usia (Tahun)	Jumlah	Prosentase (%)
1	Laki-laki	55	45,8
2	Perempuan	65	54,2
Total		120	100

Berdasarkan Tabel 4.2 dapat diketahui dari 120 responden didapatkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki- laki sebanyak 55 orang (45,8%), sedangkan pada jenis kelamin perempuan sebanyak 65 orang (54,2%).

Tabel 4. 3 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Pekerjaan

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Tidak Bekerja	6	5,0
2	Petani/Buruh tani	53	44,2
3	Swasta	10	8,3
4	PNS	1	8
5	Ibu Rumah Tangga	15	12,5
6	Pelajar/Mahasiswa	4	3,3
7	Pedagang	13	10,8
8	Buruh	5	4,2
9	Dll	13	10,8
Total		120	100

Berdasarkan Tabel 4.3 dapat diketahui dari 120 responden didapatkan bahwa responden yang tidak bekerja sebanyak 6 orang (5,0%), petani/buruh tani sebanyak 53 orang (44,2%), swasta sebanyak 10 orang (8,3%), PNS sebanyak 1 orang (8,0%), ibu rumah tangga sebanyak 15 orang (12,5 %), pelajar/mahasiswa sebanyak 4 orang (3,3%), pedagang terdapat 13 orang (10,8%), buruh sebanyak 5 orang (4,2 %) dan sisanya sebanyak 13 orang (10,8).

Tabel 4. 4 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

No	Usia (Tahun)	Jumlah	Prosentase (%)
1	Tidak Sekolah	19	15,8
2	Tamat SD/Sederajat	48	40,0
3	SMP/Sederajat	12	10,0

4	SMA/Sederajat	36	30,0
5	Perguruan Tinggi	5	4,2
Total		120	100

Dari tabel 4.4 diketahui bahwa dari 120 responden didapatkan bahwa responden dengan pendidikan tidak tamat SD sebanyak 19 orang (15,8), responden dengan pendidikan tamat SD sebanyak 48 orang (40,0%), responden dengan pendidikan SMP/ sederajat sebanyak 12 orang (10,0%), responden dengan pendidikan SMA/Sederajat sebanyak 36 orang (30,0%) dan responden dengan pendidikan perguruan tinggi sebanyak 5 orang (4,2%).

4.2 HASIL PENELITIAN

4.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat menggambarkan distribusi frekuensi tiap variabel hasil penelitian yang meliputi: jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, status ekonomi, riwayat kontak, lama kontak, sumber air, tingkat pengetahuan, *personal hygiene*, peran tenaga kesehatan, jarak rumah ke pelayanan kesehatan, intensitas pencahayaan rumah, suhu rumah, luas ventilasi ruangan, kepadatan hunian, dan jenis lantai.

4.2.1.1 Jenis Pekerjaan

Tabel distribusi jenis pekerjaan merupakan matrik hasil penelitian terhadap 120 responden yang memberikan gambaran umum mengenai jenis pekerjaan responden.

Tabel 4. 5 Distribusi Jenis Pekerjaan

No	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Berisiko	63	52,5
2	Tidak Berisiko	57	47,5
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan bahwa responden yang mempunyai jenis pekerjaan berisiko kusta yaitu sebanyak 63 orang (52,5%) dan responden yang mempunyai jenis pekerjaan tidak berisiko kusta yaitu sebanyak 57 orang (47,5%).

4.2.1.2 Tingkat Pendidikan

Tabel 4. 6 Distribusi Tingkat Pendidikan

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Rendah	77	64,2
2	Tinggi	43	35,8
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.6 didapatkan bahwa responden yang mempunyai tingkat pendidikan rendah yaitu sebanyak 77 orang (64,2%) dan responden yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi yaitu sebanyak 43 orang (35,8%).

4.2.1.3 Status Ekonomi

Tabel 4. 7 Distribusi Status Ekonomi

No	Status Ekonomi	Jumlah	Prosentase (%)
1	Rendah	71	59,2
2	Tinggi	49	40,8
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan bahwa responden yang mempunyai status ekonomi rendah yaitu sebanyak 71 orang (59,2%) dan responden yang mempunyai status ekonomi tinggi yaitu sebanyak 49 orang (40,8%).

4.2.1.4 Lama Riwayat Kontak

Tabel 4. 8 Distribusi Lama Kontak

No	Status Ekonomi	Jumlah	Prosentase (%)
1	> 2 tahun	29	24,2
2	< 2 tahun	91	75,8
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.8 didapatkan bahwa responden yang mempunyai kontak dengan penderita kusta > 2 tahun yaitu sebanyak 29 orang (24,2%) dan reponden yang mempunyai kontak dengan penderita kusta < 2 tahun yaitu sebanyak 91 orang (75,8%).

4.2.1.5 Sumber Air

Tabel 4. 9 Distribusi Sumber Air

No	Sumber Air	Jumlah	Prosentase (%)
1	Berisiko	5	4,2
2	Tidak Berisiko	115	95,8
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.9 didapatkan bahwa responden yang mempunyai sumber air yang berisiko kusta yaitu sebanyak 5 orang (4,2%) dan reponden yang mempunyai sumber air yang tidak berisiko kusta yaitu sebanyak 115 orang (95,8%).

4.2.1.6 Tingkat Pengetahuan

Tabel 4. 10 Distribusi Tingkat Pengetahuan

No	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Rendah	71	59,2
2	Tinggi	49	40,8
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.10 didapatkan bahwa responden yang mempunyai tingkat pengetahuan yang rendah yaitu sebanyak 71 orang (59,2%) dan reponden yang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi yaitu sebanyak 49 orang (40,8%).

4.2.1.7 Personal Hygiene

Tabel 4. 11 Distribusi Personal Hygiene

No	Personal Hygiene	Jumlah	Prosentase (%)
1	Buruk	59	49,2
2	Baik	61	50,8

Total	120	100
--------------	-----	-----

Berdasarkan tabel 4.11 didapatkan bahwa responden yang mempunyai *personal hygiene* yang buruk yaitu sebanyak 59 orang (49,2%) dan reponden yang mempunyai *personal hygiene* yang baik yaitu sebanyak 61 orang (50,8%).

4.2.1.8 Peran Petugas Kesehatan

Tabel 4. 12 Distribusi Peran Petugas Kesehatan

No	Peran Petugas Kesehatan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Kurang	51	42,5
2	Baik	69	57,5
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.12 didapatkan bahwa responden yang mempunyai peran petugas kesehatan yang kurang yaitu sebanyak 51 orang (42,5%) dan reponden yang mempunyai peran petugas kesehatan yang baik yaitu sebanyak 69 orang (57,5%).

4.2.1.9 Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan

Tabel 4. 13 Distribusi Jarak Rumah ke Pelayanan

No	Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Jauh	48	40,0
2	Dekat	72	60,0
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.13 didapatkan bahwa responden yang mempunyai jarak rumah ke pelayanan kesehatan yang jauh yaitu sebanyak 48 orang (40,0%) dan reponden yang mempunyai jarak rumah ke pelayanan kesehatan yang dekat yaitu sebanyak 72 orang (60,0%).

4.2.1.10 Intensitas Pencahayaan Rumah

Tabel 4. 14 Distribusi Intensitas Pencahayaan Rumah

No	Intensitas Pencahayaan Rumah	Jumlah	Prosentase (%)
1	Tidak Memenuhi Syarat	56	46,7
2	Memenuhi syarat	64	53,3
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.14 didapatkan bahwa responden yang mempunyai intensitas pencahayaan yang tidak memenuhi syarat yaitu sebanyak 56 orang (46,7%) dan reponden yang mempunyai intensitas pencahayaan yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 64 orang (53,3%).

4.2.1.11 Suhu Rumah

Tabel 4. 15 Distribusi Suhu Rumah

No	Suhu Rumah	Jumlah	Prosentase (%)
1	Berisiko	36	30,0
2	Tidak Berisiko	84	70,0
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.15 didapatkan bahwa responden yang mempunyai suhu rumah berisiko kusta yaitu sebanyak 36 orang (30,0%) dan reponden yang mempunyai suhu rumah yang tidak berisiko kusta yaitu sebanyak 84 orang (70,0%).

4.2.1.12 Luas Ventilasi Ruangan

Tabel 4. 16 Distribusi Luas Ventilasi Ruangan

No	Luas Ventilasi Ruangan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Tidak Memenuhi Syarat	55	45,8
2	Memenuhi syarat	65	54,2
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.16 didapatkan bahwa responden yang mempunyai rumah dengan luas ventilasi ruangan yang tidak memenuhi syarat yaitu sebanyak

55 orang (45,8%) dan responden yang mempunyai rumah dengan luas ventilasi ruangan yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 65 orang (54,2%).

4.2.1.13 Kepadatan Hunian

Tabel 4. 17 Distribusi Kepadatan Hunian

No	Kepadatan Hunian	Jumlah	Prosentase (%)
1	Tidak Memenuhi Syarat	40	33,3
2	Memenuhi syarat	80	66,7
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.17 didapatkan bahwa responden yang mempunyai rumah dengan kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat yaitu sebanyak 40 orang (33,3%) dan responden yang mempunyai rumah dengan kepadatan hunian yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 80 orang (66,7%).

4.2.1.14 Jenis Lantai

Tabel 4. 18 Distribusi Jenis Lantai

No	Jenis Lantai	Jumlah	Prosentase (%)
1	Tidak Memenuhi Syarat	16	13,3
2	Memenuhi syarat	104	86,7
Total		120	100

Berdasarkan tabel 4.18 didapatkan bahwa responden yang mempunyai lantai rumah yang tidak memenuhi syarat yaitu sebanyak 16 orang (13,3%) dan responden yang mempunyai lantai rumah yang memenuhi syarat yaitu sebanyak 104 orang (86,7%).

4.2.2 Analisis Bivariat

4.2.2.1 Hubungan 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. 19 Tabulasi Silang Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta

Jenis Pekerjaan	Kejadian Kusta				Jumlah	<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol					
	n	%	N	%				
Berisiko	40	66,7	23	38,3	63	52,5		
Tidak Berisiko	20	33,3	37	61,7	57	47,5	0,002	3,127 1,523-6,795
Total	60	100	60	100	120	100		

Berdasarkan tabel 4.19 dapat diketahui bahwa responden yang memiliki pekerjaan berisiko pada kelompok kasus sebanyak 40 orang (66.7%) dan yang memiliki pekerjaan tidak berisiko kusta sebanyak 20 orang (33,3%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki pekerjaan berisiko sebanyak 23 orang (38,3%) dan yang memiliki pekerjaan tidak berisiko sebanyak 37 orang (61,7%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai p (0.002) $<$ α ($0,05$) maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 3,127 dengan 95% CI 1,523-6,795. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan jenis pekerjaan berisiko memiliki risiko 3,127 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki pekerjaan tidak berisiko.

4.2.2.2 Hubungan 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. 20 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta

Tingkat Pendidikan	Kejadian Kusta				Jumlah	<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol					
	n	%	N	%				
Rendah	43	71,7	34	56,7	77	64,2		
Tinggi	17	28,3	26	43,3	43	35,8	0,087	- -

Total	60	100	60	100	120	100
-------	----	-----	----	-----	-----	-----

Berdasarkan tabel 4.20- diketahui bahwa responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah pada kelompok kasus sebanyak 43 orang (71,7%) dan yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi sebanyak 17 orang (28.3%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 34 orang (56.7%) dan yang memiliki tingkat pendidikan tinggi sebanyak 26 orang (43.3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh nilai $p (0.087) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian Kusta.

4.2.2.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 21 Tabulasi Silang Status Ekonomi dengan Kejadian Kusta

Status Ekonomi	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		N	%			
	n	%	N	%					
Rendah	40	66,7	31	51,7	71	59,2	0,095	-	-
Tinggi	20	33,3	29	48,3	49	40,8			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.21 diketahui bahwa responden yang memiliki status ekonomi rendah pada kelompok kasus sebanyak 40 orang (66,7%) dan yang memiliki status ekonomi tinggi sebanyak 20 orang (33,3%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki status ekonomi

rendah sebanyak 31 orang (51,7%) dan yang memiliki status ekonomi tinggi sebanyak 29 orang (48,3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0.095) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui tidak ada hubungan antara status ekonomi dengan kejadian Kusta.

4.2.2.4 Hubungan 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. 22 Tabulasi Silang Lama Kontak dengan Kejadian Kusta

Lama Kontak	Kejadian Kusta				Jumlah	<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol					
	n	%	N	%				
>2 tahun	22	36,7	7	11,7	29	24,2		
< 2 tahun	38	63,3	53	88,3	91	75,8	0,001	4,383
Total	60	100	60	100	120	100		11,301

Berdasarkan tabel 4.22 diketahui bahwa responden yang memiliki lama kontak >2 tahun dengan penderita kusta pada kelompok kasus sebanyak 22 orang (36,7%) dan yang memiliki lama kontak < 2 tahun dengan penderita kusta sebanyak 38 orang (63.3%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki lama kontak >2 tahun dengan penderita kusta pada kelompok kasus sebanyak 7 orang (11,7%) dan yang memiliki lama kontak < 2 tahun dengan penderita kusta sebanyak 53 orang (88,3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0.001) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara lama kontak dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 4,383 dengan 95% CI 1,700-11,301. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan lama kontak > 2 tahun dengan penderita

kusta memiliki risiko 4,383 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang lama kontak < 2 tahun dengan penderita kusta.

4.2.2.5 Hubungan Sumber Air dengan Kejadian Kusta

Hasil uji *Fisher* dari data penelitian mengenai sumber air responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 23 Tabulasi Silang Sumber Air dengan Kejadian Kusta

Sumber Air	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		N	%			
	n	%	n	%					
Berisiko	3	5,0	2	3,3	5	4,2			
Tidak berisiko	57	95,0	58	96,7	115	95,8	1,000	-	-
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.23 diketahui bahwa pada daerah pedesaan responden yang memiliki sumber air berisiko kusta pada kelompok kasus sebanyak 3 orang (5,0%) dan yang memiliki sumber air tidak berisiko kusta sebanyak 57 orang (95,0%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki sumber air berisiko kusta sebanyak 2 orang (3,3%) dan yang memiliki sumber air tidak berisiko kusta sebanyak 58 orang (96,7%).

Hasil uji *Fisher* diperoleh bahwa nilai $p (1.000) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui tidak ada hubungan antara sumber air dengan kejadian Kusta.

4.2.2.6 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 24 Tabulasi Silang Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta

Tingkat Pengetahuan	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p</i> value	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		N	%			
	N	%	N	%					
Rendah	44	73,3	27	45,0	71	59,2	0,002	3,361	1,563-7,227
Tinggi	16	26,7	33	55,0	49	40,8			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.24 diketahui bahwa responden yang memiliki tingkat pengetahuan rendah pada kelompok kasus sebanyak 44 orang (73,3%) dan yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi sebanyak 16 orang (26,7%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki tingkat pendidikan rendah sebanyak 27 orang (45.0%) dan yang memiliki tingkat pendidikan tinggi sebanyak 33 orang (55.0%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai p (0.002) $<$ α ($0,05$) maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 3,361 dengan 95% CI 1,563-7,227. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pengetahuan rendah memiliki risiko 3,361 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi.

4.2.2.7 Hubungan *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. 25 Tabulasi Silang Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta

Personal Hygiene	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p</i> value	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		N	%			
	N	%	N	%					
Buruk	39	65,0	20	33,3	59	49,2	0,001	3,714	1,746-7,900
Baik	21	35,0	40	66,7	61	50,8			

Total	60	100	60	100	120	100
-------	----	-----	----	-----	-----	-----

Berdasarkan tabel 4.25 diketahui bahwa responden yang memiliki *personal hygiene* buruk pada kelompok kasus sebanyak 39 orang (65,0%) dan yang memiliki *personal hygiene* baik sebanyak 21 orang (35,0%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki *personal hygiene* buruk sebanyak 20 orang (33,3%) dan yang memiliki *personal hygiene* baik sebanyak 40 orang (66,7%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0.001) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 3,714 dengan 95% CI 1,746-7,900. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan *personal hygiene* buruk memiliki risiko 3,714 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki *personal hygiene* baik.

4.2.2.8 Hubungan Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Kusta

Hasil uji *Chi-square* dari data penelitian mengenai jarak rumah ke pelayanan kesehatan responden dengan kejadian kusta didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 26 Tabulasi Silang Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Kusta

Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		n	%			
	N	%	N	%					
Jauh	29	48,3	19	31,7	48	40,0	0,062	-	-
Dekat	31	51,7	41	68,3	72	60,0			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.26 diketahui bahwa responden yang memiliki jarak rumah ke pelayanan kesehatan jauh pada kelompok kasus sebanyak 29 orang (48,3%) dan yang memiliki jarak rumah ke pelayanan kesehatan dekat sebanyak 31 orang (51,3%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki jarak rumah ke pelayanan kesehatan jauh sebanyak 19 orang (31,7%) dan yang memiliki jarak rumah ke pelayanan kesehatan dekat sebanyak 41 orang (68,3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0.062) > \alpha (0,05)$ maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui tidak ada hubungan antara jarak rumah ke pelayanan kesehatan dengan kejadian Kusta.

4.2.2.9 Hubungan Intensitas Pencahayaan Rumah dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 27 Tabulasi Silang Intensitas Pencahayaan Rumah dengan Kejadian Kusta

Intensitas Pencahayaan Rumah	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p</i> value	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	N	%					
Tidak memenuhi syarat	36	60,0	20	33,3	56	46,7	0,003	3,000	1,424- 6,319
Memenuhi syarat	24	40,0	40	66,7	64	53,3			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.27 diketahui bahwa responden yang intensitas pencahayaan rumahnya tidak memenuhi syarat pada kelompok kasus sebanyak 36 orang (60,0%) dan yang intensitas pencahayaan rumahnya memenuhi syarat sebanyak 24 orang (40,0%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan

penderita kusta) yang intensitas pencahayaan rumahnya tidak memenuhi syarat sebanyak 20 orang (33,3%) dan yang intensitas pencahayaan rumahnya memenuhi syarat sebanyak 40 orang (66,7%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai p (0.003) $<$ α ($0,05$) maka H_0 diterima, berarti dapat diketahui ada hubungan antara intensitas pencahayaan rumah dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 3,000 dengan 95% CI 1,424-6,319. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan rumah yang memiliki intensitas pencahayaan rumah yang tidak memenuhi syarat memiliki risiko 3 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki rumah dengan intensitas cahaya memenuhi syarat.

4.2.2.10 Hubungan Suhu Rumah dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 28 Tabulasi Silang Suhu Rumah dengan Kejadian Kusta

Suhu Rumah	Kejadian Kusta				Jumlah	<i>p</i> value	OR	95% CI	
	Kasus		Kontrol						
	n	%	n	%					n
Berisiko	27	45,0	9	15,0	36	30,0	0,001	4,636	1,938-11,092
Tidak berisiko	33	55,0	51	85,0	84	70,0			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.28 diketahui bahwa responden yang memiliki suhu rumah berisiko kusta pada kelompok kasus sebanyak 27 orang (45.0%) dan yang memiliki suhu rumah tidak berisiko kusta sebanyak 33 orang (55.0%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki suhu

rumah berisiko kusta sebanyak 9 orang (15,0%) dan yang memiliki suhu rumah tidak berisiko kusta sebanyak 51 orang (85,0%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai p (0.001) $<$ α ($0,05$) maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan suhu rumah dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 4,363 dengan 95% CI 1,938-11,092. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan suhu rumah berisiko kusta memiliki risiko 4,363 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki suhu rumah tidak berisiko kusta.

4.2.2.11 Hubungan Luas Ventilasi Ruangan dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 29 Tabulasi Silang Luas Ventilasi Ruangan dengan Kejadian Kusta

Luas Ventilasi Ruangan	Kejadian Kusta		Jumlah		<i>p</i> value	OR	95% CI		
	Kasus	Kontrol	n	%					
Tidak memenuhi syarat	36	19	60,0	31,7	55	45,8	0,002	3,237	1,529-6,853
Memenuhi syarat	24	41	40,0	68,3					
Total	60	60	100	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.29 diketahui bahwa responden yang memiliki luas ventilasi ruangan tidak memenuhi syarat pada kelompok kasus sebanyak 36 orang (60,0%) dan yang memiliki luas ventilasi ruangan memenuhi syarat sebanyak 24 orang (40,0%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang luas ventilasi ruangan tidak memenuhi syarat sebanyak 19 orang

(31,7%) dan yang memiliki luas ventilasi ruangan memenuhi syarat sebanyak 41 orang (68,3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai p (0.002) $<$ α ($0,05$) maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan luas ventiasi ruangan dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 3,237 dengan 95% CI 1,529-6,853. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan luas ventilasi ruangan tidak memenuhi syarat memiliki risiko 3,237 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki luas ventilasi ruangan memenuhi syarat.

4.2.2.12 Hubungan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 30 Tabulasi Silang Kepadatan Hunian dengan Kejadian Kusta

Kepadatan Hunian	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p</i> value	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		N	%			
	N	%	n	%					
Tidak memenuhi syarat	26	43,3	14	23,3	40	33,3	0,020	2,513	1,144-5,517
Memenuhi syarat	34	56,7	46	76,7	80	66,7			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.30 diketahui bahwa responden yang intensitas kepadatan hunian tidak memenuhi syarat pada kelompok kasus sebanyak 26 orang (43,3%) dan yang kepadatan hunian memenuhi syarat sebanyak 34 orang (56,7%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang

kepadatan hunian tidak memenuhi syarat sebanyak 14 orang (23,3%) dan yang kepadatan hunian memenuhi syarat sebanyak 46 orang (76,7%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,020) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 2,513 dengan 95% CI 1,144-5,517. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan kepadatan hunian tidak memenuhi syarat memiliki risiko 2,513 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki kepadatan hunian memenuhi syarat.

4.2.2.13 Hubungan Jenis Lantai dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 31 Tabulasi Silang Jenis Lantai dengan Kejadian Kusta

Jenis Lantai	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	n	%					
Tidak memenuhi syarat	13	21,7	3	5,0	16	13,3	0,007	5,255	1,413-19,544
Memenuhi syarat	47	78,3	57	95,0	104	86,7			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa responden yang jenis lantai rumah tidak memenuhi syarat pada kelompok kasus sebanyak 13 orang (21,7 %) dan yang jenis lantai rumah memenuhi syarat sebanyak 47 orang (78,3%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang jenis lantai rumah tidak memenuhi syarat sebanyak 3 orang (5,0%) dan yang jenis lantai rumah memenuhi syarat sebanyak 57 orang (95,0%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0.007) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara jenis lantai rumah dengan kejadian Kusta. Nilai *odd ratio* (OR) 5,255 dengan 95% CI 1,413-19,544. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan jenis lantai yang tidak memenuhi syarat memiliki risiko 5,255 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki jenis lantai memenuhi syarat.

4.2.2.14 Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Kejadian Kusta

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

Tabel 4. 32 Tabulasi Silang Peran Petugas Tenaga Kesehatan dengan Kejadian Kusta

Peran Petugas Kesehatan	Kejadian Kusta				Jumlah		<i>p</i> <i>value</i>	OR	95% CI
	Kasus		Kontrol		n	%			
	n	%	n	%					
Kurang	32	53,3	19	31,7	51	42,3	0,016	2,446	1,172- 5,188
Baik	28	46,7	41	68,3	69	57,5			
Total	60	100	60	100	120	100			

Berdasarkan tabel 4.32 diketahui bahwa responden yang memiliki persepsi peran tenaga kesehatan kurang pada kelompok kasus sebanyak 32 orang (53,3%) dan yang memiliki persepsi peran tenaga kesehatan baik sebanyak 28 orang (46,7%). Sedangkan responden pada kelompok kontrol (bukan penderita kusta) yang memiliki persepsi peran tenaga kesehatan kurang sebanyak 19 orang (31,7%) dan yang memiliki persepsi peran tenaga kesehatan baik sebanyak 41 orang (68,3%).

Hasil uji *Chi-square* diperoleh bahwa nilai $p (0,016) < \alpha (0,05)$ maka H_0 ditolak, berarti dapat diketahui ada hubungan antara peran petugas kesehatan

dengan kejadian Kusta. Nilai odd ratio (OR) 2,466 dengan 95% CI 1,172-5,188. Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan peran tenaga kesehatan kurang memiliki risiko 2,466 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki peran tenaga kesehatan baik.

Berdasarkan hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Wanasari dan Puskesmas Larangan diperoleh hasil analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* dan *Fisher* dapat diketahui sebagai berikut :

Tabel 4. 33 Rekapitulasi Hasil Analisis Bivariat dengan Uji Chi-Square dan Fisher

No	Variabel Bebas	p-value	OR	95%CI	Keterangan
1.	Jenis Pekerjaan	0,002	3,217	1,523-6,795	Ada hubungan
2.	Tingkat Pendidikan	0,087	-	-	Tidak ada hubungan
3.	Status Ekonomi	0,095	-	-	Tidak ada hubungan
4.	Lama Kontak	0,001	4,383	1,700-11,301	Ada hubungan
5.	Sumber Air	1,000	-	-	Tidak ada hubungan
6.	Tingkat Pengetahuan	0,002	3,361	1,563-7,227	Ada hubungan
7.	<i>Personal Hygiene</i>	0,001	3,714	1,746-7,900	Ada hubungan
8.	Peran Petugas Kesehatan	0,016	2,466	1,172-5,188	Ada hubungan
9.	Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan	0,062	-	-	Tidak ada hubungan
10.	Intensitas Pencahayaan rumah	0,003	3,000	1,424-6,319	Ada hubungan
11.	Suhu Rumah	0,001	4,636	1,938-11,092	Ada hubungan
12.	Luas Ventilasi Ruang	0,002	3,237	1,529-6,853	Ada hubungan
13.	Kepadatan Hunian	0,020	2,513	1,144-5,517	Ada hubungan
14.	Jenis Lantai	0,007	5,255	1,143-19,544	Ada hubungan

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang diduga erat kaitannya dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan wilayah kerja Puskesmas Wanasari di Kabupaten Brebes Tahun 2020. Beberapa faktor yang dimaksud adalah jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, status ekonomi, lama riwayat kontak, sumber air, tingkat pengetahuan, personal hygiene, peran tenaga kesehatan, jarak rumah ke pelayanan kesehatan, intensitas pencahayaan rumah, suhu rumah, luas ventilasi ruangan, kepadatan hunian dan jenis lantai. Selanjutnya peneliti menggunakan uji chi-square dan fisher dengan jenis penelitian kasus kontrol. Adapun pembahasan masing-masing variabel bebas berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan selengkapnya sebagai berikut:

5.1.1 Hubungan Jenis Pekerjaan dengan Kejadian Kusta

Pekerjaan adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti lain istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Sebagian besar penderita kusta di dunia berada di negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia, sebagian besar penduduknya bermata pencaharian sebagai petani. Berdasarkan *uji chi-square* didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta di wilayah kerja puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes pada tahun 2020.

Menurut hasil penelitian pada wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari sebagian besar mata pencaharian penduduknya adalah sebagai petani atau buruh tani. Masyarakat Larangan merupakan daerah agraris yaitu daerah pertanian. Diketahui bahwa dalam masyarakat agraris di mana kehidupannya masih tergantung pada hasil produksi tanah sebagai sarana produksi pokok dan memiliki corak yang homogen dalam mata pencaharian yaitu sebagai petani. Wilayah dengan luas sawah lebih banyak biasanya diikuti dengan mata pencaharian penduduk di sekor pertanian, hal ini didukung juga dengan kondisi geografis berupa sawah yang luas sesuai dengan data BPS Kabupaten Brebes Tahun 2019 sejumlah 2285,90 Ha. Sektor pertanian merupakan penggerak utama perekonomian di pedesaan (Dahar & Fatmawati, 2016). Pada umumnya masyarakat hanya mampu melaksanakan salah satu bidang kehidupan saja, dikarenakan tidak ada keahlian di bidang lain.

Hasil Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aprliana (2019) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kejadian kusta berdasarkan hasil uji chi-square dengan p value $0,016 < 0,005$ di wilayah kerja Puskesmas Wonoasri Kabupaten Madiun. Jadi responden yang memiliki pekerjaan berisiko (petani, buruh tani dll) memiliki risiko 4,571 kali lebih besar terkena kusta dibandingkan dengan responden yang pekerjaannya tidak berisiko.

Berdasarkan hasil observasi pada wilayah kerja Puskesmas Wanasari didominasi pekerja sebagai petani/buruh tani, ini karena sebagian besar wilayah di Kabupaten Brebes merupakan wilayah pertanian termasuk di Kecamatan Wanasari. Pekerjaan berisiko lainnya adalah buruh, penjahit, buruh bangunan, dan pekerja

bengkel. Pekerjaan dengan beban kerja yang berat sehingga mengeluarkan tenaga berlebihan yang selanjutnya dapat berdampak pada penurunan stamina berakibat pada perubahan sistem imun memicu pada terjadinya ENL (*Entrhema Nodosum Leprosum*) (Apriliana, 2019). Kejadian pada penderita kusta diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga dan mengalami kelelahan fisik. Responden lebih banyak pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga dan mengalami kelelahan, sehingga daya tahan tubuh menurun dan mudah terkena virus/bakteri. Selanjutnya seperti yang kita ketahui pekerjaan sebagai buruh/tani seringkali kontak dengan tanah dan juga lingkungan yang kotor, padahal tanah dan lingkungan yang kotor merupakan tempat yang baik untuk berkembangbiakan bakteri. Hal ini dibenarkan penelitian yang menyatakan bahwa bakteri kusta atau dikenal mycobacterium leprae dapat hidup diluar tubuh manusia, yaitu pada tanah hingga 46 hari (Amirudin, 2012).

5.1.2 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kejadian Kusta

Tingkat pendidikan merupakan salah satu unsur yang menentukan pengalaman dan pengetahuan seseorang, baik dalam ilmu pengetahuan maupun dalam kehidupan sosial (Notoatmodjo, 2005). Tingkat pendidikan menurut Undang-undang No. 20 Tahun 2003 adalah: Pendidikan dasar/rendah (SD-SMP/MTs); Pendidikan Menengah (SMA/SMK/ sederajat); dan Pendidikan Tinggi (Perguruan Tinggi). Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin mudah dalam menerima informasi baru, berwawasan luas dan dimungkinkan melakukan perilaku pencegahan penyakit yang lebih baik. (Notoatmodjo,2003).

Proporsi responden yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah lebih besar di bandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Tingkat pendidikan akan berpengaruh pada ketidakmampuan dalam merubah pola pikir seseorang dalam berorientasi pada masa depan, dengan rendahnya tingkat pendidikan maka masyarakat tidak mempunyai akses informasi, pengetahuan dan teknologi, hal ini berkorelasi dengan jenis pekerjaan yang dijelaskan diatas. Sehingga akan mempengaruhi kemampuannya dalam berpikir untuk beralih pekerjaan lain selain petani.

Banyaknya masyarakat yang tidak menyelesaikan pendidikan dasar sembilan tahun di Indonesia terutama terjadi di daerah Larangan. Berdasarkan hasil Pada daerah penelitian responden kebanyakan tingkat pendidikan sebatas tamat SD dan SMP. Menurut peneliti alasan daerah penelitian memiliki tingkat pendidikan yang rendah adalah faktor ekonomi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan faktor ekonomi merupakan masalah utama masyarakat tidak melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi (Syaefudin, 2018). Hasil Penelitian Iskandar (2007) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kesempatan bagi seseorang untuk memilih jenis pekerjaan yang berguna dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Pendidikan merupakan suatu faktor yang akan mempengaruhi kemiskinan, karena dengan adanya pendidikan maka akan meningkatkan kualitas masyarakat dan tingginya pendidikan masyarakat dapat memilih jenis pekerjaan dalam meningkatkan kesejahteraan keluarganya (Sevrianda & Putri, 2018). Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah relatif sulit menerima sesuatu hal yang baru, sebaliknya seseorang yang memiliki

pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima hal baru dan cenderung lebih terbuka. Pendidikan yang rendah tidak menjadi salah satu faktor kejadian kusta, karena dapat dilihat pula pengetahuan yang dimiliki responden mengenai kusta, tidak hanya di bangku sekolah tetapi informasi dari berbagai media.

Masyarakat yang mempunyai tingkat sosial ekonomi yang rendah cenderung memiliki tingkat pendidikan yang rendah pula. Masyarakat masih kurang memahami akan pentingnya pendidikan. Masyarakat masih beranggapan bahwa pendidikan bukan merupakan jaminan bisa hidup sejahtera, jauh dari kemiskinan. Dengan anggapan bahwa sekolah hanya membuang waktu dan biaya saja. Pendidikan dasar saja belum cukup untuk menunjang pembangunan yang sedang berlangsung, masih banyak masyarakat yang tidak berhasil menyelesaikan pendidikan dasar sampai dengan selesai (Basrowi & Juariyah, 2015).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muntasir dan Salju (2018) tentang Studi faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta pada wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2017 yang menyatakan ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian dari Yessita Yuniarsari (2013) di Kabupaten Rembang yang menemukan bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian kusta.

Hasil penelitian ini diketahui bahwa penderita kusta lebih banyak memiliki tingkat pendidikan yang rendah di Kabupaten Brebes. Menurut Soekidjo (2005) mengatakan bahwa tingkat pendidikan sebagai salah satu unsur yang menentukan pengalaman dan pengetahuan seseorang, baik dalam ilmu pengetahuan maupun

kehidupan sosial, oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa pendidikan rendah yang dimiliki penderita seharusnya berhubungan dengan kejadian kusta. Pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik pula tingkat pengetahuannya, dengan memberikan informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut (Notoatmodjo, 2005).

Berdasarkan penelitian di Indonesia, tingkat pendidikan mempunyai hubungan dengan pencegahan kusta. Jadi, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin rendah peluang mereka kontak dengan penderita kusta (Oktaria, et al., 2018). Dalam hal ini, pendidikan dianggap sebagai faktor substansial dari kesadaran masyarakat yang berkontribusi terhadap eliminasi penyakit kusta. Hal ini sejalan dengan penelitian di Brazil, dimana pasien tidak melaporkan gejala yang mereka miliki untuk mendapatkan pengobatan atau bahkan tidak tahu bahwa mereka menderita kusta karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran akan penyakit ini (Cordeiro & Cipriani, 2014). Rendahnya pendidikan dapat pula mengakibatkan lambatnya seseorang melakukan pencairan pengobatan dan diagnosis penyakit, sehingga mengakibatkan penderita kusta mengalami kecacatan yang semakin parah. Selain itu, tingkat pendidikan yang lebih tinggi juga kerap dikaitkan dengan status ekonomi yang baik pula.

5.1.3 Hubungan Status Ekonomi dengan Kejadian Kusta

W.S Winke menyatakan bahwa pengertian status sosial ekonomi mempunyai makna suatu keadaan yang menunjukkan pada kemampuan finansial

keluarga dan perlengkapan material yang dimiliki, dimana keadaan ini bertaraf baik, cukup, dan kurang (Basrowi & Juariyah, 2015).

Menurut Widoyono dalam Wijayanti (2017) Penyakit kusta adalah salah satu manifestasi dari kemiskinan karena sebagian besar penderita kusta berasal dari golongan ekonomi lemah. Penyakit kusta jika tidak ditangani dapat menyebabkan cacat, dan hal tersebut menjadi penghalang bagi pasien kusta untuk menjalani kehidupan bermasyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonominya.

Penghasilan keluarga merupakan faktor yang dianggap mewakili keadaan sosio ekonomi keluarga dan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi keadaan kesehatan seseorang. Pendapatan yang diterima seseorang akan mempengaruhi daya beli terhadap barang-barang kebutuhan pokok dan barang-barang kebutuhan lainnya seperti sandang dan pangan.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui tidak ada hubungan status ekonomi dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Kecamatan Mendahar Kabupaten Tanjung Jabung Timur yang menyatakan bahwa hasil *p-value* 0.350 artinya tidak terdapat hubungan antara pendapatan keluarga dengan kejadian kusta (Kurniawati, Parman, Sugiarto, Dewi, & Lestari, 2020).

Berdasarkan hasil observasi para penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan keluarga dengan anggota 4-5 orang memiliki hanya satu tulang punggung sehingga beban keluarga hanya diberikan kepada satu orang, sedangkan pekerjaannya sebagai petani, buruh tidak mampu untuk mencukupi

kehidupan sehari-hari. Untuk mengakses pelayanan kesehatan, pemenuhan gizi keluarga dan kondisi fisik rumah sangat berkorelasi dengan status ekonomi. Pada daerah pedesaan sebagian besar responden memiliki status ekonomi rendah dengan penghasilan perbulan < UMR (Rp. 1.665.000).

Penyakit kusta menyerang banyak di negara berkembang dengan status ekonomi yang rendah. Negara atau masyarakat berstatus ekonomi rendah, akan berakibat pada pendidikan yang rendah sehingga pengetahuan tentang kesehatan dan lingkungan juga rendah, sehingga menyebabkan keadaan kesehatannya buruk. Hal ini mengakibatkan adanya populasi berisiko tinggi terhadap penyakit menular termasuk penyakit kusta. Sudah diketahui bahwa faktor sosial ekonomi sangat berperan penting dalam kejadian kusta. Hal ini terbukti pada negara-negara di Eropa dengan adanya peningkatan sosial ekonomi, maka kejadian kusta akan cepat menurun bahkan hilang. Kasus kusta impor pada negara tersebut ternyata tidak menularkan pada orang yang tingkat sosial ekonominya tinggi. Kegagalan kasus kusta impor untuk menularkan pada kasus kedua di Eropa juga disebabkan karena tingkat sosial ekonomi yang tinggi (Depkes RI, 2006).

5.1.4 Hubungan Lama Kontak dengan Kejadian Kusta

Kusta adalah penyakit infeksius, tetapi derajat infeksiusnya rendah. Meskipun cara penularannya belum diketahui dengan jelas, penularan di rumah tangga dan kontak/hubungan dekat dalam waktu yang lama tampaknya sangat berperan dalam penularan (James, 2000).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara lama kontak dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Laranagn dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang

dilakukan di Kota Pekalongan, berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan antara lama riwayat kontak dengan kejadian penyakit kusta di Kota Pekalongan Tahun 2013 dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Dari hasil analisis diperoleh pula OR sebesar 15,815 (OR >1) dengan interval 4,486-55,749 (tidak mencakup angka 1) yang artinya adalah orang yang mempunyai riwayat kontak dengan lama > 2 tahun lebih berisiko 15,815 kali menderita kusta dibandingkan dengan orang yang lama kontakannya ≤ 2 tahun (Susanti & Azam, 2016). Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang disebutkan oleh Depkes RI (2007) bahwa penyakit kusta menular melalui kontak yang lama (2-5 tahun) dengan penderita kusta.

Kontak dengan penderita kusta dikatakan berisiko jika >2 tahun dan tidak berisiko jika kontak terjadi 2 tahun. (Depkes RI, 2007). Berkembangnya kusta pada seseorang didahului dengan kontak erat dalam jangka waktu yang panjang dengan penderita kusta yang menular. Penyakit kusta adalah penyakit kronis karena bakteri kusta membutuhkan waktu 12-21 hari untuk menginfeksi dan rata-rata masa inkubasi 2-3 tahun dan bahkan sampai 5 tahun (Mallongi, et al., 2018). Apabila kasus kusta yang menular dan kepekaan orang yang mengalami kontak cukup tinggi, maka kontak yang terjadi sedikit atau beberapa kali saja mungkin sudah cukup untuk membuktikan terjadinya penularan penyakit tersebut. Meskipun kontak lama dengan penderita kusta lebih dari dua tahun, tetapi jika seseorang yang memiliki riwayat kontak memiliki sistem daya imun yang kuat maka tidak akan menyebabkan penularan. Jika seseorang memiliki riwayat kontak yang tinggi dengan penderita kusta yang belum diobati, maka akan menyebabkan penularan

kusta yang relatif singkat, karena penderita kusta yang tidak meminum obat sesuai dengan regimen WHO, merupakan sumber penularan bagi orang lain.

Kemungkinan penularan kusta tidak hanya terbatas pada kelompok anggota keluarga yang kontak serumah walaupun intensitas kontak terjadi lebih sering sehingga risiko lebih tinggi sering ditemukan. Namun kontak dengan tetangga dan kontak sosial juga penting pada kasus kusta. Responden yang memiliki kontak yang sebelumnya telah dinyatakan menderita kusta dicurigai sebagai penular kusta telah mendapatkan pengobatan secara teratur, sesuai dengan peraturan, penderita telah melakukan pengobatan dan meminum obat sesuai dengan regimen WHO tidak akan menjadi sumber penularn kepada orang lain (Yuniarsari, 2014).

5.1.5 Hubungan Sumber Air dengan Kejadian Kusta

Sumber air bersih adalah sumber air yang berasal dari sumber mata air dan sumur yang terlindungi, pompa air tanah dan juga PDAM. Sumber air merupakan salah satu faktor lingkungan yang diduga kuat menjadi sumber penularan di daerah-daerah endemik, hal ini dibuktikan dengan banyaknya kasus baru pada daerah endemik yang kurang jelas ada riwayat kontak dengan penderita kusta (Solikhah & H.S, 2010). Air membawa penyebab penyakit yang berasal dari penderita kemudian sampai ke tubuh orang lain oleh air yang tercemar bakteri patogen sehingga akhirnya menimbulkan sakit pada penjamu lain yang sehat (Siswanti & Wijayanti, 2018). Pada masyarakat di Kabupaten Brebes masih terdapat warganya yang menggunakan sumber air yang berisiko terdapat bakteri kusta, tetapi sebagian besar daerah sudah menggunakan sumber air yang aman.

Kemudian untuk mengetahui hubungan sumber air dengan kejadian kusta didapatkan hasil uji *Fisher* dapat diketahui tidak ada hubungan antara sumber air dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian di Kabupaten Lampung Utara yang menyatakan hasil uji statistik diperoleh nilai p sebesar 0,028 yang berarti ada hubungan yang bermakna antara pemakaian sumber air dengan kejadian kusta di Kabupaten Lampung Utara Tahun 2014 – 2016 (Oktaviani & Nurmala, 2016).

Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa dari kedua wilayah termasuk memiliki sumber air yang baik, sumber air yang baik kebanyakan adalah dari PAM dan sumur. Kemudian masih terdapat masyarakat yang menggunakan sumber air tidak baik yaitu berasal dari sungai. Berdasarkan pengamatan di lokasi dimana untuk variabel sumber air daerah menunjukkan bahwa daerah tersebut merupakan wilayah dengan tingkat kesulitan untuk sumber air dan jauh dari pelayanan kesehatan yaitu di Desa Karangbale Kecamatan Larangan Kabupaten Brebes. Berdasarkan pengamatan selama penelitian masyarakat masih banyak yang menggunakan sumber air untuk kegiatan sehari-hari bersumber dari sungai.

Kontak dengan badan air juga berisiko terhadap penularan kusta seperti penelitian yang dilakukan oleh *Pontes* (2006), juga menyatakan bahwa kontak dengan badan air seperti sungai, kolam, atau danau untuk kegiatan rekreasi 10 tahun sebelumnya berhubungan dengan kejadian kusta. Dalam penelitiannya, *Ligia* juga

menegaskan bahwa air atau tanah basah dapat bertindak sebagai reservoir untuk *Mycobacterium leprae*.

5.1.6 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kejadian Kusta

Pengetahuan adalah hasil proses yang dilakukan oleh penginderaan manusia terhadap suatu objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2005). Pengetahuan dibangun dalam komunitas dan dimaknai oleh individu sehingga membentuk pemahaman yang diyakini sebagai nilai yang ada dalam sebuah komunitas. Kemampuan seseorang dalam mengetahui gejala, cara penularan penyakit kusta dan penangannya dapat dihasilkan dari pengetahuan yang baik.

Hasil penelitian diketahui bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Tingkat pengetahuan masyarakat masih rendah, hal dikarenakan tidak dilakukannya usaha promotif untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit kusta.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang yang menyatakan bahwa variabel pengetahuan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian kusta karena memiliki nilai $OR > 1$ yakni sebesar 18,16 dan pada Confidence Interval mencakup angka 1 (1,139–289,532) variabel ini juga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap Kejadian kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang tahun 2017 karena memiliki nilai $p \text{ value} = 0,027$ ($p < 0,05$) (Salju, Muntasir, & Rulianti, 2018).

Berdasarkan pengamatan di lapangan, kebanyakan responden melihat gejala kusta sebagai penyakit kulit biasa seperti panu, kadas, dan kurap sehingga mengalami keterlambatan dalam pengobatan penyakit kusta, kemudian dalam pengobatan juga tidak sesuai dengan anjuran petugas kesehatan hal ini akan berdampak dengan resistennya bakteri kusta. kurangnya pengetahuan peneliti mengira karena akses menuju pelayanan kesehatan juga sulit selain karena waktu tempuhnya serta jarak yang sangat jauh juga tidak adanya angkutan umum sehingga responden kurang mau memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan. Dari pihak Puskesmas juga tidak pernah memberikan penyuluhan tentang penyakit kusta.

Responden kasus ada yang menetap dalam lingkup letak geografis sebagai pusat kota dengan sumber informasi yang lengkap baik media massa ataupun media elektronik, serta adanya penyuluhan dan sosialisasi akan memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan responden. Selain itu, pengetahuan responden yang rendah juga merupakan salah satu dampak dari rendahnya pendidikan yang ditempuh oleh responden, dimana pada penelitian ini responden sebagian besar menempuh pendidikan tingkat SD dan SMP.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik, bukan disebabkan adanya penyuluhan yang diberikan puskesmas melainkan melalui media lain. Hal ini dapat dipengaruhi oleh karakteristik masyarakat yang lebih mudah dalam mengakses informasi mengenai kesehatan serta mobilitas masyarakat tinggi yang memungkinkan mendapatkan informasi saat berada diluar rumah. Selain itu, sumber informasi sebagian besar masyarakat adalah televisi, poster dan internet sedangkan masyarakat pedesaan hanya televisi. Sumber

informasi yang bervariasi dapat meningkatkan daya serap informasi yang ingin disampaikan melalui media tersebut (Notoatmodjo, 2007).

Kusta sangat dekat kaitannya dengan pengetahuan, dimana kusta sering terjadi pada pasien yang memiliki pengetahuan yang rendah. Karena ketidaktahuan maka mereka tidak segera memeriksakan diri ke puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya. Periode sebelum penyembuhan adalah masa paling rentan untuk menularkan kusta kepada orang lain (Marizal, Ananda, & Ilham, 2020). Orang dengan pengetahuan yang tinggi tentang kusta tentu akan mencoba menjauhkan dirinya dari faktor yang dapat menjadi sumber penularan penyakit kusta. Kemudian, pengetahuan tentang penyakit juga sejalan atau berbanding lurus dengan kebiasaan *personal hygiene* di setiap hari (Sapriadi, Wanci, & Syahridha, 2019). Berdasarkan penelitian, dapat diketahui bahwa perilaku higienis memiliki hubungan signifikan dengan penularan kusta. Di samping itu, pengetahuan yang baik harus diimbangi dengan praktik yang baik pula.

5.1.7 Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Kusta

Personal hygiene adalah suatu prakterk individu dalam rangka untuk menjaga kebersihan diri seperti kebersihan rambut, mata, telinga, hidung, mulut, kuku, genital, dan kebersihan penampilan (Dawney & Lylod, 2008). Perilaku atau kebiasaan seseorang dalam menjalankan kehidupan sehari-hari berkaitan dengan kebersihan (*personal hygiene*) yang juga dapat mempengaruhi kesehatan seseorang. *Personal hygiene* adalah upaya seseorang dalam menjaga kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis (Wartonah, 2010). Praktik *personal hygiene* bertujuan untuk meningkatkan kesehatan pada

individu, dengan kulit sebagai garis tubuh pertama yang melakukan pertahanan melawan infeksi (Perry, 2006), sehingga kebanyakan pasien kusta menderita kecacatan pada kulit. Oleh karena itu *personal hygiene* yang sangat penting bagi penderita kusta adalah perawatan kulit.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian Kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Hasil penelitian yang menyatakan ada hubungan antara *personal hygiene* dengan kejadian kusta hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Juntinyuat mengungkapkan bahwa *Personal hygiene* adalah faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta (OR=3,14 ; CI 95%, 1,066-9,267 p=0,035) (Akbar, 2020).

Pengetahuan akan *hygiene* akan mempengaruhi praktik *hygiene* seseorang. Namun, hal ini saja tidak cukup, karena motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan *hygiene* tersebut. Permasalahan yang sering terjadi adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan (Isro'in & Andarmoyo, 2012). 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.

Saran dari peneliti adalah pemberian pendidikan kesehatan (khususnya tentang kebersihan perseorangan/*personal hygiene*) yang diberikan kepada

masyarakat, dimaksudkan untuk membantu meningkatkan daya tahan tubuh anggota keluarga di suatu masyarakat terhadap serangan kuman penyakit. Pendidikan kesehatan tentang kebersihan perseorangan yang dibangun di masyarakat ini, sebagai salah satu bentuk implementasi dari program Kementerian Kesehatan tentang Pola Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), yang tentunya akan mendapat tempat di masyarakat, karena berdampak pada pengurangan angka kejadian penyakit. Pendidikan kesehatan akan berdampak pada pengetahuan masyarakat tentang kusta.

5.1.8 Hubungan Peran Petugas Kesehatan dengan Kejadian Kusta

Masyarakat memerlukan peran petugas kesehatan dalam mewujudkan suatu perilaku yang berhubungan dengan kesehatan. Seharusnya peran petugas kesehatan yang baik cenderung menciptakan perilaku yang baik pula. Peran petugas kesehatan sudah baik, hal ini dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap masyarakat mengenai perilaku pencegahan kusta yang kurang baik sehingga dorongan dari petugas kesehatan belum mampu mengubah perilaku masyarakat untuk menjadi baik.

Berdasarkan wawancara dengan responden pernah dilakukan pemantauan kontak dengan penderita kusta, kunjungan ke penderita kusta dilakukan rutin, tetapi tidak dilakukan upaya promosi kesehatan. Hasil uji Chi-square dapat diketahui ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kejadian Kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan Khotimah (2014) yang menjelaskan bahwa peran tenaga kesehatan bermakna terhadap kepatuhan minum obat pada penderita kusta dengan diperoleh nilai p-value (0,001), nilai OR sebesar 3,143 dan nilai (95% CI= 2,039-4,844) (Khotimah, 2014).

Peneliti menyimpulkan bahwa peran tenaga kesehatan yang kurang baik disebabkan pula akses menuju pelayanan kesehatan juga kurang baik, selain itu petugas kesehatan penanggungjawab program kusta juga bertugas untuk program lain sehingga beban kerja terlalu berat. Hal ini akan berdampak pada program kusta, kurangnya edukasi kepada masyarakat, jarang melakukan kunjungan pada penderita kusta.

Peranan petugas kesehatan dalam melayani pasien kusta dapat membangun hubungan yang baik dengan pasien. Kemudian, peran petugas kesehatan mempunyai pengaruh terhadap informasi dan kualitas pelayanan pasien kusta. pasien memburuhkan informasi tentang penyakitnya, penyebab dan apa yang harus dilakukan dengan kondisi penyakitnya. Selain peran dalam pengobatan, peran petugas kesehatan memiliki peran yang besar dalam upaya pemberantasan penyakit kusta adalah menurunkan angka kejadian kusta, dan menentukan keberhasilan pengobatan kusta. Dengan adanya peran petugas kesehatan dapat memberikan motivasi pada penderita untuk melakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan, selain itu juga memberikan motivasi untuk melakukan kegiatan pencegahan penyakit kusta. Peran petugas kesehatan dalam melakukan pencegahan penyakit kusta yaitu dengan melakukan penyuluhan tentang penyakit kusta, melakukan penyelidikan setiap muncul kasus kusta, himbauan atau ajakan untuk melakukan kebersihan lingkungan, dan memusyawarahkan kasus kusta. Tetapi kurang efektif dikarenakan luas lingkungan puskesmas Larangan sangat luas dan kurangnya petugas kesehatan sehingga peran petugas tidak maksimal.

5.1.9 Hubungan Jarak Rumah ke Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Kusta

Akses fisik terkait dengan ketersediaan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka. Jarak rumah ke pelayanan kesehatan adalah seberapa jauh lintasan yang ditempuh responden menuju ke tempat pelayanan kesehatan meliputi puskesmas, rumah sakit, dan lainnya (Yunus, 2018).

Hasil analisis bivariat dapat diketahui tidak ada hubungan antara jarak rumah ke pelayanan kesehatan dengan kejadian Kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Pada wilayah puskesmas Larangan kurang dapat diakses oleh masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan kurang maksimal.

Berdasarkan penelitian dapat diketahui bahwa pada masyarakat yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Larangan memiliki jarak rumah ke pelayanan kesehatan rata-rata memiliki akses yang jauh dari rumah responden sedangkan pada daerah wilayah kerja Puskesmas Wanasari jarak rumah ke pelayanan kesehatan relatif dekat. Kemudian, pada masyarakat perkotaan sarana pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas tetapi ada juga rumah sakit yang jaraknya juga dekat dengan responden. Jarak yang dekat dapat memudahkan responden untuk mendapatkan pelayanan sehingga mudah dalam mencari pengobatan akan keluhan yang dirasakan responden.

Sejalan dengan pendapat Smith (1983) dalam Rabhina (2011), menempatkan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya bagi golongan masyarakat sosial rendah harus lebih dekat sehingga pelayanan kesehatan tersebut dapat dengan mudah diterima dan diakses oleh masyarakat. Jarak merupakan penghalang yang meningkatkan kecenderungan penundaan upaya seseorang atau masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan. Masyarakat diharapkan dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan berupa (dalam hal ini puskesmas) untuk keluarganya, jika jarak tempat tinggalnya tidak terlalu jauh dari pusat pelayanan kesehatan (Anhar, Ahmad, & Ismail, 2016).

Masyarakat yang tempat tinggalnya dekat dengan puskesmas memiliki peluang lebih besar dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan masyarakat yang bertempat tinggal jauh kaitannya adalah dengan pencegahan penyakit kusta. Dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan terkandung akses yang sulit terhadap pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi dalam pengambilan keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan Puskesmas. Berdasarkan responden bahwa jarak merupakan jarak fisik terkait terjangkau dengan ketersediaan pemanfaatan pelayanan kesehatan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Akses fisik dapat dihitung dari waktu tempuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan, seperti jenis pelayanan, tenaga kesehatan yang tersedia dan jam buka. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh jarak pelayanan kesehatan, waktu yang harus ditempuh untuk memperoleh pelayanan kesehatan, mudah atau tidaknya alat transportasi yang digunakan, serta besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk mencapai tempat

pelayanan kesehatan tersebut. Akan tetapi, untuk beberapa kondisi tertentu besarnya jarak tidak terlalu mempengaruhi unsur akses lain (alat transportasi, waktu tempuh, dan biaya) tergolong mudah. Kondisi keuangan yang terbatas dan keharusan untuk mencapai pelayanan kesehatan masyarakat dengan biaya lebih membuat beberapa responden memilih untuk tidak berobat ke puskesmas sekalipun biaya pengobatannya gratis.

Pada wilayah kerja Puskesmas Larangan juga kondisi jalan ada yang masih berupa tanah dan bebatuan sehingga mempersulit akses menuju ke pelayanan kesehatan. Jarak tempuh yang jauh mengakibatkan penderita kusta mengalami kesulitan dalam mencari pengobatan yang berdampak pada penundaan pengobatan. Penundaan pengobatan ini mengakibatkan beratmbahnya jumlah penderita baru penyakit infeksi seperti kusta karena penderita lama dapat menjadi sumber penularan kepada orang lain (Sari, Ambarita, & Sitorus, 2015).

5.1.10 Hubungan Intensitas Pencahayaan Rumah dengan Kejadian Kusta

Pencahayaan alami ruangan rumah adalah penerangan yang bersumber dari sinar matahari (alami), yaitu semua jalan yang memungkinkan untuk masuknya cahaya matahari alamiah, misalnya melalui jendela atau genting kaca (Depkes RI, 1989; Notoatmodjo, 2003). Variabel pencahayaan rumah dibedakan menjadi dua kategori. Kategori pertama yaitu tidak memenuhi syarat, bila pencahayaan dalam rumah intensitas kurang dari 60 lux. Kategori kedua yaitu memenuhi syarat, bila pencahayaan dalam rumah intensitas lebih besar atau sama dengan 60 lux.

Berdasarkan penelitian dapat diketahui bahwa responden yang memiliki rumah dengan intensitas pencahayaan < 60 lux lebih banyak dibandingkan dengan

rumah dengan intensitas pencahayaan >60 lux. Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui ada hubungan antara intensitas pencahayaan rumah dengan kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. Sebagian besar responden yang memiliki rumah dengan intensitas pencahayaan rumah tidak memenuhi syarat. Penelitian ini tidak selaras dengan penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bandarharjo Tahun 2018 yang menyatakan hasil analisis bivariat tingkat pencahayaan dengan kejadian kusta diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pencahayaan rumah dengan kejadian kusta ($p(0,666) > \alpha(0,05)$) (Siswanti & Wijayanti, 2018). Penelitian ini sejalan dengan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Bumi Kabupaten Bangkalan pada tahun 2019 yang menyatakan bahwa hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pencahayaan dengan kejadian penyakit kusta ($p\text{-value} < \alpha(0,05)$) (Wulansari, Thohari, & Nerwati, 2020).

Intensitas pencahayaan dipengaruhi oleh berbagai faktor, berdasarkan penelitian diantaranya adalah warna dinding, dan ukuran ruangan (Aziz, Supriadi, & Lesmono, 2016). Berdasarkan hasil pengamatan peneliti pada wilayah kerja Puskesmas Larangan bangunan fisik rumah lebih luas dan jarak antar bangunan jauh antara satu dengan yang lain sehingga tidak berhimpitan hal ini akan berdampak pada masuknya pencahayaan alami kedalam rumah dibandingkan dengan masyarakat di wilayah kerja puskesmas wanasari yang bangunan fisik rumahnya sempit dan jarak rumah antar rumah sangat dekat diakibatkan karena kepadatan penduduk yang tinggi. Pada pemukiman masyarakat ekonomi rendah. rumah tidak dapat memperoleh pencahayaan alami yang memadai karena

terbatasnya jendela berakibat pada ruangan menjadi gelap dan tidak sehat sehingga harus menggunakan lampu sepanjang hari.

Menurut Lubis dan Notoatmodjo (2003), cahaya matahari mempunyai sifat membunuh bakteri, terutama kuman *Mycobacterium leprae*. Menurut Depkes RI (2002), kuman kusta dapat mati oleh sinar matahari langsung. Oleh sebab itu, rumah dengan standar pencahayaan yang buruk sangat berpengaruh terhadap kejadian kusta. Bakteri tuberkulosis dan leprae dapat bertahan hidup pada tempat yang sejuk, lembab dan gelap tanpa sinar matahari sampai bertahun-tahun lamanya. Bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* dan *Mycobacterium Leprae* akan mati dalam waktu 2 jam oleh sinar matahari; oleh *tincture iodii* selama 5 menit dan juga oleh *ethanol* 80% dalam waktu 2-10 menit serta mati oleh *fenol* 5% dalam waktu 24 jam, rumah yang tidak masuk sinar matahari mempunyai risiko menderita tuberkulosis seperti halnya kusta 3-7 kali dibandingkan dengan rumah yang dimasuki sinar matahari (Suardi, 2012).

5.1.11 Hubungan Suhu Rumah dengan Kejadian Kusta

Suhu adalah besaran yang menyatakan derajat panas atau dingin suatu benda dan alat yang digunakan untuk mengukur suhu adalah termohyrometer (Indrawati, Respati, & Darmanto, 2019). Rata-rata suhu rumah di wilayah kerja Puskesmas Larangan adalah 30,1 °C dan pada wilayah kerja puskesmas Wanasari suhu rata-ratanya adalah 33,3°C hal ini sangat berpengaruh terhadap perkembangbiakan bakteri kusta.

Berdasarkan uji *chi-square* dapat diketahui ada hubungan suhu rumah dengan kejadian Kusta di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas

Wanasari Kabupaten Brebes. sebagian besar responden mempunyai suhu rumah tidak berisiko. Penelitian ini sejalan dengan penelitian di Kecamatan Winongan Kabupaten Pasuruan Tahun 2018 berdasarkan hasil uji chi square didapatkan hasil $0,004 < 0,05$ dengan hasil ada hubungan antara kejadian kusta dengan suhu rumah. Nilai rasio Odds mengatakan bahwa responden yang tidak memiliki suhu rumah sesuai dengan persyaratan 33 kali lebih berisiko terhadap kejadian kusta daripada responden yang memiliki suhu rumah sesuai dengan persyaratan (Latifah & Andriyani, 2020).

Berdasarkan penelitian di lapangan wilayah kerja Puskesmas Wanasari berada pada dataran rendah dekat dengan pantai sehingga sedikit banyak mempengaruhi suhu di lingkungan tersebut, sedangkan pada puskesmas Larangan wilayah ada yang berada pada dataran tinggi. Sebagian besar didapatkan bahwa suhu rumah melebihi suhu yang berisiko yaitu 27°C - 30°C .

Pertumbuhan optimal in vivo *Mycobacterium Leprae* pada tikus yaitu pada suhu ruang yaitu 27 - 30°C , sehingga hal ini dapat dikatakan bahwa kuman kusta dapat hidup pada suhu udara yang nyaman yang telah ditetapkan oleh pemerintah, akan tetapi kuman kusta dapat tumbuh secara optimal pada suhu 31 - 37°C , diluar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kuman kusta dan sekret nasla dapat bertahan hidup sampai 9 hari (Hadi & Melina, 2017). Selain itu ketidakseimbangan antara luas rumah dengan jumlah penghuni akan menyebabkan suhu di dalam rumah menjadi tinggi dan hal ini yang dapat mempercepat penularan suatu penyakit (Siswanti & Wijayanti, 2018). Upaya penyehatan yang bisa dilakukan jika suhu diatas 30°C dengan cara meningkatkan sirkulasi udara dengan menambah ventilasi

mekanik atau buatan dan apabila suhu kurang dari 18°C dapat dilakukan dengan menggunakan pemanas ruangan dengan menggunakan sumber energy yang aman bagi lingkungan dan kesehatan (Permenkes RI No 1077,2011).

5.1.12 Hubungan Luas Ventilasi Ruangan dengan Kejadian Kusta

Ventilasi adalah usaha untuk memenuhi kondisi atmosfer yang menyenangkan dan menyehatkan manusia (Lubis, 1989 dalam Nurhidayah, dkk., 2007). Fungsi ventilasi udara adalah untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar. Kurangnya ventilasi udara akan menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena rendahnya cahaya matahari yang masuk dan terjadinya proses penguapan cairan dari kulit penyerapan. Kelembaban ini akan merupakan media yang baik untuk perkembangan *Mycobacterium Leprae*.

Variabel ventilasi udara dibedakan menjadi dua kategori. Kategori pertama yaitu tidak memenuhi syarat, bila luas ventilasi kurang dari 10% luas lantai rumah. Kategori kedua yaitu memenuhi syarat, bila luas ventilasi minimal 10% dari luas lantai rumah. Dari hasil penelitian diketahui bahwa baik pada wilayah pedesaan maupun perkotaan sebagian besar rumah responden memiliki luas ventilasi ruangan yang tidak memenuhi syarat.

Hasil uji *chi-square* dapat diketahui ada hubungan luas ventiasi ruangan dengan kejadian Kusta di wilayah kerja Puskesmas Laranagn dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes. dan responden dengan luas ventilasi ruangan tidak memenuhi syarat memiliki risiko 3,237 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki luas ventilasi ruangan memenuhi syarat. Reponden yang memiliki rumah dengan luas ventilasi rumah tidak

memenuhi syarat lebih sedikit dibandingkan dengan responden yang mempunyai rumah dengan luas ventilasi ruangan memenuhi syarat.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian yang dilakukan di wilayah kerja puskesmas Jenu Kabupaten Tuban yang menyatakan bahwa dari hasil analisis uji *Chi Square* antara suhu dengan kejadian penyakit kusta di wilayah kerja puskesmas Jenu Kabupaten Tuban menunjukkan nilai ρ -value sebesar 0,001, artinya ada hubungan antara suhu dengan kejadian penyakit kusta di wilayah kerja puskesmas Jenu Kabupaten Tuban. Dan berdasarkan uji analisis Odds ratio diperoleh nilai Odds ratio (OR) sebesar 11,267. yang berarti rumah yang memiliki kelembaban yang tidak memenuhi syarat beresiko 7,222 kali lebih besar terhadap kejadian kusta dibandingkan rumah yang memiliki kelembaban memenuhi syarat (Mahardika, Irawati, & Sunarko, 2019).

Lokasi pada penelitian wilayah kerja Puskesmas Wanasari ini merupakan daerah pesisir dengan suhu yang tinggi dan cuaca sangat panas. Suhu rata-rata di lokasi penelitian diatas 32,5°C. Luas ventilasi udara akan mempengaruhi faktor lingkungan lainnya berupa suhu, kelembaban, pencahayaan, kondisi lantai dan sebagainya. Melalui ventilasi yang cukup maka pertukaran udara semakin baik dan cahaya matahari akan menyinari ruangan rumah yang dapat membunuh kuman-kuman kusta. Oleh karena itu penderita kusta dan keluarga perlu memahami cara penggunaan ventilasi udara yang baik yaitu ventilasi udara atau jendela harus dibuka setiap harinya agar cahaya matahari masuk ke dalam rumah. Meskipun luas ventilasi memenuhi syarat tetapi apabila tidak berfungsi sebagaimana mestinya maka tidak akan berdampak apa-apa terhadap kondisi rumah.

5.1.13 Hubungan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Kusta

Kepadatan hunian rumah adalah perbandingan antara luas lantai rumah dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tinggal (Lubis, 1989). Luas rumah yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan penjubelan (*overcrowded*). Hal ini tidak sehat karena disamping menyebabkan kurangnya oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi akan mudah menularkan ke anggota keluarga yang lain (Notoatmodjo, 2003).

Kepadatan Hunian Rumah dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua kriteria yaitu padat, bila setiap anggota keluarga menempati kurang dari 8 m² per orang dan tidak padat bila setiap anggota keluarga menempati sama dengan atau lebih dari 8 m² per orang. Dapat diketahui dari hasil penelitian pada daerah pedesaan

Hasil penelitian ditemukan bahwa dimana berdasarkan hasil uji *Chi-square* dapat diketahui ada hubungan antara kepadatan hunian dengan kejadian Kusta di wilayah kerja Puskesmas larangan dan puskesmas Wanasari dan responden dengan kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat memiliki risiko 2,513 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki kepadatan hunian memenuhi syarat.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Akbar (2020) yang menunjukkan hasil uji statistik diperoleh nilai (OR=3,50 ; CI 95%, 1,112-11,017 p=0,028) hal ini berarti responden dengan kepadatan hunian tidak memenuhi standar 3,50 kali berisiko lebih besar untuk menderita penyakit kusta dibandingkan responden dengan kepadatan hunian yang kepadatan hunian memenuhi standar. Selain itu nilai p-value = 0,0028 < α (0,05) sehingga kepadatan hunian merupakan

faktor risiko terhadap kejadian kusta di wilayah kerja Puskesmas Juntinyuat (Akbar, 2020).

Kepadatan hunian rumah akan memudahkan terjadinya penularan penyakit seperti kusta. Koloni bakteri dan kepadatan hunian per meter persegi memberikan efek sinergis menciptakan sumber pencemar yang berpotensi menekan reaksi kekebalan bersama dengan terjadinya peningkatan bakteri patogen dengan kepadatan hunian pada setiap keluarga. Dengan demikian bakteri kusta di rumah penderita kusta semakin banyak, bila jumlah penghuni semakin banyak jumlahnya.

Kondisi kepadatan hunian rumah penduduk di lokasi penelitian sebagian besar rumah penduduk dihuni 1-3 kepala keluarga dimana masing-masing beranggotakan 4-6 anggota keluarga dan menempati ruangan yang kurang dari 8 m². Kepadatan penghuni dalam satu rumah tinggal akan menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen dan akan mempermudah penularan kusta kepada anggota keluarga yang lain. Menurut teori bahwa rumah yang dihuni oleh orang banyak berpotensi terhadap penularan penyakit dan infeksi serta bertambahnya kadar O₂, uap air dan suhu. Oleh sebab itu kepadatan hunian dalam rumah tempat tinggal merupakan variabel yang berperan dalam kejadian kusta (Patmawati & Setiani, 2015).

5.1.14 Hubungan Jenis Lantai dengan Kejadian Kusta

Rumah sehat memiliki lantai kedap air dan tidak lembab. Jenis lantai tanah memiliki peran terhadap proses kejadian penyakit kusta, melalui kelembaban dalam ruangan. Lantai tanah cenderung menimbulkan kelembapan, pada musim panas

lantai menjadi kering sehingga dapat menimbulkan debu yang berbahaya bagi penghuninya.

Lantai yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat dijadikan tempat berkembangbiaknya kuman dan vektor penyakit, menjadikan udara dalam rumah menjadi lembab. Lantai rumah perlu dibuat dari bahan yang kedap terhadap air seperti tegel, semen atau keramik. Lantai yang jarang dibersihkan, banyak mengandung debu dan lembab, tanah yang berasal dari berbagai tempat dan mengandung bakteri, dan lantai yang basah merupakan sarang penyakit (Notoatmodjo, 2010).

Jenis lantai dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua kriteria yaitu tidak memenuhi syarat, bila lantai rumah hanya berupa tanah atau bahan berupa semen atau kayu dengan kondisi lembab dan memenuhi syarat, bila lantai rumah terbuat dari bahan yang kedap air berupa keramik, semen, kayu dengan kondisi tidak lembab. Berdasarkan penelitian dapat diketahui pada kedua wilayah telah memiliki jenis lantai yang aman dan memenuhi syarat untuk terhindar dari kusta.

Hasil uji *Chi-square* dapat diketahui ada hubungan antara jenis lantai rumah dengan kejadian Kusta dan responden dengan jenis lantai yang tidak memenuhi syarat memiliki risiko 5,255 kali lebih besar terkena penyakit kusta bila dibandingkan dengan responden yang memiliki jenis lantai memenuhi syarat.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bandarharjo yang menyatakan bahwa dari hasil analisis bivariat jenis lantai dengan kejadian kusta diperoleh bahwa ada hubungan antara jenis lantai rumah dengan kejadian kusta $p(0.007) < \alpha(0,05)$. Responden yang memiliki lantai rumah tidak

kedap air memiliki risiko 5,43 lebih besar terkena penyakit kusta dibanding responden yang memiliki lantai rumah kedap air (Siswanti & Wijayanti, 2018).

Meskipun pada penelitian jenis lantai mempunyai hubungan dengan kejadian kusta, tetapi jenis lantai yang tidak memenuhi syarat meruoakan tempat tinggal yang baik bagi kuman kusta. Oleh karen itu penderita kusta harus memperhatikan kondisi lantainya dan perlu dijaga kebersihannya setiap hari dan mengusahakan penggunaan ventilasi udara untuk mengurangi kelembaban dalam rumah.

Berdasarkan teori, lantai rumah yang menggunakan tanah memiliki risiko tinggi terhadap kejadian kusta karena lantai yang tidak memenuhi syarat merupakan media yang baik untuk perkembangan *Mycobacterium leprae*. Hal ini disebabkan karena *Mycobacterium leprae* dapat bertahan hidup di tanah hingga 46 hari. Selain itu, *Mycobacterium leprae* mampu tumbuh diluar tubuh manusia dan dapat ditemukan di tanah atau debu (Fajarwati, 2018).

Jenis lantai yang digunakan responden ada yang masih menggunakan tanah atau tidak kedap air. Kondisi lantai seperti ini akan sulit atau bahkan tidak dapat dibersihkan dengan desinfektan.mLingkungan rumah yang buruk dapat menyebabkan berbagai jenis penyakit muncul. Lantai rumah yang tidak kedap air akan menyerap air dari tanah sehingga meningkatkan kelembaban dan dapat bertindak sebagai reservoir untuk *Mycobacterium leprae*.

5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN

5.2.1 Hambatan Penelitian

Tidak ditemukan hambatan berarti dalam penelitian ini.

5.2.2 Kelemahan Penelitian

Kelemahan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dalam penelitian ini peneliti hanya menunjukkan beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta yakni jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, status ekonomi, lama kontak, sumber air, dll. dimana diketahui ada banyak faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kusta antara lain riwayat kontak, kelembaban udara, kamarisasi, ketersediaan air bersih dan sebagainya
2. Variabel pengetahuan kurang valid karena responden menjawab kuisisioner asal, tidak sesuai dengan keadaan sebenarnya, seharusnya pada kasus pengetahuan diukur sebelum responden menderita kusta.
3. Pengukuran suhu rumah hasilnya akan berbeda jika dilakukan pada waktu yang berbeda misal hasil pengukuran pada pagi hari berbeda dengan siang hari meskipun dalam penelitian sudah ditentukan bahwa pengukuran pukul 09.00-16.00 WIB.
4. Faktor keadaan cuaca juga berpengaruh terhadap pengukuran suhu dan intensitas pencahayaan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa:

1. Ada hubungan antara jenis pekerjaan, lama kontak, tingkat pengetahuan, personal hygiene, peran petugas kesehatan, intensitas pencahayaan rumah, suhu rumah, luas ventilasi ruangan, kepadatan hunian dan jenis lantai di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.
2. Tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan, status ekonomi, sumber air, dan jarak rumah ke pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Puskesmas Wanasari Kabupaten Brebes Tahun 2020.

6.2 Saran

Berikut beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan:

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes

Agar mempertimbangkan kebijakan tentang penempatan dan pemerataan tenaga kesehatan sehingga beban kerja petugas tidak terlalu tinggi dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih maksimal terhadap masyarakat sesuai dengan profesi dan pendidikannya.

6.2.2 Bagi Puskesmas Wanasari dan Larangan

1. Hasil penelitian berguna untuk menentukan permasalahan dan mengidentifikasi determinan utama pada masing-masing kelompok sehingga dapat disusun

strategi yang komprehensif untuk penanganan penderita kusta dengan mempertimbangkan determinan sosial demografi.

2. Pentingnya penyuluhan tentang rumah sehat khususnya keadaan ventilasi yang cukup terhadap penderita kusta yang tinggal dirumah yang padat huniannya, pencahayaan dan suhu yang tidak memenuhi syarat guna mencegah terjadinya keparahan kusta yang dapat mengakibatkan pengobatan yang berlangsung lama. Selain itu ventilasi atau jendela harus selalu terbuka setiap harinya terutama pagi hari agar cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah guna membunuh kuman-kuman kusta.
3. Perlu dilakukan edukasi tentang pentingnya *personal hygiene* serta tentang penyakit kusta seperti penyebab, sumber dan cara penularan kusta, tanda-tanda dini kusta, risiko bila terlambat diobati, tempat pengobatan yang tepat dan lain-lain.
4. Penguatan sistem surveilans serta pemantauan dan evaluasi kegiatan penanggulangan kusta seperti promosi kesehatan, surveilans, kemprofilaksis, dan tata laksana penderita kusta.

6.2.3 Bagi Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari

1. Masyarakat perlu berperan aktif dalam kegiatan penanggulangan kusta seperti ikut serta sebagai kader, menjadi pengawas minum obat, keikutsertaan dan berperan aktif dalam kegiatan promosi kesehatan (seperti penyebarluasan informasi, forum pertemuan di masyarakat, dialog terbuka, ikut serta dalam seminar dll) dan deteksi dini penderita kusta. Promosi kesehatan dapat dilakukan oleh organisasi kemasyarakatan, masyarakat yang telah diberikan pengetahuan

mengenai kusta antara lain kader, tokoh masyarakat, serta orang yang telah mengalami kusta (OYPMK) dan masyarakat lain yang telah memperoleh peningkatan kapasitas untuk melakukan penanggulangan kusta dari Puskesmas atau Dinas Kesehatan setempat.

2. Diharapkan kepada masyarakat agar menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat terutama menjaga sanitasi lingkungan dan menghindari faktor risiko kusta.
3. Disarankan kepada masyarakat agar memenuhi kriteria rumah sehat seperti lantai dan dinding rumah yang tidak lembab, suhu ruangan, langit-langit yang tinggi, tersedianya jendela dan ventilasi tiap ruangan agar udara dan cahaya matahari bisa masuk untuk menghindari kondisi ruangan yang lembab, hal ini bertujuan untuk menghindari tumbuh dan berkembangbiaknya kuman kusta dalam rumah, serta menekan tingkat penularan penyakit terutama rumah yang kepadatan huniannya tidak memenuhi syarat

6.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti lain diharapkan untuk mengembangkan penelitian dengan memperluas tempat penelitian agar hasilnya lebih relevan untuk digeneralisasikan, Serta dengan variabel dan metode yang berbeda pula yang belum diteliti dalam penelitian ini agar mendapatkan hasil yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- A. M. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapis Fakultas.
- Akbar, H. (2020). Faktor Risiko Kejadian Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Juntinyuat. *Jurnal Wiyata*.
- Amirudin, M. (2012). *Penyakit Kusta sebuah Pendekatan Klinis*. Makassar: Brillian International.
- Anhar, Ahmad, L. A., & Ismail, C. S. (2016). Studi Komparatfi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Pedesaan di Wilayah Kerja Puskesmas Poleang Barat dengan Masyarakat Perkotaan di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-lepo Tahun 2015. *Jurnal Public Health*.
- Apriliana, H. (2019). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadain Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Kabupaten Madiun. *Skripsi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun*.
- Aprizal, Lazuardi, L., & Soebono, H. (2017). Faktor Risiko Kejadian Kusta di Kabupaten Lamongan. *Berita Kedokteran Masyarakat, Vol.33 No.9*.
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Aziz, M. A., Supriadi, B., & Lesmono, A. D. (2016). Analisis Pengaruh Warna dan Ukuran Dinding Ruangan terhadap Intensitas Pencahayaan. *Jurnal Pembelajaran Fisika, Vol.5 No.1*, 35-40.
- BAPPENAS, D. K. (2006). *Kajian Penanggulangan Wabah dan Penyakit Menular Studi Kasus DBD*. Jakarta: BAPPENAS.
- Basrowi, & Juariyah, S. (2015). Analisis Kondisi Sosial Ekonomi dan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Desa Srigading, Kecamatan Labuhan Maringgai, Kabupaten Lampung Timur. *Jurnal Ekonomi & Pendidikan, 7*.
- Bhat, P. C. (2012). Leprosy: An Overview of Pathophysiology. *Interdiscip Perspect Infect Dis*.
- Brown, R.-G. (2012). *Catatan Kuliah Dermatologi*. Jakarta: Erlangga.
- Cordeiro, C., & Cipriani, F. (2014). Leprosy: Education as first priority. *J Neurosci Rural Pact*.
- Dahar, D., & Fatmawati. (2016). Analisis Sosial Ekonomi Masyarakat Petani Kecamatan Randangan Kabupateen Pohuwato. *Jurnal Ilmiah Ilmu Ekonomi, Vol.5* .
- Despica, R. (2018). Tipologi Desa berdasarkan Perkembangan Nagari Aur Balung Talaok Kecamatan Bayang Kabupaten Pesisir Selatan. *Jurnal Spasial, Vol.5 No.5*, 40.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2018). *Profil Kesehatan Kota Semarang*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dinas Kesehatan Provinisi Jawa Tengah. (2018). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2019). *Profil Kesehatan Jawa Tengah Tahun 2018*. Semarang.
- Fadlyana, E., Alisjabbana, A., Nelwan, I., Noor, M., Selly, & Sofiatin, Y. (2015). Pola Keterlambatan Perkembangan Balita di Daerah Pedesaan dan

- Perkotaan Bandung, serta Faktor-faktor yang Mempengaruhinya. *Sari Pediatri, Vol.4 No.4*, 168-175.
- Fajarwati, D. (2018). *Hunbungan antara Host dan Environment dengan Kejadian Kusta di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Bringin Kabupaten Ngawi*. Madiun: STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
- Hadi, & Melina. (2017). *Kusta Stadium Sub Klinis Faktor Risiko dan Permasalahannya*. Surabaya: Program Studi Kesehatan Masyarakat UIN Sunan Ampel.
- Hikmawati, I. (2011). *Buku Ajar Epidemiologi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Indrawati, S., Respati, S. B., & Darmanto. (2019). Kebutuhan Daya pada Air conditioner Saat Terjadi Perbedaan Suhu dan Kelembaban. *Momentum, Vol.15, No.1*, 91-95.
- Irianto, K. (2013). *Parasitologi Medis*. Jakarta: Alfabet CV.
- Isro'in, L., & Andarmoyo, S. (2012). *Personal Hygiene : Konsep, Proses, dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- James, C. (2000). *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*. Jakarta: Infomedika.
- Kementian Kesehatan. (2018). *Hapuskan Stigma dan Diskriminasi terhadap Kusta*. Jakarta: infoDatin.
- Kementian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementiran Kesehatan RI. (2018). *Infodatin: Kusta*. Diambil kembali dari <http://www.depkes.go.id>
- Kementrian Kesehatan RI. (2012). *Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta*. Jakarta.
- Kerr-Pontes, L. R., Barreto, M. L., Evangelista, C. M., Rodrigues, L. C., Heulbach, J., & Feldmeier, H. (2006). Socioeconomic, environmental, and behavioral risk factors of leprosy. *International Journal of Epidemiology*.
- Khotimah, M. (2014). Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Peran Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Minum Obat Kusta. *Unnes Journal of Public Health, Vol.3*, 1-5.
- Kora, B. (2013). Faktor Risiko Kejadian Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Saumlaki Kabupaten Maluku Tenggara Barat Tahun 2010-2011. *Jurnal MKMI*.
- Kosasih, A., Made, W. L., Emmy Sj, & Linuwih S.M. (2007). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: FKUI.
- Kurniawati, E., Parman, Sugiarto, Dewi, R. S., & Lestari, I. I. (2020). Faktor Risiko Kejadian Kusta di Kecamatan Mendahara Kabupaten Jabung Timur. *Jurnal Ilmiah Manusia dan Kesehatan, Vol.3 No.2*, 2-10.
- Latifah, N., & Andriyani, R. (2020). Hubungan Lingkungan Fisik Rumah dan Keberadaan Dna Mycobacterium Leprae pada Sumber Air dengan Kejadian Kusta di Kecamatan Winongan Kabupaten Pasuruan Tahun 2018. *Jurnal Penelitian Kesehatan, Vol. 18 No.1*, 33-27.
- Lubis, P. (1989). *Perumahan Sehat*. Jakarta: Depkes RI.
- Luthfia, A. R. (2013). Menilik Urgensi Desa di Era Otonomi Daerah. *Journal of Rural and Development*, 135-142.

- Luthfia, A. R. (2013). Menilik Urgensi Desa di Era Otonomi Daerah. *Journal of Rural and Development, Vol IV No.2*, 135.
- Mahardika, Irawati, A. D., & Sunarko, B. (2019). Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi Kasus di Wilayah kerja Puskesmas Jenu Kabupaten Tuban Tahun 2018). *Prosiding seminar Nasional Kesehatan* .
- Makinan, A. (2012). Karakteristik Lingkungan Fisik Rumah Penderita Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas uangan Kecamatan Nuangan Kabupaten Bolaang Mongdow Timur. *Fikk UNG*.
- Mallongi, A., Handayani, Selomo, M., Daud, A., Rahman, S. A., Mattangang, A., & Muhith, A. (2018). The Spatial Pattern and Risk Factors of Leprosy Occurrence in Barru, Indonesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development, Vol.9 No.8*, 1489-1499.
- Marizal, M., Ananda, R., & Ilham, R. (2020). Risk Factors of Leprosy and How Its Treatment it Environmentally-friendly. *Journal of Physics:Conf.Series*.
- Muh., D. A. (2012). *Penyakit Kusta Sebuah Pendekatan Klinis*. Sidoarjo: Penerbit Brilian Internasional.
- N. L., E. S., & P. W. (2013). Pemetaan Data Penyakit Menular di Kota Semarang. *Indonesian Journal of Geography*.
- Noor, M., & dkk. (2013). Pola keterlambatan Perkembangan Balita di daerah Pedesaan dan Perkotaan Bandung, serta Faktor yang mempengaruhinya. *Sari Pediatri, Vol.4 no.4*.
- Norlatifah. (2010). Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih dan Karakteristik Masyarakat dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Tapin Klaimantan Selatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, Vo.4 No.3*, 144-239.
- Notoadmojo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan* . Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurchayati, S., Basuki, H., & Wibowo, A. (2016). Sebaran Kasus Kusta Baru Berdasarkan Faktor Lingkungan dan Sosial Ekonomi di Kecamatan Konang dan Geger Kabupaten Bangkalan. *Jurnal Wiyata*, 92-99.
- Oktaria, S., Hurif, N. S., Naim, W., Thio, H. B., Nijsten, T. E., & Richardus, J. H. (2018). Dietary Diversity and Poverty as Risk Factors for Leprosy in Indonesia: A Case-control Study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 1-15.
- Oktaviani, & Nurmala, E. E. (2016). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Lampung Utara 2014-2016. *Jurnal Dunia Kesmas, Volume 5*, 115-120.
- Patmawati, & Setiani, N. O. (2015). Faktor Risiko Lingkungan dan Perilaku Penderita Kusta di Kabupaten Polewali Mandar. *Buletin penelitian Kesehatan*, 207.
- Perry, P. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Prasetyawati, E. A. (2011). *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan Holistik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnandias. (2012). *Rural Community and Urban Community*. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat: Universitas Diponegoro.

- Rismawati, D. (2013). Hubungan Sanitasi Rumah dengan Kusta MB. *Unnes Journal of Public Health*.
- RV, M., VR, M., & Durgawale, P. (2013). Differential Trend of Leprosy in Rural and Urban Area of Western Maharashtra. *Indian J Lepr*.
- Salju, E. V., Muntasir, & Rulianti, L. P. (2018). Studi Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit Kusta pada Wilayah Kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang Tahun 2017. *Jurnal Info Kesehatan*, 16.
- Salsabila, N., & Raharjo, B. B. (2018). Kinerja Petugas Surveilans Kesehatan dalam Upaya Penanggulangan Demam Berdarah Dengue. *HIGEIA*, 2.
- Sapriadi, S., Wanci, R., & Syahridha. (2019). The Correlation between Contact History and Knowledge with Incidence of Leprosy in Jeneponto District, South Sulawesi, Indonesia. *International Journal of community Medicine and Public Health*, vol.6 Issue I, 89-92.
- Sari, R. M., Ambarita, L., & Sitorus, H. (2015). Akses Pelayanan Kesehatan dan Kejadian Malaria di Provinsi Bengkulu. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 23.
- Setiani, N. O., & Patmawati. (2015). Faktor Risiko Lingkungan dan Perilaku Penderita Kusta di Kabupaten Polewali Mandar. *Buletin Penelitian Kesehatan*.
- Sevrianda, I., & Putri, D. Z. (2018). Karakteristik Rumah Tangga Miskin Perkotaan dan Pedesaan di Sumatera Barat. *Jurnal EcoGen*, Vol. 1 No.3, 673.
- Siswanti, & Wijayanti, Y. (2018). Faktor Risiko Lingkungan Kejadian Kusta. *Higea Journal of Public Health Research and Development*, Vol.2 No.3, 352-362.
- Siyam, N. (2013). Fasilitas Pelaporan KD-RS dan W2 DBD untuk Meningkatkan Pelaporan Surveilans DBD. *Jurnal Kesehatan Masyarakat KEMAS*, 8, 113-120.
- Soedarjatmi, T. I., & Widagdo, L. (2009). Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita Terhadap Stigma Penyakit Kusta. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, Volume 4(No.1).
- Solikhah, N., & H.S, A. (2010). Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih dan Karakteristik Masyarakat dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. *KEMAS*.
- Suardi. (2012). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Penyakit Kusta di Kabupaten Biak Nunfor*. Thesis, Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang.
- Sudigdo, S., & Ismael, S. (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2010). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2012). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: CV. ALFABETA.
- Susanti, K. N., & Azam, M. (2016). Hubungan Status Vaksinasi BCG, Riwayat Kontak dan Personal Hygiene dengan Kejadian Kusta di Kota Pekalongan. *Unnes Journal of Public Health*.

- Syaefudin. (2018). Kesadaran Keluarga Petani Terhadap Pentingnya Pendidikan formal (Studi Kasus di Desa Pogungrejo Bayan Purworejo Jawa Tengah). *Jurnal Psikologi Integratif, Vol.6 Nomor 1*, 62-80.
- Wartolah, T. (2010). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Widoyono. (2011). *Penyakit Tropis : Epidemiologi, penularan, pencegahan, dan Pemberantasannya* . Jakarta: Erlangga.
- Winarmo, A. P., Ulifiana, E., & Mar'ah, E. M. (2019). Faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kusta di Keluarga. *Indonesian Journal of Community Health Nursing*, 10-16.
- World Health Organization. (2013). *Global Leprosy Update*. WHO.
- Wulansari, T. A., Thohari, I., & Nerwati, A. D. (2020). Hubungan Hygiene Perorangan dan Kondisi Fisik Rumah dengan Kejadian Penyakit Kusta (Studi Kasus di Puskesmas Tanjung Bumi Kabupaten Bangkalan Tahun 2019). *GEMA Lingkungan Kesehatan, Vol.18 No.1*, 25-32.
- Yuniarsari, Y. (2014). Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta (Studi kasus di wilayah kerja puskesmas Sarang Kabupaten Rembang Tahun 2011). *Unnes Journal of Public Health, Vol.3 No.1*, 1-10.
- Yunus, M. Y. (2018). *Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru di Wilayah Pesisir Kecamatan Tallo Kota Semarang*. Skripsi, Universitas Hasanuddin, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Makassar.

LAMPIRAN

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Keputusan Dosen Pembimbing


UNNES
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
 Nomor: 19452/UN37.1.6/TU/2019
 Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2019/2020

Menimbang : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.

Mengingat : 1. 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)
 2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
 3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
 4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;

Menimbang : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 12 November 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan :
PERTAMA : Menunjuk dan menugaskan kepada:
 Nama : NUR SIYAM S.K.M., M.P.H.
 NIP : 198705222015042001
 Pangkat/Golongan : Penata Muda Tk. I - III/b
 Jabatan Akademik : Asisten Ahli
 Sebagai Pembimbing
 Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
 Nama : Rike Dianita
 NIM : 6411416001
 Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
 Topik :

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.


DITETAPKAN DI : SEMARANG
 PADA TANGGAL : 18 November 2019

Tembusan
 1. Wakil Dekan Bidang Akademik
 2. Ketua Jurusan
 3. Petinggal


 D. Pandiyo Rahardj, M.Pd.
 196103201984032001


 6411416001
 FM-03-AKD-24/Rev. 00

Lampiran 2 Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES ke
Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes

	<p>KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN Gedung Dekanat FIK Kampus UNNES Sekaran Gunungpati Semarang 50229 Telepon +6224-8508007, Faksimile +6224-8508007 Laman: http://fik.unnes.ac.id, surel: fik@mail.unnes.ac.id</p>
---	---

Nomor	: B/1225/UN37.1.6/LT/2020	27 Januari 2020
Hal	: Izin Penelitian	


Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes
Jl. Dr. Wahid No.2, Kaumanpulo, Brebes, Kec.Brebes, Kabupaten Brebes, Jawa Tengah 52212

Dengan hormat, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama	: Rike Dianita
NIM	: 6411416001
Program Studi	: Kesehatan Masyarakat (Epidemiologi dan Biostatistik), S1
Semester	: Gasal
Tahun akademik	: 2019/2020
Judul	: Perbandingan Faktor Risiko Kejadian Kusta pada Masyarakat Daerah Perkotaan dan Pedesaan di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di Kecamatan Wanasari dan Larangan Tahun 2020)


Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin untuk melaksanakan penelitian skripsi di perusahaan atau instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 10 Februari 2020 s.d 31 Maret 2020.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami mengucapkan terima kasih.



Dr. dr. Mubatul Azam, M.Kes. S.S
NID. 197511192001121001

Tembusan:
Dekan FIK;
Universitas Negeri Semarang



Nomor Agenda Surat : 763 719 057 8

Sistem Informasi Surat Dinas - UNNES (2020-01-27 9:58:16)

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes



**PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN**

Jl. DR. Wahidin No.2 Telp (0283) 671846 Fax (0283) 672125 BREBES

Nomor : B.00818/800.2/II/2020 Brebes, 7 Februari 2020
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Fasilitasi Penelitian

Yth. 1. Kepala Puskesmas Wanasari
 2. Kepala Puskesmas Jagalempeni
 3. Kepala Puskesmas Sitanggal
 4. Kepala Psukesmas Larangan
 5. Kepala Puskesmas Sidamulya
 Di

Tempat

Menindaklanjuti surat dari Universitas Negeri Semarang nomor : B/1229/UN37.1.6/LT/2020, tanggal 27 Januari 2020 perihal : Ijin Penelitian, maka akan ada kegiatan pengambilan data di Puskesmas tersebut diatas

Sehubungan dengan itu, diminta Saudara memfasilitasi mahasiswa tersebut dibawah ini untuk melaksanakan kegiatan pengambilan data untuk keperluan penelitian sebagai berikut:

Nama : Rike Dianita
 Pekerjaan : Universitas Negeri Semarang
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Jumlah Peneliti : 1 (Satu) Orang
 Judul Penelitian : Perbandingan Faktor Resiko Kejadian Kusta Pada Masyarakat Daerah Perkotaan dan Pedesaan di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di Kecamatan Larangan dan Wanasari Tahun 2020)
 Waktu Penelitian : 10 Februari s/d 31 Maret 2020

Demikian untuk menjadikan periksa guna seperlunya dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

A.n. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Brebes
 Kabid. Sumber Daya Kesehatan



Isman Nur Laksono, SKM, M.Kes
 NIP. 19770310 200604 1 004

Tembusan Kepada Yth :

Lampiran 4 *Ethical Clearance*

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
 FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
 Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 005/KEPK/EC/2020

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Perbandingan Faktor Risiko Kejadian Kusta pada Masyarakat Daerah Perkotaan dan Pedesaan di Kabupaten Brebes

Nama Peneliti Utama : Rike Dianita
 Nama Pembimbing : Nur Syam, S.K.M., M.P.H
 Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM UNNES, Gedung F5, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
 Lokasi Penelitian : Kecamatan Larangan dan Kecamatan Wanasari Kabupaten Brebes Jawa Tengah
 Tanggal Persetujuan : 27 Januari 2020
 (berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.


Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 27 Januari 2020

Ketua,


 Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
 NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 5 Surat Keterangan Penelitian dari Puskesmas Wanasari



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS WANASARI

JL. Raya Klampok No.20 Wanasari Brebes 52252

Telp. (0283) 671968

Email : puskesmas.wanasari@gmail.com



SURAT KETERANGAN

Nomor : 300.2 / 005 / II / 2020

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : dr Rofiqoh, MM
 NIP : 19680228 200701 2010
 Jabatan : Kepala Puskesmas Wanasari

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Rike Dianita
 NIM : 6411416001
 Semester : 7 (Tujuh)
 Jurusan / Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat / Fakultas Ilmu Keolahragaan
 Universitas Negeri Semarang

Telah melaksanakan Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Wanasari mulai tanggal 10 Februari sd 31 Maret dalam rangka pembuatan skripsi dengan judul “ **PERBANDINGAN FAKTOR RESIKO KEJADIAN KUSTA PADA MASYRAKAT DAERAH PERKOTAAN DAN PEDESAAN DI KABUPATEN BREBES (STUDI KASUS DI KECAMATAN LARANGAN DAN WANASARI TAHUN 2020).**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wanasari 19 Februari 2020

Kepala Puskesmas Wanasari



NIP. 196802282007012010

Lampiran 6 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari Puskesmas Larangan



PEMERINTAH KABUPATEN BREBES
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS LARANGAN
 Jl. Raya Larangan No.18 Larangan - Brebes 52262
 Telp. (0283) 6183926
 Email : puskesmas.larangan672@gmail.com



SURAT KETERANGAN

Nomor :B/ 001 / 800/ III /2020

Menindaklanjuti surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes Nomor : B.00818/800.2/II/2020 tentang Fasilitasi Penelitian / ijin Penelitian atas :

Nama : Rike Dianita
 Pekerjaan : Universitas Negeri Semarang
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Jumlah Peneliti : 1 (Satu) Orang
 Judul Penelitian : Perbandingan Faktor Resiko Kejadian Kusta Pada Masyarakat Daerah Perkotaan dan Pedesaan di Kabupaten Brebes (Studi Kasus di Kecamatan Larangan dan Wanasari Tahun 2020)
 Waktu Penelitian : 10 Februari s/d 31 Maret 2020

Menerangkan bahwa Mahasiswa diatas benar telah melakukan penelitian/ pengambilan data di wilayah kerja Puskesmas Larangan dari tanggal 10 Februari s/d 31 Maret 2020.

Demikian surat keterangan ini di buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya

Brebes, 31 Maret 2020

Kepala Puskesmas Larangan


 dr. Atis Setiayan
 NIP. 19711028 2006604 1 008

Lampiran 7 Instrumen Penelitian

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Bapak/ Ibu/ Saudara yang terhormat,

Dengan segala kerendahan hati, saya Rike Dianita, NIM 6411416001, mahasiswa S1 Peminatan Epidemiologi dan Biostatistika, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Semarang memohon keikhlasan Bapak/ Ibu/ Saudara untuk menjawab pertanyaan- pertanyaan pada daftar berikut tanpa prasangka dan perasaan tertekan.

Kami saat ini mengadakan penelitian dengan judul: ***“Analisis Faktor Risiko yang berhubungan dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi wilayah kerja Puskesmas Larangan dan Wanasari Tahun 2020)”***. Bersama ini kami mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan penelitian tersebut.

Hasil penelitian tersebut akan kami ajukan untuk memberikan masukan dalam menyusun program kesehatan terkait penyakit kusta kepada pemangku kepentingan.

Besar harapan kami semoga Bapak/ Ibu/ Saudara dapat menjawab dengan sebenarnya dan sungguh- sungguh, karena kami akan menjaga kerahasiaan jawaban Bapak/ Ibu/ Saudara.

Demikian harapan kami, sebelumnya kami ucapkan terimakasih atas kesediaan Bapak/ Ibu/ Saudara meluangkan waktu membantu kami.

Semarang, Februari 2020

Hormat saya,

Rike Dianita

NIM. 6411416001

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SUBJEK

Saya, Rike Dianita, NIM 6411416001, mahasiswa S1 Peminatan Epidemiologi dan Biostatistika, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Semarang akan melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Faktor Risiko Kejadian Kusta di Kabupaten Brebes (Studi Kasus Kecamatan Larangan dan Kecamatan Wanasari Tahun 2020)”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perbedaan faktor risiko kejadian kusta di daerah pedesaan dan daerah perkotaan.

Saya mengajak Bapak/Ibu/Saudara untuk ikut dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan 120 subjek penelitian, dengan jangka waktu keikutsertaan masing masing subjek sekitar setengah sampai satu jam.

A. Kesukarelaan untuk Ikut Penelitian

Keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela, dan dapat menolak untuk ikut dalam penelitian ini atau dapat berhenti sewaktu-waktu tanpa denda sesuatu apapun.

B. Prosedur Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan wawancara (berkomunikasi dua arah) antara saya sebagai peneliti sebagai pengumpul data (*enumerator*) dengan Bapak/Ibu/Saudara sebagai subjek penelitian/ informan. Saya dan/atau *enumerator* akan mencatat hasil wawancara ini untuk kebutuhan penelitian setelah mendapatkan persetujuan dari Bapak/Ibu/Saudara. Penelitian ini tidak ada tindakan dan hanya semata-mata wawancara dan ceklist untuk mendapatkan informasi seputar identitas, pengetahuan, pelayanan yang diberikan puskesmas, serta hal-hal yang dilakukan Bapak/Ibu/Saudara sebelum sakit, serta mengukur beberapa bagian rumah serta melakukan observasi rumah Bapak/Ibu/Saudara.

C. Kewajiban Subjek Penelitian

Bapak/Ibu/Saudara diminta memberikan jawaban ataupun penjelasan yang sebenarnya terkait dengan pertanyaan yang diajukan untuk mencapai tujuan penelitian ini.

D. Risiko, Efek Samping, dan Penanganannya

Tidak ada risiko dan efek samping dalam penelitian ini, karena tidak ada perlakuan kepada Bapak/Ibu/Saudara dan hanya wawancara (komunikasi dua arah), observasi dan pengukuran beberapa bagian rumah saja.

E. Manfaat

Adapun manfaat yang bisa diperoleh dari penelitian ini adalah untuk memberikan masukan dalam menyusun program kesehatan sehingga dapat mengurangi angka kesakitan dan untuk memberikan informasi kepada masyarakat, sehingga masyarakat dapat mengetahui perbedaan faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta pada masyarakat pedesaan dan perkotaan.

F. Kerahasiaan

Informasi yang didapatkan dari Bapak/Ibu/Saudara terkait dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah (ilmu pengetahuan).

G. Kompensasi / Ganti Rugi

Dalam penelitian ini tersedia dana untuk kompensasi atau ganti rugi untuk Bapak/Ibu/Saudara, yang diwujudkan dalam bentuk sovenir (barang).

H. Pembiayaan

Penelitian ini dibiayai oleh dana pribadi.

I. Informasi Tambahan

Penelitian ini dibimbing oleh Nur Siyam, S.K.M., M.P.H

Bapak/Ibu/Saudara diberikan kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu ada efek samping atau membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi

Rike Dianita, no Hp 085781269426 di Kost Hamna, Gang Cempakasari Timur II, Sekaran, Gunungpati, Semarang.

Bapak/Ibu/Saudara juga dapat menanyakan tentang penelitian ini kepada Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas Negeri Semarang, melalui email kepk.unnes@mail.unnes.ac.id.

Semarang, Februari 2020

Hormat saya,

Rike Dianita

NIM 6411416001

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan tersebut telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Saudara Rike Dianita.

Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Tandatangan subjek

Tanggal

(Nama jelas :.....)

Tandatangan saksi

(Nama jelas :.....)

KUISIONER
“ANALISIS FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KEJADIAN KUSTA DI KABUPATEN BREBES”

Petunjuk Pengisian Kuisisioner:

1. Jawaban diisi langsung oleh pewawancara dengan menanyakan langsung kepada responden.
2. Jawablah pertanyaan ini dengan benar dan sejujur-jujurnya.
3. Jawablah pertanyaan ini dengan memberi tanda ceklist (√) salah satu jawaban yang sesuai

No. Responden :

Tanggal pengisian :

A. Identitas Responden

1. Kelompok : (1) Kasus
(2) Kontrol
2. Nama :
3. Alamat :
4. Kecamatan : (1) Kecamatan Larangan
(2) Kecamatan Wanasari
5. Jenis Kelamin : (1) Laki-laki
(2) Perempuan
6. Tipe Kusta : (1) MB
(2) PB
7. Umur (Saat diteliti) :
8. Umur (Saat Diagnosis):
9. Pekerjaan :

a. Tidak bekerja	d. PNS	g. Pedagang
b. Petani/Buruh tani	e. Ibu rumah tangga	h. Buruh
c. Swasta	f. Pelajar/Mahasiswa	i. Dll

A. PENDIDIKAN

No	Pertanyaan	Rendah (tidak tamat SD, tamat SD, SMP)	Tinggi (Tamat SMA, PT)
1	Apakah tingkat pendidikan terakhir Anda ketika didiagnosis menderita kusta?	a. Tidak tamat SD b. Tamat SD c. SMP	d. SMA e. PT

B. STATUS EKONOMI

No	Pertanyaan	Rendah (< 1.665.000)	Tinggi (>1.665.000)
1	Berapa pendapatan Anda dalam sebulan?		

C. LAMA KONTAK

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Selama dua tahun terakhir pernahkah Anda kontak langsung (fisik) secara berkesinambungan > 2 tahun dengan anggota keluarga atau teman yang sudah menderita kusta?		

D. SUMBER AIR

No	Pertanyaan	Waduk, sungai, danau	Sumur, PAM
1	Apakah sumber air Anda dari badan air (waduk, sungai, danau)?		
		≤ 10 m	>10 m
2	Berapa Jarak sumber air bersih dari sumber pencemar?		

E. PENGETAHUAN

No	Pertanyaan	Benar	Salah
TANDA DAN GEJALA PENYAKIT KUSTA			
1	Kelainan kulit yang merah atau putih yang mati rasa		
2	Kulit mengeluarkan nanah berair		
3	Kulit yang kering dan retak		
4	Badan demam menggigil dan kulit terasa panas		
5	Kulit melepuh dan nyeri		
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 keringat penderita		
10	Melalui transfusi darah		
11	Melalui kontak kulit langsung yang lama dan erat dengan penderita kusta		
PENDERITA PENYAKIT KUSTA			
12	Umumnya usia dewasa 15-64 tahun		
13	Anak-anak		
14	Bayi maupun balita		
15	Keturunan dari anggota keluarga yang menderita kusta		
PENGobatan PENDERITA KUSTA			
16	Menjalani pengobatan 1) Jika penderita kering (PB) selama 6 bulan 2) Jika penderita basah (MB) selama 12 bulan		

F. PERSONAL HYGIENE

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda sering bertukar pakaian dengan saudara atau teman?		

2	Apakah Anda memiliki kebiasaan pinjam meminjam alat pribadi (handuk, sabun, sisir, peralatan makan dll) dengan anggota keluarga lain?		
3	Apakah Anda menggunakan sikat gigi bersama dengan orang lain?		
4	Apakah Anda selalu menutup mulut dan hidung ketika batuk dan bersin?		
5	Jika Anda mempunyai luka dibagian kulit, apakah Anda langsung mendatangi pelayanan kesehatan untuk berobat?		
6	Jika bagian tubuh Anda bersentuhan dengan lendir atau cairan lain dari tanah orang yang menderita penyakit menular, apakah Anda segera mencuci bagian tersebut dengan sabun?		

H, PERAN PETUGAS KESEHATAN

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah dokter atau petugas kesehatan pernah melakukan kunjungan ke rumah anda untuk dilakukan pemeriksaan kontak (serumah, tetangga, dan sosial)?		
2	Apakah Anda mendapatkan anjuran/saran dari petugas kesehatan ditempat anda mendapatkan obat, mengenai aturan minum obat?		
3	Apakah dokter atau petugas kesehatan lainnya pernah melakukan kunjungan ke rumah untuk <i>rapid village survey</i> atau pemantauan rumah sebelum terjadi kusta?		
4	Apakah dokter atau petugas kesehatan lainnya memberi tahu Anda untuk konsultasi tentang luka maupun keluhan yang dirasakan?		
5	Apakah Anda pernah mendapatkan informasi/penyuluhan kesehatan tentang kusta dari petugas kesehatan?		
6	Apakah sewaktu Anda memeriksakan keluhan yang dirasakan Anda mendapatkan penjelasan mengenai keluhan tersebut?		
7	Apakah pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan memuaskan bagi Anda?		

LEMBAR PENGUKURAN

No.	Variabel	Hasil Pengukuran				Keterangan
		1	2	3	Rata-rata	
1	Suhu Rumah					
2	Intensitas Pencahayaan					
3	Luas Ventilasi Ruangan	Luas Ventilasi			Luas Lantai	
4	Kepadatan Hunian	P	L	Penghuni		

5	Jarak rumah ke pelayanan kesehatankm	Diukur menggunakan aplikasi google maps
---	------------------------------------	---------	---

LEMBAR OBSERVASI

No.	Variabel	Hasil Pengamatan	Keterangan
1	Jenis Lantai	a. Ubin/Semen b. Keramik c. Papan/kayu d. Tanah	

Lampiran 8 Daftar Responden Kasus dan Kontrol

No	Alamat	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14
R1	Kertabesuki	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2
R2	Klampok	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2
R3	Keboledan	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
R4	Dumeling	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2
R5	Klampok	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2
R6	Dumeling	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
R7	Dumeling	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
R8	Kertabesuki	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
R9	Pesantunan	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2
R10	Kupu	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2
R11	Pesantunan	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
R12	Pesantunan	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
R13	Klampok	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
R14	Klampok	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
R15	Klampok	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
R16	Klampok	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1
R17	Klampok	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2
R18	Keboledan	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
R19	Kupu	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2
R20	Kupu	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
R21	Kupu	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1
R22	Kupu	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2
R23	Kupu	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2
R24	Kupu	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2
R25	Kertabesuki	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
R26	Kertabesuki	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
R27	Dumeling	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
R28	Dumeling	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2
R29	Kalmpok	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2
R30	Kertabesuki	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
R31	Pesantunan	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
R32	Klampok	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
R33	Klampok	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
R34	Klampok	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
R35	Klampok	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
R36	Keboledan	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
R37	Keboledan	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
R38	Keboledan	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
R39	Klampok	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2
R40	Pesantunan	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2
R41	Pesantunan	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
R42	Pesantunan	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2

R43	Kertabesuki	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2
R44	Pesantunan	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
R45	Klompok	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
R46	Kertabesuki	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
R47	Dumeling	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
R48	Kertabesuki	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
R49	Pesantunan	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2
R50	Klompok	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
R51	Keboledan	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
R52	Dumeling	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
R53	Pesantunan	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1
R54	Pesantunan	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2
R55	Klompok	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
R56	Keboledan	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2
R57	Kupu	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
R58	Kupu	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
R59	Kertabesuki	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
R60	Kertabesuki	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
R61	Pamulihan	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1
R62	Pamulihan	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2
R63	Larangan	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2
R64	Larangan	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
R65	Karangbale	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2
R66	Kedungbikor	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1
R67	Larangan	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2
R68	Karangbale	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1
R69	Karangbale	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2
R70	Pamulihan	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1
R71	Pamulihan	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2
R72	Pamulihan	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2
R73	Pamulihan	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2
R74	Pamulihan	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
R75	Larangan	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1
R76	Larangan	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2
R77	Pamulihan	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
R78	Karangbale	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2
R79	Pamulihan	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2
R80	Kamal	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
R81	Karangbale	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
R82	Karangbale	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1
R83	Karangbale	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2
R84	Kamal	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2
R85	Kamal	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2
R86	Kedungbikor	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2

R87	Pamulihan	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1
R88	Kamal	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
R89	Wlahar	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2
R90	Wlahar	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1
R91	Karangbale	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2
R92	Karangbale	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2
R93	Larangan	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
R94	Pamulihan	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1
R95	Kamal	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2
R96	Kamal	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2
R97	Karangbale	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
R98	Kedungbokor	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
R99	Pamulihan	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
R100	Karangbale	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
R101	Wlahar	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2
R102	Pamulihan	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2
R103	Wlahar	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2
R104	Larangan	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
R105	Kedungbokor	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
R106	Kedungbokor	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2
R107	Karangbale	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
R108	Kedungbokor	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
R109	Pamulihan	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2
R110	Larangan	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
R111	Pamulihan	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2
R112	Karangbale	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2
R113	Larangan	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
R114	Pamulihan	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2
R115	Karangbale	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
R116	Kamal	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1
R117	Pamulihan	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2
R118	Larangan	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
R119	Karangbale	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
R120	Kamal	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2

Keterangan tabel

V1 = Variabel Jenis Pekerjaan

V2 = Variabel Tingkat Pendidikan

V3= Variabel Status Ekonomi

V4= Variabel Lama Kontak

V5= Variabel sumber air

V6= Variabel Tingkat Pengetahuan

V7= Variabel Personal Hyigene

V8= Variabel Peran Tenaga kesehatan

V9= Variabel Jarak rumah ke pelayanan kesehatan

V10= Variabel Intensitas pencahayaan rumah

V11= Variabel suhu rumah
 V12= Variabel luas ventilasi ruangan
 V13= Variabel kepdatan hunian
 V14= Variabel Jenis Lantai

Lampiran 9 Output Hasil Univariat dan Bivariat

HASIL PERHITUNGAN STATISTIK UNIVARIAT

1. Variabel Jenis Pekerjaan

Pekerjaanberesiko

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	63	52.5	52.5	52.5
tidak	57	47.5	47.5	100.0
Total	120	100.0	100.0	

2. Variabel Tingkat Pendidikan

pendidikanberesiko

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	77	64.2	64.2	64.2
tinggi	43	35.8	35.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

3. Variabel Status Ekonomi

Status Ekonomi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rendah	71	59.2	59.2	59.2
tinggi	49	40.8	40.8	100.0
Total	120	100.0	100.0	

4. Variabel Lama Kontak

lama_kontak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>2 tahun	29	24.2	24.2	24.2
	<2 tahun	91	75.8	75.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

5. Variabel sumber air

sumber_air

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	berisiko	5	4.2	4.2	4.2
	tidak berisiko	115	95.8	95.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

6. Variabel Tingkat Pengetahuan

pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	71	59.2	59.2	59.2
	tinggi	49	40.8	40.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

7. Variabel Personal Hygiene

Personal_hygiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	59	49.2	49.2	49.2
	baik	61	50.8	50.8	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

8. Variabel Peran Petugas kesehatan

9.

Peran_nakes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	51	42.5	42.5	42.5
	baik	69	57.5	57.5	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

10. Variabel Jarak rumah ke pelayanan kesehatan

Jarak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jauh	48	40.0	40.0	40.0
	dekat	72	60.0	60.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

11. Variabel Intensitas pencahayaan rumah

intensitas_cahaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak memenuhi syarat	56	46.7	46.7	46.7
	memenuhi syarat	64	53.3	53.3	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

12. Variabel suhu rumah

Suhu_rumah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak memenuhi syarat	36	30.0	30.0	30.0
	memenuhi syarat	84	70.0	70.0	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

13. Variabel luas ventilasi ruangan

ventilasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak memenuhi syarat	55	45.8	45.8	45.8
	memenuhi syarat	65	54.2	54.2	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

14. Variabel kepadatan hunian

kepadatan_hunian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak memenuhi syarat	40	33.3	33.3	33.3
	memenuhi syarat	80	66.7	66.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

15. Variabel Jenis Lantai

jenis_lantai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak memenuhi syarat	16	13.3	13.3	13.3
	memenuhi syarat	104	86.7	86.7	100.0
	Total	120	100.0	100.0	

HASIL PERHITUNGAN STATISTIK BIVARIAT**Hasil Uji Bivariat Chi-square dan Fisher**

1. Variabel Jenis Pekerjaan

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Pekerjaanberesiko	ya	Count	40	23	63
		Expected Count	31.5	31.5	63.0
		% within kelompok	66.7%	38.3%	52.5%
	tidak	Count	20	37	57
		Expected Count	28.5	28.5	57.0
		% within kelompok	33.3%	61.7%	47.5%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	9.657 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.555	1	.003		
Likelihood Ratio	9.793	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.577	1	.002		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pekerjaanberesiko (ya / tidak)	3.217	1.523	6.795
For cohort kelompok = kasus	1.810	1.213	2.699
For cohort kelompok = kontrol	.562	.386	.820
N of Valid Cases	120		

2. Variabel Tingkat Pendidikan

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
pendidikanberesiko	rendah	Count	43	34	77
		Expected Count	38.5	38.5	77.0
		% within kelompok	71.7%	56.7%	64.2%
	tinggi	Count	17	26	43
		Expected Count	21.5	21.5	43.0
		% within kelompok	28.3%	43.3%	35.8%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	2.936 ^a	1	.087		
Continuity Correction ^b	2.320	1	.128		
Likelihood Ratio	2.952	1	.086		
Fisher's Exact Test				.127	.064
Linear-by-Linear Association	2.911	1	.088		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikanberesiko (rendah / tinggi)	1.934	.906	4.132
For cohort kelompok = kasus	1.413	.928	2.149
For cohort kelompok = kontrol	.730	.515	1.035
N of Valid Cases	120		

3. Variabel Status Ekonomi

Status_Ekonomi * kelompok Crosstabulation

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Status_Ekonomi	rendah	Count	40	31	71
		Expected Count	35.5	35.5	71.0
		% within kelompok	66.7%	51.7%	59.2%
	tinggi	Count	20	29	49
		Expected Count	24.5	24.5	49.0
		% within kelompok	33.3%	48.3%	40.8%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	2.794 ^a	1	.095		
Continuity Correction ^b	2.208	1	.137		
Likelihood Ratio	2.806	1	.094		
Fisher's Exact Test				.137	.068
Linear-by-Linear Association	2.771	1	.096		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Status_Ekonomi (rendah / tinggi)	1.871	.895	3.913
For cohort kelompok = kasus	1.380	.930	2.048
For cohort kelompok = kontrol	.738	.519	1.049
N of Valid Cases	120		

4. Variabel Lama Kontak

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
lama_kontak	>2 tahun	Count	22	7	29
		Expected Count	14.5	14.5	29.0
		% within kelompok	36.7%	11.7%	24.2%
	<2 tahun	Count	38	53	91
		Expected Count	45.5	45.5	91.0
		% within kelompok	63.3%	88.3%	75.8%
Total		Count	60	60	120
		Expected Count	60.0	60.0	120.0
		% within kelompok	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	10.231 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.912	1	.003		
Likelihood Ratio	10.632	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.146	1	.001		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for lama_kontak (>2 tahun / <2 tahun)	4.383	1.700	11.301
For cohort kelompok = kasus	1.817	1.322	2.496
For cohort kelompok = kontrol	.414	.212	.809
N of Valid Cases	120		

5. Variabel sumber air

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
sumber_air	Berisiko	Count	3	2	5
		Expected Count	2.5	2.5	5.0
		% within kelompok	5.0%	3.3%	4.2%
	tidak berisiko	Count	57	58	115
		Expected Count	57.5	57.5	115.0
		% within kelompok	95.0%	96.7%	95.8%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	.209 ^a	1	.648		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.210	1	.647		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.207	1	.649		
N of Valid Cases ^b	120				

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

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for sumber_air (berisiko / tidak berisiko)	1.526	.246	9.478
For cohort kelompok = kasus	1.211	.578	2.535
For cohort kelompok = kontrol	.793	.267	2.356
N of Valid Cases	120		

6. Variabel Tingkat Pengetahuan

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
pengetahuan rendah	Count	44	27	71	
	Expected Count	35.5	35.5	71.0	
	% within kelompok	73.3%	45.0%	59.2%	
tinggi	Count	16	33	49	
	Expected Count	24.5	24.5	49.0	
	% within kelompok	26.7%	55.0%	40.8%	
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	9.968 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.830	1	.003		
Likelihood Ratio	10.133	1	.001		
Fisher's Exact Test				.003	.001
Linear-by-Linear Association	9.885	1	.002		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pengetahuan (rendah / tinggi)	3.361	1.563	7.227
For cohort kelompok = kasus	1.898	1.221	2.951
For cohort kelompok = kontrol	.565	.396	.805
N of Valid Cases	120		

7. Variabel Personal Hygiene

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Personal_hygiene	buruk	Count	39	20	59
		Expected Count	29.5	29.5	59.0
		% within kelompok	65.0%	33.3%	49.2%
	baik	Count	21	40	61
		Expected Count	30.5	30.5	61.0
		% within kelompok	35.0%	66.7%	50.8%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	12.037 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	10.803	1	.001		
Likelihood Ratio	12.247	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	11.936	1	.001		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Personal_hygiene (buruk / baik)	3.714	1.746	7.900
For cohort kelompok = kasus	1.920	1.298	2.840
For cohort kelompok = kontrol	.517	.347	.771
N of Valid Cases	120		

8. Variabel Peran Tenaga kesehatan

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Peran_nakes	kurang	Count	32	19	51
		Expected Count	25.5	25.5	51.0
		% within kelompok	53.3%	31.7%	42.5%
	baik	Count	28	41	69
		Expected Count	34.5	34.5	69.0
		% within kelompok	46.7%	68.3%	57.5%
Total		Count	60	60	120
		Expected Count	60.0	60.0	120.0
		% within kelompok	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	5.763 ^a	1	.016		
Continuity Correction ^b	4.910	1	.027		
Likelihood Ratio	5.815	1	.016		
Fisher's Exact Test				.026	.013
Linear-by-Linear Association	5.715	1	.017		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Peran_nakes (kurang / baik)	2.466	1.172	5.188
For cohort kelompok = kasus	1.546	1.084	2.206
For cohort kelompok = kontrol	.627	.418	.941
N of Valid Cases	120		

9. Variabel Jarak rumah ke pelayanan kesehatan

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Jarak	jauh	Count	29	19	48
		Expected Count	24.0	24.0	48.0
		% within kelompok	48.3%	31.7%	40.0%
	dekat	Count	31	41	72
		Expected Count	36.0	36.0	72.0
		% within kelompok	51.7%	68.3%	60.0%
Total		Count	60	60	120
		Expected Count	60.0	60.0	120.0
		% within kelompok	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	3.472 ^a	1	.062		
Continuity Correction ^b	2.812	1	.094		
Likelihood Ratio	3.492	1	.062		
Fisher's Exact Test				.093	.047
Linear-by-Linear Association	3.443	1	.064		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jarak (jauh / dekat)	2.019	.960	4.244
For cohort kelompok = kasus	1.403	.988	1.993
For cohort kelompok = kontrol	.695	.465	1.040
N of Valid Cases	120		

10. Variabel Intensitas pencahayaan rumah

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
intensitas_cahaya	tidak memenuhi syarat	Count	36	20	56
		Expected Count	28.0	28.0	56.0
		% within kelompok	60.0%	33.3%	46.7%
	memenuhi syarat	Count	24	40	64
		Expected Count	32.0	32.0	64.0
		% within kelompok	40.0%	66.7%	53.3%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	8.571 ^a	1	.003		
Continuity Correction ^b	7.533	1	.006		
Likelihood Ratio	8.678	1	.003		
Fisher's Exact Test				.006	.003
Linear-by-Linear Association	8.500	1	.004		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for intensitas_cahaya (tidak memenuhi syarat / memenuhi syarat)	3.000	1.424	6.319
For cohort kelompok = kasus	1.714	1.182	2.486
For cohort kelompok = kontrol	.571	.383	.852
N of Valid Cases	120		

11. Variabel suhu rumah

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
Suhu_rumah	tidak memenuhi syarat	Count	27	9	36
		Expected Count	18.0	18.0	36.0
		% within kelompok	45.0%	15.0%	30.0%
	memenuhi syarat	Count	33	51	84
		Expected Count	42.0	42.0	84.0
		% within kelompok	55.0%	85.0%	70.0%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	12.857 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.468	1	.001		
Likelihood Ratio	13.306	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	12.750	1	.000		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Suhu_rumah (tidak memenuhi syarat / memenuhi syarat)	4.636	1.938	11.092
For cohort kelompok = kasus	1.909	1.378	2.645
For cohort kelompok = kontrol	.412	.228	.744
N of Valid Cases	120		

12. Variabel luas ventilasi ruangan

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
ventilasi	tidak memenuhi syarat	Count	36	19	55
		Expected Count	27.5	27.5	55.0
		% within kelompok	60.0%	31.7%	45.8%
	memenuhi syarat	Count	24	41	65
		Expected Count	32.5	32.5	65.0
		% within kelompok	40.0%	68.3%	54.2%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	9.701 ^a	1	.002		
Continuity Correction ^b	8.593	1	.003		
Likelihood Ratio	9.840	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.620	1	.002		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ventilasi (tidak memenuhi syarat / memenuhi syarat)	3.237	1.529	6.853
For cohort kelompok = kasus	1.773	1.223	2.570
For cohort kelompok = kontrol	.548	.364	.824
N of Valid Cases	120		

13. Variabel kepatan hunian

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
kepadatan_hunian	tidak memenuhi syarat	Count	26	14	40
		Expected Count	20.0	20.0	40.0
		% within kelompok	43.3%	23.3%	33.3%
	memenuhi syarat	Count	34	46	80
		Expected Count	40.0	40.0	80.0
		% within kelompok	56.7%	76.7%	66.7%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

14. Variabel Jenis Lantai

Crosstab

			kelompok		Total
			kasus	kontrol	
jenis_lantai	tidak memenuhi syarat	Count	13	3	16
		Expected Count	8.0	8.0	16.0
		% within kelompok	21.7%	5.0%	13.3%
	memenuhi syarat	Count	47	57	104
		Expected Count	52.0	52.0	104.0
		% within kelompok	78.3%	95.0%	86.7%
Total	Count	60	60	120	
	Expected Count	60.0	60.0	120.0	
	% within kelompok	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	7.212 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	5.841	1	.016		
Likelihood Ratio	7.701	1	.006		
Fisher's Exact Test				.014	.007
Linear-by-Linear Association	7.151	1	.007		
N of Valid Cases ^b	120				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis_lantai (tidak memenuhi syarat / memenuhi syarat)	5.255	1.413	19.544
For cohort kelompok = kasus	1.798	1.310	2.467
For cohort kelompok = kontrol	.342	.122	.963
N of Valid Cases	120		



Wawancara dengan responden kasus



Wawancara dengan responden kontrol



Kondisi rumah responden kasus



Kondisi rumah responden kontrol



Kondisi tubuh penderita kusta



Kondisi lantai rumah responden kontrol



Kondisi lantai rumah responden kasus



Kondisi rumah responden kasus tanpa ventilasi rumah



Kondisi rumah responden kontrol dengan ventilasi rumah



Pengukuran intensitas pencahayaan dan suhu rumah



Pengukuran luas ventilasi ruangan



Pengukuran luas lantai ruangan