

**HUBUNGAN PENGETAHUAN MASYARAKAT DENGAN STIGMA
NEGATIF PENDERITA KUSTA DI KECAMATAN PANJANG
KOTA BANDAR LAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh:
Zahra Qori Azizza
2018011058**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2024**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN MASYARAKAT DENGAN
STIGMA NEGATIF PENDERITA KUSTA
DI KECAMATAN PANJANG
KOTA BANDAR LAMPUNG**

Oleh:
Zahra Qori Azizza
2018011058

Skripsi

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA KEDOKTERAN**

Pada

**Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2024**

Judul Skripsi : **HUBUNGAN PENGETAHUAN
MASYARAKAT DENGAN STIGMA
NEGATIF PENDERITA KUSTA DI
KECAMATAN PANJANG KOTA BANDAR
LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Zahra Qori Azizza

Nomor Pokok Mahasiswa : 2018011058

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran

MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing

Pembimbing I



**dr. Dwi Indria Anggraini, M. Sc.,
Sp. KK., FINSDV.**
NIP. 19812410812006042003

Pembimbing II



**Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M.
Kes., AIFO-K.**
NIP. 197402262001122002

2. Dekan Fakultas Kedokteran

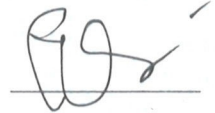


Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP. 19760120200312200

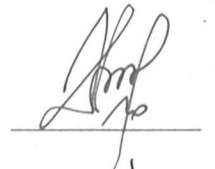
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : **dr.Dwi Indria Anggraini, M. Sc., Sp. KK., FINSDV.**



Sekretaris : **Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M. Kes., AIFO-K.**



Penguji

Bukan Pembimbing : **Dr. dr. Hendra Tarigan Sibero, M. Kes., Sp. KK., FINSDV.**



2. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. dr. Evi Kurniawaty, S.Ked., M.Sc.
NIP. 197601202003122001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: **16 Januari 2024**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Skripsi dengan judul “**HUBUNGAN PENGETAHUAN MASYARAKAT DENGAN STIGMA NEGATIF PENDERITA KUSTA DI KECAMATAN PANJANG KOTA BANDAR LAMPUNG**” adalah hasil karya saya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam akademik atau yang dimaksud dengan plagiarisme.
2. Hak intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila dikemudian hari ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 23 Januari 2024

Pembuat pernyataan,



Zahra Qori Azizza

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Kota Metro Provinsi Lampung pada tanggal 03 Januari 2002, merupakan anak kedua dari dua bersaudara, dari Bapak Syaifuddin dan Ibu Sunarti.

Penulis mulai menempuh pendidikan pada Taman kanak-kanak (TK) pada tahun 2007 di TK PGRI Desa Sumberhadi. Selanjutnya menempuh pendidikan Sekolah Dasar (SD) di SDN 1 Sumberhadi pada tahun 2008 sampai 2014, Sekolah Menengah Pertama (SMP) di SMPN 1 Metro pada tahun 2014 sampai 2017, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) di SMA 7 Yogyakarta pada tahun 2017 sampai 2020.

Setelah menempuh 3 tahun pendidikan di tingkat SMA, pada tahun 2020 penulis diterima sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi Negeri (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa penulis pernah aktif sebagai anggota dan pengurus organisasi PMPATD PAKIS Rescue Team dan member dari SCORP CIMSA FK Unila. Selain itu, penulis juga pernah berkontribusi aktif dalam program kerja kedua organisasi tersebut dan juga beberapa acara internal FK Unila seperti, Diesnatalis FK Unila ke-19, dll.

“Kelak Allah Memberikan Kemudahan Setelah Kesulitan”

(QS. Ath-Thalaq:7)

Bismillahirrahmanirrahim, segala puji bagi Allah SWT, Rabb bagi semesta alam. Shalawat dan Salam yang selalu tercurah kepada Nabi Muhammad SAW. Skripsi ini ku persembahkan untuk Ibu, Bapak, Mas Akbar, keluarga besar, dan orang-orang di sekelilingku yang terus menerus mendukung dan mendoakanku.

SANWACANA

Alhamdulillahirrabbi'l'amin, puji syukur penulis ucapkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas rahmat dan hidayah-Nya skripsi ini dapat diselesaikan. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad Shalallahu 'Alaihi Wasallam, dan semoga kita kelak mendapatkan syafaatnya di yaumul akhir. Skripsi ini berjudul **“Hubungan Pengetahuan Masyarakat dengan Stigma Negatif Penderita Kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung”** adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kedokteran di Universitas Lampung.

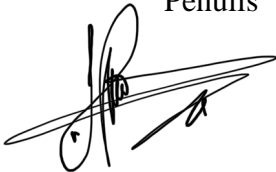
Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan masukan, bantuan, dorongan, saran, bimbingan, dan kritik dari berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., IPM., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M. Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. dr. Dwi Indria Anggraini, M.Sc., Sp.KK., FINSVD selaku Pembimbing Pertama atas kesediaannya meluangkan waktu disela-sela kesibukan beliau untuk memberikan bimbingan, ilmu, kritik, saran, nasihat, semangat dan motivasi kepada penulis dalam proses penyelesaian skripsi ini;
4. Dr. dr. Khairun Nisa Berawi, M. Kes., AIFO-K selaku Pembimbing Kedua atas kesediaannya meluangkan waktu, memberikan bimbingan, ilmu, kritik saran, nasihat dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;
5. Dr. dr. Hendra Tarigan Sibero, M.Kes., Sp.KK., FINSVD sebagai Pembahas yang telah memberikan banyak masukan, kritik, bimbingan, saran, nasihat, semangat dan motivasi kepada penulis dalam proses pembelajaran skripsi ini;
6. Dr. Hanna Mutiara, S. Ked., M. Kes., Sp. Par.K. selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan motivasi selama perkuliahan di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
7. Seluruh dosen dan staff Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas Ilmu yang bermanfaat, waktu dan tenaga yang diberikan selama proses Pendidikan dan pemenuhan berkas sehingga skripsi ini terselesaikan;
8. Kedua orang tuaku, Ibu Sunarti dan Bapak Syaifuddin atas segala jenis dukungan yang diberikan. Terima kasih telah memberikan doa, dukungan moril, dan juga materi yang terus-menerus selama penulis menyelesaikan skripsi dan belajar di Fakultas Kedokteran. Semoga Ibuk Bapak diberikan umur yang barokah dan sehat walafiat agar bisa bersama-sama melihat pencapaian penulis lainnya;
9. Mas Akbarku yang sudah berada di samping Allah, terima kasih sudah pernah hadir dan memberikan banyak wejangan semasa di dunia. Semoga Allah melimpahkan kedamaian di sisi-Nya, Al-fatimah;

10. Seluruh keluarga besar penulis (Mbah Kakung, Mbah Uti, Bulek, Om, dan adik-adik sepupu) yang telah memberikan doa, dukungan, motivasi, semangat, bantuan, dan kasih sayang selama penulis menyelesaikan skripsi dan belajar di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
11. Sahabat terbaik, Muhammad Rayza Rahmatullah, terima kasih telah menemani dan saling bahu-membahu dalam melewati masa Pre-klinik ini. Semoga kita bisa terus saling membantu hingga impian kita tercapai nantinya, Aamiin Ya Rabbal Alamin;
12. Teman-temanku di Fakultas Kedokteran (Komang Devi, Mba Gita, Auriva, Nazwa, Cila, Nuy, Syabil, Anin, Cut, Tami, Brig, dan lainnya), terima kasih karena menjadi dan pernah menjadi teman terdekat, terima kasih atas dukungan dan pembelajaran yang diberikan. Semoga kalian semua diberikan kemudahan dalam mencapai tujuan;
13. Teman-teman terbaikku di luar Fakultas Kedokteran (Mba Sekar, Rani, Nadiah, Sabrina, Chantika, Sobat Keyor, Anggota Pengajian Akbar, dan lainnya), terimakasih telah menjadi keluarga dan untuk semua hal yang pernah kita lewati bersama;
14. Teman-teman kos Rayza, Terima kasih karena sudah menjadi teman-temanku juga sehingga banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini;
15. DPA 18 (FI8ROSA), terima kasih sudah mengajarkan bahwa DPA bisa menjadi keluarga pertama di Fakultas Kedokteran. Semoga semua adik-adikku ini diberi kemudahan oleh Allah dalam mencapai cita-citanya;
16. PMPATD PAKIS Rescue Team SC15, terima kasih atas suka dan duka kita selama melewati hari-hari penuh kesibukan dan kebahagiaan selama aktif di PAKIS;
17. Seluruh teman Angkatan T20MBOSIT, terimakasih telah menjadi keluarga di masa Pre-klinik ini. Semoga kita diberi kemudahan dalam mencapai cita-cita hingga menjadi teman sejawat kelak di masa depan;
18. Seluruh calon teman sejawat kakak-kakak angkatan 2002-2023 yang telah berbagi pengetahuan, pengalaman, serta seluruh pihak yang telah membantu penulis selama ini;
19. Seluruh pihak yang telah membantu selama proses penulisan skripsi yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis berharap semoga Allah SWT senantiasa mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada semua pihak yang telah banyak membantu. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat. Akhir kata, segala saran dan masukan akan penulis terima dengan senang hati.

Bandar Lampung, Januari 2024
Penulis



Zahra Qori Azizza

ABSTRAK

HUBUNGAN PENGETAHUAN MASYARAKAT DENGAN STIGMA NEGATIF PENDERITA KUSTA DI KECAMATAN PANJANG KOTA BANDAR LAMPUNG

Oleh

ZAHRA QORI AZIZZA

Latar Belakang: Kusta atau sering disebut juga lepra merupakan penyakit kulit infeksius yang disebabkan oleh bakteri. Bakteri yang menyebabkan penyakit kusta bernama *Mycobacterium Leprae*. Penyakit ini sering dianggap sebagai penyakit yang disebabkan keturunan, kutukan, guna-guna, atau pola hidup yang kotor. Penelitian sebelumnya banyak menunjukkan bahwa pengetahuan akan penyakit kusta masih rendah. Penderita kusta seringkali mendapatkan stigma negatif dari masyarakat. Bandar Lampung menjadi salah satu dari 101 kota di Indonesia yang belum mencapai eliminasi kusta. Kecamatan Panjang memiliki prevalensi penderita kusta paling tinggi di Kota Bandar Lampung dengan total 36 kasus baru pada tahun 2014-2022. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Teknik *sampling* yang digunakan yaitu *consecutive sampling*. Data yang diperoleh melalui data primer, yaitu kuesioner tentang pengetahuan dan stigma negatif pada penderita kusta. Sampel yang digunakan berjumlah 110 masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung. Data hasil penelitian ini dianalisis menggunakan *Fisher Exact Test*.

Hasil: Rerata umur responden adalah 37,2 tahun. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik akan penyakit kusta, yaitu sebanyak 86 orang atau 78,2%. Sebagian besar responden memiliki stigma negatif yang tinggi pada penderita kusta, yaitu sebanyak 97 orang atau 88,2%. Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung (*p-value*: 0,291).

Simpulan: Tidak terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

Kata Kunci: Kusta, Pengetahuan, Stigma Negatif.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PUBLIC KNOWLEDGE AND THE NEGATIVE STIGMA OF LEPROSY SUFFERERS IN PANJANG SUB- DISTRICT BANDAR LAMPUNG CITY

By

ZAHRA QORI AZIZZA

Background: Leprosy or lepra is a skin infectious disease caused by bacteria. The bacteria that causes leprosy is called *Mycobacterium leprae*. This disease often thought to be a disease caused by heredity, curses, witchcraft, or dirty lifestyles. Previous research has shown that knowledge of leprosy is still low. Leprosy sufferers often receive a negative stigma from society. Bandar Lampung is one of 101 cities in Indonesia that has not yet achieved leprosy elimination. Panjang District has the highest prevalence of leprosy sufferers in Bandar Lampung City with a total of 36 new cases in 2014-2022. The aim of this research is to find out whether there is a relationship between public knowledge and the negative stigma of leprosy sufferers in Panjang sub-district, Bandar Lampung city.

Method: This research is observational analytic with a cross-sectional approach. The sampling technique is consecutive sampling. Data was obtained through primary data, namely questionnaire. The sample used was 110 people who visit Panjang Sub-District Community Health Center. The research data were analysed using the Fisher Exact Test.

Result: The average age of respondents was 37,2 years. Most of the respondents had good knowledge of leprosy, namely 86 people (78,2%). Most of the respondents had a high negative stigma towards leprosy sufferers, namely 97 people (88,2%). The results of bivariate analysis show that there is no relationship between public knowledge and the negative stigma of leprosy sufferers in Panjang Sub-district, Bandar Lampung City (*p-value*: 0.291).

Conclusion: There is no relationship between public knowledge and the negative stigma of leprosy sufferers in Panjang Sub-district Bandar Lampung city.

Keywords: Leprosy, Knowledge, Negative Stigma

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Bagi Masyarakat	4
1.4.3 Bagi Institusi.....	4
1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Kusta.....	5
2.1.1 Definisi dan sejarah kusta.....	5
2.1.2 Etiologi dan Patogenesis.....	6
2.1.3 Gejala Penyakit Kusta.....	7
2.1.4 Pencegahan Kecacatan akibat Kusta	9
2.1.5 Transmisi Kusta	9
2.1.6 Pengobatan Kusta	10
2.2 Pengetahuan Masyarakat.....	13
2.2.1 Definisi pengetahuan	13
2.2.2 Tingkatan pengetahuan	13
2.3 Stigma Negatif Penderita Kusta	15
2.3.1 Definisi Stigma Negatif	15
2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Stigma Negatif.....	16
2.3.3 Dampak Stigma Negatif Terhadap Penderita Kusta.....	17
2.4 Kerangka Teori.....	19

2.5 Kerangka Konsep	20
2.6 Hipotesis Penelitian	20
BAB III METODE PENELITIAN	21
3.1 Desain Penelitian	21
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	21
3.2.1 Waktu Penelitian.....	21
3.2.2 Tempat Penelitian	21
3.3 Populasi Penelitian	21
3.3.1 Populasi Target	21
3.3.2 Populasi Terjangkau	21
3.3.3 Sampel	22
3.4 Sampel Penelitian	22
3.4.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	23
3.4.2 Teknik Pengambilan sampel.....	23
3.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	23
3.5.1 Variabel Independent (bebas)	23
3.5.2 Variabel Dependent (terikat)	23
3.5.3 Definisi Operasional	24
3.6 Prosedur Penelitian	24
3.6.1 Alat dan Instrumen Penelitian	24
3.6.2 Jenis Data.....	25
3.6.3 Cara Kerja.....	25
3.7 Pengolahan Data	25
3.8 Analisis Data	26
3.8.1 Analisis Univariat	26
3.8.2 Analisis Bivariat	26
3.9 Alur Penelitian.....	27
3.10 Etika penelitian.....	28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	29
4.1 Gambaran Umum	29
4.2 Hasil Penelitian.....	30
4.2.1 Karakteristik Sampel Penelitian	30
4.2.2 Analisis Univariat	32
4.2.3 Analisis Bivariat	35

4.3 Pembahasan	36
4.3.1 Karakteristik Sampel Penelitian	36
4.3.2 Distribusi Frekuensi dan Profil Pengetahuan Masyarakat.....	38
4.3.3 Distribusi Frekuensi dan Profil Stigma Negatif pada Penderita Kusta. 41	
4.3.4 Hubungan Pengetahuan Masyarakat dengan Stigma Negatif.....	42
Penderita Kusta.....	42
4.4 Keterbatasan Penelitian	44
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	45
5.1 Kesimpulan.....	45
5.2 Saran	45
DAFTAR PUSTAKA.....	46
LAMPIRAN.....	..50

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Jenis Kusta Berdasarkan Gejala.....	8
2.2 Dosis MDT pada pasien kusta tipe PB	12
2.3 Dosis MDT pada pasien kusta tipe MB	12
3.4 Definisi Operasional	24
4.5 Karakteristik Sampel Penelitian.....	30
4.6 Karakteristik Tingkat Pendidikan	31
4.7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Masyarakat	32
4.8 Distribusi Profil Pengetahuan Masyarakat.....	33
4.9 Distribusi Frekuensi Stigma Negatif pada Penderita Kusta.....	34
4.10 Distribusi Profil EMIC-CSS	34
4.11 Analisis Bivariat.....	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Kerangka Teori	19
2.2 Kerangka Konsep	20
3.3 Alur Penelitian	27
4.4 Kuesioner Pengetahuan Masyarakat	39
4.5 Kuesioner EMIC-CSS.....	41

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta merupakan salah satu penyakit kulit infeksius yang disebabkan oleh bakteri. Kusta juga tidak termasuk dalam penyakit hereditas karena patogennya merupakan bakteri. Bakteri patogen tersebut bernama *Mycobacterium Leprae*. Bakteri tersebut akan menyerang sistem integumen dan berujung pada sistem saraf tepi. Manifestasi klinis dari terserangnya sistem saraf tepi inilah yang dapat menimbulkan kerusakan organ lain. Penyakit dengan nama lain lepra ini sering dianggap sebagai penyakit yang disebabkan oleh hal-hal berbau mistis, seperti guna-guna dan kutukan. Masyarakat juga menganggap bahwa kusta disebabkan karena faktor keturunan dan pola hidup yang kotor. Kusta seringkali mendapatkan stigma negatif karena masyarakat banyak mendapat informasi yang salah akan penyakit kusta (Corrigan, dkk., 2022).

World Health Organization (WHO) menggolongkan kusta sebagai salah satu dari 14 penyakit tropis yang terabaikan atau biasa disebut NTDs (*Neglected Tropical Diseases*). WHO mencatat 139.835 kasus kusta baru di skala global pada tahun 2022 dengan urutan pertama ditempati India, yaitu 75.394 kasus dan urutan kedua ditempati Brazil dengan penderita kusta sebanyak 18.318 orang, serta Indonesia di peringkat ketiga dengan total penderita kusta sebanyak 10.976 orang. Rasio antara pria dan wanita untuk kasus kusta baru dunia adalah 1,5 banding 1 dengan data 84.399 penderita kusta berjenis kelamin pria dan 55.436 berjenis kelamin wanita (WHO, 2022).

Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan kusta di Indonesia sebanyak 13.487 kasus dan 7.146 kasus diantaranya merupakan kasus baru. Data ini diambil per tanggal 24 Januari 2022. Tahun sebelumnya, 101

Kabupaten atau Kota di enam Provinsi di Indonesia belum mencapai eliminasi kusta. Program eliminasi kusta menargetkan 101 kota tersebut mencapai eliminasi kusta paling lambat tahun 2024. Lampung adalah salah satu dari 6 provinsi di Indonesia yang belum mencapai eliminasi kusta. Ibu kota Provinsi Lampung, yaitu Bandar Lampung juga menjadi salah satu dari 101 kota yang belum mencapai eliminasi kusta (Kemenkes, 2019).

Kecamatan Panjang adalah kecamatan di Kota Bandar Lampung yang memiliki jumlah penduduk sebesar 78.456 jiwa dengan luas wilayah 15,75 km². Kecamatan Panjang menjadi Kecamatan dengan kepadatan penduduk tertinggi di Kota Bandar Lampung (Badan Pusat Statistik Kota Bandar Lampung, 2019). Kecamatan Panjang juga memiliki jumlah kasus baru kusta tertinggi di Kota Bandar Lampung dengan 36 jumlah kasus baru kusta dari total 197 kasus baru di 20 Kecamatan di Kota Bandar Lampung dari tahun 2014 sampai 2022 (Dinkes Provinsi Lampung, 2023).

Pemerintah memiliki program untuk mengeliminasi kusta. Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa stigma negatif yang ada pada penderita kusta menghambat program ini untuk menanggulangi penyakit kusta. Stigma negatif tersebut menghambat upaya pasien kusta dalam berkehidupan sosial yang wajar layaknya individu pada umumnya. Penderita kusta juga memperoleh perlakuan tidak nyaman dari masyarakat. Hal ini terkait dengan stigma negatif yang sudah melekat pada diri pasien kusta. Salah satu faktor yang terkait dengan stigma negatif penyakit kusta adalah rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kusta (Jufriзал dan Nurhasanah, 2019).

Penelitian di Kecamatan Pasir, Kabupaten Aceh Utara, menunjukkan hasil yang sejalan. Hasilnya mempresentasikan bahwa 63,5% dari responden memiliki stigma negatif terhadap kusta. Salah satu penyebab stigma negatif tersebut adalah ketakutan masyarakat terhadap penularan penyakit kusta yang mungkin disebabkan kurangnya informasi mengenai cara penularannya. Data diambil dari masyarakat di lingkungan yang memiliki penderita kusta dengan jumlah

populasi sebanyak 200 orang. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *total random sampling* dan berhasil mendapatkan 200 sampel (Jufrizal dan Nurhasanah, 2019).

Penelitian lain di Kecamatan Batuputih Kabupaten Sumenep tahun 2021 juga menunjukkan hasil bahwa sebagian besar masyarakatnya kurang mengetahui secara pasti tentang penyakit kusta. Masyarakat dominan menyebutkan bahwa kusta merupakan penyakit menular tetapi mereka tidak mengetahui secara pasti penyebabnya. Sebagian besar dari mereka memiliki stigma negatif terhadap penderitanya dan cenderung berperilaku mengucilkan mereka yang menderita kusta. Pemikiran kusta sebagai penyakit kutukan dan akibat dari dosa sudah mulai bergeser. Namun, masih ada sebagian kecil masyarakat yang berkeyakinan kusta merupakan penyakit dari hasil guna-guna. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan yang mendeskripsikan dan menganalisis budaya serta perilaku individu atau kelompok dari sudut pandang mereka yang diteliti. Sampel yang digunakan sebanyak 7 orang masyarakat (Hannan, dkk., 2021).

Stigma negatif tentang kusta masih tinggi disebabkan kurangnya pengetahuan akan penyakit kusta. Data dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung juga menunjukkan Kecamatan Panjang memiliki jumlah kasus baru kusta tertinggi di Kota Bandar Lampung dari 2014 sampai 2022. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung menggunakan desain penelitian *cross sectional* dengan pendekatan deskriptif analitik.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

1.3 Tujuan Penelitian

Mengetahui hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

1. Memberikan pemahaman dan wawasan tambahan mengenai hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.
2. Memberikan pengalaman sehingga meningkatkan kemampuan dari penulis perihal melakukan analisis serta mengolah suatu data.

1.4.2 Bagi Masyarakat

1. Sebagai bahan informasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pandangan positif terhadap penderita kusta

1.4.3 Bagi Institusi

1. Sebagai sumber informasi terkait hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.
2. Sebagai bahan acuan pemerintah kabupaten dan kota sekitar maupun institusi lain yang terkait dalam program-program mengenai penyakit kusta.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai rujukan untuk penelitian selanjutnya terutama mengenai hal-hal yang belum diteliti dalam penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kusta

2.1.1 Definisi dan sejarah kusta

Kusta merupakan salah satu penyakit infeksi kronis pada kulit dan saraf perifer yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Penyakit ini tidak hanya menyerang system saraf perifer dan system integumen tetapi juga bisa mempengaruhi organ tubuh lain seperti mukosa saluran pernapasan atas, sistem indra, tulang, otot, hingga organ genital. Gerhard Henrik Armauer Hansen, seorang ilmuwan asal Norwegia, berhasil mengidentifikasi *Mycobacterium leprae* sebagai bakteri patogenik pertama yang menyebabkan penyakit pada manusia pada tanggal 28 Februari 1873. Bakteri *M. Leprae* sampai saat ini belum dapat dikembangbiakkan dalam media buatan (Amiruddin, 2012).

Penyakit kusta diyakini telah menginfeksi manusia sejak sekitar tahun 300 SM dan telah dikenal oleh peradaban kuno seperti Tiongkok, Mesir, dan India. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 1995 memperkirakan bahwa dua hingga tiga juta orang mengalami cacat permanen akibat kusta. Berdasarkan catatan sejarah kuno, penyakit ini telah ada sejak sekitar 6.000 tahun SM di Mesir, 600 tahun SM di India, lalu menyebar ke Cina sekitar 500 tahun SM dan akhirnya sampai di Jepang. Catatan awal mengenai penyakit ini di dunia Barat berasal dari Yunani pada tahun 300 SM. Penjelasan klinis tentang penyakit ini muncul di India sekitar 190 tahun SM dan terdapat laporan mengenai gejala kusta pada dua mumi di Mesir Utara pada abad ke-6 Masehi. Asal-usul pnyakit kusta mulai masuk ke Indonesia tidak dapat dipastikan. Terdapat teori yang menyatakan bahwa penyakit ini mulai menginvasi Asia Tengah

sebelum memasuki Indonesia. Pada sekitar tahun 1936 pemerintahan Belanda mendirikan perkampungan kusta di Sulawesi Selatan. *Mycobacterium leprae* menjadi satu-satunya bakteri patogen manusia yang belum berhasil dibiakkan dalam media buatan meskipun telah ada upaya untuk mencoba membudidayakan mikroorganisme ini secara *in vitro* (Amiruddin, 2012).

2.1.2 Etiologi dan Patogenesis

Bakteri *Mycobacterium leprae* memiliki tingkat patogenitas dan daya invasi yang rendah karena jumlah bakteri yang banyak pada penderita kusta tidak selalu menghasilkan gejala yang lebih parah. Sebaliknya, penderita dengan jumlah bakteri yang sedikit belum tentu menunjukkan gejala yang lebih ringan. Patogenitas dari bakteri *M. Leprae* bermula dari memasuki hidung dan organ pernapasan manusia. Selanjutnya, bakteri ini akan bermigrasi ke jaringan saraf dan memasuki sel-sel saraf tepi, contohnya di sekitar selangkangan atau kulit kepala. Selanjutnya, bakteri penyebab kusta akan menjadikan sel saraf sebagai tempat tinggal dan mulai berkembang biak di dalamnya. Proses pembelahan diri bakteri ini memerlukan waktu sekitar 12 sampai 14 hari. Meskipun sudah mencapai tahap ini, seseorang yang terinfeksi biasanya belum menunjukkan gejala kusta secara nyata (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Periode inkubasi penyakit kusta berkisar antara 9 bulan hingga 20 tahun dengan rata-rata 4 tahun untuk kusta tuberkuloid dan dua kali lebih lama untuk kusta multibasiler. Penyakit ini jarang terjadi pada anak-anak di bawah usia 3 tahun. Waktu yang diperlukan bakteri *Mycobacterium leprae* memasuki tubuh manusia hingga munculnya gejala sangat panjang hingga bisa mencapai bertahun-tahun. Penderita seringkali tidak menyadari adanya proses patogenesis penyakit ini di dalam tubuh mereka. Orang yang tinggal di daerah endemis memiliki risiko tertular lebih tinggi. Imun tubuh alamiah yang baik umumnya tidak akan terinfeksi kusta (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

2.1.3 Gejala Penyakit Kusta

Tanda-tanda kusta umumnya tidak terlihat secara langsung pada awal perkembangan penyakit. Gejala baru mulai muncul dalam rentang waktu 9 bulan hingga 20 tahun setelah *Mycobacterium Leprae* berkembang biak di dalam tubuh penderita. Gejala-gejala yang muncul antara lain penampakan lesi berwarna pucat, penebalan kulit dengan bercak, munculnya luka pada bercak putih yang tidak menimbulkan rasa sakit, pembesaran saraf terutama pada daerah siku dan lutut, kelemahan serta kelumpuhan otot terutama pada ekstremitas, kehilangan bulu alis dan bulu mata, mata yang kering karena otot di kelopak mata melemah, kebutaan, dan kerusakan bentuk hidung yang dapat menyebabkan mimisan (Siswanto, dkk., 2020). Kusta dibagi menjadi enam jenis berdasarkan tingkat keparahan manifestasi klinisnya. Manifestasi klinis kusta berdasarkan tingkat keparahannya dapat dilihat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 Jenis Kusta Berdasarkan Gejala

No.	Jenis Kusta	Gejala
1.	<i>Intermediate leprosy</i>	Lesi tampak datar dan kadang sembuh dengan sendirinya. Kusta jenis ini dapat berkembang menjadi kusta yang lebih parah.
2.	<i>Tuberculoid leprosy</i>	Beberapa saraf mulai terpengaruh, terdapat lesi di kulit yang berukuran besar, dan sensasi kebas terasa pada bagian lesi. Gejala pada jenis ini dapat berlangsung untuk jangka waktu yang cukup lama, bahkan bisa berkembang menjadi bentuk kusta yang lebih parah.
3.	<i>borderline tuberculoid leprosy</i>	Lesi yang muncul sama seperti lesi pada <i>tuberculoid leprosy</i> tetapi ukurannya lebih kecil dan jumlahnya lebih banyak. Kusta jenis ini dapat bertahan lama bahkan dapat berubah menjadi jenis kusta yang lebih parah lagi. Pembesaran saraf yang terjadi pada kusta jenis ini hanya minimal.
4.	<i>Mid-borderline leprosy</i>	Jenis ini ditandai dengan munculnya plak kemerahan, sensasi mati rasa, dan membengkaknya kelenjar getah bening. Jenis kusta ini dapat sembuh, bertahan, atau berekembang menjadi kusta dengan jenis lebih parah.
5.	<i>Borderline lepromatous leprosy</i>	Lesi yang muncul berjumlah banyak. Lesi berupa lesi datar, benjolan, plak, nodul, dan disertai sensasi mati rasa. Kusta jenis ini dapat sembuh, bertahan, atau berkembang menjadi jenis kusta yang lebih parah.
6.	<i>Lepromatous leprosy</i>	Lesi pada kusta jenis ini mengandung bakteri yang berjumlah banyak, manifestasi klinis yang muncul berupa rambut rontok, gangguan saraf, melemahnya ekstremitas, dan perubahan bentuk (deformitas) pada tubuh. Kecacatan yang timbul pada kusta jenis ini tidak dapat kembali seperti semula

Sumber: (Siswanto, dkk., 2020).

2.1.4 Pencegahan Kecacatan akibat Kusta

WHO membagi 3 tingkatan untuk kecacatan pada pasien kusta, yaitu:

1. Cacat tingkat 0 yang menandakan tidak terdapat kecacatan pada anggota tubuh manapun.
2. Cacat tingkat 1 dapat ditandai dengan hilangnya sensasi sentuhan pada kornea mata dan ekstremitas.
3. Cacat tingkat 2 ditandai dengan adanya kerusakan pada indera seperti mata, contohnya tidak dapat menutup mata, eritema pada mata, hingga kebutaan. Cacat tingkat 2 juga ditandai dengan adanya lesi dan ulkus pada ekstremitas, deformitas kaki, hilangnya jaringan, dan kelembapan pada jari-jari.

Terdapat berbagai tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya cacat. Tindakan tersebut dapat berupa mengidentifikasi pasien kusta secara dini sebelum timbulnya cacat, melakukan deteksi awal reaksi kusta melalui pemeriksaan rutin fungsi saraf, menatalaksana reaksi kusta, memberikan penyuluhan, melakukan perawatan mandiri, menggunakan alat bantu, dan melibatkan rehabilitasi medis termasuk operasi rekonstruksi. Upaya pencegahan cacat ini dapat diimplementasikan baik di tingkat rumah tangga, Puskesmas, maupun di unit pelayanan kesehatan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit spesialis (Siswanto, dkk., 2020).

2.1.5 Transmisi Kusta

Manusia dapat tertular kusta melalui kontak *port of entry*. *Port of entry* adalah tempat masuknya bakteri ke dalam tubuh manusia. Ada beberapa cara bakteri kusta masuk dalam tubuh, yaitu:

1. Kontak kulit

Penularan penyakit ini dapat terjadi melalui kontak kulit dengan kulit secara langsung yang bersifat dekat, berlangsung lama, dan secara berulang. *Mycobacterium leprae* memasuki tubuh manusia terutama melalui lesi kulit atau setelah kulit mengalami trauma. Penggunaan pakaian pelindung dan alas kaki dapat membantu mengurangi risiko

penularan kusta di negara-negara berkembang. Hal ini disebabkan oleh kemampuan bakteri ini untuk bertahan hidup di lingkungan eksternal tubuh manusia atau di tanah selama lebih dari 46 hari (Cree dan Smith, 1998).

2. Inhalasi

Penularan jalur ini terjadi melalui media ludah atau droplet. Setelah memasuki tubuh, *Mycobacterium leprae* tidak akan menyebabkan lesi pada paru-paru karena suhu di paru-paru terlalu tinggi, bakteri ini akan langsung masuk ke dalam sistem peredaran darah. Setelah berhasil masuk ke aliran darah, bakteri *M. leprae* akan menyerang sistem saraf tepi dan menginfeksi sel Schwann kemudian berkembang biak di dalamnya (Friska, 2010).

2.1.6 Pengobatan Kusta

Tujuan dari program pemerintah dalam rangka memberantas kusta adalah untuk menurunkan hingga 0 insidensi penyakit. WHO mengklasifikasikan pengobatan pasien kusta berdasarkan jumlah lesi yang timbul. Berikut merupakan pengobatan kusta berdasarkan jumlah lesinya:

1. Pausibasilar (PB)

Pengobatan kusta tipe ini melibatkan penggunaan DDS (Diaminodifenil sulfon) sebanyak 100 mg per hari yang dikonsumsi di rumah dan Rifampisin sebanyak 600 mg per bulan yang dikonsumsi di hadapan petugas. Durasi pengobatan ini berlangsung selama 6 bulan dan maksimal sekitar 9 bulan. Bagi penderita yang alergi terhadap DDS alternatifnya dapat menggunakan Klofazimin. Penderita yang telah menjalani 6 dosis MDT atau mencapai batas waktu maksimal 9 bulan (setiap dosis berisi 1 blister DDS untuk 28 hari atau 1 Rifampisin 600 mg/bulan) dapat langsung dinyatakan sebagai RFT (*Release From Treatment*) dengan syarat tidak muncul lesi baru atau perluasan lesi yang sebelumnya ada (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Pasien yang sudah dikategorikan RFT akan dikeluarkan dari daftar orang yang melakukan pengobatan tetapi masih diawasi oleh petugas kesehatan (*Surveillance*). Jika seorang pasien yang sebelumnya dianggap sembuh (RFT) kemudian mendapati kemunculan lesi baru atau perluasan lesi lama maka kondisi ini diidentifikasi sebagai *relaps* atau kambuh. Pasien tersebut diklasifikasikan kembali sebagai penderita MB. Pengobatan MDT perlu diulang dengan menggunakan regimen khusus untuk penderita MB. Apabila selama 2 tahun berturut-turut tidak muncul gejala aktif atau pasien tidak melakukan pemeriksaan, maka pasien dapat dinyatakan RFC (*Release From Control*) atau sembuh (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2. Multibasilar (MB)

Terapi untuk kusta tipe MB melibatkan penggunaan Rifampisin sebanyak 600 mg dan Klofazimin (Lampren) sebanyak 300 mg per bulan yang dikonsumsi di hadapan petugas, kemudian DDS sebanyak 100 mg dan Lampren sebanyak 50 mg per hari yang dikonsumsi di rumah. Durasi pengobatan untuk kusta tipe ini antara 12 hingga 18 bulan. Jika terdapat kontraindikasi, penggabungan Rifampisin 600 mg, Ofloxacin 400 mg, dan Minosiklin 100 mg dapat diberikan selama 24 bulan. Penderita kusta tipe MB yang telah menjalani terapi MDT sebanyak 12 dosis dalam 24 bulan atau minimal 18 bulan, serta hasil uji BTA negatif (diperiksa setiap bulan) dapat dinyatakan sebagai RFT. Apabila uji BTA masih menunjukkan hasil positif, maka pengobatan akan diteruskan hingga uji BTA menunjukkan hasil negatif dengan pemeriksaan ulang dilakukan setiap 6 bulan (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Pasien yang intoleransi terhadap Rifampisin dapat mengonsumsi Klofazimin sebanyak 50 mg, Ofloxacin sebanyak 400 mg, dan Minosiklin sebanyak 100 mg selama 6 bulan. Selanjutnya, pengobatan dapat diteruskan dengan Klofazimin sebanyak 50 mg,

Minosiklin sebanyak 100 mg, atau Ofloxacin sebanyak 400 mg selama kira-kira 18 bulan. Pemeriksaan dilakukan sekali setahun selama periode 5 tahun untuk evaluasi klinis dan bakteriologis. Jika dalam kurun waktu 5 tahun tidak ada lesi baru atau perluasan lesi lama dan tidak terdapat tanda-tanda lesi aktif, maka pasien dapat dianggap telah sembuh (RFT). Pentingnya menjalani pengobatan kusta sejak dini dan secara teratur ditekankan karena jika pengobatan tidak sesuai dengan regimen yang ditetapkan dapat menyebabkan komplikasi yang sangat dikhawatirkan oleh penderita, yaitu terjadinya kecacatan fisik (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012). Dosis MDT untuk pasien kusta tipe PB maupun MB dapat dilihat di tabel 2.2 dan 2.3.

Tabel 2.2 Dosis MDT pada pasien kusta tipe PB

Jenis obat	10-<15 tahun (anak)	>15 tahun (dewasa)	Keterangan
Rifampisin	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson (DDS)	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah

Sumber: (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

Tabel 2.3 Dosis MDT pada pasien kusta tipe MB

Jenis obat	10-<15 tahun (anak)	>15 tahun (dewasa)	Keterangan
Rifampisin	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
Dapson (DDS)	50 mg/bln	100 mg/bln	Minum di depan petugas
	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah
Klofazimin	150 mg/bln	300 mg/bln	Minum di depan petugas
	50 mg setiap 2 hari	50 mg/hari	Minum dirumah

Sumber: (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2012).

2.2 Pengetahuan Masyarakat

2.2.1 Definisi pengetahuan

Kata “pengetahuan” berkata dasar “tahu” yang memiliki arti antara lain, memahami setelah melihat, contohnya adalah mengalami dan mengenal (KBBI, 2023). Pengetahuan merupakan hasil dari keinginan manusia untuk mengetahui berbagai hal dengan menggunakan cara dan alat tertentu. Jenis dan sifat pengetahuan bervariasi, dapat bersifat langsung maupun tidak langsung, berubah-ubah, subjektif, dan khusus. Pengetahuan juga dapat bersifat tetap, obyektif, dan umum. Faktor-faktor ini tergantung pada sumber dan metode perolehan pengetahuan. Keinginan utama dalam diri manusia adalah memperoleh pengetahuan yang akurat. Pengetahuan juga dapat didefinisikan sebagai hasil dari proses mengetahui setelah suatu individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan ini melibatkan panca indra manusia, seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rangsangan kulit. Sebagian besar pengetahuan manusia umumnya diperoleh melalui pengamatan dengan mata dan pendengaran (Suwanti dan Aprilin, 2017).

2.2.2 Tingkatan pengetahuan

Pengetahuan mempunyai tingkat yang berbeda-beda dan dibagi menjadi enam tingkat (Garamina, 2015). Enam tingkatan pengetahuan ini adalah:

1. Tahu (*know*)

Tahu dikatakan sebagai kemampuan memanggil ingatan dari informasi yang diterima.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami merupakan gabungan dari kemampuan memanggil ingatan dengan kemampuan memahami sesuatu yang telah diterima.

3. Aplikasi (*application*)

Kemampuan menggunakan materi atau informasi yang telah diterima dalam situasi nyata setelah memahami objek yang dipelajari disebut sebagai aplikasi.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan menganalisis mencakup kemampuan seseorang untuk menjelaskan suatu materi atau objek dengan memecahkannya menjadi komponen-komponen, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen tersebut.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis mencakup kemampuan seseorang untuk menyusun rangkuman yang logis mengenai hubungan antara komponen-komponen materi atau objek tertentu.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi melibatkan kemampuan seseorang untuk memberikan penilaian terhadap materi atau objek tertentu. Selain itu, pengetahuan dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor, seperti tingkat pendidikan, usia, minat, pengalaman, informasi, dan kebudayaan di lingkungan sekitar.

Tingkat pengetahuan memiliki keterkaitan yang signifikan dengan praktik perawatan diri karena seringkali penderita kusta mengalami kesulitan untuk menerima kenyataan akan kondisinya. Kesulitan ini dapat berdampak pada perubahan kepribadian dan perilaku yang pada akhirnya dapat meningkatkan risiko kecacatan selama proses pengobatan. Pentingnya perilaku dan kepribadian yang positif pada penderita perlu menjadi penekanan karena hal ini dapat mempengaruhi pelaksanaan praktik perawatan diri. Hasil analisis bivariat dari penelitian di Semarang menunjukkan nilai p sebesar 0,006 untuk variabel tingkat pengetahuan dengan praktik perawatan diri penderita kusta di kota tersebut. Hal ini menegaskan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dan pelaksanaan praktik perawatan diri pada penderita kusta di Semarang. Keluarga yang memiliki interaksi positif dengan penderita kusta juga memiliki peran penting dalam memberikan motivasi untuk upaya perawatan diri. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden yang melaksanakan perawatan diri kurang baik cenderung ditemukan pada

pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang memadai. Beberapa responden dalam penelitian ini mengalami dukungan keluarga dalam bentuk tidak meninggalkan penderita saat sakit (Hidayah, dkk., 2020).

Penelitian serupa yang mengamati pengetahuan masyarakat terkait stigma negatif terhadap penyakit kusta juga mendapat kesimpulan bahwa individu yang memiliki tingkat pengetahuan rendah cenderung memiliki stigma negatif yang tinggi terhadap penyakit kusta. Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *cross-sectional* dan melibatkan 76 responden di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari pada tahun 2019. Konsep pengetahuan dalam penelitian ini mencakup pemahaman tentang penyebab, penyebaran, kesembuhan, gejala, dan metode pengobatan kusta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 86,5% dari responden dengan tingkat pengetahuan rendah memiliki tingkat stigma negatif yang tinggi terhadap penderita kusta. Sementara itu, responden dengan tingkat pengetahuan cukup dan baik juga mayoritas memiliki tingkat stigma negatif yang tinggi, yaitu sebanyak 83% (Hidayat, 2019).

2.3 Stigma Negatif Penderita Kusta

2.3.1 Definisi Stigma Negatif

Stigma adalah istilah yang digunakan untuk merujuk pada kondisi atau situasi yang dianggap memiliki nilai negatif. Stigma negatif muncul sebagai fenomena ketika seseorang diberi label atau stereotip serta mengalami diskriminasi. Pemberian stigma negatif ini tidak terjadi tanpa alasan, melainkan karena adanya perbedaan tertentu dalam diri seseorang yang dianggap tidak konvensional (Merriam-Webster, 2019). Goffman (1968) menyatakan bahwa stigma negatif adalah tindakan dengan kecenderungan menolak seseorang dalam suatu kelompok karena keyakinan bahwa orang tersebut melanggar norma yang berlaku. Stigma negatif menciptakan respons yang merusak identitas normatif dari pihak

lain yang dapat mengakibatkan isolasi atau penolakan terhadap individu atau kelompok tersebut.

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Stigma Negatif

1. Pengetahuan

Stigma negatif muncul akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman mengenai cara penularan suatu penyakit. Hasil penelitian di Kecamatan Tanah Pasir, Kabupaten Aceh Utara, menunjukkan bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan yang rendah akan pencegahan, penatalaksanaan, dan komplikasi dari kusta. Hal ini menyebabkan masyarakat ketakutan untuk berinteraksi dengan penderita kusta. Kondisi ini menjadi penyebab sulitnya menghilangkan stigma negatif terkait penyakit kusta (Jufriзал dan Nurhasanah 2019; Liamputtong, 2013).

2. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian di Uganda mengindikasikan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi berhubungan dengan pengetahuan yang lebih mendalam tentang suatu penyakit. Temuan penelitian menyatakan bahwa individu dengan pengetahuan yang luas cenderung memiliki tingkat ketakutan terhadap penularan penyakit yang lebih rendah dan memperlihatkan sikap positif yang lebih baik (Erkki, dkk., 2013).

3. Keterpaparan Informasi

Salah satu aspek sosial dalam kehidupan manusia adalah berhubungan dengan orang lain yang sering kali terwujud dalam bentuk interaksi. Salah satu bentuk interaksi adalah komunikasi yang merupakan proses penyampaian informasi antar individu. Stigma dan diskriminasi sering kali timbul karena adanya persepsi bahwa suatu hal dianggap sebagai sesuatu yang memalukan sehingga tokoh-tokoh masyarakat memiliki peran yang signifikan dalam meningkatkan komunikasi yang positif di antara anggota masyarakat karena mereka dianggap sebagai panutan (Scheid dan Brown, 2010).

4. Persepsi Sosial

Persepsi merupakan suatu proses saat individu mengenali suatu objek melalui panca inderanya yang umumnya dianggap mempengaruhi cara belajar, keadaan psikis, suasana hati, dan motivasi. Persepsi tiap individu dapat berbeda dipengaruhi oleh situasi dan kondisi yang berbeda pula. Perbedaan ini disebabkan oleh fakta bahwa apa yang ditangkap oleh panca indera tidak selalu diartikan secara identik dengan realitasnya. Hasil dari penangkapan indera inilah yang menciptakan persepsi sehingga mempengaruhi individu untuk melakukan aktivitas atau mengadopsi sikap-sikap tertentu. Persepsi dapat dianggap sebagai suatu proses pemberian makna atau arti terhadap rangsangan dari lingkungan yang diterima melalui alat indera manusia. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi timbulnya persepsi, yaitu faktor internal yang berasal dari dalam individu itu sendiri, dan faktor eksternal yang dipengaruhi oleh stimulus dari luar, seperti lingkungan (Walgito, 2003).

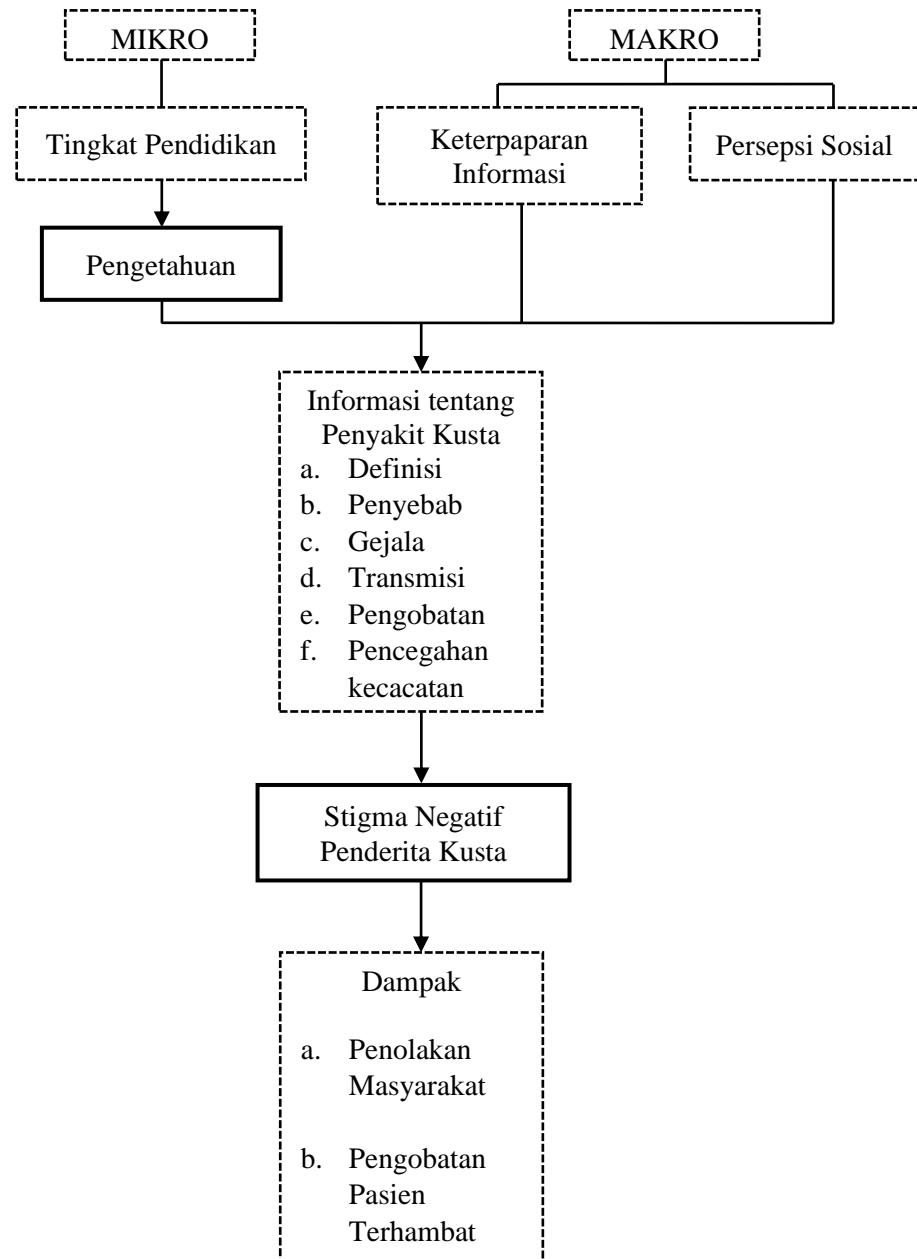
2.3.3 Dampak Stigma Negatif Terhadap Penderita Kusta

Penelitian di wilayah tenggara Nepal mengidentifikasi bahwa stigmatisasi negatif oleh masyarakat menyebabkan pasien kusta merasa malu untuk mencari perawatan kesehatan yang pada akhirnya meningkatkan risiko kecacatan dan rendahnya tingkat ketaatan terhadap pengobatan. Hasil penelitian juga mengungkapkan bahwa pasien yang mengalami cacat akibat kusta memiliki peluang pendidikan dan pekerjaan yang sangat terbatas. Temuan ini juga menyoroti bahwa pasien kusta dengan gender perempuan mengalami pengucilan dari berbagai lapisan masyarakat, termasuk keluarga, budaya, dan agama. Penelitian ini menggunakan metode komparatif dengan desain *cross-sectional* dan melibatkan sampel penelitian sebanyak 100 pasien kusta (Brouwers, dkk., 2011).

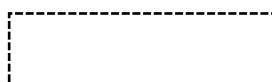
Penelitian lain yang dilakukan di Desa Sidomukti, Kecamatan Brondong, Kabupaten Lamongan juga menunjukkan hasil yang serupa. Penelitian ini

menggunakan metode kuantitatif dengan tipe penelitian eksplanatif. Responden pada penelitian ini berjumlah 100 responden. Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa masyarakat masih menunjukkan penolakan terhadap keberadaan individu yang sebelumnya mengidap penyakit kusta di lingkungan mereka. Penolakan ini terlihat melalui rendahnya tingkat penerimaan sosial terhadap mantan penderita yang mencapai 65%. Ketidaksetujuan dari masyarakat ini disebabkan oleh ketidaknyamanan mayoritas warga terhadap kehadiran mantan penderita kusta di sekitar mereka. Selain itu, persepsi masyarakat terhadap mantan penderita kusta yang berkeyakinan bahwa mereka masih mengidap penyakit tersebut membuat diskriminasi semakin terlihat. Hal ini disebabkan karena pemahaman umum masyarakat bahwa kusta merupakan penyakit yang tidak dapat sembuh sepenuhnya (Lesmana, 2014).

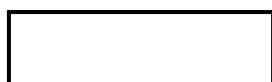
2.4 Kerangka Teori



Keterangan:



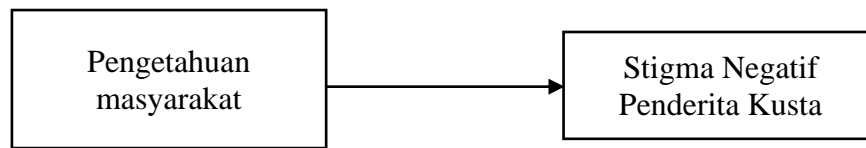
: Variabel yang tidak diteliti



: Variabel yang diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori (Pescosolido BA, dkk., 2008).

2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis Penelitian

H_0 : Tidak terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

H_a : Terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini mengadopsi metode observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Desain penelitian ini digunakan untuk memahami hubungan antara pengetahuan masyarakat dan stigma negatif terhadap penderita kusta di Kecamatan Panjang, Kota Bandar Lampung. Data dari variabel *independent* dan variabel *dependent* dikumpulkan bersama-sama selama periode tertentu. Penelitian dengan metode ini tidak terdapat tindak lanjut dan juga intervensi

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Desember tahun 2023.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung.

3.3 Populasi Penelitian

3.3.1 Populasi Target

Populasi target dalam penelitian ini adalah masyarakat di kota Bandar Lampung.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah masyarakat di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

3.3.3 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah masyarakat di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4 Sampel Penelitian

Penghitungan besar sampel dalam penelitian ini menyesuaikan dengan desain penelitian, yaitu *cross sectional* dan menggunakan rumus Lameshow. Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini, yaitu:

$$n = \frac{Z_a^2 \times P Q}{(d)^2}$$

Keterangan:

Z_a = Derivat baku alfa (1,96)

P = Proporsi prevalensi kejadian

Q = 1-P

d = toleransi kesalahan sampling

$$n = \frac{Z_a^2 \times P Q}{(d)^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,54)(0,46)}{(0,1)^2}$$

$$n = 96,53$$

$$n = 100$$

$$\text{Drop out} = 10\% \times 100$$

$$\text{Dropout} = 10$$

$$\text{Sampel} = 110 \text{ orang}$$

Penghitungan besar sampel menggunakan penelitian di Desa Sidodadi Asri Banjar Agung Lampung Selatan oleh Pribadi, 2016 dengan besar nilai P pada variabel pengetahuan adalah 0,54. Berdasarkan penghitungan di atas, besar sampel minimal yang dibutuhkan untuk penelitian ini adalah 96,53 yang dibulatkan menjadi 100 responden. Sampel *dropout* dihitung 10% dari responden, yaitu berjumlah 10 orang sehingga sampel yang digunakan pada penelitian ini berjumlah 110 orang.

3.4.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi untuk sampel penelitian ini adalah masyarakat yang berdomisili di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung, bersedia menjadi responden, dan berusia lebih dari sama dengan 19 tahun sampai 59 tahun.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi untuk sampel penelitian ini adalah masyarakat di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung yang merupakan penderita kusta, petugas kesehatan, masyarakat yang tidak mengetahui penyakit yang bernama kusta atau lepra atau morbus hansen, dan masyarakat yang tidak bisa membaca, menulis, maupun berkomunikasi.

3.4.2 Teknik Pengambilan sampel

Ada dua jenis teknik sampling, yaitu *probability sampling* dan *nonprobability sampling*. Penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling*. Teknik pengambilan sampel ini tidak memberikan peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur populasi untuk menjadi sampel. Jenis *nonprobability sampling* yang digunakan adalah *consecutive sampling*, yaitu mengambil sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan kemudian dimasukkan dalam penelitian sampai batas waktu tertentu.

3.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.5.1 Variabel Independent (bebas)

Variabel bebas yang diteliti pada penelitian ini adalah pengetahuan masyarakat di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

3.5.2 Variabel Dependent (terikat)

Variabel terikat yang diteliti pada penelitian ini adalah stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

3.5.3 Definisi Operasional

Tabel 3.4 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	skala
Variabel bebas Pengetahuan masyarakat	Pengetahuan yang dimiliki masyarakat mengenai penyebab, gejala, penyebaran, pengobatan dan pencegahan cacat penyakit kusta.	Kuesioner pengetahuan tentang penyakit kusta	Skor Pengetahuan: Kurang: 0-5 jawaban benar Cukup: 6-10 jawaban benar Baik: 11-15 jawaban benar.	Ordinal
Variabel terikat Stigma negatif penderita kusta	Pandangan atau penilaian buruk masyarakat terhadap pasien kusta.	Kuesioner (EMIC-CSS <i>Explanatory Model Interview Catalogue Community Stigma Scale</i>)	Skor EMIC-CSS: Stigma <u>negatif</u> rendah: skor kurang dari sama dengan 8 Stigma <u>negatif</u> tinggi: skor lebih dari 8.	Ordinal

Sumber: (Hidayat, 2019; Merriam-Webster, 2019; Suwanti dan Aprilin, 2017; Yuslianawati, 2017).

3.6 Prosedur Penelitian

3.6.1 Alat dan Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan untuk memperoleh data, yaitu kuesioner pengetahuan tentang kusta oleh Yuslianawati (2018) yang telah diuji validitas dan reliabilitas. Uji validitas menggunakan *Pearson Correlation* dan diperoleh nilai *Sig. (2-tailed)* <0,05 dan positif yang berarti valid pada setiap item pertanyaan. Selanjutnya, kuesioner ini mendapatkan nilai *Crossbach's Alpha* sebesar 0,923 dengan interpretasi *reliable*. Pada penilaian stigma negatif, kuesioner yang digunakan adalah *Explanatory*

Model Interview Catalogue Community Stigma Scale (EMIC-CSS) yang telah dilakukan *context validation* oleh Hidayat (2019).

3.6.2 Jenis Data

Jenis data yang diambil merupakan data primer yang dikumpulkan dari wilayah kerja Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung. Data diambil dengan cara pengisian kuesioner yang telah disebutkan di bagian alat dan instrumen.

3.6.3 Cara Kerja

Pengambilan data setiap variabel dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh responden. Responden berasal dari pasien yang berobat ke Puskesmas Panjang Kota Bandar Lampung. Responden mendapatkan penjelasan singkat tentang penelitian seperti yang tercantum pada lembar penjelasan. Setelah itu, responden bertanda tangan di lembar persetujuan (*informed consent*). Tahap selanjutnya, yaitu pengisian kuesioner.

1. Kuesioner EMIC-CSS

Jawaban: Ya (skor 2), Mungkin (skor 1), Tidak (skor 0), Tidak Tahu (0). Jumlah soal terdiri dari 15 butir pertanyaan dengan kategori stigma negatif rendah jika mendapat skor kurang dari sama dengan 8 dan stigma negatif tinggi jika mendapat skor lebih dari 8.

2. Kuesioner pengetahuan

Jawaban benar (1), Jawaban salah (0). Kunci Jawaban terlampir di lampiran setelah kuesioner pengetahuan. Total skor yang dapat diperoleh responden 15 dan skor terendah yang dapat diperoleh adalah 0. Pembagian kategori terdiri dari pengetahuan baik jika mendapat skor 11-15, pengetahuan cukup jika skor 6-10, pengetahuan kurang jika skor 0-5.

3.7 Pengolahan Data

Pengolahan data menurut (Masturoh dan Anggita, 2018) dilakukan dengan proses pengumpulan data. Data diolah dari data mentah atau *raw data* untuk

kemudian dianalisis sehingga menjadi informasi dengan menggunakan program statistik. Berikut langkah-langkah dalam proses pengolahan data:

1. Pengeditan Data (*Editing*)

Pengeditan merupakan tindakan untuk memeriksa dan memperbaiki data yang telah dikumpulkan. Kegiatan pengeditan diperlukan karena terdapat kemungkinan bahwa data mentah yang diterima tidak memenuhi syarat atau tidak sesuai dengan kebutuhan yang ditetapkan.

2. Transformasi Data (*Coding*)

Coding merupakan proses konversi data dari bentuk huruf menjadi bentuk angka atau bilangan. Kode digunakan sebagai simbol tertentu dalam bentuk huruf atau angka untuk memberikan identifikasi pada data.

3. Memasukan Data (*Data entry*)

Data entry adalah melakukan input data yang telah diubah menjadi kode ke dalam perangkat lunak statistik pada komputer.

4. Tabulasi Data

Tabulasi data merupakan proses pembuatan representasi data yang sesuai dengan tujuan penelitian.

3.8 Analisis Data

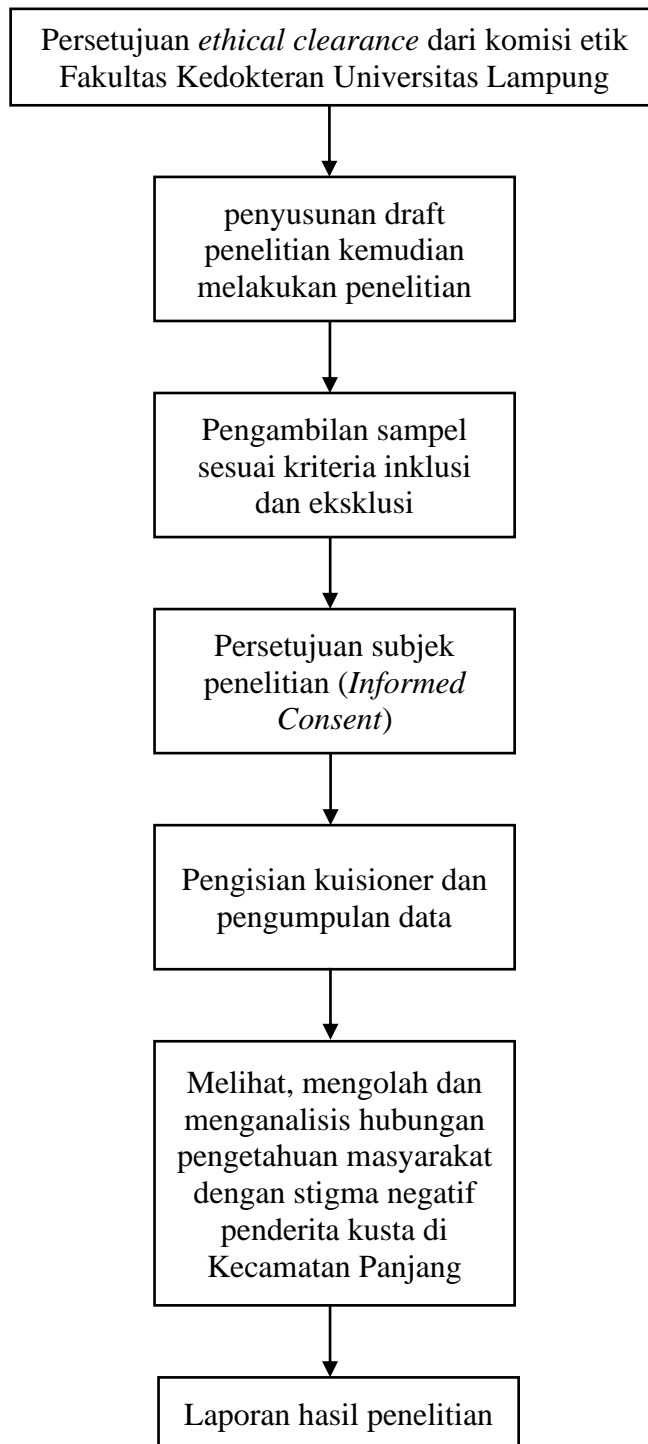
3.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat ini dilakukan untuk menentukan distribusi karakteristik setiap variabel yaitu pengetahuan masyarakat dan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

3.8.2 Analisis Bivariat

Penelitian ini menggunakan uji statistik *Fisher Exact Test* karena data tidak terdistribusi normal. Uji bivariat digunakan untuk menilai apakah terdapat relasi antara variabel yang sedang diteliti. Jika nilai hasil analisis bivariat (p) < 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara variabel-variabel tersebut. Jika nilai p > 0,05, menunjukkan hal yang sebaliknya.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.3 Alur Penelitian

3.10 Etika penelitian

Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dengan No: 3440/UN26.18/PP.05.02.00/2023 dan persetujuan penelitian oleh Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dengan No: 070/024/III.02/V/11/2023.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang telah dilakukan mengenai hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung, maka didapatkan kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan stigma negatif penderita kusta di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, peneliti memberikan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Peneliti Lain
 - a. Masyarakat yang tidak mengetahui penyakit kusta tidak perlu dimasukkan dalam kriteria eksklusi agar lebih mewakili seluruh masyarakat.
 - b. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan variabel yang belum diteliti. Penelitian lain dapat mengambil variabel dari kelompok makro seperti keterpaparan informasi dan persepsi sosial.
 - c. Hipotesis penelitian perlu dipertajam jika ingin meneliti pada kelompok masyarakat yang sebelumnya sudah mengetahui penyakit kusta.
2. Bagi Instansi Terkait
 - a. Perlu dilakukan program yang melibatkan lintas sektor untuk mengedukasi masyarakat tentang penyakit kusta agar masyarakat mendapat keterpaparan informasi mengenai penyakit ini. Upaya ini dapat sekaligus sebagai penghapusan stigmatisasi dan diskriminasi terhadap penderita kusta.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham C, Sheeran P. 2015. *The Health Belief Model: Predicting and Changing Health Behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Amiruddin M. 2012. *Penyakit Kusta: Sebuah Pendekatan Klinis*. Makassar: Brilian Internasional.
- Badan Pusat Statistik Kota Bandar Lampung. 2019. *Kecamatan Panjang Dalam Angka*. BPS Kota Bandar Lampung. Bandar Lampung: CV Jayawijaya.
- Brouwers C, Brakel WH, Cornielje H, Pokhrel P, Dhakal KP, Bandtola N. 2011. Quality of Life, Perceived Stigma, Activity and Participation of People with Leprosy-Related Disabilities in South-East Nepal. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 22(1): 16.
- Carbadi, Badriah DL, Mamlukah, Suparman R. 2022. Hubungan antara Karakteristik dengan Stigma Penyakit Kusta pada Masyarakat di Desa Tenajar Kecamatan Kertasemaya Kabupaten Indramayu 2022. *Jurnal of Midwifery Care*. 3(1): 56-58.
- Corrigan PW, Nieweglowski K, Morris S. 2022. How Do Americans Perceive the Stigma of Leprosy? *Psychology, Health & Medicine*. 3(1): 1-14.
- Cree IA, Smith WC. 1998. Leprosy Transmission and Mucosal Immunity: Towards Eradication?. *Leprosy Review* 69(2): 112-21.
- Dinkes Provinsi Lampung. 2023. *Profil Kesehatan Kota Bandar Lampung 2022*.
- Erkki L, Hedlund J. 2013. *Nurses' Experiences and Perceptions of Caring for Patients with HIV/AIDS in Uganda [skripsi]*. Upsalla: Upsalla University.
- Friska J. 2010. *Perbandingan Eksistensi Mycobacterium Leprae Dimukosa Hidung Narakontak Serumah Dan Tidak Serumah Dengan Penderita Kusta [thesis]*. Makassar: Universitas Hasanudin.
- Garamina HJ. 2015. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Stigma Penyakit Kusta. *Jurnal Kesehatan dan Agromedicine*. 2(3): 329-330.
- Goffman E. 1968. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Pelican Book.

- Hannan M, Hidayat S, Sandi MN. 2021. Stigma Masyarakat Terhadap Penderita Kusta Di Kecamatan Batuputih Sumenep. *Jurnal Kesehatan Wiraraja Medika* 11(2): 88–89.
- Hidayah EN, Ginandjar P, Martini M, Udiyono A. 2020. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap Dan Tingkat Dukungan Keluarga Dengan Praktik Perawatan Diri Pada Penderita Kusta Di Kota Semarang. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa*. 10(1): 10–14.
- Hidayat D. 2019. Pengetahuan Dan Stigma Masyarakat Terhadap Pasien Kusta Di Kota Sorong [skripsi]. Manokwari: Universitas Papua.
- Jufrizal, Nurhasanah. 2019. Stigma Masyarakat Pada Penderita Kusta: Community Stigma in Leprosy. *Idea Nursing Journal*. 10(1): 29-30.
- KBBI. 2023. Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). [diakses 5 September 2023]. Tersedia di <http://kbbi.web.id>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lesmana A. 2014. Hubungan Derajat Pengetahuan Masyarakat Tentang Kusta Terhadap Penerimaan Sosial Pada Mantan Penderita Kusta (Studi Eksplanatif Tentang Stigma Dan Penerimaan Sosial Pada Penderita Kusta Di Desa Sidomukti Kecamatan Brondong Kabupaten Lamongan [skripsi]. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Liamputtong P. 2013. *Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS*. Springer: Springer Science.
- Martinez E, Collazos J, Mayo J. 1999. Hypersensitivity Reactions to Rifampin. Pathogenetic Mechanism, Clinical Manifestations, Management Strategies, and Review of the Anaphylactic-like Reactions. *Medicine (Baltimore)*. 78(6): 361.
- Masturoh I, Anggita T. 2018. Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK) : Metologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Kusta Indonesia. Indonesia.
- Merriam-Webster. 2019. Merriam-Webster. [diakses 12 September 2023]. Tersedia di <https://www.merriam-webster.com>.
- Notoatmodjo S. 2010. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo S. 2012. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo S. 2014. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pescosolido, Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. 2008. Rethinking Theoretical Approaches to Stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*. 67(3): 431–40.
- Pribadi T. 2016. Stigmatisasi Penderita Kusta di Desa Sidodadi Asri Banjar Agung Lampung Selatan. *Jurnal Kesehatan Holistik*. 10(4): 9.
- Rahmawati U. 2018. Hubungan Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat pada Penderita Kusta di Gampong Kuala Keureutobarat Kecamatan Tanah Pasir Kabupaten Aceh Utara [skripsi]. Lhoksumawe: STIKES Muhammadiyah Lhoksumawe.
- Salamung N, Elmiyanti NK, Putra AA. 2023. Pengetahuan dan Stigma Masyarakat tentang Penyakit Kusta di Desa Ambesia Barat Kecamatan Tomini Kabupaten Parigi Moutong. *Pustaka Katulistiwa*. 4(2): 17-19.
- Scheid TL, Brown TN. 2010. *A Handbook For Study Of Mental Health Social Contexts*. New York: Cambridge University Press.
- Siswanto, Asrianti T, Mulyana D. 2020. *Neglected Tropical Disease Kusta Epidemiologi Aplikatif*. Samarinda: Mulawarman University Press.
- Sulidah. 2016. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terkait Kusta terhadap Perlakuan Diskriminasi pada Penderita Kusta. *Jurnal Medika Respati*. 11(3): 56-57.
- Sumantri AW. 2022. Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Terhadap Pencegahan Penularan Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tempiral Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Saemakers PERDANA*. 2(1): 52-53.
- Susanto T, Latifa AS. 2012. Pengaruh Modifikasi Perilaku dengan Perjanjian Kontrak terhadap Kepatuhan Perawatan Mata, Tangan, dan Kaki Klien Kusta. *Soedirman Journal of Nursing*. 7(1): 32.
- Suwanti I, Aprilin H. 2017. Studi Korelasi Pengetahuan Keluarga Pasien Tentang Penularan Hepatitis Dengan Perilaku Cuci Tangan. *Jurnal Keperawatan* 10(2): 13–13.
- Walgito B. 2003. *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*. Yogyakarta: Andi Offset.
- WHO. 2022. *Leprosy - Number of New Leprosy Cases Data by Country*. World Health Organization.

Widasmara D, Maharani I, Aprilia N. 2019. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Tingkat Kecacatan pada Penderita Kusta di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang. *Majalah Kesehatan FK UB*. 6(1): 59-60.

Yuslianawati SN. 2018. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku terhadap Pencegahan Penularan Penyakit Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo [skripsi]. Madiun: Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun.