

PENGETAHUAN DAN STIGMA MASYARAKAT TERHADAP PASIEN KUSTA DI KOTA SORONG

Oleh
DEDY NUR HIDAYAT



PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS PAPUA
SORONG
2019

Dedy Nur Hidayat
2019

PENGETAHUAN DAN STIGMA MASYARAKAT TERHADAP PASIEN KUSTA
DI KOTA SORONG

DI KOTA SORONG

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.



@Hak cipta pada UNIPA



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

PENGETAHUAN DAN STIGMA MASYARAKAT TERHADAP PASIEN KUSTA DI KOTA SORONG

Oleh
DEDY NUR HIDAYAT



PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS PAPUA
SORONG
2019**



PENGETAHUAN DAN STIGMA MASYARAKAT TERHADAP PASIEN KUSTA DI KOTA SORONG

Oleh
Dedy Nur Hidayat
201470009

Skripsi
Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran
Pada
Fakultas Kedokteran Universitas Papua

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS PAPUA
SORONG
2019**



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dedy Nur Hidayat

NIM : 201470009

Tanda Tangan:

Tanggal : 19 September 2019

HALAMAN PENGESAHAN

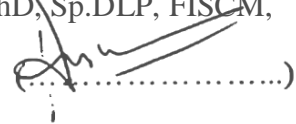
Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Dedy Nur Hidayat
NIM : 201470009
Program Studi : Pendidikan Dokter
Juduk Skripsi : Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap Pasien
Kusta di Kota Sorong

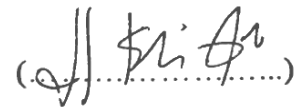
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran pada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Papua

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dr. Trevino Aristarkus Pakasi, FS, MS, PhD, Sp.DLP, FISCAM,
FISPH



Pembimbing II : dr. Elvina Wabiser



Penguji : dr. Raden Rara Diah Handayani, Sp.P (K)



Ditetapkan di : Sorong
Tanggal : 19 September 2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ‘Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong’. Penulisan skripsi ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Kedokteran pada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Papua. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, skripsi ini akan sangat sulit untuk diselesaikan. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- (1) Dr. Trevino Aristarkus Pakasi, FS, MS, PhD, Sp.DLP, FISCM, FISPH, selaku pembimbing pertama yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (2) dr. Elvina Wabiser, selaku pembimbing kedua yang juga telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini;
- (3) dr. Ardi Findyartini, Ph.D, selaku Ketua Modul Riset FK UNIPA yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan penelitian ini;
- (4) Badan Kesatuan Bangsa dan Politik yang telah memberikan Rekomendasi Survey / Penelitian dengan Nomor: 070/85/II/2019;
- (5) Dinas Kesehatan Kota Sorong yang telah memberikan izin penulis melakukan penelitian;
- (6) Puskesmas Tanjung Kasuari yang telah memberikan izin dan mengarahkan penulis selama melakukan pengambilan data;
- (7) masyarakat Distrik Maladum Mes yang telah bersedia memberikan data untuk diolah pada skripsi ini;
- (8) keluarga saya yang selalu mendukung saya; dan
- (9) sahabat yang telah membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini.



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan berbagai pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu.

Sorong, September 2019

Dedy Nur Hidayat



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Papua, saya bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dedy Nur Hidayat

NIM : 201470009

Program Studi : Pendidikan Dokter

Fakultas : Kedokteran

Jenis Karya : Skripsi

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Papua dan Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif** (*Non-exclusiv Royalti-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini, Universitas Papua dan Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihk/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya dengan wajib mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Sorong

Pada tanggal: 19 September 2019

Yang menyatakan,



Dedy Nur Hidayat

ABSTRAK

Nama : Dedy Nur Hidayat

Program Studi : Pendidikan Dokter

Judul : Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong

Latar Belakang. Indonesia memiliki target eliminasi kusta pada tahun 2020, namun Provinsi Papua Barat masih tergolong provinsi *high burden leprosy*. Stigma terhadap pasien kusta menjadi salah satu masalah yang dapat menghambat eliminasi kusta. Pengetahuan yang kurang dapat menyebabkan pemahaman yang salah dan menimbulkan stigma. Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan informasi mengenai faktor yang berhubungan dengan stigma terhadap pasien kusta.

Metode. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* dan dilakukan di Distrik Maladum Mes, Kota Sorong. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara pada 84 responden menggunakan kuesioner. Responden ditentukan dengan cara *random walking* atau *systematic random sampling*. Alat yang digunakan untuk menilai stigma adalah *Explanatory Model Interview Catalogue Community Stigma Scale* (EMIC-CSS). Alat ini telah tervalidasi di Distrik Cirebon pada tahun 2014 oleh Peters et al (*alfa cronbach* 0,83).

Hasil. Skor EMIC-CSS memiliki rerata 16,68 [IK 95% (15,26 – 18,04)]. Sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan cukup tentang kusta (52,4%). Hubungan antara karakteristik (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan) dan tingkat pengetahuan dengan tingkat stigma memiliki nilai $p > 0,05$.

Kesimpulan. Stigma terhadap pasien kusta di Distrik Maladum Mes masih tinggi (batas > 8 skor EMIC-CSS). Tidak terdapat hubungan antara karakteristik (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan) dan tingkat pengetahuan terhadap tingkat stigma di masyarakat Distrik Maladum Mes.

Kata Kunci: Stigma, Pengetahuan tentang Kusta, Kota Sorong, Distrik Maladum Mes

ABSTRACT

Name : Dedy Nur Hidayat

Study Program : Medicine Education

Judul : Knowledge and Community Stigma Toward Leprosy in Sorong
City

Background. Indonesia has targeting to eliminate leprosy in 2020, but Papua Barat Province is still a high burden of leprosy province. Stigma toward leprosy is still a problem which impeded leprosy elimination. Inadequate knowledge resulted in misconception and lead to stigma toward leprosy. The objective of this study was to found the information about factors correlates to the stigma towards leprosy.

Method. This is a *cross sectional* study and conducted in Maladum Mes District, Sorong City. Data collected from interview with 84 respondents use a questionnaire. Respondent was selected with *random walking* or *systematic random sampling*. Tools to assessment the stigma is *Explanatory Model Interview Catalogue Community Stigma Scale* (EMIC-CSS). These tools validated in Cirebon District, Indonesia in 2014 by Peters et al (*Cronbach's alpha* 0,83).

Result. Mean of the EMIC-CSS score was 16,68 [CI 95% (15,26 – 18,04)]. Many of respondent had moderate level of knowledge about leprosy (52,4%). The correlate of characteristics (age, level of education, occupation) and level of knowledge with stigma have p value $>0,05$.

Conclusion. Stigma toward leprosy in Maladum Mes District still high (cut-off >8 EMIC-CSS score). Have not correlation between characteristics (age, level of education, occupation) and level of knowledge with stigma in community in Maladum Mes District.

Key words: Stigma, Knowledge about Leprosy, Sorong City, Maladum Mes District



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN SYARAT SARJANA	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi dan Rumusan Masalah.....	2
1.3. Tujuan.....	2
1.4. Manfaat.....	3
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1. Pengetahuan.....	4
2.2. Kusta.....	5
2.3. Stigma Kusta.....	9
2.4. Sikap, Perilaku, dan Penilaian Stigma Kusta	10
2.5. Penelitian Sebelumnya Terkait Stigma Masyarakat tentang Kusta.....	13
2.6. Kerangka Teori.....	15
2.7. Kerangka Konsep	16
3. METODE PENELITIAN	17
3.1. Desain	17
3.2. Tempat dan Waktu.....	17
3.3. Populasi dan Sampel.....	17
3.4. Kriteria Inklusi, Eksklusi, dan <i>Drop Out</i>	17
3.5. Besar Sampel dan Teknik Sampling.....	17
3.6. Cara Kerja.....	19
3.7. Identifikasi Variabel	20
3.8. Definisi Operasional	20
3.9. Pengolahan dan Analisis Data	22
3.10. Etik Penelitian.....	22
3.11. Rencana Publikasi.....	22



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

4. HASIL PENELITIAN	23
4.1. Karakteristik Responden (Data Univariat)	23
4.2. Hasil Analisis Bivariat	25
5. DISKUSI	28
5.1. Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Distrik Maladum Mes	28
5.2. Hubungan Karakteristik dengan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Distrik Maladum Mes	28
5.3. Tingkat Pengetahuan dan Hubungannya dengan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Distrik Maladum Mes.....	29
6. KESIMPULAN DAN SARAN	31
6.1. Kesimpulan	31
6.2. Saran	31
DAFTAR PUSTAKA	32
LAMPIRAN	37



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Kusta di Layanan Primer Indonesia Berdasarkan WHO	8
Tabel 2.2	Beberapa Penelitian Sebelumnya yang Terkait.....	13
Tabel 3.1	Definisi Operasional Setiap Variabel.....	20
Tabel 4.1	Karakteristik Responden Distrik Maladum Mes	23
Tabel 4.2	Hubungan antara Karakteristik dengan Stigma terhadap Pasien Kusta.....	25
Tabel 4.3	Hubungan antara Pekerjaan dengan Stigma terhadap Pasien Kusta.....	26
Tabel 4.4	Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Stigma terhadap Pasien Kusta	26



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Model konsep teori sosial kognitif	12
Gambar 4.1. Stigma terhadap pasien kusta di Distrik Maladum Mes.....	24



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Keterangan Lolos Kaji Etik	37
Lampiran 2. Surat Rekomendasi Survey/Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik	38
Lampiran 3. Keterangan Disposisi dari Puskesmas Tanjung Kasuari	39
Lampiran 4. Foto Pengambilan Data Responden di Distrik Maladum Mes ...	40
Lampiran 5. <i>Inform Consent</i>	41
Lampiran 6. Perbandingan Kuesioner EMIC – CSS Sebelum dan Setelah Validasi Konteks	43
Lampiran 7. Kuesioner Tingkat Pengetahuan tentang Kusta	45
Lampiran 8. Hasil output SPSS	49
Lampiran 9. Grafik Pengetahuan Masyarakat tentang Kusta	54



@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

DAFTAR SINGKATAN

BTA	: Basil tahan asam
DDS	: <i>Diaminosil sulfon</i>
EMIC-CSS	: <i>Explanatory Model Interview Catalogue - Community Stigma Scale</i>
MB	: <i>Multibasiler</i>
MDT	: <i>Multy drugs therapy</i>
NCDR	: <i>New Case Detection Rate</i>
PB	: <i>Pausibasiler</i>
SDS	: <i>Social Distance Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta merupakan salah satu penyakit tropis terabaikan dan masih dapat ditemukan di negara berkembang. Terdapat tiga negara dengan kasus kusta terbanyak, yaitu India, Brazil, dan Indonesia. Ketiga negara tersebut memiliki kasus baru setiap tahun meliputi 81% jumlah kasus baru di dunia.¹ Indonesia memiliki target mencapai eliminasi kusta di setiap provinsi pada tahun 2020 dengan prevalensi $<1/10.000$ penduduk, tetapi saat ini masih ada 14 provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta. Kusta masih menjadi masalah di Indonesia karena pada setiap tahunnya masih ditemukan 16.000 – 20.000 kasus baru.² Salah satu provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta adalah Papua Barat. Papua Barat merupakan salah satu provinsi *high burden leprosy* di Indonesia karena memiliki nilai NCDR (*new case detection rate*) 86,09% ($>10\%$).³

Dalam menyelesaikan masalah eliminasi kusta, WHO (*World Health Organization*) mengeluarkan *the Global Leprosy Strategy 2016 - 2020*. *Global Leprosy Strategy 2016-2020* memiliki tiga pilar utama untuk mencapai tujuan program WHO mengeliminasi kusta tahun 2020. Ketiga pilar tersebut adalah: 1) memperkuat kepemilikan pemerintah, kordinasi dan kemitraan; 2) hentikan kusta dan komplikasinya; dan 3) hentikan diskriminasi serta promosikan inklusi.¹ Hingga saat ini masih ditemukan stigma negatif masyarakat terhadap pasien kusta. Hal tersebut dapat disebabkan oleh pengetahuan maupun persepsi masyarakat yang kurang tepat mengenai kusta. Masalahnya adalah dengan adanya stigma yang buruk terhadap pasien kusta akan menghasilkan diskriminasi dan akhirnya dapat menghambat proses pengobatan kusta. Jika kecenderungan diskriminasi terhadap pasien kusta pada masyarakat tidak diubah, maka akan sulit untuk mengeliminasi kusta, termasuk di Indonesia.^{4,5}

Berdasarkan Strategi Nasional Riset Implementasi/Operasional untuk Mendukung Pencegahan dan Pengendalian *Tuberculosis*, Malaria dan *Neglected Tropical Disease* 2016-2019, masih dapat ditemukan masalah stigma terhadap penyakit kusta.⁶ Hingga saat ini belum ditemukan informasi mengenai gambaran pengetahuan dan stigma masyarakat terhadap kusta di Kota Sorong, bahkan di



Papua Barat. Sedangkan untuk mengeliminasi kusta di Papua Barat tidak hanya mempertimbangkan program pemerintah maupun peningkatan pelayanan kuratif. Namun harus juga menghentikan diskriminasi kusta layaknya pilar ketiga dari the *Global Leprosy Strategy 2016-2020*.¹

Berdasarkan ulasan di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong”.

1.2 Identifikasi dan Rumusan Masalah

1.2.1 Identifikasi Masalah

Indonesia memiliki target eliminasi kusta pada tahun 2020 di setiap Provinsi. Papua Barat merupakan provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta dengan high burden kusta tertinggi di Indonesia. Stigma terhadap pasien kusta merupakan salah satu masalah yang dapat menyulitkan eliminasi kusta. Hingga saat ini belum diperoleh data tentang pengetahuan dan stigma masyarakat terhadap kusta di Papua Barat.

1.2.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan masyarakat dengan stigma tentang kusta?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum:

Mendapatkan informasi mengenai faktor yang berhubungan dengan stigma terhadap pasien kusta.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Diketuinya sebaran responden berdasarkan karakteristik sosiodemografi.
- b) Diketuinya sebaran responden berdasarkan tingkat pengetahuan tentang kusta.
- c) Diketuinya sebaran responden berdasarkan stigma terhadap pasien kusta
- d) Diketuinya hubungan antara karakteristik sosiodemografi (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan) dengan stigma terhadap pasien kusta.
- e) Diketuinya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap pasien kusta.



1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat untuk Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menambah informasi masyarakat mengenai tingkat pengetahuan tentang kusta dan stigma terhadap pasien kusta di Kota Sorong.

1.4.2 Manfaat untuk Institusi Pemerintah

Dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk membuat suatu program kerja menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap pasien kusta khususnya di Kota Sorong.

1.4.3 Manfaat untuk Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk diolah dan dikembangkan pada penelitian selanjutnya.

1.4.4 Manfaat untuk peneliti

Mendapatkan pengalaman dan data untuk diolah menjadi suatu karya tulis yang bermanfaat untuk semua pihak yang membutuhkan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan

2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berdasarkan pengalaman yang diterima oleh penginderaannya atau dapat diperoleh melalui proses pembelajaran. Terdapat dua jenis pengetahuan yaitu pengetahuan implisit dan pengetahuan eksplisit. Pengetahuan implisit adalah pengetahuan berupa pengalaman yang berisi faktor-faktor yang bersifat tidak nyata, misalnya mengenai keyakinan diri, perspektif, dan prinsip. Sedangkan pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang nyata yang telah didokumentasikan atau disimpan. Pengetahuan yang nyata dalam hal ini dapat berupa tindakan yang berkaitan dengan kesehatan.⁷

Berdasarkan Benjamin S. Bloom (1956), pengetahuan memiliki enam tahapan yaitu: 1) tahu (*know*), yaitu mampu untuk mengenali; 2) memahami (*comprehension*), yaitu mampu untuk menjelaskan dan menginterpretasikan secara benar; 3) mengaplikasikan (*application*), yaitu mampu menggunakan pengetahuannya; 4) analisis (*analysis*), yaitu mampu menjabarkan pengetahuannya; 5) sintesis (*synthesis*), yaitu mampu menghubungkan tiap komponen pengetahuannya; dan 6) evaluasi (*evaluation*), yaitu mampu melakukan penilaian pada pengetahuannya.⁷

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut.⁷

- a) Pendidikan, merupakan tindakan untuk mengembangkan kemampuan dan kepribadian baik secara formal maupun non formal serta dapat berlangsung seumur hidup.
- b) Informasi/media massa merupakan suatu perantara transfer pengetahuan antar individu atau kelompok, yang dapat dikumpulkan, disimpan, dimanipulasi, atau disebar dengan tujuan tertentu.
- c) Sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan. Sosial, budaya dan lingkungan terkait erat dengan sosiodemografi individu, sehingga suatu tradisi atau kepercayaan yang berbeda dapat mempengaruhi pengetahuannya.





Ekonomi seseorang juga mempengaruhi karena terkait fasilitas untuk memenuhi pengetahuan seseorang.

- d) Usia, terkait erat dengan daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia diharapkan semakin berkembang daya tangkap maupun pola pikir seseorang.
- e) Pengalaman, merupakan cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh sebelumnya ketika menemukan suatu masalah.

2.2 Kusta

2.2.1 Definisi dan Epidemiologi Kusta

Istilah kusta berasal dari bahasa sansekerta, yaitu *kustho* yang berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum.³ Penyakit kusta/lepra/penyakit Hansen adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*.⁸ Puncak insidensi penyakit kusta adalah pada usia 20 – 30 tahun, sedangkan puncak prevalensinya pada usia 30 - 50 tahun. Kejadian kusta lebih banyak ditemukan pada laki-laki dibandingkan perempuan.⁹

Berdasarkan laporan WHO 2015, jumlah kasus kusta di dunia 210. 578 dan Asia Tenggara merupakan penyumbang jumlah kasus kusta terbanyak (156.118 kasus). Jumlah kasus kusta di Indonesia mewakili 8% dari total kasus kusta di dunia, yaitu sekitar 17.202 kasus.¹⁰ Pada tahun 2017, lima provinsi di Indonesia yang memiliki jumlah kasus terbanyak adalah Jawa Timur (3.373 jiwa), Jawa Barat (1.813 jiwa), Jawa Tengah (1.644 jiwa), Sulawesi Selatan (1.091 jiwa), dan Papua (968 jiwa). Walaupun Papua Barat tidak masuk dalam lima provinsi kasus terbanyak kusta, namun Papua Barat termasuk beban kusta tinggi (*high burden*). Hal tersebut karena nilai NCDR (*new case detection rate*) di Papua Barat 86,09% (>10%; jumlah kusta: 788 jiwa) dan merupakan nilai NCDR tertinggi di Indonesia pada tahun 2017. NCDR atau angka penemuan kasus baru tersebut dinilai per 10.000 penduduk.³

2.2.2 Faktor Risiko Kejadian Kusta

Faktor risiko kejadian kusta adalah: a) pendapatan ekonomi keluarga rendah; b) kebersihan perorangan yang buruk; c) memiliki pengetahuan yang kurang mengenai kusta; d) pernah kontak serumah dengan penderita kusta; e)



kondisi fisik tempat tinggal yang buruk; f) jenis kelamin (terdapat sumber yang mengatakan bahwa laki-laki lebih banyak kasusnya, tetapi ada juga yang mengatakan bahwa jenis kelamin bukan faktor risiko secara bermakna); dan g) paling sering terjadi pada usia 30 – 50 tahun.^{9,11}

2.2.3 Etiologi, Transmisi, dan Patologi Kusta

M.leprae adalah bakteri penyebab penyakit kusta yang merupakan basil tahan tahan asam obligat intraseluler. Bakteri ini memiliki ukuran lebar 0,3 – 1 µm dan panjang 1 – 8 µm. Patogen ini dapat bereproduksi optimal pada suhu 27 – 30 °C. Pada tubuh manusia, *M. leprae* dapat tumbuh dengan baik di jaringan yang bersuhu dingin (kulit, saraf perifer, kamera okuli anterior, saluran pernapasan atas dan testis) serta di area yang sedikit hangat di kulit (aksila, lipat paha, kulit kepala, dan garis tengah punggung).⁹

Transmisi *M. leprae* antar individu dapat melalui droplet atau kontak erat yang lama. Kontak yang dimaksud adalah dapat melalui eksudat dari kulit pasien yang mengalami lesi. Masa inkubasi sebelum timbul manifestasi klinis dapat mencapai 2 sampai 40 tahun. Spektrum manifestasi klinis kusta kusta tergantung dari kemampuan imunitas seluler pejamu (*host*) terhadap *M. leprae*. Patogen ini dapat menginvasi dan bermultiplikasi di saraf perifer. Selain itu patogen tersebut dapat bertahan hidup di endotel dan sel fagosit di banyak organ. Infeksi subklinis kusta sering terjadi pada penduduk di daerah endemik.^{8,9,12}

Kusta tipe *tuberkuloid* memiliki tingkat infeksius yang rendah. Hal tersebut karena pada kusta tipe tuberkuloid, pejamu (*host*) memiliki respon imun seluler yang tinggi. Bahkan sel T dapat menembus perineurium sehingga merusak sel Schwann dan akson. Epineurium dapat mengalami fibrosis dan endoneurium tergantikan oleh granuloma epitelial granuloma dan terkadang dapat ditemukan nekrosis kaseosa. Granuloma epitel merupakan kumpulan sel epiteloid yang terbentuk ketika makrofag setelah memfagosit *M. leprae*. Ketika proses ini tidak segera teratasi maka dapat menimbulkan kerusakan saraf maupun jaringan sekitarnya. Lesi yang terjadi dapat berupa makula pada kulit, lesi di testis dan ujung saraf superfisial.^{8,12}

Kusta tipe *tuberkuloid* dapat mengalami progresi menjadi kusta tipe *lepromatosa*. Kusta tipe lepromatosa memiliki tingkat infeksius yang tinggi

karena terjadi penurunan imunitas tubuh. Makrofag tidak mampu memfagosit *M. leprae* akibat penurunan kemampuan sistem imun. Hal tersebut dapat memudahkan *M. leprae* bermultiplikasi dan merusak jaringan tubuh. Lesi yang terjadi berupa makula erimatososa yang sangat luas, papul, nodul dan destruksi kulit yang luas.^{8,12}

2.2.4 Penegakan Diagnosis Kusta

Pemeriksaan klinis untuk mendiagnosis kusta meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis perlu dilakukan secara rinci mengenai riwayat pasien. Riwayat yang dimaksud dapat berupa riwayat gejala bercak atau keluhan lain, riwayat gejala, maupun riwayat pengobatan kusta sebelumnya. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dapat meliputi pemeriksaan kulit, pemeriksaan raba, pemeriksaan fungsi saraf tepi, dan pemeriksaan kekuatan otot. Pemeriksaan *slit-skin smear* untuk mencari BTA juga sangat membantu mendiagnosis kusta jika hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik meragukan. Bila di puskesmas tidak tersedia pemeriksaan *slit-skin smear*, maka observasi kembali 3 – 6 bulan kemudian atau bila masih ragu-ragu, langsung rujuk ke Rumah Sakit.¹³

Kusta dapat ditegakkan diagnosisnya jika memiliki satu tanda utama (*cardinal sign*) pada waktu pemeriksaan klinis. Tanda utama penyakit kusta adalah : 1) lesi bercak putih (*hipopigmentasi*), kemerahan (*eritema*), atau dapat juga mati rasa; 2) penebalan saraf tepi disertai gangguan fungsi saraf seperti gangguan sensoris (mati rasa), gangguan motoris (kelemahan/*paresis*, kelumpuhan/*paralisis*), dan gangguan fungsi otonom (kulit kering, retak-retak); serta 3) adanya basil tahan asam (BTA) yang ditemukan pada *slit skin smear*(kerokan jaringan kulit).¹³

Selain mendiagnosis, pemeriksaan klinis dilakukan untuk menentukan klasifikasi. Klasifikasi kusta dapat berdasarkan *tuberkuloid*, *borderline*, dan *lepromatosa*. Namun klasifikasi yang lazim digunakan untuk penentuan pengobatan di Indonesia adalah sesuai dengan WHO, yaitu PB (*pausibasiler*) dan MB (*multibasiler*) (tabel 2.1). Kusta tipe PB sebenarnya mencakup kusta tipe *tuberkuloid* sampai *borderline*, sedangkan tipe MB mencakup *borderline* sampai *lepromatosa*.^{8,13}

Tabel 2.1 Klasifikasi Kusta di Layanan Primer Indonesia Berdasarkan WHO.¹³

Tanda utama	PB	MB
Jumlah bercak mati rasa	Jumlah 1 - 5	Jumlah >5
Kerusakan saraf tepi	Hanya 1 saraf	Lebih dari 1 saraf
Skin smear (BTA)	Negatif	Positif

2.2.5 Tatalaksana Kusta

Pengobatan pada pasien kusta merupakan salah satu cara penting untuk memutuskan rantai penularan. Kasus kusta yang menular (kusta *multibasiler*) akan menjadi tidak menular jika diobati secara teratur selama enam bulan. Enam dari tujuh kasus kusta tidak menular ke orang lain.³ Selain itu kebanyakan penderita kusta yang mendapatkan MDT (*multi drugs therapy*) akan sembuh dan tidak perlu di rawat di rumah sakit.¹⁴

MDT merupakan pengobatan untuk kusta dengan menggabungkan beberapa antibiotik. Lama pengobatan PB adalah enam bulan, sedangkan untuk yang tipe MB adalah 12 bulan.¹⁵ Di Indonesia MDT tersedia dalam bentuk kemasan (blister). Berikut penjabaran singkat mengenai pengobatan kusta di Indonesia.¹³

- a) PB dewasa: Sebulan sekali di hari pertama menggunakan dua kapsul Rifampisin (2 x 300 mg) dan satu tablet Dapson (Diaminosil sulfon/DDS) (100mg); dilanjutkan hari ke 2 – 28 dengan satu tablet DDS (100 mg)/hari. Dosis lengkapnya adalah enam kemasan blister (satu blister/bulan, kemasan blister berwarna hijau).
- b) PB anak: Sebulan sekali di hari pertama menggunakan dua kapsul Rifampisin (300 mg + 150mg) dan satu tablet DDS (50 mg); dilanjutkan hari ke 2 – 28 dengan satu tablet DDS (50 mg)/hari. Dosis lengkapnya adalah enam kemasan blister (satu blister / bulan, kemasan blister berwarna biru).
- c) MB dewasa: Sebulan sekali di hari pertama menggunakan dua kapsul Rifampisin (2 x 300 mg), tiga kapsul Lampren (3 x 100 mg), dan 1 tablet DDS (100 mg); dilanjutkan hari ke 2 – 28 dengan 1 kapsul Lampren (50 mg)/hari dan satu tablet DDS (100 mg)/hari. Dosis lengkapnya adalah 12 kemasan blister (1 blister/bulan, kemasan blister berwarna merah muda).



- d) MB anak: Sebulan sekali di hari pertama menggunakan dua kapsul Rifampisin (300 mg + 150mg), tiga kapsul Lampren (3 x 50 mg), dan satu tablet DDS (50 mg); dilanjutkan hari ke 2 – 28 dengan satu tablet DDS (50 mg)/hari dan satu kapsul Lampren (50 mg)/dua hari. Dosis lengkapnya adalah 12 kemasan blister (satu blister/bulan, kemasan blister berwarna coklat muda/kuning tua).
- e) Catatan: Jika usia anak kurang dari 10 tahun, sesuaikan dosis dengan berat badan (BB). Rifampisin 10 -15 mg/kgBB, DDS 1-2 mg/kgBB, dan Lampren 1mg/kgBB.

2.3 Stigma Kusta

2.3.1 Definisi Stigma

Stigma adalah isyarat atau tanda seseorang terhadap orang lain yang dianggapnya

sebagai suatu gangguan atau ada perbedaan dari orang lain. Seseorang yang diberi stigma biasanya adalah orang yang dianggap berbahaya, cacat, atau memiliki kekurangan dibandingkan orang lain pada umumnya. Proses stigma pada masyarakat meliputi proses interpretasi terhadap penyimpangan norma, proses pendefinisian yang dianggap menyimpang, dan perilaku diskriminasi sebagai proses terakhir. Sesuatu yang dianggap menyimpang di masyarakat tidak akan menjadi stigma masyarakat jika tidak melalui tahap interpretasi. Terdapat tiga jenis stigma berdasarkan kondisi stigmatisasi, diantaranya adalah kebencian terhadap tubuh (terkait disabilitas/kecacatan fisik), mencela karakter individu (terkait gangguan mental, pengangguran), dan identitas kesukuan (terkait agama, ras dan kewarganegaraan).¹⁶

2.3.2 Faktor yang Dapat Memicu Stigma Masyarakat Terhadap Kusta

Faktor yang dapat memicu masyarakat pada pasien kusta terkait adanya budaya setempat. Terdapat sekelompok orang yang menilai bahwa kusta merupakan akibat kutukan atau hukuman dari Tuhan. Hal tersebut terkait pemahaman yang kurang benar terhadap kusta. Selain itu, hal – hal yang dapat mempengaruhi tingginya stigma suatu masyarakat adalah status ekonomi yang rendah, pendidikan yang rendah, dan usia yang semakin lanjut.^{4,17,18}



2.3.3 Dampak Stigma Masyarakat pada Pasien Kusta

Terdapat banyak dampak yang dapat ditimbulkan dari stigma, yaitu: ^{4,3,16,18}

- a) Menyulitkan kehidupan orang yang terkena stigma untuk pulih dan akan menarik diri dari lingkungan. Menyulitkan kehidupan yang dimaksud misalnya adalah sulit diterima di sekolah, mendapatkan pekerjaan, dan menikah.
- b) Memperburuk keadaan pasien akibat tidak mau untuk berobat, sehingga akan timbul kecacatan yang permanen.
- c) Menyebabkan masyarakat menjadi kurang manusiawi dan bersifat diskriminasi terhadap pasien kusta.
- d) Pasien maupun keluarga pasien menjadi merasa malu dan terhina.

2.4 Sikap, Perilaku, dan Penilaian Stigma Kusta

2.4.1 Sikap

Sikap adalah perasaan individu mengenai suatu yang disukai atau yang tidak disukai terhadap suatu objek yang akan mendorong tanggapannya terhadap objek tersebut. Sikap dipengaruhi oleh hasil evaluasi terhadap berbagai aspek di sosial, dan evaluasi tersebut menentukan sikap individu.¹⁹ Sikap dapat berupa sikap positif dan jika sikap negatif. Stigma terhadap kusta merupakan sikap negatif. Sikap yang negatif tersebut dapat timbul karena ada perasaan yang tidak senang atau dapat pula adanya kesalahan konsep tentang kusta. Adanya sikap yang negatif, dapat mendorong adanya kehendak (*intention*) yang negatif, dan selanjutnya menentukan perilaku yang juga negatif.²⁰

Rosenberg & Hovland (1960) serta Eagly & Chaiken (1993) menjelaskan bahwa perubahan sikap dipengaruhi oleh kognitif, afektif, dan perilaku. Kognitif berperan mempengaruhi proses persuasif atau informasi yang diterima dalam membentuk atau merubah sikap. Afektif atau emosi merupakan perasaan individu terhadap sikap yang akan dilakukannya, terkait dengan hasil evaluasi yang telah dilakukan (menguntungkan atau merugikan). Sebagian besar teori umumnya menyatakan bahwa perilaku terbentuk setelah adanya sikap pada Individu. Namun sebenarnya hasil dari perilaku juga menentukan sikap selanjutnya karena adanya hasil evaluasi dari setiap perilaku yang telah dilakukan. Menurut Kazdin, jika perilaku mendapatkan *social reinforcement* maka individu akan merasa nyaman

dan cenderung mengulangi perilaku yang sama saat menghadapi kondisi yang sama.^{21,22}

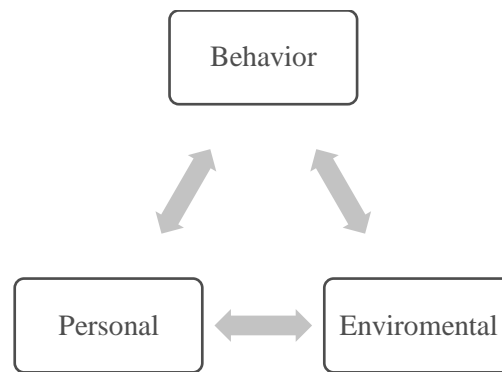
2.4.2 Perilaku

Perilaku merupakan suatu tindakan sebagai respon terhadap pengetahuan maupun sikap individu. Perilaku dapat terbentuk setelah individu tersebut memiliki niat (*behavioural intention*). Niat tersebut terbentuk dan dipengaruhi dengan adanya sikap, norma penting yang berlaku di masyarakat dan norma subjektif. Norma penting yang berlaku di masyarakat (*importance norms*) adalah pengaruh faktor sosial budaya yang berlaku di lingkungan individu. Norma subjektif merupakan norma yang dianut seseorang. Dorongan dari anggota keluarga maupun teman terdekat juga mampu untuk mempengaruhi seseorang untuk berperilaku. Menurut Priyoto (2014) kesiapan individu dalam berperilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:^{19,20}

- a. Karakteristik individu, meliputi pendidikan, umur dan pekerjaan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah untuk menerima informasi. Semakin tua umur seseorang maka semakin banyak pengalaman, sehingga dapat menentukan perilakunya berdasarkan pengalamannya tersebut. Lingkungan pekerjaan seseorang juga dapat mempengaruhi untuk berperilaku, karena jenis pekerjaan juga dapat ditentukan dari tingkat pendidikan dan atau pelatihan.
- b. Sosial ekonomi. Status sosial merupakan hak dan kewajiban yang dimiliki seseorang dalam masyarakatnya. Orang yang memiliki status sosial yang tinggi akan ditempatkan lebih tinggi di struktur masyarakatnya. Keadaan sosial ekonomi mempengaruhi faktor fisik, kesehatan dan pendidikan.
- c. Pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan yang sangat penting dalam menentukan tindakan seseorang. Pembahasan pengetahuan dapat dilihat pada sub-bahasan 2.1.

Berdasarkan teori sosial kognitif, perilaku manusia ditentukan oleh interaksi antara manusia (*personal*), perilaku (*behavior*), dan lingkungan (*environmental*), lihat gambar 2.1. Interaksi ketiga komponen ini terjadi secara terus menerus dan saling mempengaruhi antara satu dengan faktor lain. Interaksi antara manusia dan perilakunya melibatkan faktor pemikiran dan tindakan individu. Sedangkan

interaksi antara manusia dengan lingkungan melibatkan kepercayaan manusia dan kemampuan kognitif yang berkembang dari pengaruh lingkungan. Interaksi antara lingkungan dengan perilaku manusia melibatkan pengaruh perilaku terhadap aspek dalam lingkungan yang saling berkaitan. Lingkungan dapat berupa lingkungan sosial dan fisik. Lingkungan sosial dapat berupa keluarga, teman dan kolega. Sedangkan lingkungan fisik dapat berupa lingkungan tempat tinggal beserta fasilitasnya.¹⁹



Gambar 2.1. Model konsep teori sosial kognitif.¹⁹

2.4.3 Penilaian Stigma Kusta dengan EMIC-CSS

Kuesioner EMIC-CSS adalah alat untuk menilai stigma di masyarakat terhadap pasien kusta di lingkungannya. Pembahasan tentang sikap dan perilaku sebelumnya perlu dilakukan karena memiliki keterkaitan dengan EMIC-CSS. Stigma jika hanya sebatas perasaan yang tidak disukai maka merupakan sikap. Namun jika stigma tersebut sudah menimbulkan tindakan tertentu, maka sudah merupakan perilaku dan sering dikenal sebagai diskriminasi.²⁰

Kuesioner EMIC mulai diperkenalkan oleh Weiss et al. pada tahun 1990an. Weiss et al. menyatakan bahwa perlu mengetahui hubungan antara klinik, epidemiologi dan social science agar dapat mengetahui permasalahan pada penyakit tropis. Kuesioer EMIC-CSS telah divalidasi menggunakan Bahasa Indonesia oleh Peters et al. pada tahun 2014 di Cirebon. Kuesioner EMIC CSS yang telah tervalidasi tersebut kemudian digunakan oleh Schutten et al untuk meneliti stigma kusta di Pasuruan tahun 2018. Kuesioner EMIC-CSS terdiri dari 15 pertanyaan untuk menilai stigma terhadap pasien kusta. Berdasarkan penelitian Schutten et al, komponen sikap pada EMIC-CSS terdapat pada nomor 2-5, 8, 10,

13 dan 15. Komponen perilaku pada EMIC-CSS terdapat pada nomor 1, 6, 7, 9, 10, 11, 14 dan 15.^{20,23}

2.5 Penelitian Sebelumnya Terkait Stigma Masyarakat tentang Kusta

Terdapat beberapa penelitian yang berkaitan dengan penelitian tentang pengetahuan dan stigma masyarakat terhadap kusta. Berikut adalah beberapa penelitian yang terkait dengan penelitian ini (diurutkan berdasarkan tahun).

Tabel 2.2 Beberapa Penelitian Sebelumnya yang Terkait

No	Peneliti	Tahun	Tempat	Keterangan	Hasil
1.	Peters RMH, Dadun, Braker WHV, Zweekhorst MBM, Damayanti R, Bunders JFG, Irwanto. ²³	2014	Cirebon, Indonesia	Menggunakan kuesioner EMIC – CSS dan SDS, menerjemahkan kedua kuesioner tersebut ke Bahasa Indonesia, dan jumlah sampel untuk memvalidasi kuesioner tersebut 259 responden masyarakat umum.	Kedua kuesioner tersebut untuk menilai stigma masyarakat tentang kusta adalah valid dalam Bahasa Indonesia. Nilai alfa Cronbach EMIC-CSS adalah 0,83; alfa Cronbach SDS adalah 0,87.
2.	Kaehler N, Adhikar B, Raut S, Marahatta SB, Chapman S. ⁴	2015	Khon Kaen, Thailand	Menggunakan kuesioner EMIC-CSS, studi <i>cross-sectional</i> , jumlah responden 257 komunitas yang tidak terkena kusta.	Skor EMIC-CSS tertinggi pada responden usia diatas 61 tahun ($p=0.021$), tinggal lama di komunitas tersebut ($p = 0,005$), pendidikan yang kurang ($0,024$), dan pengangguran ($p = 0,08$).
3.	Tasema AA, Beriso M. ²⁴	2015	Kuyera, Ethiopia	Studi <i>cross-sectional</i> , data diambil secara menggunakan kuesioner pada 296 responden di komunitas umum.	Empat dari lima orang memiliki pengetahuan tentang kusta yang kurang dan sikap terhadap pasien kusta sebagian besar masih buruk.
4.	Schutten KRG, Waltz M, Peters RMH, Brakel WV, Koesbardiati T. ²⁰	2018	Pasuruan, Indonesia	Menggunakan EMIC-CSS, SDS, serta kuesioner pengetahuan, sikap dan perilaku yang telah tervalidasi sebelumnya. Semua kuesioner tersebut diubah ke Bahasa Indonesia dengan	76,9% memiliki pengetahuan yang kurang. Rata-rata nilai stigma dengan EMIC-CSS adalah 15,6, 95% CI (14,83 – 16,49). Rata-rata nilai stigma dengan SDS adalah 10,3,

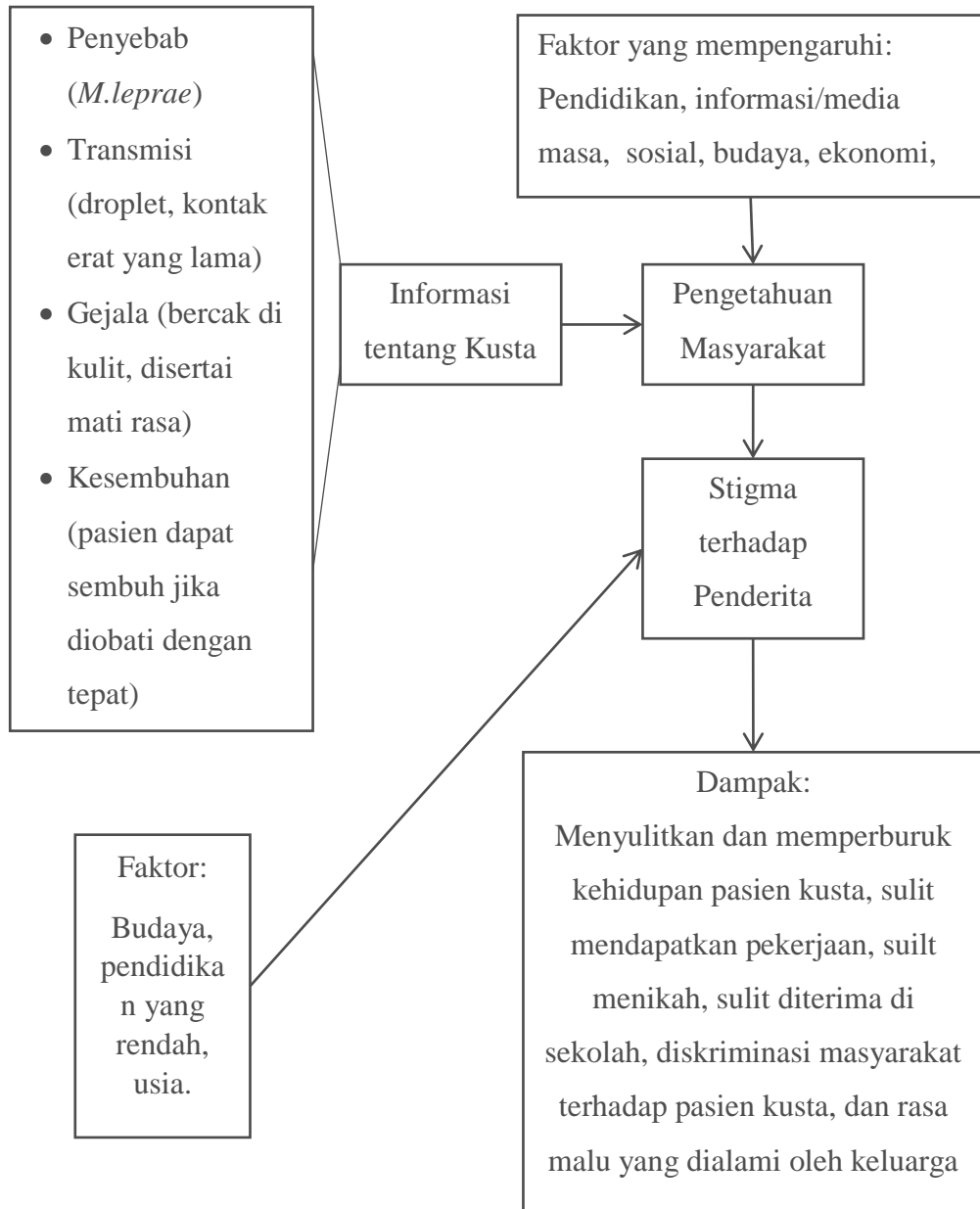


@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

<p>metode <i>translate</i> – <i>retranslate</i>. Jumlah responden 350 (data kuantitatif) dan 12 (data kualitatif).</p>	<p>95% CI (9,70 – 10 81). 80% masyarakat memiliki nilai di atas batas statistik, yang mengindikasikan persepsi negatif terhadap pasien kusta.</p>
--	---

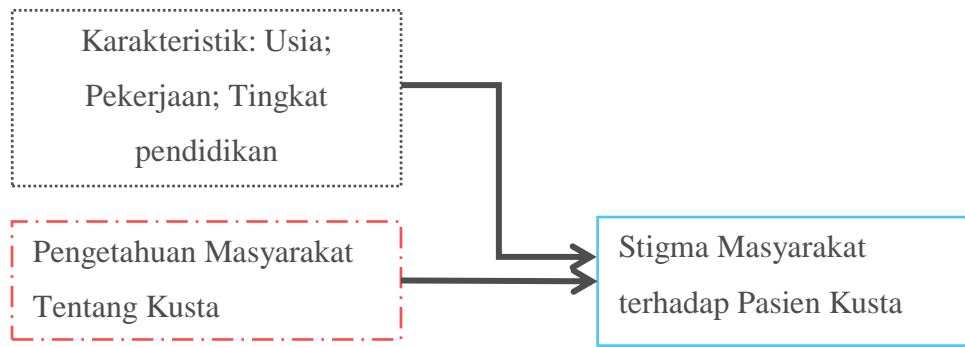
2.6 Kerangka Teori



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.



2.7 Kerangka Konsep



▭ : Variabel bebas

▭ : Variabel terikat

▭ : Variabel bebas lain yang dapat mempengaruhi variabel terikat

→ : Hubungan antar variabel.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan desain studi *cross sectional* untuk mengetahui pengetahuan dan stigma masyarakat terhadap pasien kusta di Kota Sorong.

3.2 Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan di di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari, Kota Sorong, Provinsi Papua Barat pada bulan Desember 2018 – Juni 2019.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Target

Masyarakat di Kota Sorong.

3.3.2 Populasi Terjangkau

Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari tahun 2019.

3.3.3 Sampel

76 masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari tahun 2019.

3.4 Kriteria Inklusi, Eksklusi dan *Drop Out*

3.4.1. Kriteria Inklusi

- a) Usia di atas 18 tahun.
- b) Telah menetap di Kota Sorong lebih dari satu tahun.
- c) Masyarakat yang tidak terkena kusta.

3.4.2. Kriteria Eksklusi

- a) Tidak mampu berkomunikasi ketika di wawancara.
- b) Masyarakat yang memiliki pekerjaan sebagai tenaga kesehatan.

3.4.3. *Drop Out*

Responden tidak menyelesaikan untuk menjawab kuesioner.

3.5 Besar Sampel dan Teknik Sampling

3.5.1 Besar Sampel

Besar sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini menggunakan rumus berikut.

$$n = \frac{Z\alpha^2 \times PQ}{d^2}$$

Keterangan:

- P: Proporsi masyarakat yang pengetahuannya kurang pada penelitian sebelumnya adalah 76,9%, sedangkan proporsi yang nilai stigma(menggunakan EMIC-CSS) di atas batas statistik adalah 79,4%.²⁰ Jumlah sampel dipilih berdasarkan jumlah yang terbesar dari kedua proporsi tersebut. Nilai Q adalah 1-P.
- d: Ketetapan relatif deviasi yang diinginkan adalah 10%.
- Kesalahan tipe 1 (α) yang dikehendaki adalah 5%; ketetapan $Z\alpha$ 2 arah adalah 1,96.

Berdasarkan nilai P dan rumus di atas, maka diperoleh sampel minimal dari masing-masing P:

- Proporsi pengetahuan kurang ($P = 0,769$), $n = 69$ responden.
- Proporsi nilai stigma (menggunakan EMIC-CSS) di atas batas statistik ($P = 0,794$), $n = 63$ responden.
- Berdasarkan jumlah terbanyak dari pertimbangan nilai P, maka sampel minimal untuk penelitian ini adalah 69 responden.

Dengan mempertimbangkan *drop out* maka ditambah $10\% \times 69 = 6,9$ (dibulatkan menjadi 7), sehingga responden minimal yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah 76 responden.

3.5.2 Teknik Sampling

Penentuan responden yang diwawancarai dilakukan dengan cara *random walking* atau *systematic random sampling* di sepanjang area wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari. Aplikasi Google Maps digunakan untuk mengetahui sebaran rumah responden dan rute untuk pemilihan responden. Sebagai unit sampel adalah rumah. Di dalam setiap rumah, diwawancarai satu orang dewasa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai responden. Rumah pertama yang dikunjungi ditentukan berdasarkan rumah yang terdekat dengan puskesmas. Rumah selanjutnya yang dikunjungi adalah interval angka dari hasil undian. Caranya adalah dengan membuat gulungan kertas bertuliskan satu sampai lima yang sama persis. Kemudian satu gulungan diambil dan angka yang tertulis

didalamnya menjadi interval pemilihan rumah. Kunjungan rumah berakhir saat sudah mencukupi jumlah sampel atau sudah meliputi wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari. Rumah terpilih yang kemudian tidak bersedia atau tidak memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi maka dicarikan rumah pengganti yang terdekat dengan rumah tersebut.

3.6 Cara Kerja

3.4.1 Uji coba Kuesioner yang Digunakan

Kuesioner tingkat pengetahuan dan kuesioner stigma masyarakat dilakukan *context validation* atau bisa diartikan sebagai uji coba kuesioner. Hal tersebut dilakukan karena berdasarkan penelitian sebelumnya menyatakan hasil validasi kuesioner yang telah dilakukan tidak dapat digeneralisasi di Papua, Sulawesi, maupun Nusa Tenggara.²³ Pada penelitian yang dilakukan oleh Schutten, dkk di Pasuruan juga melakukan *context validation* pada kuesioner yang sama.²⁰ *Context validation* atau uji coba kuesioner membutuhkan 10 responden. Tujuan uji coba ini adalah untuk memastikan responden mengerti bahasa yang digunakan dalam pertanyaan kuesioner serta waktu yang dibutuhkan tidak terlalu lama dalam mewawancarai responden.

3.4.2 Penelitian

Pengambilan data setiap variabel dilakukan dengan cara mewawancarai responden. Sebelum diwawancarai, responden mendapatkan penjelasan singkat tentang penelitian seperti yang tercantum pada lembar penjelasan sebelum persetujuan. Setelah itu responden bertanda tangan di lembar persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*).

Kuesioner yang telah diisi kemudian diberikan skor. Berikut penjabarannya:

- a. EMIC-CSS : Ya (skor 2); Mungkin (skor 1); Tidak (skor 0); Tidak Tahu (0).
- b. Kuesioner pengetahuan : Jawaban benar (1); Jawaban salah (0). Kunci Jawaban terlampir di lampiran setelah kuesioner pengetahuan. Pertanyaan pengetahuan yang diberikan skor adalah pertanyaan 2 – 8, dengan catatan pertanyaan 5 dan 6 adalah satu kesatuan.

Data hasil wawancara kemudian diinput dan dianalisis menggunakan IBM SPSS Statistic 20, serta pelaporan hasil penelitian dibuat dengan menggunakan Microsoft Word 2010.

3.7 Identifikasi Variabel

- a) Variabel bebas pada penelitian ini adalah pengetahuan masyarakat tentang kusta. Variabel bebas lain pada penelitian ini adalah usia, pekerjaan, dan tingkat pendidikan.
- b) Variabel tergantung pada penelitian ini adalah stigma masyarakat terhadap pasien kusta.

3.8 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional Setiap Variabel.

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil ukur	Skala Ukur
1 Pengetahuan masyarakat	Pengetahuan masyarakat tentang penyebab, penyebaran, kesembuhan pasien, gejala, dan cara pengobatan secara umum mengenai kusta.	Telah dibahas di cara kerja.	Kuesioner Pengetahuan kusta.	Skor tingkat pengetahuan: ²⁰ Baik : 5 – 6 jawaban benar Cukup : 3 – 4 jawaban benar Kurang: 0-2 jawaban benar.	Ordinal
2 Stigma Kusta	Pandangan atau penilaian buruk masyarakat terhadap pasien kusta	Telah dibahas di cara kerja.	Kuesioner EMIC - CSS	EMIC-CSS : Skala 0 – 30. <i>Cut-off</i> : skor ≤8 (stigma rendah), sedangkan > 8 (stigma tinggi.) ^{20,23}	Numerik dan Kategorik
3 Usia	Lama waktu responden hidup dari lahir hingga	Telah dibahas di cara kerja.	Jawaban responden di kuesio-		Numerik



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

	waktu pengamatan. Responden dewasa adalah 18 – 59 Tahun sedangkan lansia ≥ 60 Tahun. ²⁵		ner, KTP, atau kartu identitas yang lain.		
4	Tingkat pendidikan formal terakhir responden ketika pengamatan. Berdasarkan UU RI No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan, tingkat Pendidikan terbagi menjadi Pendidikan Dasar, Pendidikan Menengah, dan Pendidikan Tinggi. ²⁶	Telah dibahas di cara kerja.	Kuesioner, KTP, atau kartu identitas yang lain.	1) Tidak sekolah/ non formal 2) Pendidikan dasar (SD/MI, SMP/ MTs) 3) Pendidikan menengah (SMA/MA/ SMK) 4) Pendidikan Tinggi	Ordinal
5	Pekerjaan rutin responden untuk mendapatkan penghasilan	Telah dibahas di cara kerja.	Jawaban responden di kuesioner, KTP, atau kartu identitas yang lain.	1) Tidak bekerja 2) Pegawai 3) Wiraswasta 4) Petani/ Nelayan/ Buruh 5) Pelajar/ Mahasiswa 6) Ibu Rumah Tangga	Nominal

3.9 Pengolahan dan Analisis Data

- a) Data demografi disajikan secara deskriptif untuk menggambarkan karakteristik responden penelitian.
- b) Data dari kuesioner pengetahuan masyarakat kusta diolah secara deskriptif kategorik berdasarkan tingkat pengetahuan baik, cukup, dan kurang.
- c) Data dari kuesioner penilaian stigma masyarakat terhadap kusta diperoleh dalam bentuk deskriptif numerik, kemudian dikategorisasi menjadi data dikotomik berdasarkan *cut-off* 8.²⁰
- d) Untuk melihat hubungan setiap karakteristik dan tingkat pengetahuan terhadap stigma masyarakat tentang kusta, dilakukan uji *Chi Square* pada alpha 5%. Jika syarat Chi Square tidak terpenuhi (nilai *expected* kurang dari lima maksimal 20% dari jumlah sel), maka dilakukan penggabungan sel khususnya pada variabel yang memiliki lebih dari dua kategori. Setelah penggabungan sel, dilakukan uji *Chi square* kembali, dan jika tetap tidak terpenuhi syaratnya maka menggunakan uji *Fisher*. Selain *Chi Square* dan *Fisher*, penelitian ini menggunakan analisis Uji *Kruskal-Wallis*.²⁷

3.10 Etik Penelitian

Penelitian ini telah diserahkan ke Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dan telah mendapatkan surat keterangan lulus kaji etik. Perijinan lokasi penelitian dilakukan oleh pihak Fakultas Kedokteran Universitas Papua kepada Dinas Kesehatan Kota Sorong dan Puskesmas Tanjung Kasuari. Selain itu pengambilan data dapat dilakukan jika responden menyetujui *informed consent* setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Lembar *informed consent* tersebut telah disertakan pada lampiran.

3.11 Rencana Publikasi

Hasil penelitian ini direncanakan akan dipublikasikan dalam bentuk presentasi di kegiatan ilmiah dokter keluarga (proseiding konferensi) atau dipublikasikan dalam bentuk jurnal secara *online*. Mekanisme publikasi akan didiskusikan dengan pihak Fakultas Kedokteran Universitas Papua selaku pemberi sumber dana untuk publikasi.





BAB 4 HASIL PENELITIAN

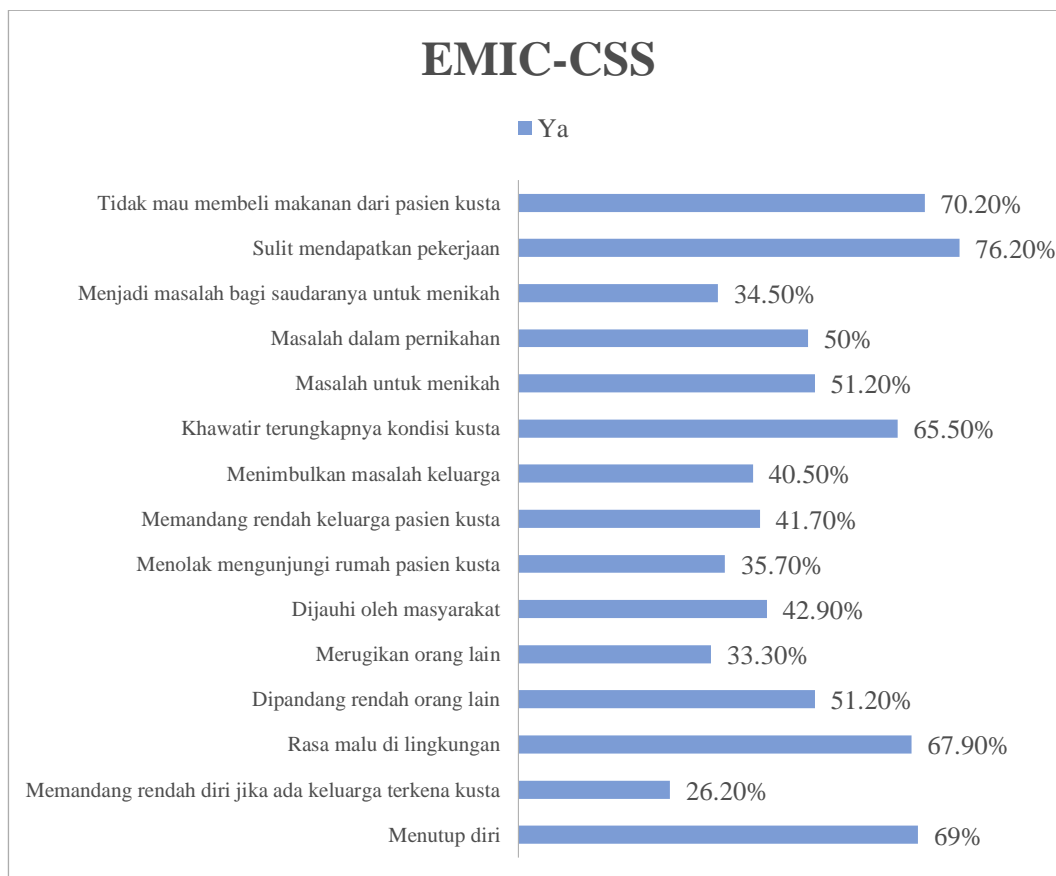
Penelitian ini telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanjung Kasuari, yaitu di Distrik Maladum Mes, Kota Sorong. Distrik Maladum Mes memiliki luas 126,40 Km², terdiri atas empat kelurahan yaitu Kelurahan Tampa Garam, Suprau, Tanjung Kasuari, dan Saoka. Jumlah penduduk di Distrik Maladum Mes mencapai 8.170 jiwa, dengan kepadatan penduduk 64,64 jiwa per Km². Distrik Maladum Mes memiliki 1.555 rumah tangga, atau memiliki rata-rata 5,25 jiwa per rumah tangga.²⁸ Berdasarkan data Puskesmas Tanjung Kasuari pada akhir bulan November 2018, jumlah pasien kusta yang terdaftar adalah 37 pasien. Pasien kusta di Distrik Maladum Mes tidak membentuk koloni atau kelompok tertentu. Jumlah responden yang diperoleh pada penelitian ini adalah 87 responden masyarakat selain pasien kusta. Tetapi yang memenuhi kriteria inklusi adalah sebanyak 84 responden. Sebanyak 3 responden tidak menyelesaikan wawancara hingga selesai.

4.1 Karakteristik Responden (Data Univariat)

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Distrik Maladum Mes

	Hasil
Usia [Median (minimal - maksimal)]	35 (18 – 76) Tahun
Tingkat Pendidikan [n(%)]	
Tidak sekolah/non formal	2(2,4)
Pendidikan Dasar	36(42,9)
Pendidikan Menengah	39(46,4)
Pendidikan Tinggi	7(8,3)
Pekerjaan [n(%)]	
Tidak bekerja	5(6)
Pegawai	6(7,1)
Wiraswasta	24(28,6)
Petani/nelayan/buruh	9(10,7)
Pelajar/mahasiswa	4(4,8)
Ibu Rumah Tangga	36(42,9)
Tingkat Pengetahuan Tentang Kusta	

Kurang	37(44)
Cukup	44(52,4)
Baik	3(3,6)
Skor Stigma Terhadap Kusta (Mean \pm Std. deviasi)	16,68 \pm 6,89



Gambar 4.1. Stigma terhadap pasien kusta di Distrik Maladum Mes.

Tabel 4.1 menunjukkan usia terendah responden pada penelitian ini adalah 18 tahun, dan usia tertingginya adalah 76 tahun. Jumlah responden dewasa usia produktif adalah 79 orang, sedangkan lansia adalah 5 orang. Tingkat pendidikan terakhir responden yang terbanyak pada penelitian ini adalah tingkat pendidikan menengah (SMA/SMK/MAN/Sederajat) (46,4%). Responden sebagian besar adalah Ibu rumah tangga (42,9%). Responden yang memiliki tingkat pengetahuan tentang kusta yang baik hanya 3 orang (3,6%), sedangkan yang terbanyak adalah tingkat pengetahuan cukup (52,4%). Skor stigma responden yang dinilai menggunakan EMIC-CSS diperoleh dengan rata-rata 16,68 (dari total skor keseluruhan adalah 30). Jumlah responden yang memiliki stigma tinggi adalah

84,5%. Bentuk stigma yang terbanyak di Distrik Maladum Mes adalah stigma tentang sulitnya pasien kusta untuk mendapatkan pekerjaan (gambar 4.1).

4.2 Hasil Analisis Bivariat

4.2.1 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Stigma Pasien Kusta

Tabel 4.2 Hubungan antara Karakteristik dengan Stigma terhadap Pasien Kusta

	Stigma Terhadap Pasien Kusta		<i>P</i>	OR (IK 95%)
	Tinggi n(%)	Rendah n(%)		
Kelompok Usia (n=84)				
Dewasa	67 (84,8)	12 (15,2)	0,578 ^f	0,716 (0,74 - 6,975)
Lansia	4 (80)	1 (20)		
Tingkat Pendidikan (n=84)				
Tidak sekolah / Non Formal + Pendidikan Dasar	33 (86,8)	5 (13,2)	0,593 ^{cs}	0,720 (0,214 - 2,415)
Pendidikan Menengah + Tinggi	38 (82,6)	8 (17,4)		

^fUji Fisher ^{cs} Uji Chi-Square

Tabel 4.2 menunjukkan pada kelompok usia dewasa, 84,8% responden memiliki stigma yang tinggi terhadap pasien kusta. Pada kelompok lansia, 80% responden juga memiliki stigma yang tinggi terhadap pasien kusta. Tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara kelompok usia dewasa dan lansia dengan tingkat stigma, nilai $p=0,578$ ($p>0,05$). Responden yang tingkat pendidikannya rendah, 86,8% memiliki stigma yang tinggi terhadap pasien kusta. Pada kelompok yang tingkat pendidikan menengah – tinggi sebanyak 82,6% memiliki stigma yang tinggi terhadap pasien kusta. Secara statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan stigma responden, yaitu $p=0,593$ ($p>0,05$).

Tabel 4.3 Hubungan antara Pekerjaan dengan Stigma terhadap Pasien Kusta

	n	EMIC-CSS	Nilai p
Pekerjaan Responden			
Tidak bekerja	5	16 (4 – 24)	0,133 ^{KW}
Pegawai	6	16 (6 – 28)	
Wiraswasta	24	17,5 (2 – 28)	
Petani/nelayan/buruh	9	24 (14 – 25)	
Pelajar/mahasiswa	4	19 (8 – 24)	
Ibu rumah tangga	36	15 (0 – 29)	

^{KW} Uji *Kruskal-Walis*. Uji post hoc *Mann-Whitney*: Tidak bekerja vs Pegawai $p=0,927$; Tidak bekerja vs Wiraswasta $p=0,885$; Tidak bekerja vs Petani/nelayan/buruh $p=0,144$; Tidak bekerja vs Pelajar/mahasiswa $p=0,803$; Tidak bekerja vs Ibu rumah tangga $p=0,661$; Pegawai vs Wiraswasta $p=0,755$; Pegawai vs Petani/nelayan/buruh $p=0,136$; Pegawai vs Pelajar/mahasiswa $p=0,668$; Pegawai vs Ibu rumah tangga $p=0,801$; Wiraswasta vs Petani/nelayan/buruh $p=0,037$; Wiraswasta vs Pelajar/mahasiswa $p=0,844$; Wiraswasta vs Ibu rumah tangga $p=0,210$; Petani/nelayan/buruh vs Pelajar/mahasiswa $p=0,153$; Petani/nelayan/buruh vs Ibu rumah tangga $p=0,006$; Pelajar/mahasiswa vs Ibu rumah tangga $p=0,428$.

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa pekerjaan responden tidak memiliki perbedaan yang bermakna terhadap tingkat stigma terhadap pasien kusta, yaitu $p=0,133$ ($p>0,05$). Ibu rumah tangga adalah satu-satunya pekerjaan responden yang memiliki skor EMIC-CSS 0. Selain itu, nilai median EMIC-CSS yang terendah adalah Ibu Rumah Tangga (15).

4.2.2. Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Stigma

Tabel 4.4 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Stigma terhadap Pasien Kusta

	Stigma Terhadap		Total	p	OR (IK 95%)
	Pasien Kusta				
	Tinggi n(%)	Rendah n(%)			
Tingkat Pengetahuan					
Kurang	32 (86,5)	5 (13,5)	37	0,659 ^{CS}	0,227 – 2,557)
Cukup*	39 (83)	8 (17)	47		
Total	71	13	84		

^{CS} Uji *Chi-Square* *gabungan dari kategori cukup dan baik

@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.



Tabel 4.4 menunjukkan responden yang memiliki tingkat pengetahuan kurang, 86,5% memiliki stigma yang tinggi terhadap pasien kusta. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan cukup dan baik sebagian besar juga memiliki stigma yang tinggi terhadap pasien kusta, yaitu 83%. Namun secara statistik hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap pasien kusta tidak terdapat perbedaan bermakna, dengan nilai $p = 0,659$ ($p > 0,05$).

BAB 5 DISKUSI

5.1 Stigma Masyarakat terhadap Pasien di Distrik Maladum Mes

Skor EMIC CSS pada penelitian ini menandakan bahwa tingkat stigma responden di Distrik Maladum Mes masih tinggi (>8 ; rerata 16,68 [IK 95% (15,26 – 18,04)]). Terdapat 84,5% responden yang memiliki skor stigma yang tinggi. Hal ini menunjukkan sebagian besar masyarakat di Distrik Maladum Mes masih memiliki pandangan yang buruk terhadap pasien kusta.

Skor stigma yang diperoleh pada penelitian ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Schutten et al. pada tahun 2018 di Pasuruan. Schutten memperoleh rerata skor stigma dengan kuesioner EMIC-CSS sedikit lebih rendah, yaitu 15,6 [IK 95% (14,83-16,49)]. Pada penelitian tersebut terdapat sekitar 80% responden yang memiliki skor diatas nilai batas (>8). Skor EMIC-CSS yang diperoleh pada penelitian ini juga tidak berbeda jauh jika dibandingkan dengan yang dilakukan oleh Peters et al., tahun 2014 di Distrik Cirebon, Jawa Barat (15,4). Skor EMIC-CSS juga tinggi pada penelitian yang dilakukan di Brazil (12,4) dan India (13,8).^{20,23} Beberapa penelitian tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat stigma yang tinggi terhadap pasien kusta di beberapa Negara, termasuk Indonesia.

5.2 Hubungan Karakteristik dengan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Distrik Maladum Mes

Karakteristik responden (usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan) tidak memiliki hubungan bermakna dengan tingkat stigma, nilai $p > 0,05$. Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kaehler N et al. di Thailand pada tahun 2015. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa usia 61 tahun atau lebih, memiliki skor EMIC CSS yang tinggi ($p = 0,021$). Selain usia, karakteristik lain yang memiliki hubungan bermakna dengan stigma adalah tingkat pendidikan ($p = 0,024$) dan pekerjaan ($p = 0,008$). Perbedaan jumlah responden dapat mempengaruhi hasil uji kemaknaan. Penelitian ini memiliki jumlah 84 responden, sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Kaehler N et al. berjumlah 257 responden.⁴



Hasil yang berbeda dapat dipengaruhi juga oleh perbedaan pola populasi di tempat pengambilan sampel. Pasien kusta di Distrik Maladum Mes tidak membentuk koloni atau kelompok di suatu wilayah tertentu. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Kaehler N et al. di Thailand. Penelitian tersebut dilakukan pada masyarakat yang tinggal dekat dengan koloni pasien kusta di daerah Non Somboon, Provinsi Khon Kaen, Thailand. Karakteristik responden yang memiliki latar belakang tempat berbeda tersebut juga mempengaruhi bentuk stigma. Di Thailand bentuk stigma yang tertinggi adalah malu di masyarakat (55%). Sedangkan bentuk stigma terbesar pada penelitian ini adalah sulit mendapatkan pekerjaan (76,20%). Pernyataan bahwa pasien kusta akan malu di masyarakat pada penelitian ini berada pada urutan keempat, namun jumlahnya lebih tinggi dibanding Thailand, yaitu 67,9%.⁴

Informasi lengkap tentang kusta belum tentu secara langsung diajarkan di sekolah, sehingga tingkat pendidikan belum tentu mempengaruhi pengetahuan maupun stigma terhadap kusta. Namun hal yang perlu dipertimbangkan adalah semakin tinggi pendidikan seharusnya semakin mudah seseorang memperoleh informasi.¹⁹ Dengan demikian semakin tinggi pendidikan seseorang seharusnya dapat lebih mencari kebenaran tentang kusta, dan diharapkan stigma kusta menjadi rendah pada orang yang memiliki pendidikan yang tinggi.

Ibu rumah tangga merupakan kelompok terbesar yang memiliki stigma rendah terhadap pasien kusta paling rendah. Dari 13 orang yang memiliki stigma rendah, 6 orang diantaranya adalah ibu rumah tangga. Tingkat pengetahuan ibu rumah tangga sebagian besar cukup (55,6% dari seluruh responden). Selain itu dari tiga orang yang memiliki pengetahuan baik, dua orang diantaranya adalah ibu rumah tangga. Tingkat pendidikan ibu rumah tangga sebagian besar adalah pendidikan menengah. Ibu rumah tangga sebagai *'caregiver'* terbaik dalam keluarga juga kemungkinan sangat menentukan tingkat stigma dan perlu diteliti lebih lanjut.²⁹

5.3 Tingkat Pengetahuan dan Hubungannya dengan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Distrik Maladum Mes

Tingkat pengetahuan baik digabung dengan tingkat pengetahuan cukup, karena jumlah responden yang pengetahuan baik hanya 3 orang dan tidak



memenuhi syarat *Chi square* saat dianalisis. Setelah penggabungan sel, hasil analisis menunjukkan tingkat pengetahuan tidak memiliki hubungan bermakna dengan stigma, nilai $P = 0,659$. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Pribadi T di Lampung Selatan tahun 2016, menyatakan bahwa pengetahuan masyarakat memiliki hubungan bermakna dengan stigmatisasi penderita kusta, nilai $p = 0,000 (<0,05)$.³⁰ Menurut Rufina A, pengetahuan tidak berkorelasi kuat dengan stigma di masyarakat terkait kusta. Stigma terhadap pasien kusta dapat terjadi karena adanya penilaian tentang kecacatan fisik.³¹ Jika dikaitkan dengan teori sosial kognitif, penilaian terhadap kecacatan tersebut timbul sebagai interaksi antara *personal* dengan *behavior*, yang melibatkan pemikiran dan tindakan yang negatif. Penilaian stigma menggunakan EMIC-CSS terdapat komponen perilaku, dan menurut Priyoto (2014) perilaku dapat dipengaruhi oleh faktor sosial-ekonomi (selain pengetahuan dan karakteristik).¹⁹ Berdasarkan Tesema AA dan Beriso M etnik dapat mempengaruhi seseorang untuk bersikap terhadap pasien kusta ($p = 0,025$).²⁴

Bentuk stigma pada penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Shutten et al di Pasuruan. Bentuk stigma yang paling banyak pada penelitian ini adalah pasien kusta sulit mendapatkan pekerjaan. Di Pasuruan bentuk stigma yang banyak adalah masyarakat tidak mau membeli makanan di pasien kusta.²⁰ Kuesioner EMIC-CSS pada penelitian ini memiliki kalimat yang sedikit berbeda dengan penelitian Shutten et al di Pasuruan karena telah dilakukan penyesuaian bahasa. Hal inilah yang dapat mempengaruhi perbedaan hasil tersebut.

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan. Terdapat variabel yang mungkin berkaitan dengan stigma tidak diteliti sepenuhnya pada penelitian ini. Variabel tersebut beberapa diantaranya adalah budaya, empati, etnik, dan kepercayaan. Selain itu setelah diuji korelasi kuesioner EMIC-CSS pada penelitian ini terdapat pertanyaan yang berkorelasi rendah walaupun sudah dilakukan validasi konteks. Pertanyaan tersebut adalah nomor 1, 5 dan 15 (hasil korelasi EMIC-CSS penelitian ini dapat dilihat di lampiran 2). Hal tersebut juga dapat dijadikan alasan hubungan antara variabel pada penelitian ini tidak bermakna.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

- a. Responden pada penelitian ini sebagian besar berusia dewasa produktif, Ibu Rumah Tangga, dan memiliki tingkat pendidikan menengah.
- b. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sangat sedikit. Sebagian besar tingkat pengetahuan responden adalah cukup dan kurang.
- c. Stigma responden terhadap pasien kusta di Distrik Maladum Mes masih tinggi.
- d. Tidak terdapat hubungan bermakna antara karakteristik responden (usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan) dengan stigma terhadap pasien kusta.
- e. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap pasien kusta.
- f. Ibu rumah tangga memiliki stigma terhadap pasien kusta yang lebih rendah.

6.2 Saran

- a. Pengetahuan tentang kusta kurang, sehingga perlu materi edukasi kusta yang menunjang untuk dilakukan penyuluhan di masyarakat. Penyuluhan tersebut dapat dilakukan oleh pihak Puskesmas Tanjung Kasuari dan bekerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Papua.
- b. Pemerintah Kota Sorong perlu menurunkan tingginya stigma masyarakat terhadap pasien kusta. Tindakan kongritnya seperti dengan memberikan dukungan sepenuhnya terhadap pihak yang melakukan penyuluhan sesuai dengan kebutuhan pengetahuan yang masih kurang terkait kusta. Penjabaran kebutuhan materi pengetahuan terkait kusta tersebut terdapat di lampiran.
- c. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan berbagai variabel yang belum diteliti pada penelitian ini, misalnya tingkat empati, budaya, etnik, sosial-ekonomi dan kepercayaan.
- d. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor yang mempengaruhi Ibu rumah tangga memiliki hasil stigma terhadap pasien kusta paling rendah.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Global Leprosy Strategy 2016-2020 “accelerating towards a leprosy - free world” [internet]. New Delhi : WHO ; 2016 [cited 2018 Nov 18]. 7-9 p. Available from: <http://www.who.int/lep/resources/9789290225096/en/>
2. Subuh M, Wismarini DM, Waworuntu W, Sitohang V, Prihutomo S, Ali I, et al. Rencana aksi program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan tahun 2015-2019. Jakarta : Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan;2015. 27-8 p. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/RAP%2520Unit%2520Utama%25202015-2019/5.%2520Ditjen%2520P2P.pdf>
3. Kementerian Kesehatan RI. Infodatin pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI – hapuskan stigma dan diskriminasi terhadap kusta. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2018. 1- 11 p. Available from: <http://www.pusdatin.kemkes.go.id/download.php%3Ffile%3Ddownload/pusdatin/infodatin/infoDatin-kusta-2018.pdf>
4. Kaehler N, Adhikar B, Raut S, Marahatta SB, Chapman S. Perceived stigma towards leprosy among community members living close to Nonsomboon Leprosy Colony in Thailand. PLoS ONE [internet]. 2015 Jun 5[cited 2018 Nov 28]; 10(6): 1 – 11 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457619/>
5. Tosepu R, Gunawan J, Effendy DS, Fadmi FR. Stigma and increase of leprosy cases in SouthEast Sulawesi Province,Indonesia. Afr Health Sci [internet]. 2018 Mar [cited 2018 Nov 28];18(1):29-31 p. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016972/#_ffn_sectitle
6. Suprpto A, Senewe F, Djupuri R, Dasuki, Nusa R, Pangaribuan L, et al. Strategi nasional riset implementasi/operasional untuk mendukung pencegahan dan pengendalian kusta, malaria, dan neglected tropical disease 2016 2019 [internet]. Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016 [cited 2018 Nov 22]. 16 – 8 p. Available from: http://adphealth.org/upload/resources/TDR-DP_Strategi_riset_implementasinasional_pencegahan_dan_pengen-

dalian_TB_Malaria_dan_pengendalian_TB_Malaria_dan_Neglected_Tropical_Disease_2016_-_2019.pdf

7. Budiman, Riyanto A. Kapita selekta kuesioner pengetahuan dan sikap dalam penelitian kesehatan. Jakarta Selatan : Penerbit Salemba Medika;2013.2 – 8 p.
8. Gelber RH. Leprosy. In: Kasper DL, Fauci AS, editors. Harrison's – infectious disease. 3rd Ed. New York: Mc Graw Hill Education;2017. 635 – 42 p.
9. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP, Roh EK. Flitzpatrick's color atlas and synopsis of clinical dermatology.8th ed. New York : Mc Graw Hill Education; 2017.574 – 8 p.
10. World Health Organization. Weekly epidemiological record [internet]. Geneva : World Health Organizaton; 2016 Sep 2 [cited 2018 Nov 11]. 405 – 20 p. Available form: http://ww.who.int/lep/resources/who_wer9135/en/
11. Muharry A. Faktor risiko kejadian kusta. KEMAS.2014[cited 2018 Nov 25];9(2):174-82p. Available from:<http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>
12. Harvey RA, Cornelissen CN, Fisher BD. Lippincott's illustrated reviews microbiology. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 192 – 3 p.
13. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan - Kementerian Kesehatan Indonesia. Pedoman nasional pengendalian penyakit kusta. Jakarta : Kementerian Kesehatan Indonesia;2015. 1 – 25 p.
14. Government of South Australia – SA Health. Leprosy (Hansen's disease) – including symptom, treatment and prevention [internet].[place unknown] : Government of South Australia – SA Health; update 2018 Nov 14 [cited 2018 Dec 2]. Available from : <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+topics/health+conditions+prevention+and+treatment/infectious+diseases/leprosy>



15. World Health Organization (WHO). Guideline for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. New Delhi : World Health Organization – Regional Office for South – East Asia; 2017 [cited 2018 Dec 2]. 156 p. <http://www.who.int/mediacentre/publications/m/abstract/Js23543en/>
16. Garamina HJ. Hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat stigma penyakit kusta. *J Agromed Unila* [internet]; 2015 Aug [cited 2018 Dec 12]; 2(3):326-332 p. Available from: <http://www.juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1369>
17. Marahatta SB, Adhikari BB. Risk factor of stigma related to leprosy – systematic review. *International Journal of Epidemiology* [internet]. 2015 Sep 23 [cited 2018 Dec 5]; 44 (1):117 p. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyv096.090>
18. Tabah EN, Nsagha DS, Bissek ACZK, Njamnshi TN, Njih INN, Pluschke G, et al. Community knowledge, perceptions and attitude regarding leprosy in rural Cameroon: the case of Ekondotiti and Mbonge health districts in the south-west region. *PloS Negl Trop Dis* [internet]. 2018 Dec 12 [cited 2018 Dec 2]; 12 (2): 6 p. available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5825164/#!po=1.76471>
19. Priyoto. Teori sikap & perilaku dalam kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2014. 33-48p.
20. Schutten KRG, Waltz M, Peters RMH, Brakel WV, Koesbardiati T. Community perception of leprosy – baseline assessment of perceptions – knowledge, beliefs, attitudes, and behavior in East – Java, Indonesia. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2018 [cited 2018 Dec 8]. 26 – 51 p. Available from : <http://www.leprosy-information.org/resources/community-perception-leprosy-baseline-assessment-perceptions-knowledge-beliefs-attitudes?aresult=0>
21. Ramadhani N. Pembentukan dan perubahan sikap. In: Sikap dan penggunaan IT [internet]. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM; 2009. 16-34 p. Available from: <http://neila.staff.ugm.ac.id/wordpress/wp-content/uploads/2009/08/bab3-attitude.pdf>



22. Gross R. Richard gross psychology – the science of mind and behavior. 7th ed. London : Hodder Education – An Hachette UK Company; 2015.394-497 p.
23. Peters RMH, Dadun, Brakel WHV, Zweekhorst MBM, Damayanti R, Bunders JFG, et al. The cultural validation of two scales to asses social stigma in leprosy. PloS Negl Trop Dis [internet]. 2014 Nov 6 [cited 2018 Des 7]; 8(11): 1 – 11 p. Available from:
<https://journal.plos.org/plosntds/article?id10.1371/journal.pntd0003274>
24. Tasema AA, Beriso M. Assessment of knowledge and attitude of community on leprosy patients in Kuyera Town, West Arsi Zone, Oromia Region Southeast Ethiopia. Hereditary Genet [internet]. 2015 [cited 2018 Dec 12]; 5(1):1-6 p. Available from: <https://www.omicsonline.org/open/open-access/assessment-of-knowledge-and-attitude-of-community-on-leprosy-patientsin-kuyera-town-west-arsis-zone-oromia-region-south-east-ethiopi-2161-1041-1000156.php?aid=63563&view+mobile>
25. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia.
26. Undang Undang Republik Indonesia No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional.
27. Dahlan MS. Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariat. Jakarta : Epidemiologi Indonesia; 2016.15 – 20 p.
28. Badan Pusat Statistik Kota Sorong. Distrik Maladomes dalam angka 2017. Kota Sorong : BPS Kota Sorong;2017.
29. McGuigan K. The role of mothers in family health. Albany : Massey University;2012. 7 – 8 p.
30. Pribadi T. Stigmatisasi penderita kusta di desa Sidodadi Asri Banjar Agung Lampung Selatan. Jurnal Kesehatan Holistik (The Journal of Holistic Healthcare)[internet]. 2016 Oct [cited 2019 Aug 29]; 10(4):7-11 p. Available from: <http://ejournalmalahati.ac.id/index.php/holistik/article/view/281>



@Hak cipta pada UNIPA



1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.

31. Rufina A. Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan stigma terhadap hansen's disease pada mahasiswa FK USU. Medan : FK USU; 2018. 27-8 p. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/11018>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Keterangan Lolos Kaji Etik.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Gedung Fakultas Kedokteran UI
Jl. Salemba Raya No.6, Jakarta 10430
PO.Box 1358
T. 62.21.3912477, 31930371, 31930373,
3922977, 3927360, 3153236
F. 62.21.3912477, 31930372, 3157288
E. humas@fk.ui.ac.id, office@fk.ui.ac.id
fk.ui.ac.id

NOMOR: 135/UN2.F1.D1/KBK/PDP.01/2019

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Pengelola Modul Riset Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul:

"Pengetahuan dan Stigma Masyarakat terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong"

Peneliti : Dedy Nur Hidayat
NPM : 201470009
Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Papua

dan telah menyetujui proposal tersebut diatas.

Jakarta, 6 Februari 2019
Ketua Modul Riset FKUI




dr. Dewi Friska, MKK
NIP197804132009122002

**** Peneliti berkewajiban:**

1. Menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian
2. Memberitahukan status penelitian apabila penelitian berhenti di tengah jalan
3. Melaporkan kejadian serius yang tidak diinginkan
4. Peneliti tidak boleh melakukan tindakan apapun pada subyek sebelum penelitian lolos kaji etik dan *informed consent*

Lampiran 2. Surat Rekomendasi Survey/Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



PEMERINTAH KOTA SORONG

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Alamat : Jln. Burung Kurana - Remu Utara - Sorong Telp. 081344229283 WhatsApp : 081344141206

REKOMENDASI SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 070 / [05] / II / 2019

Dasar :

1. Undang –undang Nomor 45 Tahun 1999 Tentang Pembentukan Provinsi Irian Jaya Tengah , Irian Jaya Barat , Kabupaten Puncak Jaya , Paniai, Mimika dan Kota Sorong ;
2. Undang –undang Nomor : 21 Tahun 2001 Tentang Otonomi Khusus Di Provinsi Papua;
3. Undang –Undang Nomor : 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintah Daerah ;
4. Peraturan Pemerintah Nomor : 6 Tahun 1989 Tentang Koordinasi Instansi Vertikal di Daerah ;
5. Peraturan Daerah Kota Sorong Nomor : 5 Tahun 2008 Tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Badan KesbangPol dan Linmas Kota Sorong.

Membaca/
Memperhatikan :

Berdasarkan Surat Permohonan Universitas Papua Fakultas Kedokteran Kampus II Sorong Papua Barat Nomor 134/UN42.12/DL/2019 tanggal 7 Februari 2109 Perihal Permohonan Izin Penelitian.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

Tidak Berkeberatan dan memberikan Rekomendasi Izin Penelitian Kepada :


NAMA : Dedy Nur Hidayat
NPM : 201470009
TEMPAT PENELITIAN : Puskesmas Tanjung Kasuari Kota Sorong
WAKTU PENELITIAN : Februari s/d April 2019
PENANGGUNG JAWAB : Nunang L. May, S.Hut., MSI
JUDUL PENELITIAN : *"Pengetahuan dan Stigma Masyarakat Terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong "*

Dengan/
Ketentuan :

1. Tetap menjaga Keamanan dan ketertiban khususnya Stabilitas Daerah selama kegiatan berlangsung ;
2. Sebelum kegiatan agar terlebih dahulu melaporkan dan memiliki ijin kegiatan dari instansi terkait / berwenang ;
3. Selesai kegiatan agar segera melaporkan hasilnya kepada Walikota Sorong Cq. Badan KesbangPol Kota Sorong ;

Di Keluarkan di : Sorong
Pada Tanggal : 15 Februari 2019

An. KEPALA BADAN KESBANGPOL
KOTA SORONG
SEKRETARIS


EUNIKE E.N.ONIBALA, SH,MI
NIP.19620527 199503 2 001

Tembusan Kepada Yth :


1. Kepala Badan Kesbang Pol Provinsi Papua Barat di Manokwari (sebagai laporan) ;
2. Walikota Sorong (Sebagai Laporan) ;
3. Kapolresta Sorong Cq. Kasat Intelkam di Sorong;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Sorong di Sorong;
5. Kepala Puskesmas Tanjung Kasuari Kota Sorong di Sorong;
6. Dkan Fak. Kedokteran UNIPA ;
7. Sdr. Dedy Nur Hidayat;
8. Arsip.

@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.



Lampiran 3. Keterangan Disposisi dari Puskesmas Tanjung Kasuari


PEMERINTAH KOTA SORONG
DINAS KESEHATAN KOTA
PUSKESMAS TANJUNG KASUARI

Jln. Kapt. Pattimura, Tempat Garam

LEMBAR DISPOSISI

SURAT / DARI : Universitas Papua Fakultas Kedokteran
 PERIHAL : Permohonan ijin Kegiatan penelitian

TANGGAL : 7 - Februari - 2019
NOMOR SURAT : 133 / UN 42 - 12 / DL / 2019

AGENDA SURAT MASUK
NOMOR : 021
TANGGAL : 28 / Feb - 19.
SIPAT :

Sangat Segera Segera Rahasia

DITERUSKAN KEPADA	TANGGAL	PARAF	ISI DISPOSISI
Kepala Puskesmas Tanjung Kasuari	28 / 02 - 19	&	ditujukan

@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.



Lampiran 4. Foto Pengambilan Data Responden di Distrik Maladum Mes

@Hak cipta pada UNIPA

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi karya tulis ini tanpa menyebutkan sumbernya.
2. Memperbanyak sebagian atau seluruh isi karya tulis ini merupakan pelanggaran Undang-undang.



Lampiran 5. *Inform Consent*

Lembar Penjelasan Sebelum Persetujuan

Bapak/Ibu yth,

Nama saya adalah Dedy Nur Hidayat, Mahasiswa Tingkat IV Fakultas Kedokteran Universitas Papua yang sedang melakukan penelitian di daerah Bapak/Ibu. Saya melakukan penelitian yang berjudul Pengetahuan dan Stigma Masyarakat Terhadap Pasien Kusta di Kota Sorong.

A. Tujuan penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat tentang kusta dan stigma masyarakat terhadap pasien kusta. Bapak/Ibu diminta untuk berpartisipasi karena informasi yang diberikan kepada kami sangat dibutuhkan untuk mencapai tujuan penelitian ini.

B. Prosedur penelitian

Bapak/Ibu akan diminta untuk menjawab pertanyaan kuesioner yang berisi tentang pengetahuan dan stigma terhadap pasien kusta. Kuesioner dapat dibacakan atau dibaca sendiri sesuai kenyamanan Bapak/Ibu. Waktu yang dibutuhkan untuk menjawab kuesioner tersebut adalah 30 menit.

C. Partisipasi berdasarkan kesukarelaan.

Bapak/Ibu bebas untuk menerima atau menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Walaupun Bapak/Ibu telah bersedia untuk ikut serta, Bapak/Ibu tetap memiliki hak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dan tidak mengakibatkan kerugian bagi Bapak/Ibu.

D. Manfaat

Bapak/Ibu akan mendapatkan informasi mengenai kusta yang diberikan dalam bentuk leaflet.

E. Kerahasiaan informasi

Jawaban yang Bapak/Ibu berikan dalam kuesioner tersebut akan dijamin keamanan dan kerahasiannya. Data yang dilaporkan/dipublikasikan tidak mencantumkan identitas Bapak/Ibu.

F. Informasi tambahan

Bapak/Ibu dapat menanyakan beberapa hal terkait penelitian ini:

Nama: Dedy Nur Hidayat

Alamat : Jalan Bima Km 10 Masuk Kota Sorong.

Email: nurhidayatdedy90@yahoo.com.

No. Hp : 082238576021

Setelah Bapak/Ibu telah mengetahui isi lembar penjelasan ini, jika Bapak/Ibu setuju ikut berperan dalam penelitian ini maka silahkan tanda tangan di lembar persetujuan di halaman berikutnya.

Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan

INFROMED CONSENT

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Telah disampaikan kepada saya mengenai penelitian yang akan dilakukan dan semua pertanyaan terkait penelitian telah dijawab oleh peneliti. Oleh karena itu saya **bersedia/tidak bersedia*** berpartisipasi dalam penelitian ini.

.....,.....2019

Peneliti

Subyek Penelitian

(.....)

(.....)

*Pilih salah satu

Lampiran 6. Perbandingan Kuesioner EMIC-CSS Sebelum dan Setelah Validasi Konteks

EMIC-CSS Sebelum Dilakukan Validasi Konteks	EMIC-CSS Sebelum Dilakukan Validasi Konteks
Jika mungkin, apakah seseorang dengan kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan menutupinya agar orang lain tidak tahu?	Apakah seseorang dengan kusta akan menutupi dirinya agar orang lain tidak tahu?
Jika salah seorang anggota keluarga bapak/ibu mengalami kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini, apakah bapak/ibu akan memandang rendah diri bapak/ibu karena masalah ini?	Jika salah seorang anggota keluarga Bapak/Ibu mengalami kusta, apakah Bapak/Ibu akan memandang rendah diri Bapak/Ibu karena masalah tersebut?
Apakah di dalam masyarakat bapak/ibu kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini dapat menyebabkan rasa malu?	Apakah di lingkungan masyarakat Bapak/Ibu kondisi kusta dapat menyebabkan rasa malu?
Apakah yang lain akan memandang rendah orang dengan kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini?	Apakah orang lain akan memandang rendah orang dengan kondisi kusta?
Apakah dengan mengetahui seseorang mempunyai kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan merugikan orang lain?	Apakah dengan mengetahui seseorang mempunyai kondisi kusta akan merugikan orang lain?
Apakah warga di masyarakat bapak/ibu akan menjauhi seseorang yang mengalami kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini?	Apakah warga di lingkungan Bapak/Ibu akan menjauhi seseorang yang mengalami kondisi kusta?
Apakah orang lain akan menolak mengunjungi rumah seseorang yang terkena oleh kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini?	Apakah orang lain akan menolak mengunjungi rumah seseorang yang mengalami kusta?
Apakah warga di masyarakat Bapak/Ibu akan memandang rendah keluarga dari orang dengan kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini?	Apakah warga di masyarakat Bapak/Ibu akan memandang rendah keluarga dari orang dengan kondisi kusta?
Apakah kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan menimbulkan masalah bagi keluarga?	Apakah kondisi kusta akan menimbulkan masalah bagi keluarga?
Apakah keluarga mempunyai kekhawatiran akan terungkapnya kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini, jika salah satu	Apakah suatu keluarga mempunyai kekhawatiran akan terungkapnya kondisi kusta, jika salah satu anggota keluarganya

anggota keluarga mengalami kondisi(keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta)ini?	mengalami kondisi tersebut?
Apakah kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan menjadi masalah bagi seseorang untuk menikah (bagi belum menikah)?	Apakah kondisi kusta akan menjadi masalah bagi seseorang untuk menikah (bagi yang belum menikah)?
Apakah kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan menyebabkan masalah dalam pernikahan (bagi yang sudah menikah)?	Apakah kondisi kusta akan menyebabkan masalah dalam pernikahan (bagi yang sudah menikah)?
Apakah kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan menjadi masalah bagi kerabat/saudara orang yang mengalami kondisi ini untuk menikah (bagi belum menikah)?	Apakah kondisi kusta akan menjadi masalah bagi kerabat/saudara orang yang mengalami kondisi ini untuk menikah (bagi belum menikah)?
Apakah mengalami kondisi (keterbatasan fisik, fungsi, atau kusta) ini akan menyebabkan kesulitan bagi seseorang untuk mendapatkan pekerjaan?	Apakah kondisi kusta akan menyebabkan kesulitan bagi seseorang untuk mendapatkan pekerjaan?
Apakah orang tidak senang untuk membeli makanan dari seseorang yang terkena kusta?	Apakah orang tidak senang untuk membeli makanan dari seseorang yang terkena kusta?

Lampiran 7. Kuesioner Tingkat Pengetahuan tentang Kusta

<p>Jelaskan bahwa kuesioner ini tentang kusta. Tanyakan apakah orang tersebut tahu tentang penyakit ini, atau cari tahu apakah orang tersebut mengetahuinya dengan nama lain. Kuesioner ini dilakukan dan diisi oleh seorang pewawancara. Beberapa jawaban dimungkinkan. Jangan memberikan saran jawaban, cukup centang atau tulislah jawaban yang diberikan oleh orang yang diwawancarai secara spontan.</p>	
1.	<p>Apa nama yang Anda gunakan untuk penyakit ini?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Kusta <input type="radio"/> Penyakit Hansen/MH <input type="radio"/> Penyakit kulit (yang menular) <input type="radio"/> Alergi <input type="radio"/> Eksim <input type="radio"/> Nama lain, yaitu.....
2.	<p>Apakah gejala awal dari kusta (atau sebutkan nama yang diberikan oleh orang tersebut)? (Beberapa jawaban dimungkinkan. Jangan menyarankan jawaban, cukup centang jawaban yang diberikan oleh orang yang diwawancarai dengan spontan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Rasa gatal <input type="radio"/> Bercak di kulit <input type="radio"/> Luka di kulit <input type="radio"/> Hilangnya rasa <input type="radio"/> Kelainan bentuk atau cacat <input type="radio"/> Tidak tahu <input type="radio"/> Lainnya, yaitu.....
3.	<p>Apakah anda tahu apa yang menyebabkan kusta? (Beberapa jawaban dimungkinkan. Jangan menyarankan jawaban, cukup centang jawaban yang diberikan oleh orang yang diwawancarai dengan spontan)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kusta disebabkan oleh lingkungan yang tidak bersih ○ kusta adalah hukuman Tuhan atas dosa-dosa ○ Kusta adalah hasil dari karma ○ Kusta dikarenakan oleh darah yang tidak murni ○ Kusta disebabkan oleh sihir ○ Kusta adalah penyakit turunan ○ Kusta disebabkan oleh perbuatan yang tidak bermoral ○ Kusta disebabkan oleh kuman-kuman ○ Tidak tahu ○ Lainnya, yaitu.....
<p>4.</p>	<p>Apakah Anda tahu bagaimana kusta ditularkan? (Beberapa jawaban dimungkinkan. Jangan menyarankan jawaban, cukup centang jawaban yang diberikan oleh orang yang diwawancarai dengan spontan).</p> <p>Kusta ditularkan melalui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ udara ○ tanah yang terkontaminasi ○ serangga dan nyamuk ○ kontak seksual dengan penderita kusta ○ kontak kulit dengan penderita kusta ○ makan bersama dengan penderita kusta ○ berjabat tangan dengan penderita kusta ○ berbagi benda-benda pribadi (handuk, sikat gigi,...dsb) dengan penderita kusta ○ Tidak tahu ○ Lainnya, yaitu.....
<p>5.</p>	<p>Apakah kusta dapat diobati?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ya (→ Pertanyaan 6) ○ Tidak (→ Pertanyaan 8) ○ Tidak Tahu (→ Pertanyaan 8)

6.	Bagaimana cara mengobati kusta? <ul style="list-style-type: none"> ○ Dengan obat ○ Dengan menghindari makanan-makanan terlarang (tabu/pamali) ○ Dengan jamu (ramuan/obat tradisional) ○ Melalui ritual keagamaan ○ Lainnya, yaitu.....
7.	Apakah kusta menular setelah penderita kusta diobati? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ya ○ Tidak ○ Tidak Tahu
8.	Dapatkah kecacatan/keterbatasan yang dipunyai oleh beberapa pasien dicegah? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ya ○ Tidak ○ Tidak Tahu
9.	Menurut anda, apakah kusta lebih cenderung untuk menjadi penyakit sementara dari pada penyakit permanen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Ya ○ Tidak ○ Tidak Tahu

Kalkulasi Tingkat Pengetahuan.

Makna pertanyaan	Kunci Jawaban	Tingkat Pengetahuan
1) Simptom awal?	Kuesioner pertanyaan 2: Bercak kulit atau hilang sensasi	Kurang : 0-2 jawaban benar. Cukup : 3-4 jawaban benar. Baik : 5-6 jawaban benar.
2) Penyebab?	Kuesioner pertanyaan 3: Kuman	
3) Transmisi?	Kuesioner pertanyaan 4: Udara	

4) Dapatkan diobati?	Kuesioner pertanyaan 5 dan 6 : Ya, dengan obat	
5) Menular setelah diobati?	Kuesioner pertanyaan 7 : Tidak	
6) Kecacatan dapat dicegah?	Kuesioner pertanyaan 8 : Ya	

Lampiran 8. Hasil Output SPSS

Correlations

		EMIC-CSS nomor 1	EMIC-CSS nomor 2	EMIC-CSS nomor 3	EMIC-CSS nomor 4	EMIC-CSS nomor 5	EMIC-CSS nomor 6	EMIC-CSS nomor 7	EMIC-CSS nomor 8	EMIC-CSS nomor 9	EMIC-CSS nomor 10	EMIC-CSS nomor 11	EMIC-CSS nomor 12	EMIC-CSS nomor 13	EMIC-CSS nomor 14	EMIC-CSS nomor 15	Total skor stigma setiap responden
EMIC-CSS nomor 1	Pearson Correlation	1	.126	.419*	.222	.106	.118	.108	.167	.125	.178	.056	.012	.055	.057	.155	.370*
	Sig. (2-tailed)		.252	.000	.042	.338	.284	.330	.128	.259	.105	.614	.915	.618	.607	.159	.001
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 2	Pearson Correlation	.126	1	.261*	.563**	.423**	.153	.113	.514**	-.163	-.045	.144	-.020	.182	.207	.074	.506**
	Sig. (2-tailed)	.252		.017	.000	.000	.164	.307	.000	.137	.685	.192	.854	.098	.059	.504	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 3	Pearson Correlation	.419*	.261*	1	.494*	.219	.356**	.258	.288**	.196	.229*	.281**	.233	.251**	.070	.060	.602*
	Sig. (2-tailed)	.000	.017		.000	.046	.001	.018	.008	.074	.036	.010	.033	.021	.529	.588	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 4	Pearson Correlation	.222	.563**	.494*	1	.330**	.358**	.163	.664**	.362*	.129	.221*	.150	.356**	.297**	.040	.706**
	Sig. (2-tailed)	.042	.000	.000		.002	.001	.138	.000	.001	.241	.043	.173	.001	.006	.719	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 5	Pearson Correlation	.106	.423**	.219	.330**	1	.201	.102	.316**	.099	-.002	-.064	-.061	.026	.027	.032	.369**
	Sig. (2-tailed)	.338	.000	.046	.002		.066	.003	.003	.369	.985	.563	.583	.811	.810	.772	.001
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 6	Pearson Correlation	.118	.153	.356**	.358**	.201	1	.436**	.292**	.340**	.190	.303**	.209	.397**	.236	.097	.618**
	Sig. (2-tailed)	.284	.164	.001	.001	.066		.000	.007	.002	.083	.005	.057	.000	.031	.380	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 7	Pearson Correlation	.108	.113	.258**	.163	.102	.436**	1	.313**	.148	.227*	.386**	.268	.341**	.248	.036	.541**
	Sig. (2-tailed)	.330	.307	.018	.138	.357	.000		.004	.179	.038	.000	.014	.002	.023	.742	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 8	Pearson Correlation	.167	.514**	.288**	.664**	.316**	.292**	.313**	1	.311**	.082	.129	.094	.152	.166	-.019	.599**
	Sig. (2-tailed)	.128	.000	.008	.000	.003	.007	.004		.004	.456	.240	.393	.169	.131	.866	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 9	Pearson Correlation	.125	.163	.196	.362*	.099	.340**	.148	.311**	1	.173	.230	.266	.400**	.146	-.003	.522*
	Sig. (2-tailed)	.259	.137	.074	.001	.369	.002	.179	.004		.115	.035	.014	.000	.185	.977	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 10	Pearson Correlation	.178	-.045	.229*	.129	-.002	.190	.227*	.082	.173	1	.398**	.209	.208	.234	.243	.440*
	Sig. (2-tailed)	.105	.685	.036	.241	.985	.083	.038	.456	.115		.000	.056	.057	.032	.026	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 11	Pearson Correlation	.056	.144	.281**	.221	-.064	.303**	.386**	.129	.230	.398**	1	.464**	.492**	.533**	.159	.599**
	Sig. (2-tailed)	.614	.192	.010	.043	.563	.005	.000	.240	.035	.000		.000	.000	.000	.148	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 12	Pearson Correlation	.012	-.020	.233*	.150	-.061	.209	.268	.094	.266	.209	.464**	1	.370**	.202	-.095	.425**
	Sig. (2-tailed)	.915	.854	.033	.173	.583	.057	.014	.393	.014	.056	.000		.001	.066	.391	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 13	Pearson Correlation	.055	.182	.251**	.356**	.026	.397**	.341**	.152	.400**	.208	.492**	.370**	1	.409**	.111	.613**
	Sig. (2-tailed)	.618	.098	.021	.001	.811	.000	.002	.169	.000	.057	.000	.001		.000	.316	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 14	Pearson Correlation	.057	.207	.070	.297**	.027	.236**	.248	.166	.166	.234	.533**	.202	.409**	1	.367**	.519**
	Sig. (2-tailed)	.607	.059	.529	.006	.810	.031	.023	.131	.185	.032	.000	.066	.000		.001	.000
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
EMIC-CSS nomor 15	Pearson Correlation	.155	.074	.060	.040	.032	.097	.036	-.019	-.003	.243*	.159	-.095	.111	.367**	1	.273*
	Sig. (2-tailed)	.159	.504	.588	.719	.772	.380	.742	.866	.977	.026	.148	.391	.316	.001		.012
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Total skor stigma setiap responden	Pearson Correlation	.370**	.506**	.602**	.706**	.369**	.618**	.541**	.599**	.522*	.440*	.599	.425**	.613**	.519**	.273*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.012	
	N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Total skor stigma setiap responden	Mean		16.68	.752
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.18	
		Upper Bound	18.17	
	5% Trimmed Mean		16.89	
	Median		17.00	
	Variance		47.474	
	Std. Deviation		6.890	
	Minimum		0	
	Maximum		29	
	Range		29	
Interquartile Range		11		
Skewness		-.404	.263	
Kurtosis		-.524	.520	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Total skor stigma setiap responden	.090	84	.093	.968	84	.036

a. Lilliefors Significance Correction

Crosstab

			cutt-off 8 EMIC CSS		Total
			rendah	tinggi	
Kelompok Umur 2	Dewasa	Count % within Kelompok Umur 2	12 15.2%	67 84.8%	79 100.0%
	Lansia	Count % within Kelompok Umur 2	1 20.0%	4 80.0%	5 100.0%
Total		Count % within Kelompok Umur 2	13 15.5%	71 84.5%	84 100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.083 ^a	1	.773		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.078	1	.780		
Fisher's Exact Test				.578	.578
Linear-by-Linear Association	.082	1	.774		
N of Valid Cases	84				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .77.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kelompok Umur 2 (Dewasa / Lansia)	.716	.074	6.975
For cohort cutt-off 8 EMIC CSS = rendah	.759	.122	4.729
For cohort cutt-off 8 EMIC CSS = tinggi	1.060	.677	1.659
N of Valid Cases	84		

Descriptives						
Pekerjaan Responden		Statistic	Std. Error			
Total skor stigma setiap responden	Tidak bekerja	Mean	16.40	3.709		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.10		
		Upper Bound	26.70			
		5% Trimmed Mean	16.67			
		Median	16.00			
		Variance	68.800			
		Std. Deviation	8.295			
		Minimum	4			
		Maximum	24			
		Range	20			
		Interquartile Range	15			
		Skewness	-.761	.913		
		Kurtosis	.014	2.000		
		Pegawai	Pegawai	Mean	16.17	3.487
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.20
				Upper Bound	25.13	
				5% Trimmed Mean	16.00	
Median	16.00					
Variance	72.967					
Std. Deviation	8.542					
Minimum	6					
Maximum	28					
Range	22					
Interquartile Range	17					
Skewness	-.181			.845		
Kurtosis	-1.392			1.741		
Wiraswasta	Wiraswasta			Mean	17.21	1.287
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.55
				Upper Bound	19.87	
				5% Trimmed Mean	17.43	
		Median	17.50			
		Variance	39.737			
		Std. Deviation	6.304			
		Minimum	2			
		Maximum	28			
		Range	26			
		Interquartile Range	8			
		Skewness	-.536	.472		
		Kurtosis	.205	.918		
		Petani / nelayan / buruh	Petani / nelayan / buruh	Mean	22.00	1.364
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.85
				Upper Bound	25.15	
				5% Trimmed Mean	22.28	
Median	24.00					
Variance	16.750					
Std. Deviation	4.093					
Minimum	14					
Maximum	25					
Range	11					
Interquartile Range	6					
Skewness	-1.505			.717		
Kurtosis	-.792			1.400		
Pelajar / mahasiswa	Pelajar / mahasiswa			Mean	17.50	3.403
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.67
				Upper Bound	28.33	
				5% Trimmed Mean	17.67	
		Median	19.00			
		Variance	46.333			
		Std. Deviation	6.807			
		Minimum	8			
		Maximum	24			
		Range	16			
		Interquartile Range	13			
		Skewness	-1.199	1.014		
		Kurtosis	1.979	2.619		
		Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga	Mean	15.03	1.178
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.64
				Upper Bound	17.42	
				5% Trimmed Mean	15.14	
Median	15.00					
Variance	49.971					
Std. Deviation	7.059					
Minimum	0					
Maximum	29					
Range	29					
Interquartile Range	10					
Skewness	-.144			.393		
Kurtosis	-.369			.768		

Tests of Normality							
Pekerjaan Responden		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	Sig.	
Total skor stigma setiap responden	Tidak bekerja	.220	5	.200*	.896	5	.390
Pegawai	Pegawai	.164	6	.200*	.959	6	.615
Wiraswasta	Wiraswasta	.097	24	.200*	.976	24	.809
Petani / nelayan / buruh	Petani / nelayan / buruh	.354	9	.002	.715	9	.002
Pelajar / mahasiswa	Pelajar / mahasiswa	.279	4	.	.923	4	.556
Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga	.081	36	.200*	.984	36	.879

*. This is a lower bound of the true significance.
a. Lilliefors Significance Correction

Crosstab			cutt-off 8 EMIC CSS		Total
			rendah	tinggi	
Pekerjaan Responden	Tidak bekerja	Count	1	4	5
		% within Pekerjaan Responden	20.0%	80.0%	100.0%
	Pegawai	Count	2	4	6
		% within Pekerjaan Responden	33.3%	66.7%	100.0%
	Wiraswasta	Count	3	21	24
		% within Pekerjaan Responden	12.5%	87.5%	100.0%
Petani / nelayan / buruh	Count	0	9	9	
	% within Pekerjaan Responden	0.0%	100.0%	100.0%	
Pelajar / mahasiswa	Count	1	3	4	
	% within Pekerjaan Responden	25.0%	75.0%	100.0%	
Ibu Rumah Tangga	Count	6	30	36	
	% within Pekerjaan Responden	16.7%	83.3%	100.0%	
Total		Count	13	71	84
		% within Pekerjaan Responden	15.5%	84.5%	100.0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.668 ^a	5	.598
Likelihood Ratio	4.722	5	.451
Linear-by-Linear Association	.024	1	.876
N of Valid Cases	84		

a. 7 cells (58.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .62.

Ranks			
Pekerjaan Responden		N	Mean Rank
Total skor stigma setiap responden	Tidak bekerja	5	42.00
	Pegawai	6	40.17
	Wiraswasta	24	44.04
	Petani / nelayan / buruh	9	62.44
	Pelajar / mahasiswa	4	46.13
	Ibu Rumah Tangga	36	36.54
	Total	84	

Test Statistics ^{a,b}	
	Total skor stigma setiap responden
Chi-Square	8.443
df	5
Asymp. Sig.	.133

a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: Pekerjaan Responden

Tingkat Pendidikan ^ cutt-off 8 EMIC CSS Crosstabulation

Count		cutt-off 8 EMIC CSS		Total
		rendah	tinggi	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah/Non Formal	0	2	2
	Pendidikan Dasar	5	31	36
	Pendidikan Menengah	6	33	39
	Pendidikan Tinggi	2	5	7
Total		13	71	84

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.353 ^a	3	.716
Likelihood Ratio	1.513	3	.679
Linear-by-Linear Association	.882	1	.348
N of Valid Cases	84		

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .31.

Crosstab

			cutt-off 8 EMIC CSS		Total
			rendah	tinggi	
Tingkat Pendidikan (2 kelompok)	Tidak Sekolah s.d Pendidikan Dasar (SD/MI + SMP/MTs)	Count	5	33	38
		% within Tingkat Pendidikan (2 kelompok)	13.2%	86.8%	100.0%
	Pendidikan Menengah s.d Pendidikan Tinggi (SMA/MAN/SMK + Perguruan Tinggi)	Count	8	38	46
		% within Tingkat Pendidikan (2 kelompok)	17.4%	82.6%	100.0%
Total		Count	13	71	84
		% within Tingkat Pendidikan (2 kelompok)	15.5%	84.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.285 ^a	1	.593		
Continuity Correction ^b	.053	1	.817		
Likelihood Ratio	.288	1	.592		
Fisher's Exact Test				.764	.412
Linear-by-Linear Association	.282	1	.596		
N of Valid Cases	84				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.88.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (2 kelompok) (Tidak Sekolah s.d Pendidikan Dasar (SD/MI + SMP/MTs) / Pendidikan Menengah s.d Pendidikan Tinggi (SMA/MAN/SMK + Perguruan Tinggi))	.720	.214	2.415
For cohort cutt-off 8 EMIC CSS = rendah	.757	.270	2.122
For cohort cutt-off 8 EMIC CSS = tinggi	1.051	.877	1.260
N of Valid Cases	84		

Kategori tingkat pengetahuan * cutt-off 8 EMIC CSS Crosstabulation

			cutt-off 8 EMIC CSS		Total
			rendah	tinggi	
Kategori tingkat pengetahuan	Kurang (0-2 jawaban benar)	Count	5	32	37
		% within Kategori tingkat pengetahuan	13.5%	86.5%	100.0%
	Cukup (3-4 jawaban benar)	Count	8	36	44
		% within Kategori tingkat pengetahuan	18.2%	81.8%	100.0%
	Baik (5-6 jawaban benar)	Count	0	3	3
		% within Kategori tingkat pengetahuan	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	13	71	84
		% within Kategori tingkat pengetahuan	15.5%	84.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.904 ^a	2	.636
Likelihood Ratio	1.357	2	.507
Linear-by-Linear Association	.020	1	.888
N of Valid Cases	84		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

Crosstab

			cutt-off 8 EMIC CSS		Total
			rendah	tinggi	
Kategori tingkat pengetahuan setelah penggabungan	Kurang	Count	5	32	37
		% within Kategori tingkat pengetahuan setelah penggabungan	13.5%	86.5%	100.0%
	Cukup + Baik	Count	8	39	47
		% within Kategori tingkat pengetahuan setelah penggabungan	17.0%	83.0%	100.0%
Total		Count	13	71	84
		% within Kategori tingkat pengetahuan setelah penggabungan	15.5%	84.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.195 ^a	1	.659		
Continuity Correction ^b	.019	1	.891		
Likelihood Ratio	.197	1	.658		
Fisher's Exact Test				.766	.449
Linear-by-Linear Association	.192	1	.661		
N of Valid Cases	84				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.73.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kategori tingkat pengetahuan setelah penggabungan (Kurang / Cukup + Baik)	.762	.227	2.557
For cohort cutt-off 8 EMIC CSS = rendah	.794	.283	2.226
For cohort cutt-off 8 EMIC CSS = tinggi	1.042	.869	1.250
N of Valid Cases	84		

Lampiran 9. Grafik Pengetahuan Masyarakat tentang Kusta

