

SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA
MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA KUSTA DI
KELURAHAN JONGAYA KOTA MAKASSAR TAHUN
2021**

ASTARI RHEY AMALIA

K011171311



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA
MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA KUSTA DI
KELURAHAN JONGAYA KOTA MAKASSAR TAHUN 2021**

Disusun dan diajukan oleh

**ASTARI RHEY AMALIA
K011171311**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelasaan Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 10 Juni 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Rismayanti, SKM., M.KM
Nip. 19700930 199803 2 002

Pembimbing Pendamping

Jumriani Ansar, SKM., M.Kes
Nip. 19830520 200812 2 002

Ketua Program Studi,



Dr. Suriyah, SKM., M.Kes
Nip. 19740520 200212 2 001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu
Tanggal 10 Juni 2021.

Ketua : Rismayanti, SKM.,M.KM

(.....)

Sekretaris : Jumriani Ansar, SKM., M.Kes

(.....)

Anggota :

1. Andi Selvi Yusnitasari, SKM.,M.Kes

(.....)

2. Muh. Arsyad Rahman, SKM.,M.Kes

(.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Astari Rhey Amalia
NIM : K011171311
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No. Hp : 082393497948
E-mail : rheyismynam@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul skripsi **“FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STIGMA MASYARAKAT TERHADAP PENDERITA KUSTA DI KELURAHAN JONGAYA KOTA MAKASSAR TAHUN 2021”** benar bebas dari plagiat dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 15 Juli 2021
Yang membuat pernyataan



Astari Rhey Amalia

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi

Astari Rhey Amalia

“Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita Kusta Di Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021”

(xiv + 78 Halaman + 23 Tabel + 2 Gambar + 5 Lampiran)

Morbus Hansen atau yang biasa disebut dengan penyakit kusta merupakan penyakit yang pada umumnya menyerang beberapa bagian tubuh terutama bagian kulit dan saraf. Sulawesi Selatan merupakan salah satu Provinsi dengan penambahan jumlah kasus kusta terbanyak ke 4 pada tahun 2019 di Indonesia setelah Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Jawa Barat. Jumlah kasus baru kusta untuk di daerah Makassar sendiri pada tahun 2017, yaitu sebanyak 109 kasus baru. Dilaporkan penambahan kasus baru juga terjadi di beberapa kelurahan di Makassar, khususnya kelurahan Jongaya. Penambahan jumlah kasus baru kusta di Kelurahan Jongaya pada tahun 2015 dan 2016 yaitu sebanyak 2 kasus positif untuk tipe kusta MB. Pada tahun 2017 dan 2019 tidak ada kasus baru di Kelurahan Jongaya, lalu pada tahun 2019 terdapat 3 kasus baru dengan tipe MB (Puskesmas Jongaya, 2020). Kerusakan dan ketidakmampuan menyebabkan stigma dan diskriminasi di antara orang-orang yang terkena dampak. Kelurahan Jongaya Kota Makassar merupakan daerah dimana masyarakat di sekitar tempat tersebut hidup berdampingan dengan penderita kusta. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta di Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021.

Jenis penelitian yaitu penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-Mei 2021. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh masyarakat RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar dengan jumlah 1.458 orang. Adapun jumlah sampel sebanyak 150 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode *simple random sampling* data dianalisis secara univariat dengan menggunakan distribusi frekuensi dan bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel yang merupakan faktor yang memiliki hubungan yang bermakna dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta adalah tingkat pengetahuan ($p=0,000$), keterpaparan informasi ($p=0,000$), dan persepsi sosial ($p=0,000$). Peneliti menyarankan pihak puskesmas agar lebih aktif lagi memberi informasi dan mengedukasi masyarakat tentang penyakit kusta terutama tentang penularan penyakit kusta dan pencegahannya.

Kata Kunci : Stigma, Kusta, Tingkat Pengetahuan, Keterpaparan Informasi, Persepsi Sosial

Daftar Pustaka : 46 (2003-2020)

SUMMARY

Astari Rhey Amalia

"Factors Related to Community Stigma Against Leprosy Patients in Jongaya Village, Makassar City in 2021"

(xiv + 78 Pages + 23 Tables + 2 Figures + 5 Attachment)

Morbus Hansen or commonly referred to as leprosy is a disease that generally attacks several parts of the body, especially the skin and nerves. South Sulawesi is one of the provinces with the 4th largest addition to the number of leprosy cases in 2019 in Indonesia after East Java, Central Java, and West Java. The number of new cases of leprosy in the Makassar area itself in 2017, which was 109 new cases. It was reported that the addition of new cases also occurred in several urban villages in Makassar, especially the Jongaya village. The addition of the number of new cases of leprosy in Jongaya Village in 2015 and 2016 was 2 positive cases for the MB type of leprosy. In 2017 and 2019 there were no new cases in Jongaya Village, then in 2019 there were 3 new cases with MB type (Jongaya Health Center, 2020). Damage and disability lead to stigma and discrimination among affected people. Jongaya Village, Makassar City is an area where the people around the place live side by side with people with leprosy. This study aims to determine the factors associated with community stigma against people with leprosy in Jongaya Village, Makassar City in 2021.

This type of research is observation research using a cross sectional approach. This research was conducted in March-May 2021. The population in this study was the entire community of RW 4, Jongaya Village, Makassar City with a total of 1,458 people. The number of samples is 150 people. The sampling technique used is simple random sampling. The data were analyzed univariately using frequency distribution and bivariate using the Chi-Square test.

The results of this study indicate that the variables that are factors that have a significant relationship with community stigma towards leprosy sufferers are the level of knowledge ($p=0.000$), exposure to information ($p=0.000$) and social perception ($p=0.000$). The researcher suggests that the puskesmas should be more active in providing information and educating the public about leprosy, especially about the transmission of leprosy and its prevention.

**Keywords : Stigma, Leprosy, Knowledge Level, Exposure
Information, Social Perception**

Bibliography : 46 (2003-2020)

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah *Subhanahu Wa Ta'Ala* yang senantiasa memberikan limpahan rahmat, nikmat, serta karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Shalawat dan salam tak lupa penulis panjatkan kepada Nabi Muhammad *Salallahu Alaihi Wasallam* sebagai uswatun khasanah bagi umat manusia. Rasa syukur terus terucap berkat terselesaikannya skripsi yang berjudul “Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Masyarakat Terhadap Penderita Kusta di Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021” ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan S1 di Jurusan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

Penghargaan dan terimakasih yang setulus-tulusnya kepada Ibunda tercinta Nusri Radeng yang telah mencurahkan segenap cinta dan kasih sayang serta perhatian moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan dengan baik.

Penyusunan skripsi ini juga tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Bapak Dian Sidik, SKM., M.KM selaku Penasehat Akademik atas nasehat dan bantuan dalam urusan akademik selama penulis mengikuti pendidikan.
2. Ibu Rismayanti, SKM., M.KM selaku pembimbing I dan Ibu Jumriani Ansar, SKM., M.Kes selaku pembimbing II saya yang senantiasa memberikan arahan

dan motivasi serta menyisihkan waktunya untuk membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

3. Ibu Andi Selvi Yusnitasari, SKM., M.Kes dan Bapak Muh. Arsyad Rahman, SKM., M.Kes selaku penguji saya yang senantiasa memberi saran dan perbaikan untuk menyempurnakan skripsi ini.
4. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, M.A selaku rektor Unhas dan Bapak Dr. Aminuddin Syam, M.Kes., M.Med selaku dekan FKM Unhas pada periode 2018-2022, beserta seluruh staf atas kemudahan birokrasi serta administrasi selama penyusunan skripsi ini.
5. Bapak dan Ibu dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Epidemiologi yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama menempuh pendidikan.
6. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan yang diberikan terkhusus kepada staf departemen Epidemiologi Kak Ani dan Kak Werda atas segala bantuannya.
7. Lurah Kelurahan Jongaya Kota Makassar dan Bapak RW. 4 Kelurahan Jongaya beserta jajarannya terkhusus kepada kader kesehatan RW. 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar yang bersedia menerima dan mendampingi peneliti dalam melaksanakan penelitian ditempat tersebut.
8. Kakak-kakak saya Adisti Diah Setiawati, S.ST dan Adityo Lesmana, ST beserta keluarga besar yang senantiasa mencurahkan kasih sayang serta memberi dukungan dan motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.

9. Kepada sahabat Tukang Gelud saya, Nursindia A. Sugoro dan A. Ahmad Batara Purwacaraka, sebagai tempat saya berkeluh kesah dan yang memberi saya kasih sayang selama menempuh pendidikan hingga skripsi ini selesai.
10. Teman-teman seperjuangan angkatan 2017 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin terutama teman-teman HIMAPID 2017 terimakasih atas motivasi, semangat, dan bantuan serta kerja samanya selama ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dan memberi dukungannya.

Akhir kata, penulis juga menyadari bahwa skripsi ini tidak luput dari kesalahan, oleh karena itu penulis memohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan pada skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat untuk mendorong penelitian-penelitian selanjutnya.

Makassar, Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
RINGKASAN	v
SUMMARY	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang Kusta	9
B. Tinjauan Umum Tentang Stigma	21
C. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Pengetahuan	27
D. Tinjauan Umum Tentang Keterpaparan Informasi	29
E. Tinjauan Umum Tentang Persepsi Sosial	30
F. Kerangka Teori	33
BAB III KERANGKA KONSEP	34
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	34
B. Kerangka Konsep	36
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	37
D. Hipotesis	39
BAB IV METODE PENELITIAN	40
A. Jenis Penelitian	40
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	40

C. Populasi dan Sampel	40
D. Instrumen Penelitian	42
E. Pengumpulan Data	43
F. Pengolahan dan Analisis Data	44
G. Penyajian Data	46
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	47
A. Hasil Penelitian	47
B. Pembahasan	61
C. Keterbatasan Penelitian	70
BAB VI PENUTUP	71
A. Kesimpulan	71
B. Saran	71
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN	79
RIWAYAT HIDUP	100

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Gejala Pada Kusta Tipe 1	13
Tabel 2.2	Gejala Pada Kusta Tipe 2	13
Tabel 2.3	Klasifikasii Penyakit Kusta Menurut <i>Riddle-Jopling</i>	16
Tabel 2.4	Klasifikasi Penyakit Kusta Menurut WHO	17
Tabel 2.5	Tingkat Kecacatan Kusta	18
Tabel 2.6	Pengobatan Kusta Tipe PB	19
Tabel 2.7	Pengobatan Kusta Tipe MB	19
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	48
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	49
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	49
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di RW 4 Kelu rahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	50
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pertanyaan Tingkat Pengetahuan di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	50
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	52
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Keterpaparan Informasi Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	52
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Keterpaparan Informasi Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	53
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sumber Informasi Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	53

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Persepsi Sosial Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	54
Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Persepsi Sosial Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	56
Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pertanyaan Stigma Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	57
Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Stigma Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	58
Tabel 5.14 Analisis Kategori Tingkat Pengetahuan Dengan Kategori Stigma Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	59
Tabel 5.15 Analisis Kategori Tingkat Keterpaparan Informasi Dengan Kategori Stigma Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	60
Tabel 5.16 Analisis Kategori Tingkat Persepsi Sosial Dengan Kategori Stigma Terhadap Penderita Kusta di RW 4 Kelurahan Jongaya Kota Makassar Tahun 2021	61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	33
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	36

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Morbus Hansen atau yang biasa di sebut dengan penyakit kusta merupakan penyakit yang pada umumnya menyerang beberapa bagian tubuh terutama bagian kulit dan saraf. Penyakit ini merupakan tipe penyakit *granulomatosa* yang menyerang saraf tepi dan saluran pernapasan. Secara fisik, kusta ditandai dengan adanya lesi atau penebalan pada permukaan kulit. Bila tanpa penanganan lebih lanjut, kusta dapat menyebabkan kerusakan pada kulit, sistem saraf, mata, hingga kecacatan permanen (Kemenkes RI, 2018).

Secara global, terdapat 3 negara dengan jumlah kasus kusta terbanyak di dunia, yaitu India, Brazil, dan Indonesia. Ketiga negara ini memiliki setidaknya 81% kasus baru yang meliputi seluruh kasus baru di dunia. Sejak tahun 2015 hingga 2019 di India, penemuan kasus baru kusta cenderung mengalami penurunan dari angka 127.326 pada tahun 2015 ke angka 114.451 pada tahun 2019, walaupun terjadi peningkatan pada tahun 2016 yaitu sebanyak 135.485 kasus baru. Brazil sendiri hanya mengalami penurunan jumlah kasus baru pada tahun 2016 dari angka 26.395 ke angka 25.218, dan terus mengalami peningkatan hingga tahun 2018 sebanyak 28.660 dan menurun kembali pada tahun 2019 yaitu sebanyak 27.863 kasus baru. Secara global, pada tahun 2019, kasus kusta cenderung menurun dari tahun-tahun sebelumnya (WHO, 2020).

Jumlah kasus di Indonesia sendiri juga mengalami penurunan jumlah kasus baru dari tahun 2015 sebanyak 17.202 kasus baru hingga tahun 2017 sebanyak 15.910. Kasus baru kusta di Indonesia kembali meningkat pada tahun 2018 sebanyak 17.017 kasus baru dan 2019 sebanyak 20.230 kasus baru. Hal ini menjadikan Indonesia sebagai negara dengan kasus kusta terbanyak ke tiga di dunia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Provinsi dengan jumlah kasus baru terbanyak di Indonesia yaitu Jawa Timur sebanyak 3.351 kasus baru pada tahun 2019, dengan penurunan kasus yang signifikan dari tahun 2015 yaitu sebanyak 4.013 kasus baru (Kemenkes RI, 2018).

Sulawesi Selatan merupakan salah satu Provinsi dengan penambahan jumlah kasus kusta terbanyak ke 4 pada tahun 2019 di Indonesia setelah Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Jawa Barat. Sejak tahun 2015 hingga 2017, kasus baru di Sulawesi selatan mengalami penurunan dari angka 1.220 kasus baru pada tahun 2015 ke angka 1.091 kasus baru pada tahun 2017. Pada tahun 2019, kasus kusta di Sulawesi Selatan kembali mengalami peningkatan dengan jumlah kasus sebanyak 1.271 kasus baru. Hal ini menjadikan Sulawesi Selatan sebagai salah satu Provinsi yang belum mencapai eliminasi kasus kusta (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Jumlah kasus baru kusta untuk di daerah Makassar sendiri pada tahun 2017, yaitu sebanyak 109 kasus baru. Dilaporkan penambahan kasus baru juga terjadi di beberapa kelurahan di Makassar, khususnya kelurahan Jongaya. Penambahan jumlah kasus baru kusta di Kelurahan Jongaya pada tahun 2015 dan 2016 yaitu

sebanyak 2 kasus positif untuk tipe kusta MB. Pada tahun 2017 dan 2019 tidak ada kasus baru di Kelurahan Jongaya, lalu pada tahun 2019 terdapat 3 kasus baru dengan tipe MB (Puskesmas Jongaya, 2020). Penyakit kusta berkembang secara perlahan dan dapat menyebabkan disfungsi dan kerusakan pada beberapa bagian tubuh yang cukup parah dan dapat menyebabkan kecacatan pada orang yang terkena kusta. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di desa Nganget, Kabupaten Tuban, menemukan bahwa 38,2% responden tidak memiliki perawatan diri yang tepat. Sebanyak 64,8% penderita kusta, hampir setengah dari responden mengalami cacat tingkat 2 (88,7%) (Astutik and Kiptiyah, 2016).

Kerusakan dan ketidakmampuan menyebabkan stigma dan diskriminasi di antara orang-orang yang terkena dampak. Ada tiga jenis stigma terkait lepra yaitu mengalami stigma, stigma yang dirasakan, dan stigma diri (C *et al.*, 2011). Stigma berpengalaman adalah stigma yang didapat seseorang dari suatu masyarakat, seperti dipulangkan dari pekerjaan, sekolah, perceraian, ditolak aksesnya ke transportasi umum, diskriminasi, dll. Stigma diri adalah perasaan seseorang terhadap diri sendiri yang membuat mereka jauh dari masyarakat yang akhirnya mendapat stigma. Stigma yang dirasakan adalah persepsi, harapan, atau ketakutan, atau kekhawatiran diskriminasi dan kesadaran akan sikap negatif yang akan dilakukan masyarakat terhadap dirinya sendiri jika seseorang mengalami kondisi tertentu (van Brakel *et al.*, 2012).

Depresi merupakan satu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pola

tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, *anhedonia*, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta rasa ingin bunuh diri. Risiko mengalami depresi akan meningkat sebesar 2,6 kali lipat pada orang yang memiliki suatu penyakit kronis dan tingkat depresi akan lebih tinggi tinggi pada penderita kusta daripada masyarakat umum akibat dari stigma negatif yang disebabkan oleh kusta (Tsutsumi *et al.*, 2004; Maharani, Widya Ayu Putri Astuti, Ida Srisurani Wiji Tyaswati, Justina Evy, 2018).

Di Indonesia, penyakit kusta masih distigma dan stigma tetap menjadi masalah serius. Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Unit Pelaksana Teknis Rehabilitasi Kusta di Desa Nganget, Kecamatan Singgahan, Kabupaten Tuban, Indonesia, 55,9% responden memiliki stigma negatif. Selain itu, penelitian yang dilakukan di lima wilayah di Indonesia menemukan bahwa sekitar 60% orang melaporkan pembatasan kegiatan dan pembatasan partisipasi dan 36% mengantisipasi stigma (van Brakel *et al.*, 2012).

Dalam sebuah penelitian di Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi stigma tenaga kesehatan terhadap penderita kusta. Salah satu variabel menyebutkan bahwa tingkat pendidikan juga berhubungan dengan stigma terhadap penderita kusta. Disebutkan bahwa, tenaga kesehatan yang memiliki pendidikan D3 memiliki stigma negatif terhadap penderita kusta lebih tinggi dibandingkan dengan tenaga kesehatan dengan tingkat pendidikan S2. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan sangat mempengaruhi stigma masyarakat terhadap penderita kusta (E.Ardianti, 2019).

Stigma pada penderita kusta tidak terlepas dari masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kusta. Bentuk dukungan masyarakat antara lain diwujudkan dengan tidak menjauhi, mencela, mengisolasi, maupun melakukan tindakan diskriminatif lainnya. Kajian tersebut mengidentifikasi semakin tinggi tingkat pengetahuan masyarakat makin besar pula dukungan yang diberikan. Dukungan masyarakat dibutuhkan baik untuk penderita kusta maupun mantan penyandang kusta. Hal ini dimaksudkan untuk mengikis stigma negatif tentang kusta. Adanya stigma negatif yang melekat pada kusta membuat penderita dan mantan penderita kusta mengalami hambatan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Stigma negatif tentang kusta memberi indikasi masih rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat serta persepsi masyarakat terhadap penderita kusta yang berimplikasi timbulnya sikap negatif yang berwujud perlakuan diskriminasi pada penderita kusta. (Sulidah, 2016).

Dalam sebuah penelitian di Puskesmas Banjar Agung, Desa Sidodadi, Kabupaten Lampung Selatan, sebanyak 52,1% masyarakat, dari seluruh responden yang di teliti, masih memberikan stigma negatif terhadap penderita kusta. Bahkan, dari 45,7% responden dengan pengetahuan baik mengenai kusta, sebanyak 17,4% memberikan stigma negatif kepada penderita kusta. Hal ini menunjukkan bahwa, tingkat pengetahuan sangat mempengaruhi stigma dari masyarakat. Hal ini juga sangat mempengaruhi bagaimana keberadaan penderita kusta dan eks penderita kusta di dalam lingkungan dan tingkat produktifitas penderita dan eks penderita kusta (Pribadi, 2016).

Tingkat pengetahuan seseorang sangat dipengaruhi oleh keterpaparan informasi. Sebuah informasi dapat diperoleh dari mana saja, mulai dari media sosial, buku, penelitian, bahkan keluarga atau teman. Dalam sebuah penelitian yang sama, di Kota Surabaya, menyebutkan bahwa keterpaparan informasi juga mempengaruhi stigma masyarakat terhadap penderita kusta. Dalam penelitian tersebut, disebutkan bahwa responden yang mendapatkan informasi yang banyak mengenai kusta cenderung memiliki stigma yang baik terhadap penderita kusta (E.Ardianti, 2019).

Tingkat pengetahuan dan pendidikan seseorang juga dipengaruhi oleh keterpaparan informasi terhadap suatu hal. Dalam sebuah penelitian di Kota Amhara dan Oromia, Etiopia, disebutkan bahwa ada signifikansi anatar keterpaparan informasi seseorang tentang kusta dan stigma negatif terhadap penderita kusta (Abeje *et al.*, 2016). Dalam penelitian lain di Kota Surabaya juga disebutkan bahwa masyarakat yang mendapatkan informasi dari berbagai media terkait kusta memiliki stigma yang baik terhadap penderita kusta (E.Ardianti, 2019).

Akibat dari rendahnya tingkat pengetahuan serta keterpaparan informasi terkait kusta ini juga menjadi akibat dari munculnya persepsi negatif yang berkembang di masyarakat. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Irawan (2019) disebutkan bahwa persepsi masyarakat mempengaruhi pandangan masyarakat penderita dan mantan penderita kusta. Tidak hanya itu, dalam beberapa kasus, tidak hanya penderita kusta, beberapa penderita penyakit menular lain pun mendapatkan stigma

dari masyarakat akibat persepsi yang dibangun oleh masyarakat. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Finnajakh, Meilani and Setiyawati (2019) disebutkan bahwa persepsi yang dibangun masyarakat mempengaruhi stigma masyarakat terhadap ODHA.

Dari latar belakang masalah yang telah dipaparkan, maka peneliti merasa tertarik untuk mencari tahu faktor apa saja yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta. Kelurahan Jongaya di pilih, khususnya pada Kelurahan Jongaya karena banyaknya penderita kusta di sana yang hidup berdampingan dengan masyarakat pada umumnya. Banyaknya stigma yang muncul akibat pandangan dan informasi masyarakat terkait kusta. Dari penelitian ini di harapkan dapat memberi informasi mengenai faktor yang mempengaruhi stigma masyarakat terhadap penderita kusta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan, maka dapat dirumuskan masalah apa saja yang menjadi faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini yaitu diketahui apa saja yang menjadi faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui hubungan tingkat pengetahuan masyarakat dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta.
- b. Diketahui hubungan keterpaparan informasi dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta.
- c. Diketahui hubungan persepsi sosial dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih dalam upaya menyelesaikan masalah stigma yang berkembang di masyarakat terhadap penderita kusta.

2. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan tambahan referensi terkait faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta sekaligus menjadi bahan konstruktif kedepannya bagi penelitian selanjutnya di dalam mengembangkan topik penelitian yang sama.

3. Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah sumbangan dalam bentuk bahan pemikiran dan atau masukan bagi pihak institusi kesehatan, Dinas Kesehatan, baik bagi lembaga pendidikan.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi terkait faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat terhadap penderita kusta sehingga masyarakat dapat mengubah pandangan mereka terhadap penderita kusta dan juga agar penderita kusta dapat sedikit lebih percaya diri dalam bersosialisasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kusta

1. Definisi Penyakit Kusta

Penyakit lepra atau yang biasa di sebut dengan penyakit kusta ditemukan di Norwegia pada tahun 1873. Kusta juga biasa disebut dengan *Morbus Hansen*, nama ini diambil dari nama belakang penemu penyakit ini yaitu dr. Gerhard Armauer Henrik Hansen. Istilah kusta sendiri berasal dari bahasa Sanskerta yaitu *kustha* yang berarti kumpulan manifestasi kulit secara umum (Kemenkes RI, 2018). Kusta merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, permukaan kulit, mukosa mulut, saluran pernapasan bagian atas, mata, tulang, otot, dan beberapa organ lain selain sistem saraf pusat (Efrizal, Lazuardi and Soebono, 2016).

Banyak masalah yang timbul dari penyakit kusta ini. Bukan hanya permasalahan kesehatan, tetapi juga di beberapa aspek. Pertama, permasalahan proses transmisi atau penularan kusta yang belum jelas hingga masa inkubasinya yang terbilang lama. Kedua, kecacatan permanen akibat penyakit ini yang menurunkan tingkat produktivitas penderita serta mantan penderita kusta. Ketiga, gangguan mental yang di alami penderita yang bukan hanya dari kecacatan yang dialami, melainkan juga dari stigma dan persepsi masyarakat. Hal ini mampu menyebabkan tingginya angka kemiskinan di sebuah negara (Tiwari *et al.*, 2019).

Dalam penelitian A. Muharry, 2014, disebutkan bahwa faktor risiko kejadian kusta adalah:

- a. Pendapatan ekonomi keluarga rendah
- b. Kebersihan perorangan yang buruk
- c. Pengetahuan yang kurang mengenai kusta
- d. Ada riwayat kontak serumah dengan penderita kusta
- e. Kondisi lingkungan rumah yang buruk
- f. Pada orang-orang yang berada di usia berkisar 30-50 tahun (Muharry, 2014).

2. Etiologi Penyakit Kusta

Kusta disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini merupakan bakteri gram positif, yang merupakan bakteri jenis basil tahan asam obligat intraseluler. Bakteri ini memiliki bentuk batang dengan membran sel lilin yang mengelilingi permukaannya. Bakteri ini memiliki panjang 1-8 μ , lebar 0,2-0,5 μ dan termasuk dalam bakteri aerob (memerlukan oksigen atau zat asam untuk bertumbuh) (Kemenkes RI, 2018).

Waktu perkembang biakan *M. leprae* terbilang cukup lama yaitu berkisar 2-3 minggu. Kuman kusta melakukan pembelahan selama 14-21 hari dengan lama inkubasi rata-rata 2-5 tahun. *M. leprae* ini dapat hidup hingga berhari-hari bahkan berbulan-bulan pada tempat yang memiliki tingkat kelembaban tinggi dan kurang cahaya matahari (Farrar *et al.*, 2014). Bakteri ini dapat mati di

bawah sinar UV dan panas, tetapi bakteri ini resisten dalam kondisi asam dan alkali (Clapasson and Canata, 2012).

3. Penularan Penyakit Kusta

Penularan kusta antar individu dapat melalui droplet atau kontak erat yang lama dengan penderita yang tidak menjalani pengobatan. Kontak tersebut dapat melalui eksudat dari kulit pasien yang mengalami lesi. Bakteri kusta yang masuk ke tubuh berupa droplet yang dikeluarkan pasien saat bersin atau batuk dan masuk ke dalam tubuh orang yang sehat melalui saluran pernapasan atau melalui luka terbuka di permukaan kulit. Kusta sangat sulit ditularkan karena penularannya dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu tipe penyakit kusta, kuman kusta, dan imunitas tubuh seseorang (Gelber, no date)

4. Patofisiologi Penyakit Kusta

Kuman kusta (*M. leprae*) masuk ke dalam tubuh manusia melalui sistem pernapasan atau melalui luka yang terbuka pada permukaan kulit. Kuman ini menuju ke sistem saraf dan masuk ke sel schwann. Bakteri selanjutnya berkembang biak dengan cara membelah diri selama 12-21 hari (Widoyono, 2011). Dengan protein pengikat laminin spesifik 21 kDa dan PGL-1, *M. leprae* menyerang sel schwann. Pada permukaan *M. leprae* yang terdapat PGL-1, glikonjugat yang juga terdapat di sana kemudian mengikat laminin-2 pada susunan sistem saraf perifer. Kemudian *M. leprae* mengikat *dystroglycan* (DG) yang merupakan reseptor sel schwann sehingga mengakibatkan degenerasi saraf secara dini (Bhat and Prakash, 2012). Bakteri kusta yang

sebelumnya menyerang system saraf tepi, kemudian menyerang kulit, mukosa mulut, saluran pernapasan bagian atas dan organ tubuh lain (Maksum Radji, 2010).

Tubuh memiliki sistem kekebalannya sendiri, diantaranya makrofag dan limfosit. Fagositosis makrofag terhadap kuman *M.leprae* dilakukan oleh salah satu jenis sel darah putih, yaitu monosit. Monosit ini berperan sebagai reseptor komplemen CR1 (CD35), CR3 (CD11b/CD18) dan CR4 (CD11c/CD18). Secara histopatologis, pada lesi kulit pada pasien kusta mengandung jumlah sel T dan CD8+ lebih banyak, tidak terbentuk granuloma, jumlah bakteri tinggi, dan epidermis yang rata. Jumlah bakteri dari pasien yang baru di diagnosis dapat mencapai 1.012 bakteri per gram jaringan. Pasien dengan kusta LL memiliki rasio CD4 dan CD8 berkisar 1:2 dengan respon Th2 dominan dan jumlah antibody kuman *M. leprae* yang cukup tinggi (Bhat and Prakash, 2012).

5. Reaksi Penyakit Kusta

Reaksi kusta adalah suatu periode mendadak dalam perkembangan penyakit kusta yang merupakan suatu reaksi kekebalan (*cellular response*) dan reaksi antigen serta antibodi yang merugikan penderitanya. Reaksi ini dapat terjadi pada penderita sebelum mendapat pengobatan, dalam masa pengobatan, atau setelah pengobatan. Reaksi tersebut sering terjadi 6-12 bulan sesudah pengobatan dimulai. Terdapat dua tipe reaksi kusta yaitu:

a. Reaksi tipe 1

Reaksi ini dibedakan menjadi 2 yaitu reaksi ringan dan reaksi berat. Jika reaksi ini tidak ditangani dengan tepat dapat menimbulkan kelumpuhan yang permanen seperti *drop-hand* dan *drop-foot*. Adapun gejala dari reaksi tipe 1 ini yaitu:

Tabel 2.1 Gejala Pada Reaksi Kusta Tipe 1

Gejala pada	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi Kulit	Bertambah aktif, menebal, merah, terasa panas, dan nyeri saat ditekan	Lesi membesar sampai pecah, terasa panas, dan nyeri saat ditekan.
Saraf Tepi	Macula yang tebal dan dapat membentuk plaque.	Ada lesi kulit baru, tangan dan kaki membesar, terasa sakit pada persendian
Keadaan Umum	Tidak ada neuritis, penebalan saraf dan gangguan fungsi ringan sampai berat. Tidak demam.	Ada neuritis, saraf menebal, nyeri saat ditekan dan gangguan saraf, demam ringan sampai berat.

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

b. Reaksi Tipe 2

Reaksi ini terjadi pada penderita kusta tipe *Multi basiler* (MB) dan bersifat humoral. Keadaan reaksi ini juga dibedakan menjadi dua reaksi yaitu reaksi ringan dan berat. Adapun gejala dari reaksi tipe 2 ini yaitu:

Tabel 2.2 Gejala Pada Reaksi Kusta Tipe 2

Gejala pada	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Lesi Kulit	<i>Erythema nodosum leprosum</i> , nyeri sedikit, biasanya akan hilang dengan sendirinya selama 2-3 hari	<i>Erythema nodosum leprosum</i> , nyeri tekan ada yang sampai pelepas (ulseratif) dengan jumlah yang banyak dan berlangsung lama

Tabel 2.2 (Lanjutan)

Gejala pada	Reaksi Ringan	Reaksi Berat
Saraf Tepi	Tidak ada neuritis (penebalan saraf) dan gangguan lain	Ada neuritis, saraf menebal, nyeri tekan, serta gangguan fungsi
Keadaan Umum	Tidak ada demam atau demam ringan saja	Demam ringan sampai berat
Organ Tubuh	Tidak ada gangguan	Gangguan pada mata (<i>iridocyclitis</i>), testis (<i>epididymorchitis</i>), ginjal (<i>nephritis</i>), sendi (<i>arthritis</i>), gangguan pada tulang, kulit, dan tenggorokan

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

6. Diagnosis Penyakit Kusta

Untuk penegakan diagnosis kusta, pemeriksaan klinis yang dilakukan meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang. Anamnesis dilakukan secara rinci terkait riwayat pasien. Riwayat yang dimaksud merupakan riwayat yang menyangkut tanda dan gejala kusta seperti riwayat bercak maupun riwayat pengobatan kusta sebelumnya. Dalam pemeriksaan fisik, dilakukan pemeriksaan meliputi pemeriksaan kulit, pemeriksaan raba (indra peraba), pemeriksaan fungsi saraf tepi, serta pemeriksaan kekuatan otot. Untuk pemeriksaan penunjang, dilakukan pemeriksaan *slit-skin smear* untuk mencari BTA (bakteri *M. leprae*). Pemeriksaan ini sangat berguna untuk mendiagnosis kusta jika pemeriksaan anamnesis dan pemeriksaan fisik meragukan (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012).

Diagnosis penyakit kusta dapat ditegakkan jika pasien memiliki salah satu tanda utama (*cardinal sign*) pada saat pemeriksaan klinis. Tanda utama penyakit kusta adalah: 1) *hypopigmentation* (lesi bercak putih), *eritema* (kemerahan), atau mati rasa; 2) penebalan saraf disertai gangguan fungsi saraf seperti mati rasa (gangguan sensorif), kelemahan, kelumpuhan (gangguan motoris), kulit kering, retak-retak (gangguan fungsi otonom); serta adanya basil tahan asam (BTA; *M. leprae*) yang ditemukan pada pemeriksaan *slit-skin smear* (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012).

7. Klasifikasi Penyakit Kusta

Untuk menentukan jenis dan lamanya pengobatan penyakit kusta, waktu penderita dinyatakan RFT dan perencanaan logistik. Pedoman yang didalam pengklasifikasian kusta yaitu hasil dari *slit-skin smear*, jumlah bercak (kesi) pada kulit, serta berapa besar kerusakan syaraf yang terjadi (World Health Organization (WHO), 2015). Dalam pengklasifikasian kusta, ada beberapa versi yang di kemukakan yaitu klasifikasi *Madrid*, klasifikasi *Ridley-Jopling*, dan klasifikasi WHO (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012).

a. Klasifikasi *Madrid*

Klasifikasi ini merupakan klasifikasi yang dilaksanakan di Madrid pada tahun 1953 yang terbentuk dari sebuah kongres yang juga di laksanakan di Madrid. Adapun pengklasifikasiannya yaitu:

1) *Intermediate* (I)

- 2) *Tuberkuloid* (T)
- 3) *Borderline-Dimorphous* (B)
- 4) *Lepromatosa* (L)

b. Kalsifikasi *Ridley-Jopling*

Pengklasifikasian ini dibuat oleh Ridle dan Jopling pada tahun 1962.

Pengklasifikasian ini berdasarkan aspek klinis, aspek histopatologis, respon imun, dan jumlah bakteri. Adapun pengklasifikasiannya yaitu:

- 1) *Tuberkuloid* (TT)
- 2) *Borderline-Tuberkuloid* (BT)
- 3) *Mid-Borderline* (BB)
- 4) *Borderline-Lepromatous* (BL)
- 5) *Lepromatous* (LL)

Tabel 2.3 Klasifikasi Penyakit Kusta Menurut *Riddle-Jopling*

Observasi atau Tes	Klasifikasi Kusta				
	TT	BT	BB	BL	LL
Jumlah Lesi	Biasanya 1	1 atau beberapa	Beberapa	Banyak	Sangat banyak
Ukuran Lesi	Bervariasi	Bervariasi	Bervariasi	Bervariasi	Kecil
Permukaan Lesi	Sangat kering, kadang-kadang bersisik	Kering	Sedikit Licin	Licin	Licin
Sensasi Pada Lesi	Tidak ada sensasi	Sangat berkurang	Sedikit berkurang	Sedikit berkurang	Tidak terpengaruh
Pertumbuhan Rambut Pada Lesi	Tidak ada	Sangat berkurang	Sedikit berkurang	Sedikit berkurang	Tidak terpengaruh

Tabel 2.3 (Lanjutan)

Observasi atau Tes	Klasifikasi Kusta				
	TT	BT	BB	BL	LL
<i>Acid Fast Baccili</i> (AFP) Pada Hembusan Nafas	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Sangat banyak
Tes Lepromin	Positif kuat	Positif lemah	Negatif	Negatif	Negatif

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

c. Klasifikasi menurut WHO

Menurut *World Health Organization* (WHO), terdapat 2 jenis penyakit kusta yaitu *pausi basiler* (PB) dan *multi basiler* (MB). Pengklasifikasian ini berdasarkan hasil pemeriksaan BTA melalui pemeriksaan kerokan jaringan kulit (*slit-skin smear*). Adapun pengklasifikasiannya yaitu:

Tabel 2.4 Klasifikasi Penyakit Kusta Menurut WHO

Tanda Utama	<i>Pausi Bacillary</i>	<i>Multi Bacillary</i>
Penebalan saraf tepi (gangguan fungsi berupa berkurang/mati rasa atau kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang bersangkutan)	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf
Sediaan apusan Barcak (makula)	BTA Negatif	BTA Positif
1) Ukuran	Kecil dan Besar	Besar-besar
2) Jumlah	1-5	>5
3) Distribusi	Unilateral atau bilateral	Bilateral asimetris
4) Konsistensi	Kering dan kasar	Halus, berkilat
5) Batas	Tegas	Kurang jelas
6) Mati rasa pada bercak	Jelas	Biasanya kurang jelas
7) Deformitas	Proses terjadi cepat	Terjadi pada tahap lanjut

Tabel 2.4 (Lanjutan)

Tanda Utama	<i>Pausi Bacillary</i>	<i>Multi Bacillary</i>
Ciri-Ciri	Penyembuhan di tengah	Lesi berbentuk seperti donat, madarosis, ginekomastis, hidung pelana, wajah singa
Mobulus	Tidak ada	Kadang ada
Deformitas	Terjadi sejak dini	Terjadi lambat

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

8. Kecacatan Penyakit Kusta

Menurut WHO dalam (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012), kecacatan kusta terdiri atas 3 tingkatan yaitu:

Tabel 2.5 Tingkat Kecacatan Kusta

Tingkat	Mata	Tangan/Kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta, penglihatan masih normal	Tidak ada anastesi, tidak ada cacat yang terlihat akibat kusta
1	Ada kelainan mata akibat kusta, penglihatan kurang terang (dapat menghitung jari pada jarak 6 meter	Ada anastesi tetapi tidak ada cacat yang terlihat
2	Penglihatan sangat kurang terang (tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter	Ada cacat yang terlihat akibat kusta, misalnya ulkus, jari kiting, kaki simper

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

9. Pengobatan Penyakit Kusta

Pengobatan kusta bertujuan untuk membunuh kuman kusta sehingga rantai penularan kusta dapat di putus. Eselain itu, pengobatan juga bertujuan untuk mencegah resistensi obat, memperpendek masa pengobatan, meningkatkan keteraturan minum obat, serta mencegah bertambahnya kecacatan akibat kusta. Hingga saat ini belum ada vaksin yang secara spesifik mencegah penyakit

kusta. Kemudian, pada tahun 1982, WHO mengemukakan bahwa pengobatan penderita kusta dapat dilakukan dengan menggunakan *Multy Drug Therapy* (MDT) yang mengkombinasikan dua atau lebih obat yaitu Rifampicin, Dapsone, dan Clofazimine. Pengobatan ini disesuaikan dengan klasifikasi penyakit kusta yang diderita serta usia penderita kusta (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012).

Ada beberapa kelompok penderita kusta yang membutuhkan MDT, diantaranya adalah:

- Penderita yang terdiagnosis kusta dan belum pernah melakukan MDT sebelumnya.
- Penderita ulangan yaitu penderita yang mengalami relaps, masuk kembali setelah default (PB atau MB), serta pindahan dan berganti tipe kusta.

Tabel 2.6 Pengobatan Kusta Tipe PB

Jenis Obat	<5 Tahun	5-9 Tahun	10-15 Tahun	>15 Tahun	Keterangan
Rifampicin	Berdasarkan berat badan	300 mg/bulan	450 mg/bulan	600 mg/bulan	Minum di depan petugas
Dapsone		25 mg/bulan	50 mg/bulan	100 mg/bulan	Minum di depan petugas
		100 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

Tabel 2.7 Pengobatan Kusta Tipe MB

Jenis Obat	<5 Tahun	5-9 Tahun	10-15 Tahun	>15 Tahun	Keterangan
Rifampicin	Berdasarkan berat badan	300 mg/bulan	450 mg/bulan	600 mg/bulan	Minum di depan petugas

Tabel 2.7 (Lanjutan)

Jenis Obat	<5 Tahun	5-9 Tahun	10-15 Tahun	>15 Tahun	Keterangan
Dapsone	Berdasarkan berat badan	25 mg/bulan	50 mg/bulan	100 mg/bulan	Minum di depan petugas
		100 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah
Clofazimine		100 mg/bulan	150 mg/bulan	300 mg/bulan	Minum di depan petugas
		50 mg 2 kali seminggu	50 mg 2 kali seminggu	50 mg/hari	Minum di rumah

Sumber : (Kemenkes RI, 2018)

Dosis bagi anak usia dibawah 5 tahun:

- Rifampicin : 10-15 mg/kg BB
- Dapsone : 1-2 mg/kg BB
- Clofazimine : 1 mg/kg BB

Apabila penderita kusta telah menyelesaikan regimen pengobatan, penderita tersebut disebut dengan *Release From Treatment* (RFT). Seorang RFT ini masih harus terus dilakukan pemantauan, untuk penderita tipe PB selama 2 tahun dan untuk penderita MB selama 5 tahun. Penderita kusta akan di sebut sebagai *Release From Control* (RFC) apabila telah melalui masa pemantauan.

Menurut (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012), obat MDT juga memiliki beberapa efek samping, diantaranya:

- a. Rifampisin : Masalah ringan yaitu air seni berwarna merah, penanganannya dengan cara menenangkan penderita dan memberi konseling. Untuk masalah berat yaitu alergi urtikaria, ikterus (kuning), shock, purpura, dan gagal ginjal, penanganannya yaitu dengan menghentikan pengobatan rifampisin dan di rujuk.
- b. Clofazimin : Masalah yang muncul yaitu masalah ringan dengan tanda perubahan warna kulit menjadi coklat, penanganannya dalah dengan melakukan konseling.
- c. Dapson : Masalah ringan yang muncul yaitu anemia, penganan untuk masalah ini yaitu dengan memberikan tablet Fe dan Asam Folat. Untuk masalah berat yaitu ruam kulit yang gatal dan alergi urtikaria, penanganannya yaitu dengan menghentikan pengobatan dapson dan di rujuk.
- d. Masalah ringan yang muncul akibat mengkonsumsi ketiga obat tersebut yaitu masalah gastrointestinal, untuk penanganannya obat diminum bersamaan dengan makanan (atau setelah makan).

B. Tinjauan Umum Tentang Stigma

1. Definisi Stigma

Stigma berasal dari bahasa Yunani yang berarti tanda pada kulit penjahat, budak, atau penghianat sebagai identitas diri mereka atau orang yang tercemar secara moral. Lalu, istilah stigma ini dipakai pada atribut-atribut atau hal-hal yang dianggap memalukan (Sermrittirong and Van Brakel, 2014). Erving

Goffman (1963) mengartikan stigma sebagai “atribut yang sangat mendiskreditkan” dan identik dengan orang yang tercemar. Elemen yang membentuk stigma yaitu elemen pelabelan, *stereotype*, pemisahan, kehilangan status, dan diskriminasi (Link and Phelan, 2001).

Stigma merupakan isyarat atau sebuah tanda yang diberikan seseorang kepada orang lain yang dianggap sebagai suatu gangguan atau seseorang yang dianggap berbeda dari orang tersebut. Orang-orang yang diberi stigma biasanya adalah orang yang dianggap berbahaya, cacat, atau kekurangan dibandingkan dengan orang-orang pada umumnya. Stigma pada masyarakat pada umumnya melalui proses interpretasi terhadap penyimpangan norma, pendefinisian yang dianggap menyimpang, dan pada akhirnya masyarakat akan memberikan tindakan diskriminasi. Terdapat 3 jenis stigma berdasarkan kondisi stigmasi, diantaranya yaitu kebencian terhadap tubuh (kecacatan atau disabilitas), mencela karakter individu (gangguan mental atau pengangguran), serta identitas keagamaan atau kesukuan (agama, ras, dan kewarganegaraan) (Julia Garamina, 2017).

The International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) (2011) mendefinisikan stigma sebagai respon negatif terhadap perbedaan manusia pada tanda atau perbedaan dalam perilaku yang terlihat jelas atau terlihat samar (Adhikari *et al.*, 2014). Stigma yang terkait dengan kusta berasal dari tingkat kepercayaan sosial budaya yang kurang rasional dan menghambat semua aspek pengendalian kusta. Pasien yang terkena kusta cenderung menyembunyikan

kondisi mereka dan tidak mencari atau mematuhi pengobatan karena takut akan penolakan sosial. Akibatnya, deteksi kasus dini terhambat sehingga menyebabkan kecacatan yang permanen (Wijeratne and Østbye, 2017).

2. Penyebab Stigma

Stigma di dasari oleh beberapa hal. Banyak pengemuka menyebutkan beberapa dasar penyebab kusta. Menurut Butt *et al.* (2010) stigma dapat terjadi pada 4 tingkatan yaitu:

- a. Diri, stigmasi diri merupakan berbagai mekanisme internal yang dibuat oleh diri sendiri.
- b. Masyarakat. Stigmasi dari masyarakat dapat di wujudkan dalam beberapa hal seperti gossip, pengasingan dan pelanggaran pada tingkat budaya dan masyarakat.
- c. Lembaga. Dalam lembaga, stigma disebutkan sebagai tindakan diskriminasi dalam sebuah lembaga. Hal ini terlihat ketika penderita kusta dirawat secara terpisah dalam sebuah lingkup pelayanan kesehatan.
- d. Struktur. Dalam keadaan yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, dan kolonialisme yang terus menerus mendiskriminasi suatu kelompok tertentu.

Selain itu, menurut Sermittirong and Van Brakel (2014), ada beberapa hal yang dapat menyebabkan stigma pada penderita kusta yaitu sebagai berikut:

- a. Kepercayaan tentang penyebab stigma. Setiap daerah pasti memiliki kepercayaan yang berbeda-beda terhadap sebuah keadaan atau penyakit. Suatu daerah percaya bahwa penyebab dari kusta yaitu kutukan dari Tuhan

akibat kesalahan atau kelalaian yang dilakukan sebelumnya. Masyarakat sekitar akan cenderung akan menghindari penderita kusta karena dianggap dosa dan mereka tidak ingin mendapat murka dari Tuhan.

- b. Manifestasi eksternal. Manifestasi klinis dari kusta merupakan hal utama dari munculnya stigma. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Nagaraja, Khan and Bhat (2011) mengemukakan bahwa kecacatan merupakan faktor risiko stigma.
- c. Agama. Kusta dianggap sebagai kutukan, hal ini telah ada dari zaman kuno. Ada sebuah agama yang menafsirkan bahwa kusta merupakan sebuah hukuman.
- d. Keyakinan masyarakat akan penyakit kusta. Keyakinan dan kepercayaan masyarakat tentang penyakit kusta yang tidak dapat disembuhkan karena manifestasi klinis dari penyakit ini. Penderita kusta yang mengalami kelainan dianggap tidak sembuh karena kecacatan yang mereka bawa serta reaksi kusta yang terjadi setelah dinyatakan sebagai RFT.
- e. Ketakutan. Rasa takut masyarakat akan penularan kusta menjadi salah satu penyebab stigma terhadap penderita kusta. Ketakutan ini ditandai dengan masyarakat yang menjaga jarak pada penderita kusta terutama pada anak-anak penderita. Bahkan beberapa masyarakat percaya bahwa kusta bahkan bisa menular melalui makanan dan kotoran penderita kusta.
- f. Bau. Bau atau aroma tubuh penderita kusta juga memiliki aroma yang khas akibat dari ulkus yang muncul. bau yang tercium terasa tidak sedap dan

membuat malu. Hal ini juga yang membuat masyarakat melakukan stigmasi kepada penderita kusta dan penderita kusta menjadi hilang percaya diri.

- g. *Self-stigmatization*. Penderita kusta kerap kali menjadi malu terhadap penyakit yang dideritanya akibat dari gejala yang nampak dan kelainan bentuk tubuh. Penderita kusta mengisolasi diri mereka dari masyarakat karena kepercayaan mereka bahwa penyakit yang mereka derita memalukan dan harus di sembunyikan.

3. Dimensi Stigma

Menurut Link and Phelan (2001), dimensi stigma terdiri atas 4 yaitu:

- a. *Labeling*. Pemberian label atau penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki oleh anggota dari kelompok tertentu. Masyarakat akan membedakan penderita kusta dengan individu lainnya karena adanya perubahan fisik yang dialami oleh penderita kusta.
- b. *Stereotype*. Kepercayaan atau keyakinan mengenai karakteristik dari anggota kelompok tertentu. Penderita kusta akan diidentikkan dengan latar belakang budaya yang cenderung negatif, seperti tanggapan bahwa kusta adalah penyakit kutukan Tuhan. Bukan karena itu saja, penyakit kusta juga diidentikkan sebagai penyakit yang menimbulkan kecacatan, mudah menular, berbahaya, dan tidak dapat disembuhkan.
- c. *Separation*. Pemisahan yang dilakukan masyarakat antara pihak yang memberi stigma dengan kelompok yang mendapatkan stigma. Pemisahan

ini menyebabkan tidak terbentuknya *caring* antara masyarakat dan penderita kusta.

- d. Diskriminasi. Sebuah komponen perilaku negatif terhadap individu satu dengan individu yang lain karena individu tersebut bukan merupakan anggota kelompok tertentu

4. Dampak Stigma

Menurut Lusli *et al.* (2015), dampak stigma terhadap kehidupan penderita kusta terjadi pada 4 domain, yaitu:

- a. Domain Emosi.

Domain emosi ini merupakan perasaan seperti ketakutan, depresi, kesedihan, malu, kecemasan, rasa bersalah, harga diri yang rendah, kemarahan, keputusasaan, atau ketidakmampuan untuk mengekspresikan perasaan.

- b. Domain Pikiran

Penggambaran dampak pada pikiran negatif, pesimis, dan keyakinan tentang diri dan masa depan merupakan isi dari domain pikiran.

- c. Domain Perilaku.

Domain ini dipengaruhi oleh emosi serta pikiran seseorang yang mempengaruhi cara orang bereaksi dan berperilaku. Hal ini mengakibatkan

kurangnya kepercayaan, mengasingkan diri, menjauhkan diri dari kehidupan sosial, serta isolasi diri.

d. Domain Hubungan.

Dampak dari domain ini adalah hubungan yang digambarkan sebagai penolakan, isolasi, serta tembatasan partisipasi sosial. Penelitian telah menunjukkan bahwa penyakit kusta memiliki efek negatif pada kualitas hidup pasien. Penyakit ini mempengaruhi hubungan sosial, pernikahan, pekerjaan, dan hubungan pribadi lain. Dampak yang timbul akibat stigma juga tidak hanya berimbas pada penderita tetapi juga pada keluarga serta program kesehatan yang penderita sedang jalani (Adhikari *et al.*, 2014).

C. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil olah dari alat indera baik penglihatan atau pendengaran terhadap suatu objek, sehingga menghasilkam sesuatu yang diketahui (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan mempunyai intensitas atau tingkat pengetahuan yang berbeda-beda. Secara garis besar, tingkat pengetahuan dibagi atas 6 yaitu :

1) *Know* (Tahu)

Tahu berarti mengingat materi yang sebelumnya telah dipelajari atau dikatakan sebagai mengingat kembali (*review*) sesuatu secara spesifik yang sebelumnya pernah diterima.

2) *Comprehention* (Memahami)

Memahami adalah kemampuan dalam menjelaskan secara detail mengenai objek yang dan dapat menginterpretasikannya secara benar.

3) *Aplication* (Mengaplikasikan)

Mengaplikasikan adalah apabila seseorang telah memahami suatu objek yang dimaksud serta dapat mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi lain.

4) *Analysis* (Menganalisa)

Analisis merupakan kemampuan dalam menjabarkan materi dalam komponen-komponen yang berkaitan antara satu dengan yang lain. Analisis dilihat dari penggunaan kata kerja seperti: menggambarkan, membedakan, mengelompokkan, dan lain-lain.

5) *Synthesis* (Sintesis)

Sintesis merupakan kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula yang telah ada lalu menghubungkannya dalam satu bentuk keseluruhan baru.

6) *Evaluation* (Evaluasi)

Evaluasi merupakan kemampuan dalam melakukan penilaian terhadap suatu objek. Penilaian yang dimaksud merupakan penilaian yang dilakukan sesuai dengan kriteria-kriteria yang ada.

D. Tinjauan Umum Tentang Keterpaparan Informasi

Informasi merupakan data yang dapat diolah menjadi sebuah bentuk yang bagi penerimanya bermanfaat dalam hal pengambilan keputusan baik saat ini maupun saat mendatang. Informasi merupakan kumpulan data yang diolah menjadi lebih menarik dan berarti bagi yang menerima (Kadir, 2003). Informasi merupakan data yang diproses menjadi bentuk yang berguna bagi penggunanya. Dalam beberapa pengambilan keputusan, informasi akan lebih mudah dikomunikasikan sebagai salah satu bentuk pertimbangan dalam pengambilan keputusan (Yusup, 2009)

Pernah diterima atau tidaknya informasi tentang kesehatan kepada masyarakat menentukan perilaku masyarakat terhadap kesehatan. Informasi dapat diterima dari sumber manapun, baik secara langsung maupun tidak langsung. Keterpaparan informasi dapat dikategorikan menjadi 2 yaitu:

- a. Keterpaparan informasi baik, jika pernah menerima informasi dalam 2 tahun terakhir sebanyak >2kali baik dari petugas kesehatan, kader TV, radio, leaflet, poster, atau yang lainnya.
- b. Keterpaparan informasi kurang baik jika tidak pernah menerima informasi dalam 2 tahun atau pernah tetapi <2 kali baik dari petugas kesehatan, kader, TV, radio, leaflet, poster, atau yang lainnya.

Sumber informasi ialah segala hal yang dapat dijadikan sebagai alat untuk memperoleh informasi. Sumber informasi memiliki ciri-ciri yaitu dapat dilihat, dibaca, diteliti, dipelajari, dikaji, serta di analisa. Jenis-jenis sumber informasi diantaranya (Kadir, 2003):

- a. *Visual* yaitu sumber informasi yang dapat dilihat oleh indra penglihatan, serta dapat dibentuk dan digambarkan.
- b. *Audio* yaitu sumber informasi yang dapat diperoleh melalui indra pendengaran, yang diterima dalam bentuk suara.
- c. *Audiovisual* yaitu sumber informasi yang dapat diperoleh baik melalui indra pendengaran maupun indra penglihatan.

E. Tinjauan Umum Tentang Persepsi Sosial

Chaplin (2004) menyebutkan bahwa persepsi merupakan sebuah proses pengenalan suatu objek dengan indera yang secara umum dianggap sebagai faktor yang merangsang cara belajar, keadaan psikis, suasana hati, dan faktor motivasional. Dengan demikian, persepsi setiap individu akan berbeda akibat dari situasi dan keadaan yang juga berbeda. Hal ini disebabkan karena apa yang panca indera tangkap tidak langsung diartikan sama dengan realitasnya. Dari hasil penangkapan panca indera menimbulkan persepsi yang mengakibatkan seseorang melakukan aktivitas atau sikap-sikap tertentu. Jadi, persepsi dapat dikatakan sebagai proses pemaknaan atau pemberian arti terhadap stimulus dari lingkungan yang diterima oleh alat indera.

Perbedaan tiap individu dalam memberikan pemaknaan terhadap sebuah informasi ini disebabkan oleh faktor yang mempengaruhi proses pemaknaan tersebut. Menurut Walgito (2003) faktor yang mempengaruhi munculnya persepsi ada 2 yaitu faktor internal dimana persepsi muncul dari dalam individu itu sendiri dan faktor eksternal dimana persepsi dipengaruhi oleh faktor stimulus dari luar

seperti lingkungan dimana persepsi itu berlangsung. Menurut Davidoff (1981) persepsi juga sangat dipengaruhi oleh harapan, keinginan, dan motivasi. Hal ini sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, pengalaman, serta penilaian seseorang terhadap suatu objek.

Sedangkan, menurut Robbins (2006) perbedaan persepsi seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1. Orang yang melakukan persepsi.

Hal ini berasal dari dalam diri individu tersebut, yaitu sikap individu terhadap objek yang diberi persepsi dan motif atau keinginan yang belum terpenuhi juga dapat mempengaruhi persepsi yang muncul,. selain itu, pengalaman dan harapan yang dipersepsikan atau dengan kata lain seseorang akan akan mempersepsikan sebuah objek sesuai dengan apa yang diharapkan.

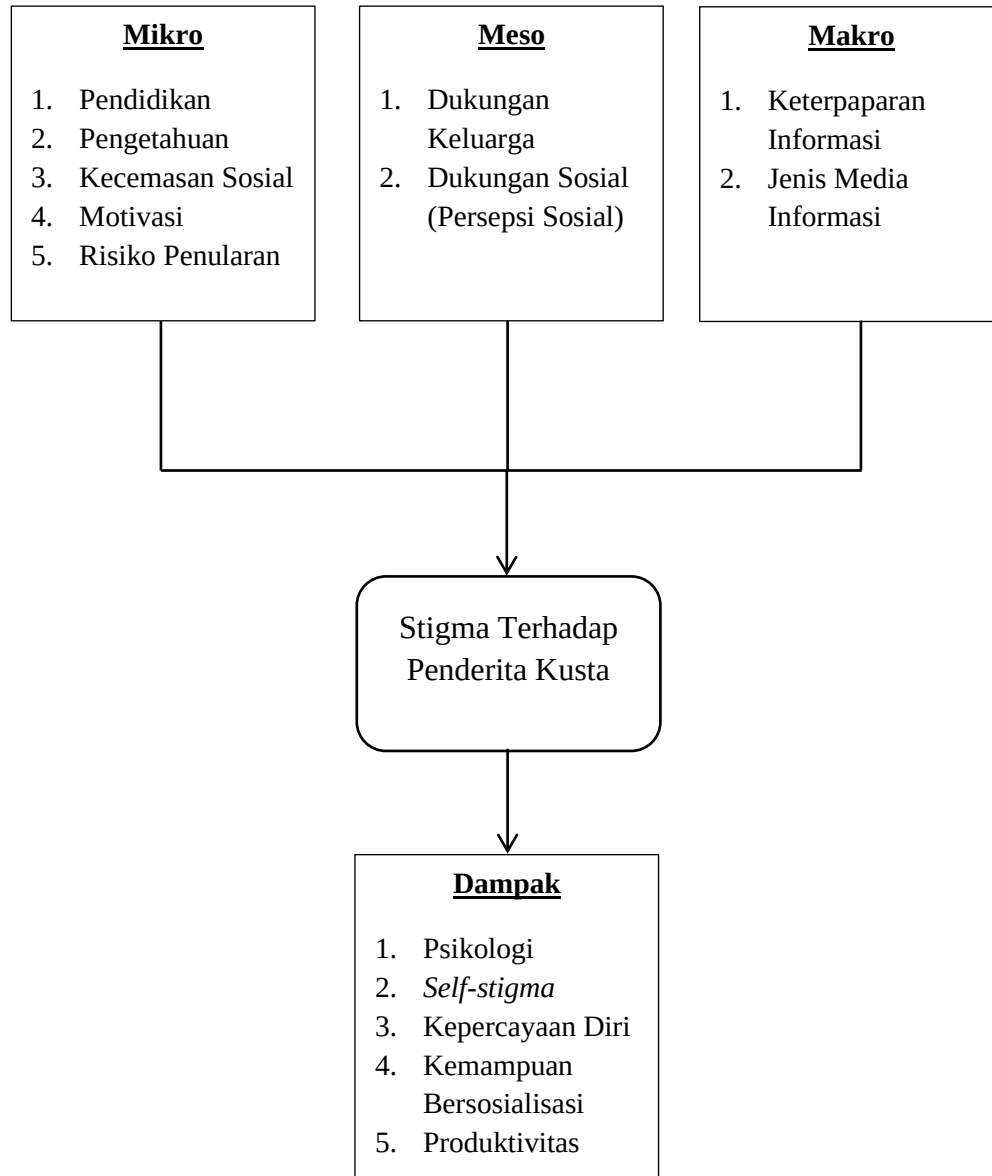
2. Target dan objek persepsi.

Karakter dari objek yang dipersepsikan juga dapat mempengaruhi apa yang dipersepsikan. Karakter tersebut dapat berupa karakter yang baik secara personal sikap ataupun tingkah laku dapat berpengaruh terhadap orang yang mempersepsikan.

Mempersepsikan suatu objek tidak terjadi begitu saja, ada unsur yang dapat mempengaruhi munculnya persepsi. Menurut Chaplin (2004) proses timbulnya sebuah persepsi dimulai dengan perhatian yang merupakan proses pemahaman yang selektif orang terlebih dulu menentukan apa yang dapat diperhatikan. Dengan

memusatkan perhatian akan lebih memungkinkan bagi individu memperoleh makna dari apa yang ditangkap lalu dihubungkan dengan dengan apa pengalaman dimasa lalu.

F. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Penyederhanaan Kerangka Teori *Framework Integrating Normative Influence on Stigma (FINIS)* (Pescosolido et al., 2008 dalam E.Ardianti, 2019)