



**SANITASI RUMAH DAN *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN  
PENYAKIT KUSTA TIPE MULTI BASILER  
(STUDI DI KECAMATAN SUMBERBARU KABUPATEN JEMBER  
TAHUN 2016)**

**SKRIPSI**

**Oleh**

**Sri Hidayati  
NIM 132110101148**

**BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESEHATAN KESELAMATAN KERJA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
TAHUN 2017**



**SANITASI RUMAH DAN *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN  
PENYAKIT KUSTA TIPE MULTI BASILER  
(STUDI DI KECAMATAN SUMBERBARU KABUPATEN JEMBER  
TAHUN 2016)**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

**Oleh:**

**Sri Hidayati  
NIM 132110101148**

**BAGIAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN KESEHATAN KESELAMATAN KERJA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
TAHUN 2017**

## PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, segala puji syukur atas segala karunia dan nikmat yang diberikan oleh Allah SWT. Skripsi ini saya persembahkan dengan rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya untuk:

1. Allah SWT, atas berkat limpahan rahmat dan nikmat sehingga saya dapat menempuh pendidikan hingga jenjang ini dan dapat menyelesaikan skripsi ini dengan lancar.
2. Kedua orang tua saya, Abi Hasan dan Umi Hartila. Terima kasih atas jerih payah, kasih sayang yang selalu diberikan, dukungan, doa dan nasihat kepada saya.
3. Guru-guru saya dari SD, MTs, MAM sampai Perguruan Tinggi dan seluruh guru non-akademik
4. Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

**MOTTO**

Bekerjalah untuk duniamu seakan-akan engkau hidup selamanya. Beramallah untuk akhiratmu seakan-akan engkau akan mati besok (Al Hadits)



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Hidayati

NIM : 132110101148

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Sanitasi Rumah dan Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Kusta Tipe Multi Basiler (Studi di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Tahun 2016)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 15 Desember 2017

Yang menyatakan,

Sri Hidayati

NIM 132110101148

**SKRIPSI**

**SANITASI RUMAH DAN *PERSONAL HYGIENE* DENGAN KEJADIAN  
PENYAKIT KUSTA TIPE MULTI BASILER  
(STUDI DI KECAMATAN SUMBERBARU KABUPATEN JEMBER  
TAHUN 2016)**

Oleh:

Sri Hidayati  
NIM 132110101148

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes  
Dosen Pembimbing Anggota : Ellyke, S.KM., M.KL

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul Sanitasi Rumah dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kusta Tipe Multi Basiler (Studi di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Tahun 2016) telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Jum'at  
Tanggal : 15 Desember 2017  
Tempat : Ruang Ujian Skripsi

Pembimbing Tanda Tangan

1. DPU : Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes ( )  
NIP. 197509142008121002
2. DPA : Ellyke, S.KM., M.KL ( )  
NIP. 198104292006042002

Penguji

1. Ketua : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes ( )  
NIP.198310272010122003
2. Sekretaris : Prehatin Trirahayu N., S.KM., M.Kes ( )  
NIP.198505152010122003
3. Anggota : Drs. M. Sulthony, S.KM ( )  
NIP.196310031984121004

Mengesahkan  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes  
NIP. 198005162003122002

## RINGKASAN

**Sanitasi Rumah dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kusta Tipe Multi Basiler (Studi di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Tahun 2016)**; Sri Hidayati; 132110101148; 2017; 194 halaman; Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyakit kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem retikuoendotelial, mata, otot, tulang, dan testis, kecuali susunan saraf pusat. Penyakit kusta ada dua tipe yaitu kusta tipe Multi Basiler dan kusta tipe Pausi Basiler. Cara penularan kusta menurut sebagian besar para ahli melalui saluran pernapasan dan kulit. Faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit kusta yaitu bangsa/ ras, sosioekonomi, kebersihan, keturunan, kemiskinan, kepadatan penduduk, rendahnya sanitasi, dan gizi kurang. Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih dan sebagainya. *Mycobacterium leprae* dapat di temukan di dalam tanah, air, udara, dan pada permukaan kulit, rongga hidung dan tenggorokan. *Mycobacterium leprae* cenderung menyukai temperatur  $\leq 37$  °C karena pertumbuhan yang optimal pada temperatur rendah. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan sanitasi rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kusta tipe Multi Basiler di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan metode observasional analitik. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk yang berada di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember, sedangkan sampel penelitian sebanyak 100 orang yang terdiri dari kelompok penderita kusta tipe Multi Basiler 50 penderita dan sampel bukan penderita kusta 50 orang yang tinggal di wilayah Kecamatan Sumberbaru sebagai pembandingan. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu observasi,



wawancara dan pengisian kuesioner oleh responden. Penelitian ini memiliki variabel bebas yang terdiri dari karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan), sanitasi rumah dan pengetahuan, sikap serta tindakan *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku). Variabel terikat penelitian ialah penderita kusta tipe Multi Basiler. Analisis dalam penelitian menggunakan dua analisis yaitu univariat dan bivariat dengan uji *chi-square* dengan  $\alpha = 0,05$

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik penderita kusta tipe Multi Basiler sebagian besar produktif dan berjenis kelamin perempuan. Sebagian besar penderita kusta tipe Multi Basiler mempunyai pendidikan yang rendah dan pendapatan yang rendah. Sebagian besar penderita kusta tipe Multi Basiler memiliki sanitasi rumah yang tidak sehat dan memiliki pengetahuan dan tindakan *personal hygiene* yang buruk serta memiliki sikap *personal hygiene* yang kurang. Berdasarkan analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik responden (umur, jenis kelamin dan pendidikan) dengan kejadian penyakit kusta tipe Multi Basiler umur ( $p\text{-value}=1,000$ ), jenis kelamin ( $p\text{-value}=0,298$ ), pendidikan ( $p\text{-value}=1,000$ ) dan ada hubungan antara karakteristik responden (pendapatan) dengan kejadian penyakit kusta tipe Multi Basiler ( $p\text{-value}=0,008$ ). Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara sanitasi rumah dengan kejadian penyakit kusta tipe Multi Basiler ( $p\text{-value}=0,000$ ) dan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan *personal hygiene* ( $p\text{-value}=0,000$ ), sikap *personal hygiene* ( $p\text{-value}=0,009$ ), dan tindakan *personal hygiene* ( $p\text{-value}=0,000$ ) dengan kejadian penyakit kusta tipe Multi Basiler. Hal ini menunjukkan bahwa pendapatan, sanitasi rumah, pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* berpengaruh terhadap kejadian penyakit kusta tipe Multi Basiler di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah Meningkatkan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) secara terpadu, efektif dan efisien kepada masyarakat di Kecamatan Sumberbaru khususnya untuk

kelompok yang potensial terkena penyakit kusta terkait penyehatan lingkungan pemukiman (PLP), sanitasi dan personal hygiene, bahaya penyakit kusta mulai dari penularan, penyebab, dampak, kecacatan, dan pencegahan serta pengobatan penyakit kusta dengan cara penyuluhan, diskusi kelompok atau personal. Pencarian dini penderita kusta dengan melakukan kegiatan screening penyakit kusta. Mencari faktor penyebab terjadinya penyakit kusta di Kecamatan Sumberbaru baik dari lingkungan maupun dari individu. Pada keluarga penderita kusta harus membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), menjaga sanitasi di lingkungan rumah dan cegah infeksi kusta bagi keluarga (Cinta keluarga). Pada penderita kusta harus membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), teratur minum obat kusta sampai dengan selesai, dan rajin memeriksakan diri ke Puskesmas. Penelitian lebih lanjut dengan uji yang berbeda sehingga diketahui faktor yang paling erat berhubungan dan menjadi faktor penyebab kusta dan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yaitu seperti status gizi penderita kusta, kontak dengan penderita kusta, uji keberadaan kusta di lingkungan yaitu tanah dan air di perumahan penduduk yang menderita kusta.

**SUMMARY**

***House Sanitation and Personal Hygiene With The Incidence of Multibacillary Leprosy in Subdistrict Sumberbaru Jember District 2016; Sri Hidayati; 132110101148; 2017; 194 pages; Departement of Environmental Health and Occupational Health and Safety , Faculty of Public Health, University of Jember.***

*Leprosy is a contagious disease that is caused by Mycobacterium leprae which attacks periphery nerves, skin, mucous membrane, upper breath cavity, reticuloendothelial system, eyes, muscles, bones, and testicular, except for center nerves structure. Leprosy is divided into two types, the first is multibacillary leprosy and the second is paucibacillary leprosy. Many experts believe that leprosy is infected through breath cavity and skin. The emergence of leprosy is affected by several factors including race/nationality, socioeconomic, cleanness, gen, poverty, population density, low degree of sanitation, and low amount of nutrients. The environment sanitation indicates health status in the certain area that covers resident, waste disposal, clean water provider, etc. Mycobacterium leprae can be found in the soil, water, air, in the human's skin surface, nose cavity and throat cavity. Mycobacterium leprae tends to like  $\leq 37^{\circ}\text{C}$  temperature because the optimal growth of this bacteria is in a low degree of temperature. This research is conducted in order to analyze the relation between house sanitation and personal hygiene with the occurrence of multibacillary leprosy disease in Sumberbaru district, Jember regency.*

*This research belongs to analytic research and the method that is chosen in this research is observational analytic method. This research uses Cross Sectional plan. The population in this research is all the society that inhabit Sumberbaru district, Jember regency. Meanwhile the samples of this research are 100 people that consist of group of people suffering from multibacillary leprosy with total amount is 50 people, and another 50 people that does not suffer leprosy disease who live in Sumberbaru district, Jember regency. The data in this*

research is collected by distributing questionnaire, conducting an interview, and also doing an observation. This research has free variable that consist of respondents characteristics (age, gender, education, income), house sanitation and knowledge, personal hygiene demeanor and action (the cleanness of skin, hair, teeth, eyes, ears, hands and nails). The bound variable of this research is the sufferer of multibacillary leprosy. The analysis in this research uses two kinds of analysis which are univariate and bivariate with chi-square test of  $\alpha = 0,05$ .

The result of this study reveals that the characteristic of multibacillary leprosy sufferer comes from people with female gender and in a productive period of age. Most of multibacillary leprosy sufferer has low degree of education and low amount income. Most of them also have unhealthy house sanitation and do not have a good understanding and attitude towards personal hygiene demeanor and action. Based on bivariate analysis using chi-square test shows that there is no significant relations between the characteristic of the respondents (age, gender and education) and the occurrence of multibacillary leprosy in age ( $p\text{-value}=1,000$ ), gender ( $p\text{-value}=0,289$ ), education ( $p\text{-value}=1,000$ ). However there is a relation between the characteristic of respondents (income) and the occurrence of multibacillary leprosy ( $p\text{-value}= 0,008$ ). The result of the analysis shows that there is a relation between house sanitation and the occurrence of multibacillary leprosy ( $p\text{-value}=0,000$ ), and another significant relation between personal hygiene understanding and the occurrence of multibacillary leprosy ( $p\text{-value}=0,000$ ), personal hygiene attitude ( $p\text{-value}=0,009$ ), and personal hygiene action ( $p\text{-value}=0,000$ ). It shows that the income, house sanitation, personal hygiene understanding, personal hygiene attitude and personal hygiene action influence the occurrence of multibacillary leprosy in Sumberbaru district, Jember regency.

The suggestion which is brought by this research based on the result of the research is to increase effective and efficient integrated communication, information and education to the society in Sumberbaru district especially for those who have potential to be infected by leprosy related to the programme to make a healthier environment, sanitation and personal hygiene, the danger of

*Leprosy disease including the spreading of the disease, the causes, the effects, the disablement, the prevention and medication of leprosy through elucidation in a group or personal. An early search of leprosy sufferer through leprosy screening action. Looking for the environment factors or individual factors that is caused leprosy happens in Sumberbaru. For family who suffers from leprosy should apply health and clean lifestyle, drink the medicine regularly until the disease is healed, and also checking up in Puskesmas frequently. Further research with different test to disclose the most relevant factor that has strong relation and become the factor that causes of Leprosy. Then also further research about another factors such as nutrient status of leprosy sufferer, contact with leprosy sufferer, leprosy's existence test in the environment including soil and water in the resident of people who suffer from leprosy.*

## PRAKATA

Segala puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan hidayah dan inayah-Nya berupa kesehatan dan kemampuan berfikir sehingga dapat terwujud skripsi dengan judul Sanitasi Rumah dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kusta Tipe Multi Basiler (Studi di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Tahun 2016). Skripsi ini diajukan sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana hubungan antara sanitasi rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian penderita kusta tipe MB sehingga dapat dijadikan sebagai informasi dalam peningkatan pencegahan penyakit kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes. dan Ellyke, S.KM., M.KL. selaku dosen pembimbing yang selalu memberikan masukan, saran dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Yennike Tri H., S.KM., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Dr. Isa Ma'rufi, S.KM., M.Kes. selaku Ketua Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Mury Ririanty S.KM., M.Kes. selaku ketua penguji skripsi;

5. Prehatin Trirahayu Ningrum, S.KM., M.Kes. selaku sekretaris penguji skripsi;
6. Bapak Drs. M. Sulthony, S.KM selaku penguji skripsi;
7. Seluruh dosen serta staff dan karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan dan mengajarkan ilmunya kepada saya dan membantu saya selama masa studi;
8. Keluarga besar Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Rowotengah dan Seluruh perangkat desa di Kecamatan Sumberbaru yang telah meluangkan waktu dan membantu penulis dalam melakukan penelitian;
9. Sahabatku tersayang Sutatik yang selalu memberikan nasihat, semangat, kebersamaan dan menjadi seorang partner sekaligus kakak bagi penulis;
10. Sahabat-sahabatku (Nadhiroh Nur Laili, Yessi, Indah, Tika, Endah, Imoy, Eves, Inyo, lisa dan Dini) dan teman-teman PBL Kelompok 2 DUBAI Desa Jambesari yang telah memberikan rasa kekeluargaan, bantuan, motivasi, pengalaman dan kebersamaan yang telah kita bagi selama ini;
11. Teman-teman seperjuangan di Peminatan Kesehatan Lingkungan, teman-teman “Diamonds Generation” angkatan 2013, dan Ash Shihah yang telah menemani sekaligus berjuang bersama menimba ilmu;
12. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusun skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, 15 Desember 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN .....	viii
<i>SUMMARY</i> .....	xi
PRAKATA.....	xiv
DAFTAR ISI.....	xvi
DAFTAR TABEL .....	xxi
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xxvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan.....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian.....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Kusta .....</b>	<b>7</b>



2.1.1	Pengertian.....	7
2.1.2	Etiologi.....	7
2.1.3	Penyebab dan Epidemiologi.....	8
2.1.4	Cara Penularan .....	10
2.1.5	Gejala Penyakit Kusta.....	11
2.1.6	Klasifikasi Kusta.....	11
2.1.7	Diagnosa.....	13
2.1.8	Pengobatan Kusta.....	14
2.1.9	Kecacatan Kusta.....	16
<b>2.2</b>	<b>Sanitasi.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>Rumah Sehat .....</b>	<b>17</b>
2.3.1	Pengertian.....	17
2.3.2	Syarat-syarat Rumah Sehat .....	19
<b>2.4</b>	<b>Sanitasi Lingkungan Pemukiman .....</b>	<b>26</b>
2.4.1	Pengertian.....	26
2.4.2	Sarana Air Bersih .....	26
2.4.3	Sarana Pembuangan Kotoran .....	26
2.4.4	Sarana Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL).....	27
2.4.5	Sarana Pembuangan Sampah .....	28
<b>2.5</b>	<b>Perilaku Sehat .....</b>	<b>28</b>
2.5.1	Konsep Perilaku .....	28
2.5.2	Domain Perilaku Kesehatan.....	29
<b>2.6</b>	<b><i>Personal Hygiene</i> .....</b>	<b>31</b>
2.6.1	Pengertian.....	31
2.6.2	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi <i>Personal Hygiene</i> .....	31

2.6.3	Pemeliharaan dalam <i>Personal hygiene</i> .....	32
<b>2.7</b>	<b>Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan Rumah Tinggal dan <i>Personal Hygiene</i> Dengan Kasus Penyakit Kusta .....</b>	<b>35</b>
<b>2.8</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>37</b>
<b>2.9</b>	<b>Kerangka Konseptual.....</b>	<b>39</b>
<b>2.10</b>	<b>Hipotesis.....</b>	<b>40</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>42</b>
3.2.1	Tempat Penelitian .....	42
3.2.2	Waktu Penelitian .....	42
<b>3.3</b>	<b>Populasi dan Sampel.....</b>	<b>43</b>
3.3.1	Populasi .....	43
3.3.2	Sampel.....	43
3.3.3	Teknik pengambilan sampel .....	44
<b>3.4</b>	<b>Variabel Penelitian .....</b>	<b>46</b>
3.4.1	Variabel .....	46
3.4.2	Definisi Operasional .....	47
<b>3.5</b>	<b>Data dan Sumber Data .....</b>	<b>61</b>
<b>3.6</b>	<b>Teknik dan Alat Pengumpulan Data .....</b>	<b>61</b>
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data.....	61
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	63
<b>3.7</b>	<b>Teknik Pengolahan Data .....</b>	<b>64</b>
<b>3.8</b>	<b>Teknik Penyajian Dan Analisis Data .....</b>	<b>64</b>
3.8.1	Teknik Penyajian Data .....	64

3.8.2 Analisis Data .....	65
<b>3.9 Alur Penelitian .....</b>	<b>67</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>68</b>
4.1.1 Gambaran Karakteristik Responden .....	68
4.1.2 Gambaran Sanitasi Rumah di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.....	70
4.1.3 Gambaran Tingkat Pengetahuan <i>Personal Hygiene</i> Penduduk di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	76
4.1.4 Gambaran Sikap <i>Personal Hygiene</i> Penduduk di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	81
4.1.5 Gambaran Tindakan <i>Personal Hygiene</i> Penduduk di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	84
4.1.6 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	92
4.1.7 Hubungan antara Sanitasi Rumah dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember....	95
4.1.8 Hubungan antara Pengetahuan tentang <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.....	97
4.1.9 Hubungan antara Sikap tentang <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.....	98
4.1.10 Hubungan antara Tindakan tentang <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.....	99
<b>4.2 Pembahasan.....</b>	<b>101</b>

4.2.1	Karakteristik Responden .....	101
4.2.2	Gambaran Sanitasi Rumah pada Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	105
4.2.3	Gambaran Pengetahuan <i>Personal Hygiene</i> pada Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	112
4.2.4	Gambaran Sikap <i>Personal Hygiene</i> pada Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember..	115
4.2.5	Gambaran Tindakan <i>Personal Hygiene</i> pada Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember..	117
4.2.6	Hubungan Karakteristik Individu dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember..	125
4.2.7	Hubungan Sanitasi Rumah dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	130
4.2.8	Hubungan Pengetahuan <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	136
4.2.9	Hubungan Sikap <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember..	138
4.2.10	Hubungan Tindakan <i>Personal Hygiene</i> dengan Kejadian Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	139
<b>4.2</b>	<b>Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>142</b>
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP.....</b>	<b>147</b>
<b>5.1</b>	<b>Kesimpulan.....</b>	<b>147</b>
<b>5.2</b>	<b>Saran .....</b>	<b>147</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>.....</b>	<b>150</b>

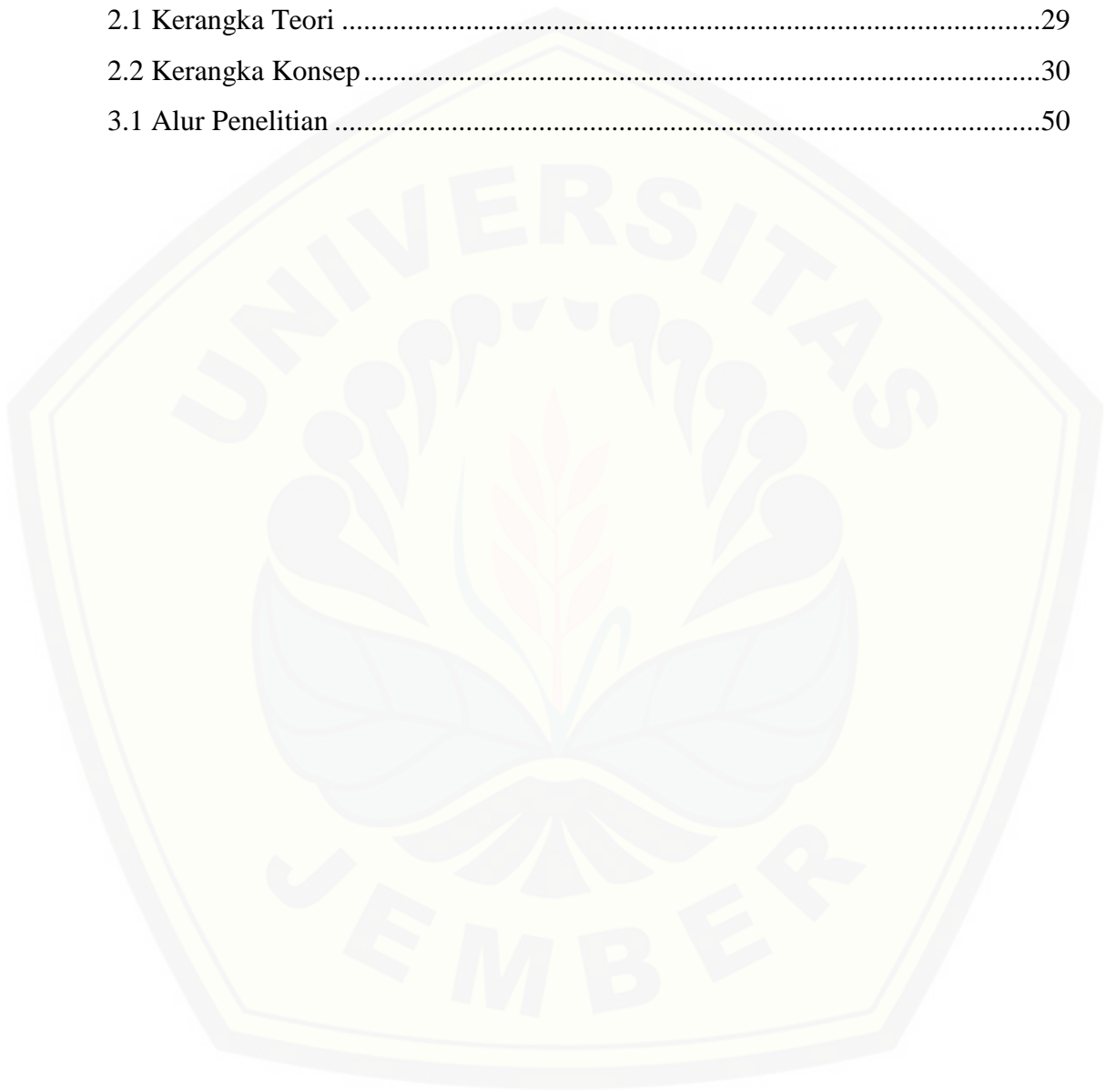
**DAFTAR TABEL**

	Halaman
3.1 Skema Teknik Pengambilan Sampel.....	40
3.2 Definisi Operasional.....	447
4.1 Distribusi Frekuensi Responden Penderita Kusta Tipe MB Menurut Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pendapatan di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	60
4.2 Sanitasi Rumah Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	61
4.3 Rincian Sanitasi Rumah Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	62
4.4 Tingkat Pengetahuan <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	68
4.5 Rincian Tingkat Pengetahuan <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	70
4.6 Sikap <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	73
4.7 Rincian Sikap <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	75
4.8 Tindakan <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	78
4.9 Rincian Tindakan <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Berdasarkan Hasil Wawancara .....	79
4.10 Rincian Tindakan <i>Personal Hygiene</i> Penderita Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Berdasarkan Hasil Observasi. ... ..	82
4.11 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember	86

4.12	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	87
4.13	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pendidikan Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember	88
4.14	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pendapatan Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember	89
4.15	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sanitasi Rumah Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	90
4.16	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan <i>Personal Hygiene</i> Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	91
4.17	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sikap <i>Personal Hygiene</i> Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	92
4.18	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tindakan <i>Personal Hygiene</i> Terhadap Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	94

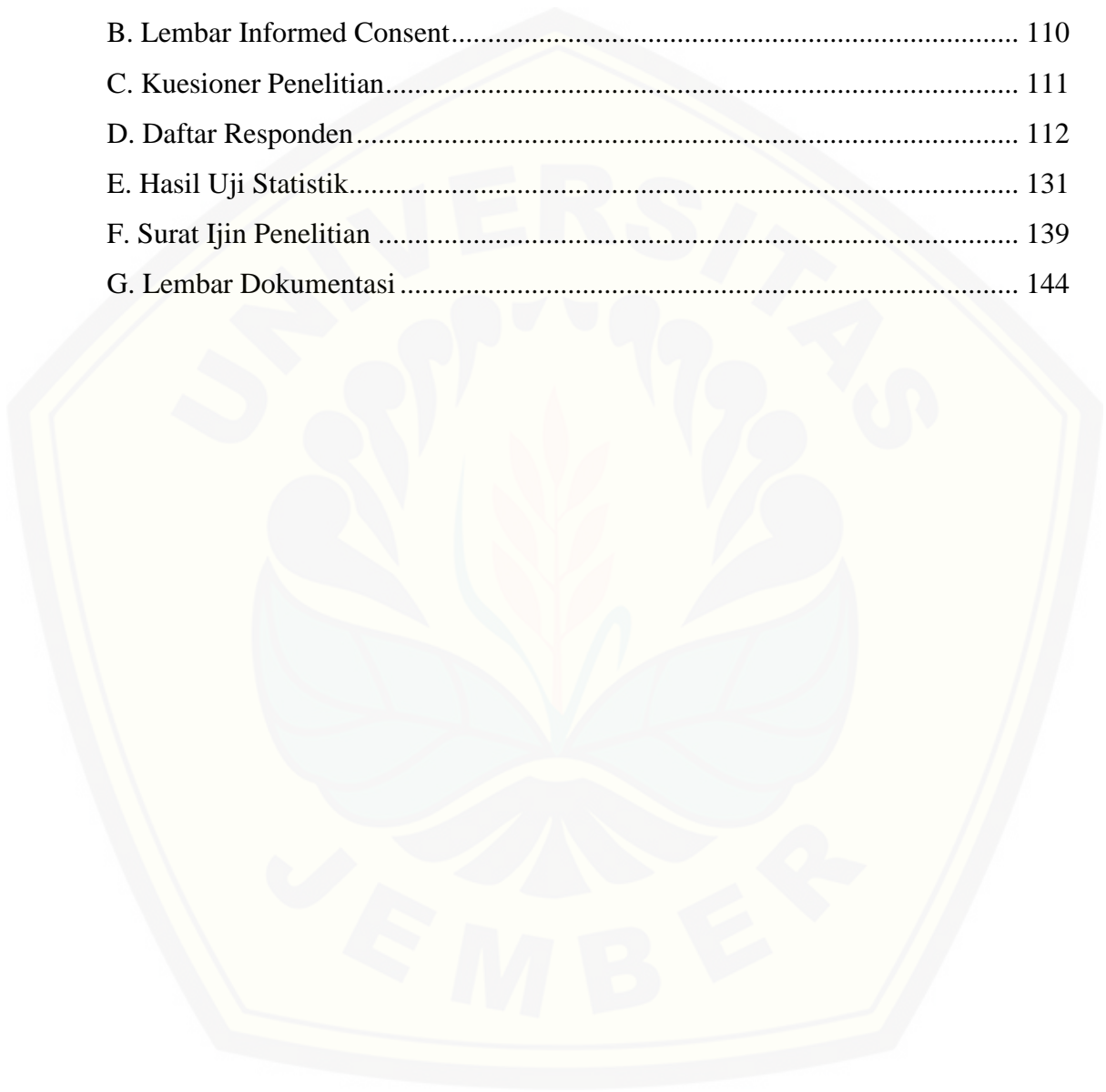
**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Kerangka Teori .....	29
2.2 Kerangka Konsep .....	30
3.1 Alur Penelitian .....	50



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner .....	109
B. Lembar Informed Consent.....	110
C. Kuesioner Penelitian.....	111
D. Daftar Responden.....	112
E. Hasil Uji Statistik.....	131
F. Surat Ijin Penelitian .....	139
G. Lembar Dokumentasi .....	144





## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional. Penyakit kusta pada umumnya terdapat di negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara itu dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat (Kemenkess RI, 2012:1). Penyakit kusta merupakan salah satu permasalahan kesehatan dunia. Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2012 menyatakan bahwa kelompok berisiko tinggi kusta yaitu Negara berkembang, salah satunya adalah Indonesia.

Penyakit kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang, dan testis, kecuali susunan saraf pusat (Daili *et al.*, 2006:12). Penyakit kusta dikenal ada dua tipe menurut WHO (1981) yaitu pertama kusta tipe basah atau sering disebut dengan tipe MB, kedua kusta kering atau sering di sebut dengan Pausi Basiler (PB). Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe MB kepada orang lain karena kusta tipe MB mengandung banyak kuman *Mycobacterium leprae*. Cara penularan secara pasti belum diketahui, namun sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat di tularkan melalui saluran pernapasan dan kulit (Daili *et al.*, 2006:13).

Masalah kusta di Indonesia memiliki urutan tertinggi ketiga setelah Negara India dan Brazil. Proporsi kusta tipe MB di Indonesia periode 2011-2015 relatif menunjukkan peningkatan yaitu dari 80,4% meningkat hingga 84,5%. Menurut Kemenkes RI tahun 2015 dilaporkan bahwa terdapat 17.202 kasus baru kusta dengan 84,5% kasus diantaranya merupakan kusta tipe MB. Penyumbang terbesar penyakit kusta di Indonesia pada tahun 2015 yaitu Provinsi Jawa Timur dengan jumlah kasus baru kusta sebanyak 4.013 orang. Jawa Timur menajai urutan pertama

terkait permasalahan kusta di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Pada tahun 2014 persebaran kusta tertinggi di Jawa Timur yaitu Kabupaten Bangkalan dengan jumlah penderita sebanyak 479 orang, Kabupaten Sumenep sebanyak 456 orang, dan Kabupaten Jember sebanyak 353 orang. Kabupaten Jember merupakan Kabupaten tertinggi ketiga setelah Kabupaten Bangkalan dan Kabupaten Sumenep dan sebagian besar penderita merupakan penderita kusta tipe MB yaitu sebanyak 312 orang (Dinas Kesehatan Jawa Timur, 2014).

Angka kejadian kusta di Kabupaten Jember tahun 2014 mencapai 328 orang dan pada tahun 2015 mencapai 296 orang. Pada tahun 2015 prevalensi kusta di Kabupaten Jember yaitu sebesar 1,23/10.000 penduduk dengan target prevalensi kusta sebesar <1 per 10.000 penduduk. Jadi, Kabupaten Jember tidak memenuhi target prevalensi kusta. Pada tahun 2016 penemuan penyakit baru penderita kusta di Kabupaten Jember sebanyak 353 orang yang terdiri dari 295 orang penderita kusta tipe MB. Kejadian kusta tertinggi di Kabupaten Jember pada tahun 2015 yaitu Kecamatan Sumberbaru dengan jumlah penderita sebanyak 59 orang. Kejadian kusta tertinggi pada tahun 2016 yaitu Kecamatan Sumberbaru sebanyak 60 orang penderita dan hampir seluruh penderita merupakan kusta tipe MB yaitu sebanyak 54 penderita. Jadi, selama dua tahun terakhir Kecamatan Sumberbaru sebagai Kecamatan tertinggi terkait jumlah penderita kusta. Kecamatan Sumberbaru memiliki 2 wilayah kerja Puskesmas yaitu Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Rowotengah dan masing masing puskesmas memiliki 30 orang penderita kusta (Dinas Kesehatan Jember, 2016).

Sanitasi merupakan suatu usaha pencegahan penyakit yang menitikberatkan kegiatan pada usaha kesehatan lingkungan hidup man(Rejeki, 2015:2). Penyakit berbasis lingkungan memang berhubungan dengan sanitasi. Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih dan sebagainya. Rumah adalah bangunan gedung yang berfungsi sebagai tempat tinggal yang layak huni, sarana pembinaan keluarga, cerminan harkat dan martabat penghuninya, serta aset bagi pemiliknya (UU RI Nomor 1 Tahun 2011 Tentang Perumahan dan Kawasan Permukiman). Kurang lebih separuh hidup manakan berada di rumah sehingga

kualitas rumah akan sangat berdampak terhadap kondisi kesehatannya (Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan Badan Litbangkes, 2005). Konstruksi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan faktor resiko penularan berbagai jenis penyakit khususnya penyakit berbasis lingkungan. Menurut WHO, rumah yang tidak cukup dan terlalu sempit mengakibatkan tingginya kejadian penyakit bagi penghuninya. Rumah hendaknya dapat memenuhi persyaratan teknis dan *hygiene* yaitu tidak terlalu padat penghuni, keadaan ventilasi baik (*cross ventilation*), pencahayaan cukup, kelembapan rumah memenuhi syarat, jenis lantai dan dinding rumah kedap air serta atap rumah dalam keadaan baik agar tidak terjadi kebocoran (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2010:78, Dirjen P2PL, 2005).

Faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya penyakit kusta yaitu bangsa/ras, sosioekonomi, kebersihan dan keturunan. Penderita kusta banyak ditemukan pada negara-negara berkembang dan golongan sosioekonomi rendah. Tampaknya faktor genetik berperan penting dalam penularan penyakit kusta. Namun, penyakit kusta tidak di turunkan pada bayi yang dikandung ibu kusta. Begitu juga dengan lingkungan yang kurang memenuhi kebersihan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit kusta. Jadi kebersihan yang buruk dapat menjadi faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit kusta (Siregar, 2017:154). Kusta juga sering dihubungkan dengan adanya kemiskinan, kepadatan penduduk, rendahnya sanitasi, dan gizi kurang. *Mycobacterium leprae* dapat di temukan dimana-mana, misalnya di dalam tanah, air, udara, dan pada manpermukaan kulit, rongga hidung dan tenggorokan. *Mycobacterium leprae* bersifat tahan terhadap asam dan pertumbuhan bakteri ini cenderung menyukai temperatur kurang dari 37 °C karena pertumbuhan yang optimal *Mycobacterium leprae* pada temperatur rendah sehingga bagian tubuh yang dingin seperti saluran pernapasan, testis, ruang anterior mata, dan kulit terutama cuping telinga dan jari merupakan tempat yang biasa di serang (Harahap, 2000:262).

Penelitian sebelumnya terkait sanitasi rumah dan *personal hygiene* telah banyak yang diteliti namun dalam penelitian-penelitian tersebut hanya sebagian dari komponen sanitasi rumah dan sebagian dari komponen *personal hygiene* serta

belum ada penelitian yang menganalisis terkait pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* dengan kejadian kusta tipe MB. Salah satu penelitian tersebut yaitu penelitian yang dilakukan oleh Rismawati pada tahun 2013 menunjukkan bahwa ada hubungan antara suhu rumah, pencahayaan, luas ventilasi, kepadatan hunian, dan kebiasaan membersihkan rumah dengan kejadian kusta tipe MB. Dalam penelitian tersebut juga di dapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara *personal hygiene* yaitu kebiasaan mandi dan mencuci rambut dengan kejadian kusta tipe MB. Studi pendahuluan yang telah dilakukan pada 8 penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru didapatkan bahwa 5 penderita memiliki sanitasi rumah yang buruk dan *personal hygiene* yang buruk dan sisanya yaitu 3 penderita memiliki sanitasi rumah yang kurang sehat. Berdasarkan data diatas peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian dan observasi sanitasi rumah, sanitasi lingkungan rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah yang dapat di kemukakan “Apakah ada hubungan antara sanitasi rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember?”

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan sanitasi rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian kusta MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

### 1.3.2 Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan) penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

- b. Mengidentifikasi sanitasi rumah yang meliputi kondisi komponen rumah, sanitasi lingkungan rumah, tindakan sanitasi penghuni (Langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, suhu, sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, sarana pembuangan sampah, membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman rumah dan membuang sampah pada tempatnya) penduduk penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku) penduduk penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan antara karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan) dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- e. Menganalisis hubungan antara sanitasi rumah yang meliputi komponen rumah, sanitasi lingkungan rumah dan tindakan sanitasi penghuni (Langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, suhu, sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, sarana pembuangan sampah, membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, buang air besar di jamban dan membuang sampah pada tempatnya) dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- f. Menganalisis hubungan antara pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku) dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan khasanah ilmu pengetahuan tentang kesehatan lingkungan terutama yang berkaitan dengan sanitasi rumah dan *personal hygiene* sehingga dapat dijadikan bahan kajian dan diskusi serta penelitian lanjutan dalam bidang tersebut.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Secara praktis penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan dan Badan Pemberdayaan Masyarakat Kabupaten Jember dalam menentukan prioritas program yang berkaitan dengan sanitasi rumah tinggal dan *personal hygiene*.
- b. Bagi penderita penelitian ini di harapkan dapat meningkatkan pemahaman mengenai penyakit kusta, agar dapat mengupayakan tindakan pencegahan untuk tidak terkena infeksi jenis kusta yang sangat menular yaitu kusta tipe MB.
- c. Sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya.
- d. Sebagai pengalaman menambah wawasan serta pengetahuan bagi peneliti dalam mengaplikasikan pengetahuan yang telah diperoleh dari bangku kuliah.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kusta

#### 2.1.1 Pengertian

Kusta merupakan penyakit menahun yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang dapat menyebabkan kerusakan permanen pada bagian kulit, saraf, anggota gerak, dan mata (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Penyakit kusta merupakan penyakit kronis karena terinfeksi *Mycobacterium leprae* yang pertama menyerang saraf tepi selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, system retikuloendotelial, mata, otot, tulang, dan testis kecuali susunan saraf pusat (Daili *et al.*,2006:12). Menurut Siregar (2017:156) menyatakan bahwa kusta merupakan penyakit infeksi Mikobakterium yang bersifat kronik progresif, mula-mula menyerang saraf tepi , dan kemudian terdapat manifestasi kulit. Dapat disimpulkan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit infeksi kronis dan menahun yang diakibatkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf, kulit, membran mukosa, saluran napas bagian atas, mata, dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat.

#### 2.1.2 Etiologi

*Mycobacterium leprae* atau kuman Hansen merupakan kuman yang dapat menyebabkan penyakit kusta. Kuman ini ditemukan oleh sarjana dari Norwegia GH Armauer Hansen pada tahun 1873 (Daili *et al.*,2006:12). Bakteri ini mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2–3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia. Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun (Kementerian Kesehatan RI 2015). *Mycobacterium leprae* memiliki sifat multiplikasi yang sangat lambat yaitu sekitar 11-13 hari, oleh karena itu pertumbuhan yang lambat ini merupakan faktor utama yang menyebabkan masa inkubasi kusta sangat lama (5-7 tahun) (Harahap, 2000:262). Kuman kusta bersifat tahan asam, berbentuk batang dengan ukuran 1-8  $\mu$ , lebar 0,2-0,5  $\mu$ . Biasanya, kuman ini berkelompok dan ada yang satu-satu, hidup dalam sel

terutama jaringan yang bersuhu dingin dan tidak dapat di kultur dalam media buatan. Kuman ini juga dapat menyebabkan infeksi sistemik pada binatang armadillo (Daili *et al.*, 2006 : 12). *Mycobacterium leprae* menyukai temperatur kurang dari 37 °C karena pertumbuhan kuman optimal *Mycobacterium leprae* pada temperatur rendah. Selain itu rendahnya temperatur dapat mengurangi respon imunologis bagi tubuh. Pada temperatur kamar *Mycobacterium leprae* dapat bertahan hidup sampai 46 hari.

*Mycobacterium leprae* dapat berkembang biak di dalam sel Schwann saraf dan makrofag kulit. *Mycobacterium leprae* dapat ditemukan dimana-mana, misalnya di dalam tanah, air, udara, dan pada manterdapat di permukaan kulit, rongga hidung, dan tenggorokan. Kuman ini dapat ditemukan dalam folikel rambut, kelenjar keringat, sekret hidung, mukosa hidung, dan daerah erosi atau ulkus pada penderita tipe borderline dan lepromatous.

### 2.1.3 Penyebab dan Epidemiologi

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycobacterium leprae*, basil yang tahan terhadap asam, dengan ukuran 1-8x0,2-0,5 mikron. Waktu pembelahan kuman kusta sangat lama yaitu 14-21 hari. *Mycobacterium leprae* di luar tubuh man(dalam kondisi tropis) dapat bertahan sampai 9 hari. Kelompok umur terbanyak pada penderita kusta yaitu 25-35 tahun, sedangkan untuk dibawah 25 tahun jarang ditemukan. Jenis kelamin penderita memiliki frekuensi yang sama antara pria dan wanita (Siregar, 2017:156). Menurut Amiruddin dalam Harahap (2000:260-261) menyatakan bahwa penyakit kusta dapat menyerang semua orang. Laki-laki lebih banyak terkena dibandingkan dengan wanita, dengan perbandingan 2:1, walaupun ada beberapa daerah yang menunjukkan penderita wanita lebih banyak. Penyakit ini dapat mengenai semua umur. Namun, jarang ditemukan pada umur yang sangat muda. Frekuensi terbanyak yaitu pada 15-29 tahun.

Terdapat perbedaan baik perbedaan secara ras maupun secara geografik. Ras Cina, Eropa, dan Myanmar lebih rentan terhadap bentuk lepromatous dibandingkan dengan dengan ras Afrika, India, dan Melanesia. Beberapa faktor lain yang dapat berperan dalam kejadian dan penyebaran kusta antara lain ialah



iklim (cuaca panas dan lembab), diet, status gizi, status sosial ekonomi dan genetik. Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit kusta antara lain bangsa/ ras, sosioekonomi, kebersihan dan keturunan. Pada ras kulit hitam insiden kusta bentuk tuberkuloid lebih tinggi dan pada kulit putih cenderung kusta tipe lapromatosa. Banyak kusta di temukan pada negara-negara berkembang dan golongan sosioekonomi rendah serta lingkungan yang kurang bersih. Tampaknya faktor genetik berperan penting dalam penularan penyakit kusta. Namun, penyakit kusta tidak diturunkan pada bayi yang dikandung ibu lepra (Siregar, 2017:156).

Epidemiologi penyakit kusta digambarkan menurut geografi, orang dan waktu sebagai berikut:

a. Distribusi menurut geografi

Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia yang dilaporkan di WHO pada tahun 2011 adalah sekitar 219.075. Jumlah tersebut paling banyak terdapat di regional Asia Tenggara (160.132) diikuti regional Amerika (36.832), regional Afrika (12.673) dan sisanya berada di regional lain di dunia. Jumlah kasus kusta di Indonesia yang terdaftar pada awal tahun 2012 sekitar 83.187 sehingga Indonesia menjadi peringkat kedua setelah India yang mempunyai kasus kusta terbanyak di dunia (Kemenkes RI, 2012:5)

b. Distribusi menurut orang

1) Distribusi menurut umur

Penelitian melaporkan bahwa distribusi penyakit kusta menurut umur berdasarkan prevalensi, hanya sedikit yang berdasarkan insiden karena pada saat timbulnya penyakit sangat sulit diketahui. Kejadian penyakit sering terkait pada umur saat diketemukan dari pada saat timbulnya penyakit. Penyakit kronik seperti kusta mempunyai angka prevalensi penyakit berdasarkan kelompok umur, tidak menggambarkan risiko kelompok umur tertentu untuk terkena penyakit. Kusta diketahui terjadi pada semua berkisar antara bayi sampai usai lanjut (3 minggu sampai lebih dari 70 tahun). Namun yang terbanyak adalah pada muda dan produktif (Kemenkes RI, 2012:8).

## 2) Distribusi menurut jenis kelamin

Distribusi penyakit kusta dapat mengenai laki-laki dan perempuan. Berdasarkan laporan, sebagian besar negara di dunia kecuali di beberapa negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang daripada perempuan (Kemenkes RI, 2012:8).

## c. Distribusi menurut waktu

Distribusi angka penemuan kasus baru pada tahun 2011, terdapat 17 negara yang melaporkan 1000 atau lebih kasus baru kusta. Sejumlah negara ini mempunyai kontribusi 94% dari seluruh kasus baru di dunia. Secara global terjadi penurunan penemuan kasus baru akan tetapi beberapa negara seperti India, Indonesia, Myanmar, Srilanka menunjukkan peningkatan deteksi kasus baru yang signifikan (Kemenkes RI, 2012:7)

### 2.1.4 Cara Penularan

Penularan kusta dapat terjadi pada anak hingga lanjut, namun pada umumnya kusta terjadi pada muda dan produktif. Mansebagai satu-satunya yang dianggap sebagai sumber penularan walaupun kuman kusta dapat hidup pada armadillo, simpanse, dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thymus (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe MB kepada orang lain dengan cara penularan langsung (Daili *et al.*, 2006:13). Mukosa hidung telah lama dikenal sebagai sumber dari kuman. Suatu hapusan hisung dari penderita kusta tipe MB yang tidak diobati menunjukkan jumlah kuman sebesar 10-100 dan telah terbukti bahwa saluran napas bagian atas dari penderita kusta tipe MB merupakan sumber kuman yang terpenting didalam lingkungan (Departemen Kesehatan RI, 2012).

Penularan melalui droplet memegang peranan penting dalam rantai penularan penyakit kusta selain penularan melalui kontak erat, lama dan berulang kulit ke kulit. Penggunaan pakaian pelindung dan alas kaki dapat membantu mengurangi kemungkinan penularan kusta dari lingkungan (tanah) (Departemen Kesehatan RI, 2006). Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian

besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernapasan dan kulit (Daili *et al.*,2006:13).

#### 2.1.5 Gejala Penyakit Kusta

Perjalanan penyakit merupakan keluhan utama dan keluhan tambahan. Lesi diawali dengan bercak putih bersisik halus pada bagian tubuh, tidak gatal, kemudian membesar dan meluas. Jika saraf sudah terkena, penderita mengeluh kesemutan/baal pada bagian tertentu, ataupun kesukaran menggerakkan anggota badan yang berlanjut dengan kekakuan sendi dan rambut alispun dapat rontok (Siregar, 2017:156). Tanda-tanda seseorang menderita penyakit kusta antara lain kulit mengalami bercak putih seperti panu. Pada awalnya hanya sedikit tetapi lama-kelamaan semakin lebar dan banyak, adanya bintil-bintil kemerahan yang tersebar pada kulit, ada bagian tubuh yang tidak berkeringat, rasa kesemutan pada anggota badan atau bagian raut muka, muka berbenjol-benjol dan tegang yang disebut *facies leomina* (muka singa) dan mati rasa karena kerusakan syaraf tepi. Gejalanya memang tidak selalu nampak, tetapi harus selalu waspada jika ada anggota keluarga yang menderita luka tak kunjung sembuh dalam jangka waktu yang lama dan apabila ditekan dengan jari terasa tidak sakit.

Kusta terkenal sebagai penyakit yang paling ditakuti karena deformitas atau cacat tubuh, namun pada tahap awal gejala yang timbul berupa perubahan warna seperti hipopigmentasi (warna kulit menjadi lebih terang), hiperpigmentasi (warna kulit menjadi lebih gelap) dan eritematosa (kemerahan pada kulit). Gejala umum pada kusta yaitu reaksi panas dari derajat rendah sampai dengan menggigil, noreksia, mual, kadang-kadang disertai dengan nefrorasia, nepritis, hepatosplenomegali dan neuritis (Kemenkes RI, 2015:1).

#### 2.1.6 Klasifikasi Kusta

Klasifikasi kusta bertujuan untuk menentukan rejimen pengobatan, prognosis dan komplikasi serta untuk perencanaan operasional, misalnya menemukan pasien-pasien yang menular yang mempunyai epidemiologi tinggi sebagai target utama pengobatan. Tujuan terakhir yaitu untuk mengidentifikasi

pasien yang kemungkinan besar akan menderita cacat. Menurut kongres internasional Madrid 1953, kusta dibagi atas tipe Indeterminan (I), tipe Tuberkuloid (T), tipe Lepromatosa (L) dan tipe Borderline (B). Ridley Jopling (1960) membaginya menjadi: I, TT, BT, BB, BL, dan LL. Pembagian Madrid sering untuk segi praktis dilapangan, sedangkan pembagian Ridley Jopling terutama dipakai untuk penelitian dan pengobatan di pusat penelitian dan leprosy (Siregar, 2017:156). Klasifikasi untuk kepentingan pemberantasan penyakit kusta nasional maupun global, menggunakan klasifikasi WHO (1982 kemudian disempurnakan pada tahun 1997):

a. Tipe *Paucibacillary* (PB) atau tipe kering

Tipe *paucibacillary* tidak bersifat menular dan mudah untuk disembuhkan. Bentuk lesi yang terlokalisasi dengan 1-5 luka. Gejala yang muncul dapat berupa noda-noda pucat di kulit yang hilang rasa dan penebalan pada bagian saraf-saraf yang nyeri, seperti cuping hidung, telinga, muka, kaki, dan tangan. Apabila tidak segera di obati saraf-saraf tersebut akan rusak menjadi mati rasa dan mudah terluka. Kehilangan rasa pada saraf tersebut akan berdampak pada luka yang menjadi luka serius yang dapat merusak jaringan, sehingga akan muncul cacat sekunder terutama di telapak kaki dan jari-jari tangan.

b. Tipe *Multibasiler* (MB) atau tipe basah

Tipe ini bersifat sangat menular dan lebih sulit untuk di sembuhkan. Ciri-ciri tipe ini adalah bentuk lesi yang terlokalisasi dengan lebih dari 5 luka, munculnya benjolan kecil berwarna kemerah-merahan yang penuh basil dan semua saraf perifer terkena infeksi. Gejala yang timbul dapat berupa demam, anemia, dan berat badan menurun. Semua saraf perifer yang terkena akan mengakibatkan munculnya deformasi akibat *infiltrate* di muka, kelumpuhan urat saraf muka (*paresis facialis*), dan mutilasi hidung akibat keruntuhan tulang rawan, selain itu kelumpuhan dan kebutaan sering terjadi.

Tabel 2.1 Tanda untuk menentukan tipe penyakit kusta

No.	Kelainan Kulit Dan Hasil Pemeriksaan	PB	MB
1.	Bercak ( <i>macula</i> ) mati rasa		
	- Jumlah	1-5	>5

No.	Kelainan Kulit Dan Hasil Pemeriksaan	PB	MB
	- Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
	- Distribusi	<i>Unilateral</i> atau <i>Bilateral Asimetris</i>	<i>Bilateral Asimetris</i>
	- Konsistensi	Kering dan kasar	Halus dan berkilat
	- Batas	Selalu ada dan jelas	Tidak jelas, jika ada maka sudah lanjut
	- Kehilangan rasa pada bercak	Tegas	Kurang tegas
	- Kehilangan kemampuan berkeringat dan bulu rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya
2.	<i>Infiltrat</i>		
	- Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
	- Membran mukosa (hidung tersumbat, pendarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3.	Ciri-ciri khusus	Central healing (penyembuhan di tengah)	Punched out lesion (lesi bentuk seperti donut) - Madarosis - Ginekomasti
4.	Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5.	Deformitas	Biasanya asimetris dan terjadi dini	Biasanya simetris, terjadi pada stadium lanjut

Sumber: Kemenkes RI, 2012

### 2.1.7 Diagnosa

Untuk menetapkan diagnose penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda pokok atau “cardinal signs” pada badan yaitu (Depkes, 2006):

- a. Kelainan kulit/lesi yang hypopigmentasi atau kemerahan dengan hilang/mati rasa yang jelas.
- b. Penebalan saraf perifer.
- c. Adanya kuman tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* (Bakteriologis positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda pokok atas. Gambaran klinik kusta biasanya khas, ditandai dengan noda yang berwarna terang pada kulit. Pemeriksaan pada ruam kulit atau kerikan

dari hidung akan memperlihatkan adanya bakteri kusta (Irianto, 2014:466). Menurut Siregar (2017:157) diagnosis kusta dapat didasarkan pada penemuan tanda utama (*Cardinal Sign*), yaitu :

- d. Kesi (kelainan) kulit yang mati rasa. Kelainan kulit dapat berbentuk bercak keputih-putihan (*hipopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*eritematous*) yang mati rasa (*anestesi*).
- e. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (*neuritis perifer.*) Gangguan saraf ini bisa berupa:
  - 1) Gangguan fungsi sensoris : mati rasa.
  - 2) Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot (*parese*) atau kelumpuhan (*paralise*).
  - 3) Gangguan fungsi otonom : kulit kering, retak, dan pembengkakan (*edema*).
- f. Pemeriksaan bakteriologis memperlihatkan basil tahan asam (BTA) positif. Bahan pemeriksaan BTA diambil dari kerokan kulit (*skin smear*) asal cuping telinga (rutin) dan bagian aktif suatu lesi kulit. Untuk tujuan tertentu kadang jaringan diambil dari bagian tubuh tertentu (biopsi). Pemeriksaan kerokan kulit hanya dilakukan pada kasus yang meragukan.

Mendiagnosis penyakit kusta adalah minimal harus ditemukan satu *Cardinal sign*. Tanpa adanya *Cardinal sign*, kita hanya boleh menyatakan sebagai tersangka (suspek) kusta.

#### 2.1.8 Pengobatan Kusta

Kemoterapi kusta dimulai tahun 1949 dengan DDS sebagai obat tunggal (monoterapi DDS). DDS harus diminum selama 3-5 tahun untuk PB, sedangkan untuk MB 5-10 tahun bahkan seumur hidup. Kekurangan mono terapi DDS adalah terjadinya resistensi, timbulnya kuman *persisters* serta terjadinya pasien defoulter. Pada tahun 1964 ditemukan resistensi terhadap DDS, oleh sebab itu pada tahun 1982 WHO merekomendasikan pengobatan kusta *Multy Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB maupun MB (Kemenkes RI, 2012:99). Pengobatan kusta bertujuan

untuk memutus mata rantai penularan, menyembuhkan penyakit penderita dan mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan.

*Multy Drug Therapy* (MDT) adalah kombinasi dua atau lebih obat antikusta, salah satunya rifampisin sebagai antikusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat antikusta lain bersifat bakteriostatik (Kemenkes RI, 2012:99). Manajemen penyakit kusta yang tepat memerlukan pengetahuan tentang tujuan terapi, sifat-sifat obat yang digunakan dan perjalanan alamiah penyakit. Regimen rekomendasi MDT adalah suatu kompromi antara ide teori dan suksesnya tujuan pada kondisi lapangan di negara miskin. Keuntungan MDT antara lain mencegah resistensi obat, mengobati penderita dengan resistensi terhadap dapson, menghapus keperluan identifikasi sensitivitas terhadap *M. Leprae* sebelum terapi, mengubah konsep dari terapi jangka panjang yang hanya mencegah perluasan penyakit ke terapi jangka pendek yang menyembuhkan penyakit, meningkatkan ketaatan berobat dari 50% ke 95%, mencegah deformitas secara lebih efisien, menurunkan jumlah kasus-kasus setiap tahunnya, membuat penderita menjadi tidak infeksius dan mengurangi biaya jangka panjang (Harahap, 2000:268).

Tabel 2.2 Regimen pengobatan penyakit kusta

Type Kusta	Dosis Dewasa	Dosis Anak
PB	a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum didepan petugas) - 2 kapsul rifampisin @300 mg (600 mg) - 1 tablet dapson/DDS 100 mg	a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum didepan petugas) - 2 kapsul rifampisin @150 mg dan 300 mg - 1 tablet dapson/DDS 50 mg
	b. Pengobatan harian: hari ke 2-28 - 1 tablet dapson/DDS 100 mg	b. Pengobatan harian: hari ke 2-28 - 1 tablet dapson/DDS 50 mg
	c. Satu blister untuk satu bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan	c. Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan
MB	a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum didepan petugas) - 2 kapsul rifampisin @300	a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum di depan petugas) - 2 kapsul rifampisin 150

Tipe Kusta	Dosis Dewasa	Dosis Anak
	mg (600 mg)	mg dan 300 mg
	- 3 tablet lampren @100 mg (300 mg)	- 3 tablet lampren @50 mg (150 mg)
	- 1 tablet dapson/DDS 100 mg	- 1 tablet dapson/DDS 50 mg
b.	Pengobatan harian: hari ke 2-28	b. Pengobatan harian: hari ke 2-28
	- 1 tablet lampren 50 mg	- 1 tablet lampren 50 mg
	- 1 tablet dapson/DDS 100 mg	selang sehari
		- 1 tablet dapson/DDS 50 mg
c.	Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan	d. Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan

Sumber: Kemenkes RI, 2012

#### 2.1.9 Kecacatan Kusta

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012:123), ada dua jenis cacat kusta yaitu cacat primer yang disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit terutama kerusakan akibat respons jaringan terhadap *M. Leprae* seperti anestesi, *clow hand* dan kulit kering, sedangkan cacat sekunder yang berarti mencegah terjadinya kerusakan lebih parah dari mata, tangan atau kaki yang sudah mengalami gangguan fungsi saraf.

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Kecacatan akibat penyakit kusta dapat terjadi lewat 2 proses:

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

Fungsi saraf ada 3 macam, yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberi sensasi raba, nyeri dan suhu serta fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Kecacatan yang terjadi tergantung pada komponen saraf yang terkena pada saraf sensoris, motoris, otonom maupun kombinasi antara ketiganya.

Setiap penderita yang baru saja ditemukan harus dicatat terlebih dahulu tingkat kecacatannya. Setiap organ tubuh diberi tingkat cacat sendiri-sendiri. Tingkat cacat ini juga dipergunakan untuk menilai kualitas penanganan kecacatan



yang akan dilakukan oleh petugas, serta untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 diantara penderita baru. Berikut merupakan klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia:

Tabel 2. 1 Klasifikasi tingkat kecacatan kusta

Tingkat	Mata	Telapak tangan/ Kaki
0	Tidak ada kelainan mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kelainan pada mata tetapi tidak terlihat (anestesi kornea), visus sedikit berkurang	Anestesi, kelemahan otot (tidak ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta)
2	Ada kelainan mata yang terlihat (misalnya <i>lagotalmos</i> , kekeruhan kornea, <i>iridosiklitis</i> ) dan atau visus dangat terganggu/berat (visus <6/60)	Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta misalnya ulkus, jari, kriting, kaki semper

Sumber: Kemenkes RI, 2012

## 2.2 Sanitasi

Menurut WHO sanitasi adalah suatu usaha untuk mengawasi beberapa faktor lingkungan fisik yang berpengaruh kepada manterutama terhadap hal-hal yang mempunyai efek merusak perkembangan fisik, kesehatan dan kelangsungan hidup. Sanitasi merupakan suatu usaha pencegahan penyakit yang menitikberatkan kegiatan pada usaha kesehatan lingkungan hidup manusia. *Hygiene* merupakan ilmu yang mengajarkan cara-cara untuk mempertahankan kesejahteraan jasmani, rohani dan sosial untuk mencapai tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *hygiene* merupakan usaha kesehatan preventif yang menitikberatkan kegiatannya kepada usaha kesehatan individu, maupun usaha kesehatan pribadi hidup man(Rejeki, 2015:2-3).

## 2.3 Rumah Sehat

### 2.3.1 Pengertian

#### a. Kesehatan

Menurut WHO dalam Mukono (2006:3), yang dikatakan sehat adalah suatu keadaan yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, bukan hanya bebas dari penyakit dan cacat atau kelemahan. Undang-Undang

Nomor 36 Tahun 2009 mendefinisikan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

b. Rumah

Rumah adalah salah satu persyaratan pokok bagi kehidupan manusia. Rumah adalah pusat dari kehidupan suatu keluarga. Mulai dari mereka yang tinggal di hutan, di bawah pohon sampai sekarang yang sudah tinggal di rumah bertingkat. Rumah merupakan tempat tinggal bagi penghuninya yang sebagian besar waktu penghuni tinggal di rumah. Rumah dapat dijadikan tempat istirahat, menyiapkan makanan, mendidik anak-anak, menerima tamu dan lain-lain (Yani, 2004:1-2). Menurut Undang-Undang RI No. 4 Tahun 1992 Rumah adalah struktur fisik terdiri dari ruangan, halaman dan area sekitarnya yang dipakai sebagai tempat tinggal dan sarana pembinaan keluarga. Rumah sehat dapat pula diartikan sebagai rumah walaupun tidak mahal namun terbuat dari bahan-bahan sederhana, tetapi jika dapat memenuhi kebutuhan fisiologis dan psikologi penghuni rumah, maka rumah tersebut dapat menghindari terjadinya penyakit yaitu dengan tersedianya air bersih yang cukup, ada tempat pembuangan sampah yang memadai, terdapat ventilasi sebagai jalan masuknya cahaya dan pertukaran udara serta rumah tersebut dapat menghindari terjadinya kecelakaan misal dengan adanya bangunan yang kokoh, maka rumah tersebut dapat dikategorikan sebagai rumah sehat (Yani, 2004:14-15). Jadi, dapat disimpulkan bahwa rumah sehat adalah bangunan tempat berlindung dan beristirahat serta sebagai sarana pembinaan keluarga yang menumbuhkan kehidupan sehat secara fisik, mental dan sosial, sehingga seluruh anggota keluarga dapat bekerja secara produktif. Oleh karena itu keberadaan perumahan yang sehat, aman, serasi, teratur sangat diperlukan agar fungsi dan kegunaan rumah dapat terpenuhi dengan baik.

### 2.3.2 Syarat-syarat Rumah Sehat

Terdapat faktor-faktor kebutuhan yang perlu diperhatikan dan dipenuhi, seperti kebutuhan fisiologis, kebutuhan psikologis, perlindungan terhadap penularan penyakit, perlindungan pencegahan terhadap kecelakaan dalam rumah. Penjabaran dari kebutuhan tersebut antara lain:

#### a. Kebutuhan Fisiologis

Secara fisik kebutuhan fisiologis meliputi kebutuhan suhu dalam rumah yang optimal, penerangan, ventilasi memenuhi persyaratan, dan tersedianya ruangan yang optimal untuk bermain anak diantaranya:

- 1) Suhu ruangan harus dijaga agar jangan banyak berubah. Suhu sebaiknya tetap berkisar antara 18-20°C. Suhu ruangan ini sangat dipengaruhi oleh suhu udara luar, pergerakan udara, kelembapan udara, suhu benda-benda yang ada disekitarnya. Di rumah-rumah modern, suhu ruangan dapat diatur dengan fasilitas *air conditioning* (AC) (Chandra, 2012:163).
- 2) Penerangan rumah harus cukup mendapatkan penerangan baik pada siang maupun malam hari. Idealnya, penerangan didapat dengan bantuan listrik setiap ruang diupayakan mendapat sinar matahari terutama di pagi hari. Pada waktu pagi hari diharapkan semua ruangan mendapatkan sinar matahari. Intensitas cahaya pada suatu ruangan pada jarak 85 cm diatas lantai maka intensitas penerangan minimal tidak boleh kurang dari 5 foot-candle (Mukono, 2006:158).
- 3) Ventilasi Udara yaitu proses penyediaan udara segar dan pengeluaran udara kotor secara alamiah atau mekanis harus cukup. Dengan demikian, setiap rumah harus memiliki jendela yang memadai. Luas jendela secara keseluruhan kurang lebih 15% dari luas lantai. Susunan ruangan harus sedemikian rupa sehingga udara dapat mengalir bebas jika jendela dan pintu dibuka (Chandra, 2012:163-164). Berdasarkan peraturan bangunan Nasional, lubang hawa suatu bangunan harus memenuhi aturan sebagai berikut:
  - a) Luas bersih dari jendela/ lubang hawa sekurang-kurangnya 1/10 dari luas lantai ruangan.

- b) Jendela/ lubang hawa harus meluas ke arah atas sampai setinggi minimal 1.95 m dari permukaan lantai.
  - c) Adanya lubang hawa yang berlokasi dibawah langit-langit sekurang-kurangnya 0.35% luas lantai ruang yang bersangkutan (Mukono, 2006:158).
- 4) Berdasarkan Dir.*Hygiene* dan Sanitasi Depkes RI, 1993 dalam Mukono (2006:158), maka kepadatan penghuni dikategorikan menjadi memenuhi standar (2 orang per 8 m<sup>2</sup>) dan kepadatan tinggi (lebih 2 orang per 8 m<sup>2</sup> dengan ketentuan anak <1 tahun tidak diperhitungkan dan umur 1-10 tahun dihitung setengah). Kecepatan udara dikatakan sedang jika gerak udara 5-20 cm per detik atau volume pertukaran udara bersih antara 25-30 cfm (*cubic feet per minute*) untuk setiap orang yang berada di dalam ruangan.
  - 5) Jumlah ruangan atau kamar diperhitungkan berdasarkan jumlah penghuni atau jumlah orang yang tinggal bersama dalam satu rumah atau sekitar 5 m<sup>2</sup> per orang (Chandra, 2012:164).

b. Kebutuhan Psikologis

Disamping kebutuhan fisiologis, terdapat kebutuhan psikologis yang harus dipenuhi dan diperhatikan berkaitan dengan sanitasi rumah. Kebutuhan tersebut antara lain (Chandra, 2012:164) :

- 1) Keadaan rumah dan sekitarnya, cara pengaturannya harus memenuhi rasa keindahan sehingga rumah tersebut menjadi pusat kesenangan rumah tangga yang sehat.
- 2) Adanya jaminan kebebasan yang cukup bagi setiap anggota keluarga yang tinggal di rumah tersebut.
- 3) Untuk setiap anggota keluarga, terutama yang mendekati dewasa, harus memiliki ruang sendiri sehingga privasinya tidak terganggu.
- 4) Harus ada ruangan untuk hidup bermasyarakat, seperti ruang untuk menerima tamu.

c. Bahaya Kecelakaan atau Kebakaran

Ditinjau dari faktor bahaya ataupun kebakaran, rumah yang sehat dan aman harus dapat menjauhkan penghuninya dari bahaya tersebut. Adapun kriteria yang harus dipenuhi dari perspektif ini, antara lain (Chandra, 2012:164-165) :

- 1) Kontruksi rumah dan bahan-bahan bangunan harus kuat sehingga tidak mudah runtuh.
- 2) Memiliki sarana pencegahan kasus kecelakaan di sumur, kolam dan tempat-tempat lain terutama untuk anak-anak.
- 3) Bangunan diupayakan terbuat dari material yang tidak mudah terbakar.
- 4) Memiliki alat pemadam kebakaran terutama menggunakan gas.
- 5) Lantai tidak boleh licin dan tergenang air.

d. Lingkungan

Kriteria rumah yang sehat dan aman dari segi lingkungan, antara lain:

- 1) Memiliki sumber air bersih dan sehat serta tersedia sepanjang tahun.
- 2) Memiliki tempat pembuangan kotoran, sampah dan air limbah yang baik.
- 3) Dapat mencegah terjadinya perkembangbiakan vektor penyakit, seperti nyamuk, lalat, tikus dan sebagainya.
- 4) Letak perumahan jauh dari sumber pencemaran seperti kawasan industri dengan jarak minimal sekitar 5 km dan memiliki daerah penyangga atau daerah hijau (*green belt*) dan bebas banjir.

Persyaratan kesehatan perumahan dan lingkungan pemukiman menurut Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No 829 tahun 1999 meliputi parameter sebagai berikut :

a. Lokasi

- 1) Tidak terletak pada daerah rawan bencana alam seperti bantaran sungai, aliran lahar, tanah longsor, gelombang tsunami, daerah gempa, dan sebagainya
- 2) Tidak terletak pada daerah bekas tempat pembuangan akhir (TPA) sampah atau bekas tambang

- 3) Tidak terletak pada daerah rawan kecelakaan dan daerah kebakaran seperti jalur pendaratan penerbangan.

b. Kualitas udara

Kualitas udara ambien di lingkungan perumahan harus bebas dari gangguan gas beracun dan memenuhi syarat baku mutu lingkungan sebagai berikut :

- 1) Gas H<sub>2</sub>S dan NH<sub>3</sub> secara biologis tidak terdeteksi.
- 2) Debu dengan diameter kurang dari 10 µg maksimum 150 µg/m<sup>3</sup>.
- 3) Gas SO<sub>2</sub> maksimum 0,10 ppm.
- 4) Debu maksimum 350 mm<sup>3</sup>/m<sup>2</sup> per hari.

c. Kebisingan dan getaran

- 1) Kebisingan dianjurkan 45 dB.A, maksimum 55 dB.A.
- 2) Tingkat getaran maksimum 10 mm/detik.

d. Kualitas tanah di daerah pemukiman dan perumahan

- 1) Kandungan Timah hitam (Pb) maksimum 300 mg/kg.
- 2) Kandungan Arsenik (As) total maksimum 100 mg/kg.
- 3) Kandungan Cadmium (Cd) maksimum 20 mg/kg.
- 4) Kandungan Benzo (a) pyrene maksimum 1 mg/kg.

e. Prasarana dan sarana lingkungan

- 1) Memiliki taman bermain untuk anak, sarana rekreasi keluarga dengan konstruksi yang aman dari kecelakaan
- 2) Memiliki sarana drainase yang tidak menjadi tempat perindukan vektor penyakit
- 3) Memiliki sarana jalan lingkungan dengan ketentuan konstruksi jalan tidak mengganggu kesehatan, konstruksi trotoar tidak membahayakan pejalan kaki dan penyandang cacat, jembatan harus memiliki pagar pengaman, lampu penerangan jalan tidak menyilaukan mata
- 4) Tersedia cukup air bersih sepanjang waktu dengan kualitas air yang memenuhi persyaratan kesehatan
- 5) Pengelolaan pembuangan tinja dan limbah rumah tangga harus memenuhi persyaratan kesehatan

- 6) Pengelolaan pembuangan sampah rumah tangga harus memenuhi syarat kesehatan
- 7) Memiliki akses terhadap sarana pelayanan kesehatan, komunikasi, tempat kerja, tempat hiburan, tempat pendidikan, kesenian, dan lain sebagainya
- 8) Pengaturan instalasi listrik harus menjamin keamanan penghuninya
- 9) Tempat pengelolaan makanan (TPM) harus menjamin tidak terjadi kontaminasi makanan yang dapat menimbulkan keracunan.

f. Vektor penyakit

- 1) Indeks lalat harus memenuhi syarat.
- 2) Indeks jentik nyamuk dibawah 5%.

g. Penghijauan

Pepohonan untuk penghijauan lingkungan pemukiman merupakan pelindung dan juga berfungsi untuk kesejukan, keindahan dan kelestarian alam.

Adapun ketentuan persyaratan kesehatan rumah tinggal menurut Keputusan Menteri Kesehatan No 829 tahun 1999 yaitu parameter rumah yang dinilai melingkupi 3 kelompok komponen penilaian. Pertama, komponen fisik rumah yang meliputi langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga dan ruang tamu, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur dan pencahayaan. Kedua, sarana sanitasi meliputi sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, saluran pembuangan air limbah, sarana tempat pembuangan sampah. Ketiga, kelompok perilaku penghuni, meliputi membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, membuang tinja bayi dan balita ke jamban, membuang sampah pada tempatnya. Ketentuan persyaratan kesehatan rumah tinggal adalah sebagai berikut :

a. Bahan bangunan

- 1) Tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan bahan yang dapat membahayakan kesehatan, antara lain : debu total kurang dari 150 ug/m<sup>2</sup>, asbestos kurang dari 0,5 serat/m<sup>3</sup> per 24 jam, plumbum (Pb) kurang dari 300 mg/kg bahan.

2) Tidak terbuat dari bahan yang dapat menjadi tumbuh dan berkembangnya mikroorganisme patogen.

b. Komponen dan penataan ruang

- 1) Lantai kedap air dan mudah dibersihkan.
- 2) Dinding rumah memiliki ventilasi, di kamar mandi dan kamar cuci kedap air dan mudah dibersihkan.
- 3) Langit-langit rumah mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan.
- 4) Bubungan rumah 10 m dan ada penangkal petir.
- 5) Ruang ditata sesuai dengan fungsi dan peruntukannya.
- 6) Dapur harus memiliki sarana pembuangan asap.

c. Pencahayaan

Pencahayaan alam dan atau buatan langsung maupun tidak langsung dapat menerangi seluruh ruangan dengan intensitas penerangan minimal 60 lux dan tidak menyilaukan mata.

d. Kualitas udara

- 1) Suhu udara nyaman antara 18 – 30 °C.
- 2) Kelembaban udara 40 – 70 %.
- 3) Gas SO<sup>2</sup> kurang dari 0,10 ppm/24 jam.
- 4) Pertukaran udara 5 kaki/menit/penghuni.
- 5) Gas CO kurang dari 100 ppm/8 jam.
- 6) Gas formaldehid kurang dari 120 mg/m<sup>3</sup>.

e. Ventilasi udara yaitu memiliki luas lubang ventilasi alamiah yang permanen minimal 10% luas lantai.

f. Vektor penyakit yaitu tidak ada lalat, nyamuk ataupun tikus yang bersarang di dalam rumah.

g. Penyediaan air

- 1) Tersedia sarana penyediaan air bersih dengan kapasitas minimal 60 liter/ orang/hari.
- 2) Kualitas air harus memenuhi persyaratan kesehatan air bersih dan/atau air minum menurut Permenkes No 416 tahun 1990 dan Kepmenkes No 907 tahun 2002.



h. Sarana penyimpanan makanan tersedia dan sarana penyimpanan makanan tersebut aman.

i. Pembuangan limbah

1) Limbah cair yang berasal dari rumah tangga tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau, dan tidak mencemari permukaan tanah.

2) Limbah padat harus dikelola dengan baik agar tidak menimbulkan bau, tidak mencemari permukaan tanah dan air tanah.

j. Kepadatan hunian

Luas kamar tidur minimal 8 m<sup>2</sup> dan dianjurkan tidak untuk lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun.

Masalah perumahan telah diatur dalam Undang-Undang pemerintahan tentang perumahan dan pemukiman No.4 tahun 1992 bab III pasal 5 ayat 1 yang berbunyi “Setiap warga negara mempunyai hak untuk menempati dan atau menikmati dan atau memiliki rumah yang layak dan lingkungan yang sehat, aman, serasi, dan teratur” Bila dikaji lebih lanjut maka sudah sewajarnya seluruh lapisan masyarakat menempati rumah yang sehat dan layak huni. Rumah tidak cukup hanya sebagai tempat tinggal dan berlindung dari panas cuaca dan hujan, rumah harus mempunyai fungsi sebagai mencegah terjadinya penyakit, mencegah terjadinya kecelakaan, aman dan nyaman bagi penghuninya dan penurunan ketegangan jiwa dan sosial.

Di Indonesia sendiri terdapat suatu kriteria untuk Rumah Sehat Sederhana (RSS) yaitu (Chandra, 2012:163) :

- a. Luas tanah antara 60-90 meter<sup>2</sup>.
- b. Luas bangunan antara 21-36 meter<sup>2</sup>.
- c. Memiliki fasilitas kamar tidur, kamar mandi dan dapur.
- d. Berdinding batu bata dan diplester.
- e. Memiliki lantai dari ubin keramik dan langit-langit dari triplek.
- f. Memiliki sumur atau pompa air.
- g. Memiliki fasilitas listrik minimal 450 watt.
- h. Memiliki bak sampah dan saluran air kotor.

## **2.4 Sanitasi Lingkungan Pemukiman**

### **2.4.1 Pengertian**

Perumahan merupakan kelompok rumah yang berfungsi sebagai lingkungan tempat tinggal atau lingkungan hunian dan sarana pembinaan keluarga yang dilengkapi dengan prasarana dan sarana lingkungan. Pemukiman merupakan bagian dari lingkungan hidup baik kawasan perkotaan maupun pedesaan yang berfungsi sebagai lingkungan tempat tinggal atau lingkungan hunian yang mendukung perikehidupan (Mukono, 2006:157). Rumah yang sehat harus mempunyai fasilitas-fasilitas sebagai berikut yaitu penyediaan air bersih yang cukup, sistem pembuangan tinja, sistem pembuangan air limbah (air bekas), tempat pembuangan sampah, fasilitas dapur yang memadai dan memiliki ruang berkumpul keluarga (Notoatmodjo, 2012:172).

### **2.4.2 Sarana Air Bersih**

Air merupakan suatu sarana untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat karena air merupakan salah satu media dari berbagai macam penularan penyakit. Air merupakan zat yang paling penting setelah udara (Chandra, 2012:39). Menurut Permenkes RI nomor 416 tahun 1990 air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Kualitas air harus memenuhi syarat kesehatan yang meliputi persyaratan fisik, mikrobiologi, kimia, dan radioaktif. Kebutuhan manakan air sangat kompleks antara lain untuk minum, masak, mandi, mencuci (bermacam-macam cucian), dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012:172-173).

### **2.4.3 Sarana Pembuangan Kotoran**

Jamban adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang dan mengumpulkan kotoran mandalam suatu tempat tertentu, dan tidak menjadi penyebab atau penyebar penyakit dan mengotori lingkungan pemukiman. Beberapa penyakit yang dapat disebarkan oleh tinja manyaitu diare, kolera, disentri, dan sebagainya. Kotoran manmerupakan semua benda atau zat yang tidak

di pakai lagi oleh tubuh dan yang harus di keluarkan dari dalam tubuh zat-zat yang harus di keluarkan dari dalam tubuh ini yaitu tinja, air seni, dan CO<sub>2</sub>. Perana tinja dalam penyebaran penyakit sangat besar. Disamping dapat langsung mengkontaminasi makanan, minuman, sayuran, dan sebagainya juga air, tanah, serangga, dan bagian-bagian tubuh kita dapat terkontaminasi oleh tinja tersebut untuk mencegah kontaminasi tinja terhadap lingkungan maka pembuangan tinja harus dikelola dengan baik, maksudnya pembuangan tinja harus di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat. Hal-hal yang perlu diperhatikan agar jamban tersebut di sebut sehat yaitu (Notoatmodjo, 2012:180-182) :

- a. Sebaiknya jamban tersebut tertutup, artinya bangunan jamban terlindung dari panas dan hujan serangga dan binatang-binatang lain, terlindung dari pandangan orang dan sebagainya.
- b. Bangunan jamban sebaiknya mempunyai lantai yang kuat, tempat berpijak yang kuat, dan sebagainya.
- c. Bangunan jamban sedapat mungkin di tempatkan pada lokasi yang tidak mengganggu pandangan, tidak menimbulkan bau, dan sebagainya.
- d. Sedapat mungkin disediakan alat pembersih seperti air atau kertas pembersih.

#### 2.4.4 Sarana Saluran Pembuangan Air Limbah (SPAL)

Air limbah adalah sisa air yang di buang yang berasal dari rumah tangga, industri dan pada umumnya mengandung bahan atau zat yang membahayakan bagi kesehatan manusia mengganggu lingkungan hidup . Sesuai dengan zat yang terkandung didalam air limbah, maka limbah yang tidak diolah terlebih dahulu akan menyebabkan gangguan kesehatan masyarakat dan lingkungan hidup antara lain limbah sebagai media penyebaran penyakit (Notoadmodjo, 2007:192-194). Keadaan saluran pembuangan air limbah yang tidak mengalir lancar, dengan bentuk sarana saluran pembuangan air limbah (SPAL) yang tidak tertutup di banyak tempat sehingga air limbah menggenang ditempat terbuka berpotensi sebagai tempat berkembangbiak vektor dan bernilai negatif dari aspek estetika (Soejadi, 2003).

#### 2.4.5 Sarana Pembuangan Sampah

Sampah ialah suatu bahan atau benda padat yang sudah tidak dipakai lagi oleh manusia, atau benda padat yang sudah digunakan lagi dalam suatu kegiatan mandan dibuang. Mengingat efek dari sampah terhadap kesehatan maka pengelolaan sampah harus memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a. Tersedia tempat sampah yang dilengkapi dengan penutup.
- b. Tempat sampah terbuat dari bahan yang kuat, tahan karat, permukaan bagian dalam rata dan dilengkapi dengan penutup.
- c. Tempat sampah dikosongkan setiap 1 x 24 jam atau 2/3 bagian telah terisi penuh.
- d. Jumlah dan volume sampah disesuaikan dengan sampah yang dihasilkan setiap kegiatan. Tempat sampah harus disediakan minimal 1 buah untuk setiap radius 10 meter, dan tiap jarak 20 meter pada ruang terbuka dan tunggu.
- e. Tersedianya tempat pembuangan sampah sementara yang mudah dikosongkan, tidak terbuat dari beton permanen, terletak dilokasi yang terjangkau kendaraan pengangkut sampah dan harus dikosongkan sekurang-kurangnya 3 x 24 jam.

## 2.5 Perilaku Sehat

### 2.5.1 Konsep Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Perilaku manadalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Secara lebih operasional perilaku dapat diartikan suatu respon organisme atau seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar objek tersebut. Sedangkan perilaku kesehatan di artikan sebagai suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2012:131-137). Berdasarkan batasan perilaku menurut Skinner, perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang

berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan (Luthviatin *et al.*, 2012:66-67)

Perilaku terhadap kesehatan lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Misalnya bagaimana mengelola pembuangan tinja, air minum, tempat pembuangan sampah, pembuangan limbah, dan sebagainya.

### 2.5.2 Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku manmempunyai ruang lingkup yang sangat luas dan kompleks. Menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Luthviatin *et al* (2012:61) membagi prilaku manke dalam 3 ranah yaitu ranah kognitif (*cognitife domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*). Perkembangan selanjutnya dimodifikasi oleh para ahli menjadi:

#### a. Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan adalah hasil ‘tahu’, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan mandiperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan seseorang (*overt behavior*). Berdasarkan pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak di dasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2012:140).

#### b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi

adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari yang merupakan reaksi atau respon emosional terhadap derajat sosial. Salah seorang ahli psikologis sosial yaitu Necomb menyatakan bahwa sikap merupakan kesediaan untuk bertindak namun bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap ialah belum merupakan suatu tindakan, tetapi merupakan predisposisi tindakan. Sikap masih merupakan reaksi tertutup bukan merupakan reaksi yang terbuka atau tindakan yang terbuka. Sikap terdiri dari berbagai tindakan yaitu:

- 1) Menerima, diartikan bahwa seseorang mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.
- 2) Merespon, diartikan memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi dari sikap.
- 3) Menghargai, diartikan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- 4) Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Pengukuran dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran secara langsung yaitu bertanya bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Sedangkan, pengukuran secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden (Luthvatin *et al.*, 2012:62-63)

#### c. Praktik atau Tindakan (*Practice*)

Praktik ialah suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan dari pihak lain, misalnya dari suami atau istri, orang tua atau mertua, dan lain-lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu respon terpimpin, mekanisme, dan adopsi. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan

secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden. (Notoatmodjo, 2012:143).

## 2.6 *Personal Hygiene*

### 2.6.1 Pengertian

*Hygiene* adalah usaha kesehatan preventif yang menitikberatkan kegiatannya kepada usaha kesehatan individu, maupun usaha kesehatan pribadi hidup manusia. *Personal hygiene* adalah suatu kebersihan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis. *Personal hygiene* atau *hygiene* perseorangan (usaha kesehatan pribadi) ialah sebagai upaya dari seseorang untuk memelihara dan mempertinggi derajat kesehatan sendiri (Rejeki, 2015:3-89).

### 2.6.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi *Personal Hygiene*

Menurut Rejeki (2015:90), faktor-faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* adalah:

- a. *Body image*, yaitu gambaran individu terhadap dirinya yang mempengaruhi kebersihan diri misalnya dengan adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli dengan kebersihan dirinya.
- b. Praktik sosial, yaitu pada anak – anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola *personal hygiene*.
- c. Status sosial ekonomi, yaitu *personal hygiene* memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.
- d. Pengetahuan, yaitu pengetahuan mengenai *personal hygiene* sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Misalnya pada pasien penderita diabetes mellitus ia harus menjaga kebersihan kakinya.
- e. Budaya, yaitu pada sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh mandi.

- f. Kebiasaan seseorang, yaitu ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain – lain.
- g. Kondisi fisik atau psikis, yaitu pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

### 2.6.3 Pemeliharaan dalam *Personal hygiene*

*Personal hygiene* meliputi:

#### a. Kebersihan Kulit

Kebersihan kulit merupakan cerminan kesehatan yang paling pertama memberikan kesan. Oleh karena itu perlu memelihara kulit sebaik-baiknya. Pemeliharaan kesehatan kulit tidak dapat terlepas dari kebersihan lingkungan, makanan yang dimakan serta kebiasaan hidup sehari-hari. Memelihara kebersihan kulit yaitu dengan kebiasaan-kebiasaan yang sehat harus selalu diperhatikan adalah menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian, makan yang bergizi terutama banyak sayur dan buah, dan menjaga kebersihan lingkungan.

#### b. Kebersihan Rambut

Rambut yang terpelihara dengan baik akan membuat bersih dan indah sehingga akan menimbulkan kesan bersih dan tidak berbau. Dengan selalu memelihara kebersihan rambut dan kulit kepala, maka perlu memperhatikan kebersihan rambut dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai sampo/bahan pencuci rambut lainnya, dan sebaiknya menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri.

#### c. Kebersihan Gigi

Menggosok gigi dengan teratur dan baik akan menguatkan dan membersihkan gigi sehingga terlihat bersih. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjaga kesehatan gigi adalah menggosok gigi secara benar dan teratur dianjurkan setiap sehabis makan, memakai sikat gigi sendiri,



menghindari makan-makanan yang merusak gigi, membiasakan makan buah-buahan yang menyehatkan gigi dan memeriksa gigi secara teratur.

d. Kebersihan Mata

Hal yang perlu diperhatikan untuk kebersihan mata yaitu membaca di tempat terang, makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup dan teratur, memakai peralatan sendiri dan bersih (seperti handuk dan sapu tangan) serta memelihara kebersihan lingkungan.

e. Kebersihan Telinga

Hal yang diperhatikan dalam kebersihan telinga adalah membersihkan telinga secara teratur, dan tidak mengorek-ngorek telinga dengan benda tajam.

f. Kebersihan Tangan, Kaki, dan Kuku

Seperti halnya kulit, tangan, kaki, dan kuku harus dipelihara dan ini tidak terlepas dari kebersihan lingkungan sekitar dan kebiasaan hidup sehari-hari. Tangan, kaki, dan kuku yang bersih menghindarkan kita dari berbagai penyakit. Kuku dan tangan yang kotor dapat menyebabkan bahaya kontaminasi dan menimbulkan penyakit-penyakit tertentu. Untuk menghindari bahaya kontaminasi maka harus membersihkan tangan sebelum makan, memotong kuku secara teratur, membersihkan lingkungan, dan mencuci kaki sebelum tidur.

Kuku sebaiknya selalu dalam keadaan pendek dan bersih, tidak mengandung noda hitam (kotoran) untuk menghindari bersarangnya bakteri yang dapat menularkan penyakit kedalam makanan maupun minuman. Kuku pekerja sebaiknya dipotong pendek karena sumber kotoran/penyakit, serta tidak perlu menggunakan pewarna kuku yang kemungkinan besar akan mengelupas dan jatuh ke dalam makanan (Widyati dan Yuliarsih, 2002:63).

Tangan yang kotor atau terkontaminasi dapat memindahkan bakteri atau virus patogen dari tubuh, faces, atau sumber lain ke makanan. Pencucian tangan meskipun tampaknya merupakan kegiatan ringan dan sering disepelekan, terbukti cukup efektif dalam upaya mencegah kontaminasi pada makanan. Pencucian tangan dengan sabun dan diikuti dengan pembilasan

akan menghilangkan banyak mikroba yang terdapat pada tangan. Kombinasi antara aktivitas sabun sebagai pembersih, penggosokan, dan aliran air akan menghanyutkan partikel kotoran yang banyak mengandung mikroba (Purnawijayanti, 2001:42).

Langkah-langkah pencucian tangan yang memadai untuk menjamin kebersihan adalah sebagai berikut:

- 1) Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun.
- 2) Menggosok tangan secara menyeluruh selama sekurang-kurangnya 20 detik, pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku.
- 3) Menggunakan sikat kuku untuk membersihkan sekeliling dan bagian di bawah kuku.
- 4) Pembilasan dengan air mengalir
- 5) Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering.
- 6) Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombol atau kran air dan membuka pintu ruangan.

Frekuensi pencucian tangan disesuaikan dengan kebutuhan. Pada prinsipnya pencucian tangan dilakukan setiap saat, setelah tangan menyentuh benda-benda yang dapat menjadi sumber kontaminan atau cemaran (Loken, 1995 dalam Purnawijayanti, 2001:43). Berikut ini adalah beberapa pedoman praktis, bilamana pencucian tangan harus dilakukan.

- 1) Sebelum memulai pekerjaan dan pada waktu menangani kebersihan tangan harus tetap dijaga.
- 2) Sesudah waktu istirahat.
- 3) Sesudah melakukan kegiatan-kegiatan pribadi misalnya merokok, makan, minum, bersin, batuk, dan setelah menggunakan toilet (buang air kecil dan besar).
- 4) Setelah menyentuh benda-benda yang dapat menjadi sumber kontaminan misalnya telepon, uang, kain, atau baju kotor, bahan makanan mentah atau pun segar, daging, cangkang telur, dan peralatan kotor.

- 5) Setelah mengunyah permen karet atau setelah menggunakan tusuk gigi.
- 6) Setelah menyentuh kepala, rambut, hidung, mulut, dan bagian-bagian tubuh yang terluka.
- 7) Setelah menangani sampah serta kegiatan pembersihan. Misalnya, menyapu atau memungut benda yang terjatuh di lantai.
- 8) Sudah menggunakan bahan-bahan pembersih dan atau sanitaisir kimia.
- 9) Sebelum dan sesudah menggunakan sarung tangan kerja.

## **2.7 Hubungan Antara Sanitasi Lingkungan Rumah Tinggal dan *Personal Hygiene* Dengan Kasus Penyakit Kusta**

Rumah atau tempat tinggal yang buruk atau kumuh atau buruk dapat mendukung terjadinya penularan penyakit dan gangguan kesehatan seperti (Chandra, 2012:165) :

- a. Infeksi saluran napas  
Contoh: *Common cold*, TBC, influenza, campak, batuk rejan (pertusis), dan sebagainya
- b. Infeksi pada kulit  
Contoh: skabies, ring worm, impetigo dan kusta atau lepra (kusta)
- c. Infeksi akibat infestasi tikus  
Contoh: pes dan leptospirosis
- d. Arthropoda  
Contoh: infeksi saluran pencernaan (vektor lalat), *relapsing fever* (kutu busuk), dan dengue, malaria, serta kaki gajah (vektor nyamuk).
- e. Kecelakaan  
Contoh: bangunan runtuh, terpleset, patah tulang dan gegar otak.
- f. Mental  
Contoh: Neurosis, gangguan kepribadian, psikosomatis, dan ulkus peptikum.

Cara penularan penyakit kusta melalui saluran pernafasan dan kontak kulit, namun timbulnya penyakit kusta bagi seseorang tidak mudah dan tidak perlu di takuti meskipun cara penularan di dalam rumah tangga dan kontak/hubungan

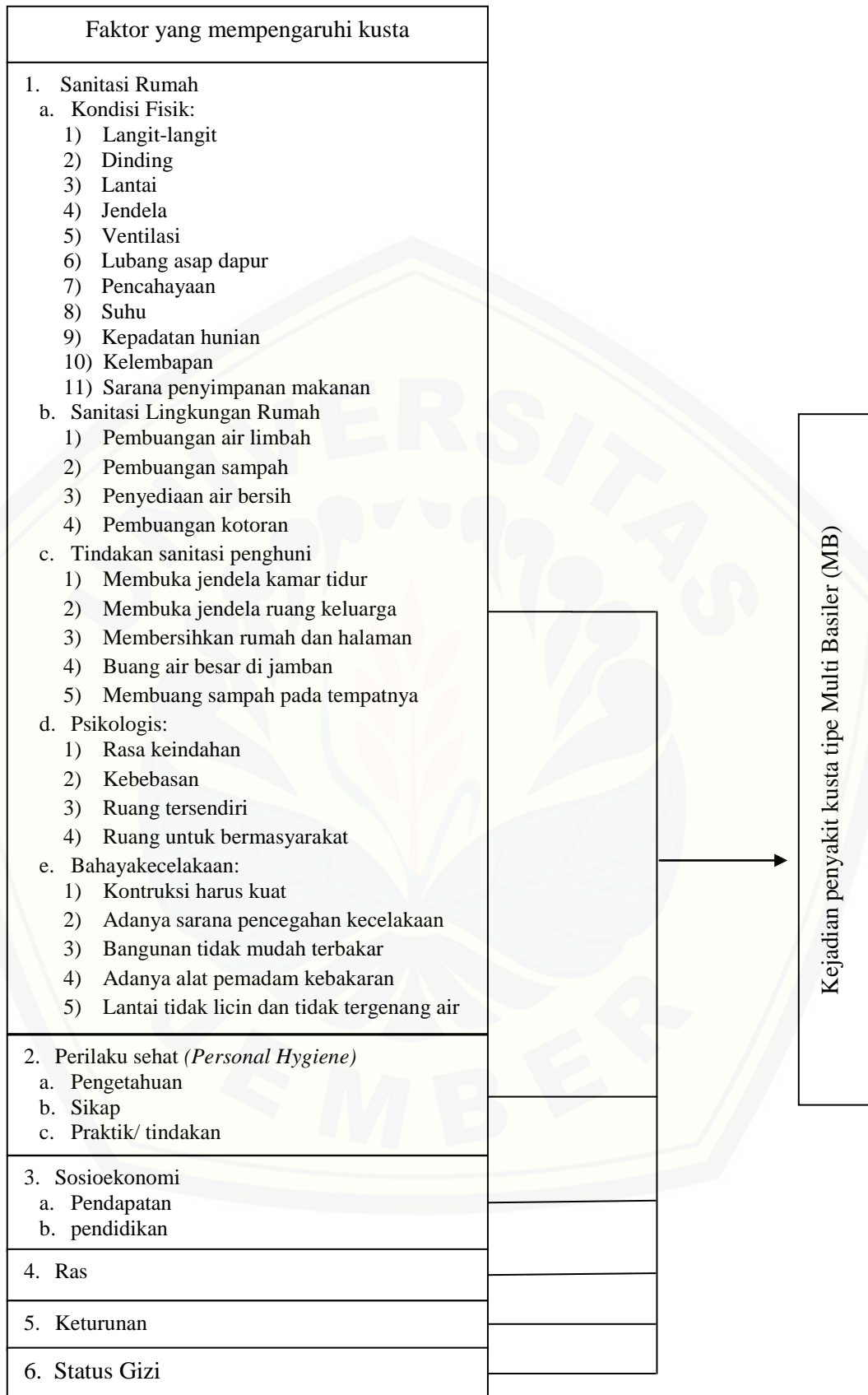
dekat dan tergantung dari beberapa faktor antara lain, sumber penularan penyakit kusta, faktor kuman kusta, faktor daya tahan tubuh manusia, faktor genetik, umur, status ekonomi, status gizi dan sanitasi rumah, kepadatan penduduk dalam suatu daerah, jenis kelamin, kontak individu dengan penderita kusta lama, letak geografis, pengetahuan individu tentang penyakit kusta, iklim dan kelembaban serta air yang digunakan oleh mandalam kehidupan sehari-hari (Harahap, 2000:262). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Erliyati pada tahun 2007 di Kecamatan Pragaan pada anak pondok pesantren didapatkan bahwa terdapat hubungan antara lama kontak responden dengan kejadian kusta subklinik. Hal yang sama pula dari hasil penelitian Imamul pada tahun 2006 di Kabupaten Sumenep Kecamatan Talango, ternyata terdapat pengaruh antara lama kontak dengan kejadian kusta. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada dimana penularan kusta terjadi apabila *Mycobacterium lepare* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh penderita dan masuk kedalam tubuh orang lain dikarenakan narakontak tersebut mempunyai kecenderungan sering kontak (frekuensi kontak lebih intensif).

Penelitian yang dilakukan oleh Rismawati pada tahun 2013 menunjukkan bahwa ada hubungan antara suhu rumah, pencahayaan, luas ventilasi, kepadatan hunian, dan kebiasaan membersihkan rumah dengan kejadian kusta tipe MB . Dalam penelitian tersebut juga di dapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara *personal hygiene* yaitu kebiasaan mandi dan mencuci rambut dengan kejadian kusta tipe MB . Penelitian lain yang dilakukan oleh Setiani pada tahun 2014 menunjukkan bahwa ada hubungan antara kebersihan individu dengan penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Kabunan. Menurut Blum faktor yang mempengaruhi status kesehatan adalah lingkungan, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Perilaku sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas dasar kesadaran yang mana perilaku atau kegiatan tersebut berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, serta mencakup perilaku dalam pencegahan menghindari dari berbagai macam penyakit, penyebab penyakit atau masalah kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2012:142).

## 2.8 Kerangka Teori

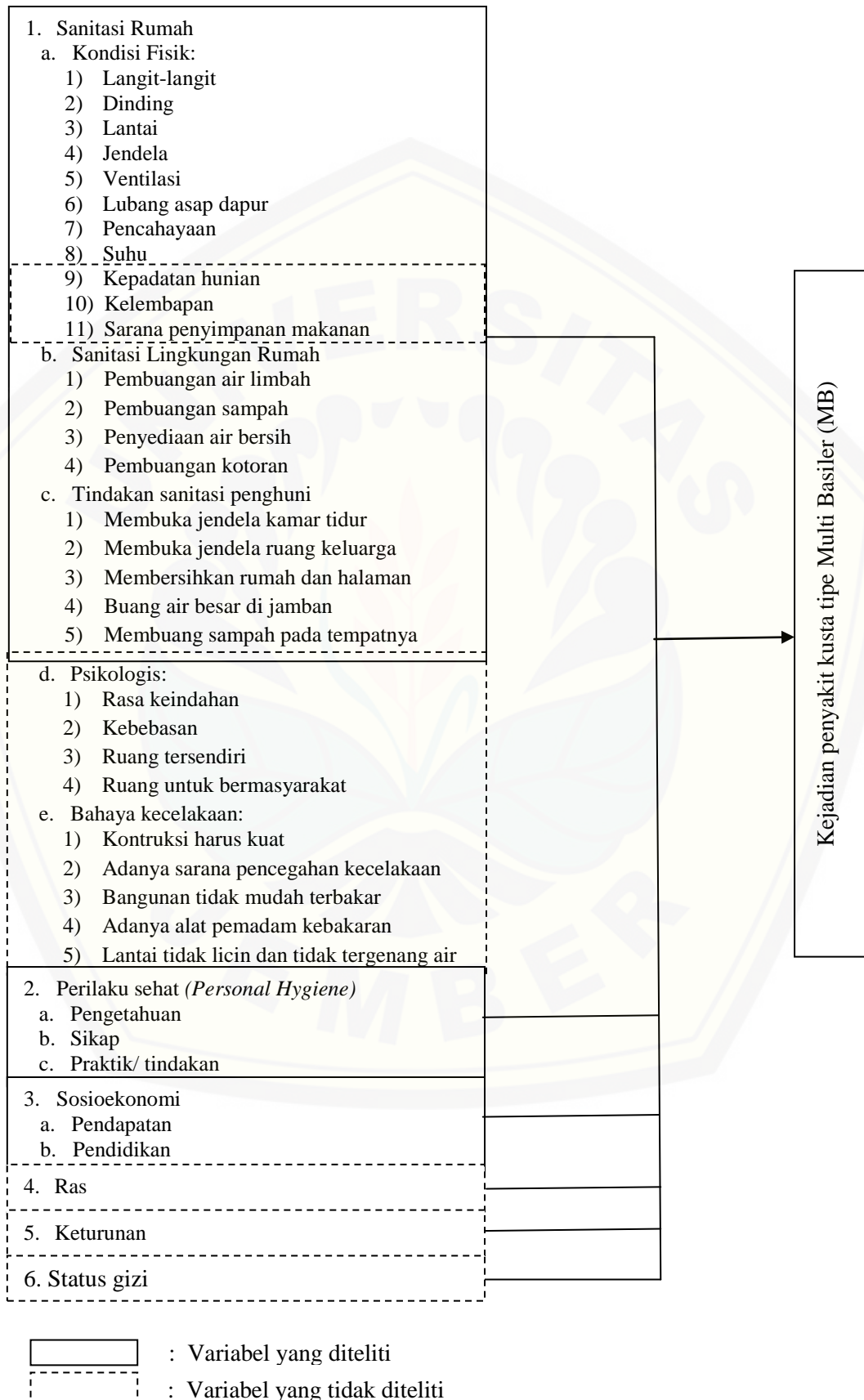
Lingkungan fisik rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menyebabkan pejamu menjadi rentan. Pejamu yang rentan ini apabila terpapar kuman *Mycobacterium leprae* akan menyebabkan timbulnya kejadian penyakit kusta. Lebih jelasnya dapat kita lihat pada bagan berikut ini:





Kerangka teori diatas adalah modifikasi dari teori Chandra (2012), Sri Rejeki (2015), Notoatmodjo (2012), Siregar (2017) dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No.829 tahun 1999 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan

## 2.9 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

Berdasarkan gambar 2.2 peneliti akan meneliti tentang variabel terikat (*variable dependent*) dalam penelitian ini yaitu penderita kusta tipe MB dan variabel bebas (*variable independent*) antara lain sanitasi rumah yang meliputi komponen rumah, sanitasi lingkungan rumah dan tindakan sanitasi penghuni (langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, suhu, sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, sarana pembuangan sampah, membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, buang air besar di jamban dan membuang sampah pada tempatnya) dan perilaku sehat (pengetahuan, sikap dan tindakan) *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku).

## 2.10 Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian. Jadi, dapat disimpulkan bahwa hipotesis penelitian ialah jawaban sementara dari suatu penelitian (Notoarmodjo, 2012:105). Berdasarkan kerangka konseptual di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

- a. Ada hubungan yang signifikan antara karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan) dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- b. Ada hubungan yang signifikan antara sanitasi rumah yang meliputi kondisi komponen rumah, sanitasi lingkungan rumah, dan tindakan sanitasi penghuni (langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan dan suhu, sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, sarana pembuangan sampah, membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, buang air besar di



jamban dan membuang sampah pada tempatnya) dengan penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

- c. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku) dengan penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian analitik, yaitu merupakan penelitian yang ditujukan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2012:27). Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode observasional analitik yaitu penelitian yang bertujuan untuk melihat hubungan atau pengaruh antara dua variabel penelitian dengan cara observasi yaitu peneliti hanya mengamati subyek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, bukan memberi perlakuan atau intervensi terhadap subjek penelitian. Penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor risiko dan efek dengan menggunakan pendekatan observasional atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat (*point time approach*). Penelitian ini setiap subyeknya hanya di observasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel subjek atau status karakter pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2012:37).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada wilayah Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember pada dua wilayah kerja Puskesmas yaitu Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Rowotengah.

#### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei - Desember 2017. Mencakup tahap persiapan penelitian yaitu penyusunan proposal, pelaksanaan, analisis hasil penelitian sampai penyusunan laporan hasil penelitian.

### 3.3 Populasi dan Sampel

#### 3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2014:65). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh orang yang berada di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember baik penderita penyakit kusta tipe MB atau yang tidak menderita kusta yang bermukim diwilayah Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember dengan total sebanyak 115.422 orang (Dinas Kependudukan, 2016).

#### 3.3.2 Sampel

##### a. Sampel Responden

Sampel ialah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni, 2014:65). Untuk menentukan besarnya sampel dapat menggunakan rumus Sugiyono (2015:87) sebagai berikut:

$$s = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N - 1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{1^2 \times 115.422 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2(115.422 - 1) + 1^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 99,91 = 100$$

Keterangan:

$\lambda = dk$  : 1

s : Besarnya sampel

N : Populasi

d : Nilai presisi 95% atau sig. =0,05

P=Q : 0,5

Jadi, sampel dalam penelitian ini adalah 100 orang. Sampel penelitian tersebut kemudian di pecah lagi namun secara disproporsional yaitu kelompok penderita kusta tipe MB sejumlah 50 penderita dan sampel yang

bukan penderita kusta sebanyak 50 orang yang tinggal diwilayah kecamatan Sumberbaru.

b. Sampel Cahaya

Sampel cahaya didapatkan dengan cara melakukan pengukuran intensitas pencahayaan (banyaknya cahaya yang jatuh pada suatu permukaan) dengan satuan lux menggunakan alat lux meter yang dilakukan pada setiap ruangan rumah.

### 3.3.3 Teknik pengambilan sampel

a. Teknik Pengambilan Sampel Responden Kusta

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *multistage random sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan tingkat wilayah secara bertahap (Notoatmodjo, 2012:123). *multistage random sampling* dalam penelitian ini yaitu gabungan dari dua metode pengambilan sampel yaitu *cluster random sampling* dan *simple random sampling*. Pelaksanaannya dengan membagi wilayah populasi ke dalam sub-sub wilayah, dan setiap subwilayah dibagi ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil. Dalam penelitian ini wilayah terbesar adalah kabupaten yaitu Kabupaten Jember karena memiliki peringkat tertinggi ketiga terkait penyakit kusta se-Jawa Timur, kemudian di pilih kecamatan dengan kasus tertinggi penyakit kusta tipe MB pada tahun 2016 sebagai sub wilayah yaitu Kecamatan Sumberbaru, dan didalam sub wilayah dipilih desa yang memiliki kasus kusta tipe MB yaitu 10 desa di Kecamatan Sumberbaru. Adapun proses penentuannya pada tabel di bawah:

Tabel 3.1 Skema Teknik Pengambilan Sampel

Kabupaten Jember (353 Penderita Kusta)										
Populasi Penderita Kusta di Kecamatan Sumberbaru Seluruh penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru pada semua desa yaitu sebanyak 54 orang.										
Populasi Penderita Kusta Tingkat Desa										
1.Jambe- sari	2.Kali- glagah	3.Jamin toro	4.Jati- roto	5.Yoso rati	6.Gelang	7.Pringgo wirawan	8.Karang Bayat	9.Rowo tengah	10.Sumber Agung	
2	3	2	6	6	6	11	8	3	7	
Sampel Penderita										
1.Jambe- sari	2.Kali- glagah	3.Jamin toro	4.Jati- roto	5.Yoso rati	6.Gelang	7.Pringgo wirawan	8.Karang Bayat	9.Rowo- tengah	10.Sumb er Agung	
1	2	2	5	6	5	11	8	3	7	
Sampel Seluruh										
1+1 (non penderita)	2+2 (non penderi- ta)	2+2 (non penderi- ta)	5+5 (non penderi- rita)	6+6 (non penderi- ta)	5+5 (non penderita)	11+11 (non penderita)	8+8 (non penderita)	3+3 (non penderita)	7+7 (non penderita)	

Pemilihan sampel menggunakan *simple random sampling*. Populasi kusta tipe MB sebanyak 54 orang. kemudian dari 54 orang tersebut diambil sebanyak 50 orang secara random. Kemudian sampel penderita kusta tipe MB yang telah terpilih ada didalam 10 Desa di Kecamatan Sumberbaru. Kemudian dilanjutkan dengan memilih sampel yang bukan penderita yang didasarkan pada penduduk yang tinggal didalam satu wilayah Rukun Tetangga (RT) dengan penderita kusta tipe MB yang digunakan sebagai pembanding dengan jumlah yang sama dengan penderita yaitu sebanyak 50 orang.

#### b. Teknik Pengukuran Pencahayaan

Berdasarkan SNI 16-7062-2004 tentang pengukuran intensitas penerangan di tempat kerja, berikut prosedur pengukuran intensitas pencahayaan :

- 1) Membagi setiap ruangan dengan garis imajiner
- 2) Membuat diagonal pada setiap imajiner (titik perpotongan diagonal merupakan titik pengukuran)
- 3) Melakukan pengukuran pada setiap titik di tiap ruangan dengan cara petugas menghadapkan photo cell ke sumber cahaya

- 4) Mengangkat photo cell secara perlahan sampai dengan ketinggian  $\pm 85$  cm dari permukaan lantai
- 5) Menekan tombol power untuk menghidupkan lux meter, biarkan beberapa saat sampai pada angka yang sering muncul, kemudian tekan tombol hold
- 6) Membaca dan mencatat hasil pada lembar pengukuran
- 7) Melanjutkan pada titik berikutnya sampai semua titik terukur.

### 3.4 Variabel Penelitian

#### 3.4.1 Variabel

Variabel penelitian adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki kelompok lain. Variabel juga dapat diartikan sebagai konsep yang mempunyai bermacam-macam nilai. Variabel ada dua yaitu variabel bebas (*independent variable*) atau variabel yang mempengaruhi dan variabel terikat (*dependent variable*) atau variabel yang dipengaruhi (Notoatmodjo, 2012:103-104). Variabel dalam penelitian ini terdiri dari:

a. Variabel bebas (*variable independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini antara lain karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan), sanitasi rumah yang meliputi komponen rumah, sanitasi lingkungan rumah dan tindakan sanitasi penghuni (langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, suhu, sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, sarana pembuangan sampah, membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, buang air besar di jamban dan membuang sampah pada tempatnya) dan pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku).

b. Variabel terikat (*variable dependent*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah penderita kusta tipe MB .

### 3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang sesuatu yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012:112). Definisi operasional dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut:

Tabel 3.2 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
<b>Variabel Independen</b>					
1.	Karakteristik Individu	Sifat alami yang melekat pada individu, yaitu meliputi jenis kelamin, umur, pendidikan dan sebagainya.	Wawancara		
	a. Jenis kelamin	Perbedaan antara laki-laki dan perempuan dilihat dari identitas	Wawancara	1. Pria 2. Wanita	Nominal
	b. Umur	Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan.	Wawancara	1. Balita : 0-5 tahun 2. Anak-anak : 5-11 tahun 3. Remaja awal :12-16 tahun 4. Remaja akhir : 17-25 tahun 5. Dewasa awal : 26-35 tahun 6. Dewasa akhir : 36-45 tahun 7. Lansia awal : 46-55 tahun 8. Lansia akhir : 56-65 tahun 9. Manula :65- atas	Nominal
	c. Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh responden	Wawancara	1. Rendah: Tidak pernah sekolah, SD/MI, SMP/MTs 2. Tinggi: SMA, Perguruan tinggi (D-1/D-2/D-3/ S-1/S-2/S-3)	Nominal
	d. Pendapatan	Banyaknya penghasilan total dalam keluarga yang berasal dari sebagian atau seluruh anggota keluarga selama 1 bulan	Wawancara	1. Rendah < 1.763.392,50 2. Tinggi $\geq$ 1.763.392,50 (UMR Jember 2017)	Nominal
2.	Sanitasi Rumah	Parameter rumah yang dinilai melingkupi 3 kelompok komponen penilaian. Pertama kelompok komponen rumah, meliputi langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar	Wawancara dan Observasi	Mengalikan bobot dan nilai observasi, secara sistematis dirumuskan sebagai berikut: Skor = bobot x nilai	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
		tidur, jendela ruang keluarga dan ruang tamu, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur dan pencahayaan; kedua kelompok sarana sanitasi, meliputi sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, saluran pembuangan air limbah, sarana tempat pembuangan sampah; ketiga kelompok tindakan sanitasi penghuni, meliputi membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, membuang tinja bayi dan balita ke jamban, membuang sampah pada tempatnya		<p>observasi</p> <p>Penilaian yang dilakukan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masing-masing indikator dinilai lalu di jumlah.</li> <li>2. Menghitung skor tiap penilaian kondisi sanitasi rumah dengan cara mengalikan total indikator dengan bobot.</li> <li>3. Menjumlah skor pada tiap penilaian (rumah dan lingkungan perumahan)</li> <li>4. Untuk menghitung kategori presentase rumah sehat adalah sebagai berikut: (Jumlah skor rumah/total skor rumah maks ) x 100% Kemudian membandingkan hasilnya dengan klasifikasi sanitasi perumahan termasuk kategori rumah sehat atau rumah kurang sehat atau rumah tidak sehat.</li> </ol> <p>Kategori sanitasi rumah sehat:  <math>\geq 75\%</math> = Rumah sehat  <math>60-74,9\%</math> = Rumah kurang sehat  <math>&lt;60\%</math> = Rumah tidak sehat</p>	
a.	Kondisi Komponen Rumah Sehat	Keadaan dari bagian fisik rumah (langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga dan ruang tamu, ventilasi, sarana pembuangan asap dapur, pencahayaan dan suhu	Observasi		Ordinal



No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
1.	langit-langit	Bagian atas rumah yang digunakan sebagai pelindung dari kecelakaan (kotor atau bersih), termasuk juga bahan yang digunakan (asbes, triplek atau anyaman bambu).	Observasi	1. Tidak ada 2. Ada, kotor, sulit dibersihkan dan rawan kecelakaan. 3. Ada, bersih, dan tidak rawan kecelakaan	Ordinal
2.	Dinding	Bagian samping, depan dan belakang rumah yang digunakan sebagai pelindung dari suhu udara dingin dan panasnya sinar matahari. Terbuat dari tembok, setengah tembok, seng atau anyaman bambu.	Observasi	1. Bukan tembok 2. Semi permanen/setengah tembok 3. Permanen/tembok	Ordinal
3.	Lantai	Bagian dari permukaan bawah di dalam rumah. Terbuat dari tanah, plester, keramik atau ubin.	Observasi	1. Tanah 2. Papan/anyaman bambu 3. Diplester/ubin/keramik/papan (rumah panggung)	Ordinal
4.	Jendela Kamar Tidur	Ada atau tidak adanya jendela di dalam kamar	Observasi	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
5.	Jendela ruang keluarga	Ada atau tidak adanya jendela di dalam ruang keluarga	Observasi	1. Tidak ada 2. Ada	Nominal
6.	Ventilasi	Ada tidaknya lubang hawa yang berlokasi dibawah langit-langit luas lantai dan luas lubang hawa minimal 10%	Observasi	1. Tidak ada 2. Ada, dengan luas <10% dari luas lantai 3. Ada, dengan luas >10% dari luas lantai	Ordinal
7.	Lubang asap Dapur	Lubang yang berfungsi sebagai tempat pertukaran udara dalam dapur dengan luas sekurang kurangnya 10% dari luasdapur.	Observasi	1. Tidak ada 2. Ada, dengan luas <10% dari luas lantai dapur 3. Ada, dengan luas >10% dari luas lantai dapur	Ordinal
8.	Pencahayaan	Intensitas cahaya dalam rumah baik secara alami dari matahari yang masuk atau buatan yang diukur dengan lux meter minimal 60 lux .	Observasi	1. Intensitas cahaya < 60 lux 2. Intensitas cahaya $\geq$ 60 lux	Ordinal
9.	Suhu	Suhu sebaiknya tetap berkisar antara 18-30 <sup>0</sup> C karena suhu ini merupakan suhu nyaman. Suhu ruangan ini sangat dipengaruhi oleh suhu udara luar, pergerakan udara, kelembapan udara, suhu benda-benda yang ada disekitarnya.	Observasi	1. Suhu rendah <18 °C 2. Suhu tinggi >30 °C 3. Suhu sedang/ suhu udara nyaman 18 – 30 °C	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
b.	Sanitasi Lingkungan Rumah	Lingkungan rumah yang sehat harus mempunyai fasilitas penyediaan air bersih yang cukup, sistem pembuangan tinja, sistem pembuangan air limbah (air bekas), dan tempat pembuangan sampah	Observasi		Ordinal
1.	Sarana Air Bersih	Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Setiap orang hendaknya membutuhkan 60 liter air	Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada</li> <li>2. Ada, bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan</li> <li>3. Ada, bukan milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan</li> <li>4. Ada, milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan</li> </ol>	Ordinal
2.	Sarana Pembuangan Kotoran (Jamban)	Jamban adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang dan mengumpulkan kotoran mandalam suatu tempat tertentu, dan tidak menjadi penyebab atau penyebar penyakit dan mengotori lingkungan pemukiman	Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada</li> <li>2. Ada, bukan leher angsa ditutup disalurkan ke sungai</li> <li>3. Ada, bukan leher angsa ada tutup, septik tank</li> <li>4. Ada, leher angsa, septik tank</li> </ol>	Ordinal
3.	Sarana Saluran Pembuangan Air limbah	Jamban adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang dan mengumpulkan kotoran mandalam suatu tempat tertentu, dan tidak menjadi penyebab atau penyebar penyakit dan mengotori lingkungan pemukiman	Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada, sehingga tergenang tidak teratur di halaman rumah</li> <li>2. Ada, diserapkan tetapi mencemari sumber air (jarak dengan sumber &lt;10 m)</li> <li>3. Ada, di alirkan keselokan terbuka</li> <li>4. Ada, diserapkan dan tidak mencemari sumber air (jarak dengan sumber &gt;10 m)</li> <li>5. Ada, disalurkan keselokan tertutup untuk diolah lebih lanjut.</li> </ol>	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
4.	Sarana Pembuangan Sampah	Tersedia tempat sampah yang dilengkapi dengan penutup. Tempat sampah terbuat dari bahan yang kuat, tahan karat, permukaan bagian dalam rata dan dilengkapi dengan penutup.	Observasi	1. Tidak ada 2. Ada, tidak kedap air dan tidak ada tutup 3. Ada, kedap air dan tidak bertutup 4. Ada, kedap air dan bertutup	Ordinal
c.	Tindakan Sanitasi Penghuni	Tindakan sanitasi penghuni (membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman, buang air besar di jamban dan membuang sampah pada tempatnya)	Wawancara dan Observasi	Hasil wawancara dengan metode tanya jawab dengan responden berdasarkan dari 5 pertanyaan tentang tindakan sanitasi penghuni	Ordinal
1.	Membuka jendela kamar tidur	Tindakan membuka jendela kamar tidur setiap hari	Wawancara dan Observasi	1. Tidak pernah dibuka 2. Kadang-kadang 3. Setiap hari	Ordinal
2.	Membuka jendela ruang keluarga	Tindakan membuka jendela ruang keluarga setiap hari	Wawancara dan Observasi	1. Tidak pernah dibuka 2. Kadang-kadang 3. Setiap hari	Ordinal
3.	Membersihkan rumah dan halaman rumah	Tindakan membersihkan rumah dan halaman rumah setiap hari	Wawancara dan Observasi	1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Setiap hari	Ordinal
4.	Buang air besar di jamban	Tindakan buang air besar di jamban	Wawancara dan Observasi	1. BAB di sungai/ kebun/sembarangan 2. Kadang-kadang ke jamban 3. Setiap hari ke jamban	Ordinal
5.	Membuang sampah pada tempatnya	Tindakan membuang sampah pada tempatnya	Wawancara dan Observasi	1. Dibuang ke sungai 2. Kadang-kadang di buang ke tempat sampah 3. Setiap hari di buang ke tempat sampah	Ordinal
3.	Pengetahuan tentang <i>personal hygiene</i>	Pengetahuan <i>personal hygiene</i> yaitu pengetahuan mengenai perilaku sehat yang meliputi (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga, dan kebersihan tangan dan kuku)	Wawancara	Hasil wawancara dengan metode tanya jawab dengan responden berdasarkan dari 11 pertanyaan tentang <i>personal hygiene</i> . Adapun penilaian dari pertanyaan yaitu jumlah dari jawaban yang benar di bagi dengan total soal yaitu sebanyak 11 pertanyaan dan dikalikan dengan 100. Kategori penilaian pengetahuan yaitu:	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
				$\geq 75\%$ = pengetahuan baik $60-74,9\%$ = pengetahuan kurang $<60\%$ = pengetahuan buruk	
1.	Pengetahuan tentang kebersihan kulit	Pengetahuan seseorang tentang memelihara kebersihan kulit kebiasaan-kebiasaan yang sehat harus selalu diperhatikan adalah menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian	Wawancara	Berdasarkan hasil wawancara terkait kebersihan kulit berdasarkan 3 komponen yaitu kebiasaan mandi, penggunaan sabun, dan kebersihan pakaian. Di kategorikan benar apabila semua komponen di atas memenuhi.	Nominal
a.	Pengetahuan tentang kebiasaan mandi	Pengetahuan seseorang tentang suatu usaha untuk menjaga kebersihan kulit yaitu frekuensi mandi minimal 2 kali sehari dengancara mandi menggunakan sabun agar terhindar dari penyakit kulit	Wawancara	1. Mandi $<2$ kali sehari, tidak memakai sabun: buruk 2. Mandi $< 2$ kali sehari, memakai sabun: kurang 3. Mandi $\geq 2$ kali sehari, memakai sabun: baik	Ordinal
b.	Pengetahuan tentang penggunaan sabun	Pengetahuan seseorang penggunaan sabun yang benar yaitu saat mandi menggunakan sabun milik sendiri	Wawancara	1. Memakai sabun bergantian dengan keluarga: buruk 2. Memakai sabun sendiri: baik	Nominal
c.	Pengetahuan tentang kebersihan pakaian	Pengetahuan seseorang terkait kebersihan pakaian yaitu mengganti baju sekurang-kurangnya 1 kali dalam sehari	Wawancara	1. Ganti baju $< 1$ kali sehari: buruk 2. Ganti baju $\geq 1$ kali sehari: baik	Nominal
1.	Pengetahuan tentang kebersihan rambut	Pengetahuan seseorang tentang kebersihan rambut yaitu dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai sampo/bahan pencuci rambut lainnya, dan sebaiknya menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri.	Wawancara	1. Keramas $<2$ kali seminggu, tidak memakai sampo: buruk 2. Keramas $<2$ kali seminggu, memakai sampo: kurang	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
2.				3. Keramas $\geq 2$ kali seminggu, memakai sampo dan menggunakan alat-alat sendiri: baik	
3.	Pengetahuan tentang kebersihan gigi	Pengetahuan seseorang dalam menjaga kesehatan gigi yaitu menggosok gigi secara teratur yaitu minimal 2 kali sehari dan dianjurkan setiap sehabis makan dan sebelum tidur	Wawancara	1. Sikat gigi $< 2$ kali sehari: buruk 2. Sikat gigi $> 2$ kali setelah mandi: kurang 3. Sikat gigi $\geq 2$ kali sehari setelah makan dan sebelum tidur: baik	Ordinal
4.	Pengetahuan tentang kebersihan mata	Pengetahuan seseorang terkait kebersihan mata yaitu memakai peralatan sendiri dan bersih (seperti handuk dan sapu tangan).	Wawancara	1. Memakai handuk dan sapu tangan bersama: buruk 2. Memakai handuk dan sapu tangan milik sendiri: kurang	Nominal
5.	Pengetahuan tentang kebersihan telinga	Pengetahuan seseorang terkait kebersihan telinga yang benar yaitu membersihkan telinga secara teratur, dan tidak mengorek-ngorek telinga dengan benda tajam.	Wawancara	1. Membersihkan telinga $< 2$ kali seminggu: buruk 2. Membersihkan telinga $\geq 2$ kali seminggu: 3. baik	Nominal
6.	Pengetahuan tentang kebersihan tangan dan kuku	Pengetahuan tentang dalam menjaga kebersihan tangan dan kuku seperti cuci tangan sebelum dan sesudah makan, sesudah ke kamar mandi, dan cara mencuci tangan yang benar dan memelihara kebersihan kuku	Wawancara	Berdasarkan hasil wawancara dari 3 komponen kebersihan tangan dan kuku yaitu kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan memotong kuku. Dikategorikan benar apabila semua komponen di atas memenuhi	Nominal
a.	Pengetahuan tentang waktu mencuci tangan	Pengetahuan seseorang terkait waktu yang di butuhkan untuk kebiasaan mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan dan setelah ke kamar mandi	Wawancara dan Observasi	1. Tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi: buruk 2. Mencuci tangan setelah makan saja: kurang	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
b.				3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi: baik	
c.	Pengetahuan tentang cara mencuci tangan yang benar	<p>Pengetahuan seseorang tentang cara mencuci tangan yang benar yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun.</li> <li>2) Menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku.</li> <li>3) Pembilasan dengan air mengalir</li> <li>4) Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering.</li> <li>5) Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombol atau kran air dan membuka pintu ruangan.</li> </ol>	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun</li> <li>2) Menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku.</li> <li>3) Pembilasan dengan air mengalir</li> <li>4) Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering.</li> <li>5) Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombol atau kran air dan membuka pintu ruangan.</li> <li>6) Semua cara di atas dilakukan dan runtut</li> </ol> <p>Kategori : Baik= jawaban 1-5 Buruk= jawaban 6</p>	Ordinal
d.	Pengetahuan tentang memotong kuku	Pengetahuan tentang memotong kuku secara teratur dalam satu minggu minimal 1 kali.	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memotong kuku saat sudah panjang: buruk</li> <li>2. Memotong kuku sekali selama seminggu: baik</li> </ol>	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
e.	Pengetahuan tentang kondisi kuku yang baik	Pengetahuan tentang keadaan kuku sebaiknya selalu dalam keadaan pendek dan bersih, tidak kotor untuk menghindari bersarangnya bakteri yang dapat menularkan penyakit kedalam makanan maupun minuman	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kuku panjang dan terdapat noda hitam (kotoran)</li> <li>2. Kuku panjang dan tidak terdapat noda hitam (kotoran)</li> <li>3. Kuku pendek dan terdapat noda hitam (kotoran)</li> <li>4. Kuku pendek dan tidak terdapat noda hitam (kotoran)</li> </ol> Kategori: Buruk= jawaban 1 Kurang= Jawaban 2/3 Baik= Jawaban 4	Ordinal
5.	Sikap tentang <i>personal hygiene</i>	Tanggapan atau respon tertutup seseorang terhadap <i>personal hygiene</i> yaitu respon mengenai perilaku sehat yang meliputi (kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga, dan kebersihan tangan dan kuku)	Wawancara	Diukur dengan menggunakan 11 pernyataan dengan nilai maksimal 2 yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setuju (S)</li> <li>2. Tidak Setuju (TS)</li> </ol> Jumlah jawaban yang benar di bagi jumlah total pernyataan yaitu 11 kemudian di kali 100. $\geq 75\%$ = sikap baik $60-74,9\%$ = sikap kurang $<60\%$ = sikapburuk	Ordinal
1.	Sikap terkait kebersihan kulit	Respon seseorang terkait memelihara kebersihan kulit yaitu kebiasaan- menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian	Wawancara	Berdasarkan hasil wawancara terkait kebersihan kulit berdasarkan 3 komponen yaitu kebiasaan mandi, penggunaan sabun, dan kebersihan pakaian. Di kategorikan benar apabila semua komponen di atas memenuhi.	Nominal
a.	Sikap terkait kebiasaan mandi	Respon seseorang terkait suatu usaha untuk menjaga kebersihan kulit yaitu frekuensi mandi minimal 2 kali sehari dengan cara mandi menggunakan sabun agar terhindar dari penyakit kulit	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Benar = jawaban setuju (S): baik</li> <li>2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk</li> </ol>	Nominal
b.	Sikap terkait penggunaan sabun	Respon seseorang terkait penggunaan sabun yang benar yaitu saat mandi menggunakan sabun milik sendiri	Wawancara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Benar = jawaban setuju (S): baik</li> <li>2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk</li> </ol>	Nominal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
c.	Sikap terkait kebersihan pakaian	Respon seseorang terkait kebersihan pakaian yaitu mengganti baju sekurang-kurangnya 1 kali dalam sehari	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
2.	Sikap terkait kebersihan rambut	Respon seseorang terkait kebersihan rambut yaitu dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai sampo/bahan pencuci rambut lainnya, dan sebaiknya menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
3.	Sikap terkait kebersihan gigi	Respon seseorang dalam menjaga kesehatan gigi yaitu menggosok gigi secara teratur yaitu minimal 2 kali sehari dan dianjurkan setiap sehabis makan dan sebelum tidur	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
4.	Sikap terkait kebersihan mata	Respon seseorang terkait kebersihan mata yaitu memakai peralatan sendiri dan bersih (seperti handuk dan sapu tangan).	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
5.	Sikap terkait kebersihan telinga	Respon seseorang terkait kebersihan telinga yang benar yaitu membersihkan telinga secara teratur, dan tidak mengorek-ngorek telinga dengan benda tajam.	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
6.	Sikap terkait kebersihan tangan dan kuku	Respon seseorang dalam menjaga kebersihan tangan dan kuku seperti cuci tangan sebelum dan sesudah makan, sesudah ke kamar mandi, dan cara mencuci tangan yang benar dan memelihara kebersihan kuku	Wawancara	Berdasarkan hasil wawancara dari 3 komponen kebersihan tangan dan kuku yaitu kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan memotong kuku. Di kategorikan benar apabila semua komponen di atas memenuhi.	Nominal
a.	Sikap terkait waktu mencuci tangan	Respon seseorang terkait waktu yang di butuhkan untuk mencuci tangan yaitu sebelum dan sesudah makan dan setelah ke kamar mandi	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal



No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
b.	Sikap terkait cara mencuci tangan yang benar	Respon seseorang terkait cara mencuci tangan yang benar yaitu sebagai berikut: 1) Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun. 2) Menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku. 3) Pembilasan dengan air mengalir 4) Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering. 5) Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombola tau kran air dan membuka pintu ruangan	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
c.	Sikap terkait memotong kuku	Respon seseorang terkait memotong kuku secara teratur dalam satu minggu minimal 1 kali.	Wawancara	1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
d.	Sikap terkait kondisi kuku yang baik	Pengetahuan tentang keadaan kuku sebaiknya selalu dalam keadaan pendek dan bersih, tidak kotor untuk menghindari bersarangnya bakteri yang dapat menularkan penyakit kedalam makanan maupun minuman		1. Benar = jawaban setuju (S): baik 2. Salah = jawaban tidak setuju (TS): buruk	Nominal
6.	Tindakan <i>personal hygiene</i>	Kebersihan pribadi seorang individu yang sangat berpengaruh terhadap kesehatannya yang meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga, dan kebersihan tangan dan kuku.	Wawancara dan Observasi	Hasil rekapitulasi wawancara dengan responden. Dari 6 komponen <i>personal hygiene</i> masing-masing nilai benar dan salah. Jumlah jawaban yang benar di bagi jumlah 6 komponen kemudian di kali 100. $\geq 75\%$ = <i>personal hygiene</i> baik 60– 74,9% = <i>personal hygiene</i> kurang <60% = <i>personal hygiene</i> buruk	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
1.	Kebersihan kulit	Memelihara kebersihan kulit kebiasaan-kebiasaan yang sehat harus selalu diperhatikan adalah menggunakan barang-barang keperluan sehari-hari milik sendiri, mandi minimal 2 kali sehari, mandi memakai sabun, menjaga kebersihan pakaian	Wawancara	Berdasarkan hasil wawancara terkait kebersihan kulit berdasarkan 3 komponen yaitu kebiasaan mandi, penggunaan sabun, dan kebersihan pakaian. Di kategorikan benar apabila semua komponen di atas memenuhi.	Nominal
	a. Kebiasaan mandi	Usaha individu untuk menjaga kebersihan kulit dengan cara mandi menggunakan agar terhindar dari penyakit kulit	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mandi &lt;2 kali sehari, tidak memakai sabun: buruk</li> <li>2. Mandi &lt; 2 kali sehari, memakai sabun: kurang</li> <li>3. Mandi <math>\geq</math> 2 kali sehari, memakai sabun: baik</li> </ol>	Ordinal
	b. Penggunaan sabun	Usaha individu untuk menjaga kebersihan kulit dengan menggunakan sabun saat mandi dengan memakai sabun milik bersama atau sabun sendiri	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memakai sabun bergantian dengan keluarga: buruk</li> <li>2. Memakai sabun sendiri: baik</li> </ol>	Nominal
	c. Kebersihan pakaian	Kebersihan pakaian dengan mengganti baju sekurang-kurangnya 1 kali dalam sehari	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ganti baju &lt; 1 kali sehari: buruk</li> <li>2. Ganti baju <math>\geq</math> 1 kali sehari: baik</li> </ol>	Nominal
2.	Kebersihan Rambut	Kebersihan rambut dengan mencuci rambut sekurang-kurangnya 2 kali seminggu, mencuci rambut memakai sampo/bahan pencuci rambut lainnya, dan sebaiknya menggunakan alat-alat pemeliharaan rambut sendiri.	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keramas &lt;2 kali seminggu, tidak memakai sampo: buruk</li> <li>2. Keramas &lt;2 kali: seminggu, memakai sampo: kurang</li> <li>3. Keramas <math>\geq</math> 2 kali seminggu, memakai sampo dan menggunakan alat-alat sendiri: Baik</li> </ol>	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
3.	Kebersihan gigi	Dalam menjaga kesehatan gigi adalah menggosok gigi secara benar dan teratur dianjurkan setiap sehabis makan, memakai sikat gigi sendiri.	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sikat gigi &lt; 2 kali sehari: buruk</li> <li>2. Sikat gigi &gt; 2 kali setelah mandi: kurang</li> <li>3. Sikat gigi ≥ 2 kali sehari setelah makan dan sebelum tidur: baik</li> </ol>	Ordinal
4.	Kebersihan mata	Kebersihan mata yaitu memakai peralatan sendiri dan bersih (seperti handuk dan sapu tangan) serta memelihara kebersihan lingkungan.	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memakai handuk dan sapu tangan bersama: buruk</li> <li>2. Memakai handuk dan sapu tangan milik sendiri: baik</li> </ol>	Nominal
5.	Kebersihan Telinga	Kebersihan telinga adalah membersihkan telinga secara teratur, dan tidak mengorek-ngorek telinga dengan benda tajam.	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membersihkan telinga &lt; 2 kali seminggu: buruk</li> <li>2. Membersihkan telinga ≥ 2 kali seminggu: baik</li> </ol>	Nominal
6.	Kebersihan tangan dan kuku	Perilaku individu dalam menjaga kebersihan tangan dan kuku seperti cuci tangan sebelum dan sesudah makan, sesudah ke kamar mandi	Wawancara dan Observasi	Berdasarkan hasil wawancara dari 4 komponen kebersihan tangan dan kuku yaitu kebiasaan mencuci tangan dan kebiasaan memotong kuku. Di kategorikan benar apabila semua komponen di atas memenuhi.	Nominal
a.	Kebiasaan mencuci tangan	Kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dan setelah ke kamar mandi	Wawancara dan Observasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi: buruk</li> <li>2. Mencuci tangan setelah makan saja: kurang</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi: baik</li> </ol>	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
b.	Cara mencuci tangan yang benar	Cara mencuci tangan yang benar yaitu sebagai berikut: 1) Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun. 2) Menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku. 3) Pembilasan dengan air mengalir 4) Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering. 5) Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombol atau kran air dan membuka pintu ruangan. 6) Semua cara di atas dilakukan dan runtut	Observasi	1) Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun 2) Menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku. 3) Pembilasan dengan air mengalir 4) Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering. 5) Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombol atau kran air dan membuka pintu ruangan 6) Semua cara di atas dilakukan dan runtut  Kategori: Buruk= jawaban 1-5 Baik= jawaban 6	Ordinal
b.	Kebiasaan memotong kuku	Kebiasaan memotong kuku secara teratur dalam satu minggu minimal 1 kali.	Wawancara dan Observasi	1. Memotong kuku saat sudah panjang: buruk 2. Memotong kuku sekali selama seminggu: baik	Nominal
c.	Kondisi kuku	Pengetahuan tentang keadaan kuku sebaiknya selalu dalam keadaan pendek dan bersih, tidak mengandung noda hitam (kotoran) untuk menghindari bersarangnya bakteri yang dapat menularkan penyakit kedalam makanan maupun minuman	Observasi	1. Kuku panjang dan kotor 2. Kuku panjang dan tidak kotor 3. Kuku pendek dan kotor 4. Kuku pendek dan tidak kotor  Kategori: Buruk= jawaban 1 Kurang= jawaban 2/3 Baik= jawaban 4	Ordinal

No.	Variabel	Definisi Operasional	Instrumen	Cara Pengukuran dan Kategori	Skala Data
Variabel dependen					
1.	Penderita kusta tipe MB .	Responden yang telah di diagnosis menderita kusta tipe MB oleh tenaga kesehatan setempat yaitu oleh Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Rowotengah dan disertai rekam medik.	Wawancara dan Observasi	1. Menderita kusta tipe MB 2. Tidak menderita kusta	Nominal

### 3.5 Data dan Sumber Data

#### 3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang langsung diperoleh dari responden melalui kuisioner, kelompok fokus, dan panel, atau juga data hasil wawancara peneliti dengan nara sumber (Sujarweni, 2014:73). Data primer dalam penelitian ini diperoleh dengan wawancara yang ditujukan pada responden dengan menggunakan instrumen kuisioner dan lembar observasi untuk menganalisis faktor yang mempengaruhi penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember tahun 2016.

#### 3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari catatan, buku, majalah berupa laporan keuangan publikasi perusahaan, laporan pemerintah, artikel, buku-buku sebagai teori, majalah, dan lain sebagainya (Sujarweni, 2014:74). Data sekunder dalam penelitian ini didapatkan dari buku-buku literatur, internet maupun instansi-instansi lain yang terkait dengan penelitian seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas Kecamatan Sumberbaru dan Puskesmas Rowotengah, Dinas Kependudukan Kabupaten Jember, Kantor Kecamatan Sumberbaru dan Buku Induk Desa di Kecamatan Sumberbaru.

### 3.6 Teknik dan Alat Pengumpulan Data

#### 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Untuk penelitian ini digunakan beberapa metode pengumpulan data, antara lain:

a. Wawancara dan Kuisisioner

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti untuk mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan melalui bercakap-cakap dan berhadapan muka dengan orang yang dapat memberikan keterangan pada peneliti. Jadi, data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu percakapan atau pertemuan (Notoatmodjo, 2012:139). Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan wawancara langsung atau bercakap-cakap kepada responden dengan menggunakan pedoman wawancara yang digunakan untuk memperoleh data-data mengenai karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), tindakan sanitasi penghuni meliputi membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman rumah dan membuang sampah pada tempatnya dan tindakan *personal hygiene* responden meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku. Teknik pengumpulan data dengan kuisisioner dalam penelitian ini di gunakan untuk mendapatkan data pengetahuan dan sikap *personal hygiene* responden meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku. Jadi, untuk mendapatkan data pengetahuan dan sikap *personal hygiene* peneliti memberikan kuisisioner berupa pertanyaan dan pernyataan yang bersisi tentang pengetahuan dan sikap *personal hygiene* kepada responden.

b. Metode Observasi

Metode observasi merupakan metode pengumpulan data yang memiliki prosedur secara berencana yang meliputi melihat, mendengar, dan mencabut jumlah dan taraf aktifitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Dalam penelitian, observasi yang dilakukan merupakan observasi parsitipatif partial (sebagian), dimana peneliti hanya mengambil sebagian pada kegiatan-kegiatan tertentu saja (Notoatmodjo, 2012:131-134) . Dalam penelitian ini, data primer diperoleh melalui kegiatan observasi ke rumah-rumah penduduk yang dijadikan sampel penelitian.

Observasi dalam penelitian dilakukan untuk memperoleh data-data terkait sanitasi rumah yang terdiri dari komponen rumah (Langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, dan suhu) dan sanitasi lingkungan rumah (sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, dan sarana pembuangan sampah). Selain digunakan untuk mendapatkan data sanitasi rumah, teknik pengumpulan data observasi dalam penelitian ini juga digunakan untuk mendapatkan data terkait tindakan *personal hygiene* responden dengan cara mengamati *personal hygiene* responden yang meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku.

#### c. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2015:240). Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh dan memperkuat data mengenai sanitasi rumah (Langit-langit, dinding, lantai, jendela kamar tidur, jendela ruang keluarga, ventilasi, lubang asap dapur, pencahayaan, suhu, sarana air bersih, sarana pembuangan kotoran, sarana pembuangan air limbah, sarana pembuangan sampah, membuka jendela kamar tidur, membuka jendela ruang keluarga, membersihkan rumah dan halaman rumah dan membuang sampah pada tempatnya) dan tindakan *personal hygiene* meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga dan kebersihan tangan dan kuku.

### 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data ialah alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data (Notoatmodjo, 2012:152). Alat pengumpulan data dalam penelitian ini yaitu berupa lembar observasi dan kuisioner terhadap sanitasi rumah dan pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* responden.

### 3.7 Teknik Pengolahan Data

Setelah data yang diperlukan terkumpul maka langkah selanjutnya adalah mengolah data. Pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting karena data data yang diperoleh dari penelitian masih mentah dan belum siap untuk disajikan. Pengolah data diperlukan untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik (Notoatmodjo, 2012:171). Pengolahan data dalam penelitian ini melalui proses dengan tahap sebagai berikut

a. Pemeriksaan Data (*Editing*)

Pada tahap ini merupakan langkah awal yang dilakukan terhadap data yang telah disiapkan. Hal ini dilakukan dengan cara pengecekan terhadap data yang akan disajikan dan diperbaiki kembali data yang telah terkumpul melalui kuisioner. Kegiatan ini menjadi penting kaena kenyataannya bahwa data yang terkumpul kadang belum memenuhi harapan peneliti. Oleh karena itu keadaan tersebut harus di perbaiki melalui *editing*.

b. Pemeriksaan Kode (*Coding*)

Setelah dilakukan editing maka kegiatan berikutnya pemberian kode pada setiap kategori dan variabel yang diteliti, untuk mempermudah melakukan tabulasi analisis.

c. Pemeriksaan Skor (*Scoring*)

Pada tahap ini dilakukan pemberian skor atau nilai terhadap jawaban responden dari pertanyaan dalam kuisioner.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi merupakan kegiatan terakhir dalam proses pengolahan data. Tabulasi adalah kegiatan dengan cara memasukkan data yang diperoleh kedalam tabel-tabel sesuai variabel yang diteliti.

### 3.8 Teknik Penyajian Dan Analisis Data

#### 3.8.1 Teknik Penyajian Data

Setelah memperoleh hasil dari wawancara, observasi dan melihat hasil dokumentasi kemudian data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabulasi silang. Teknik penyajian data merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan agar



laporan mudah di pahami, dianalisis sesuai dengan tujuan peneliti sehingga dapat ditarik kesimpulan yang menggambarkan hasil dari penelitian. Penyajian harus sederhana dan jelas agar pembaca dapat memahami data yang disajikan dengan mudah. Penyajian data dalam penelitian disajikan dalam berbagai bentuk. Pada umumnya, dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penyajian dalam bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2012:188).

### 3.8.2 Analisis Data

Analisis data adalah bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena data dapat memberikan makna yang berguna dalam memecahkan masalah dalam penelitian (Notoatmodjo, 2012:180). Dalam penelitian ini terdapat dua analisis yaitu sebagai berikut:

#### a. Analisis Univariat

Analisa univariat ialah analisa yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan dari setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012: 182). Analisis univariat dalam penelitian yaitu variabel karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), sanitasi rumah dan perilaku *personal hygiene* (pengetahuan, sikap dan tindakan) di Kecamatan Sumberbaru yang disajikan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi.

#### b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan dari masing-masing variabel independen yaitu karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), sanitasi rumah dan perilaku *personal hygiene* (pengetahuan, sikap dan tindakan) dengan variabel dependen (penyakit kusta tipe Multi Basiler). Uji analisa dengan menggunakan uji *Chi-square* pada taraf kepercayaan 95% sehingga diketahui hubungan antar variabel penelitian.

Pengambilan keputusan didasarkan pada nilai signifikansi hasil uji dibandingkan dengan nilai  $\alpha$  (0,05), yaitu :

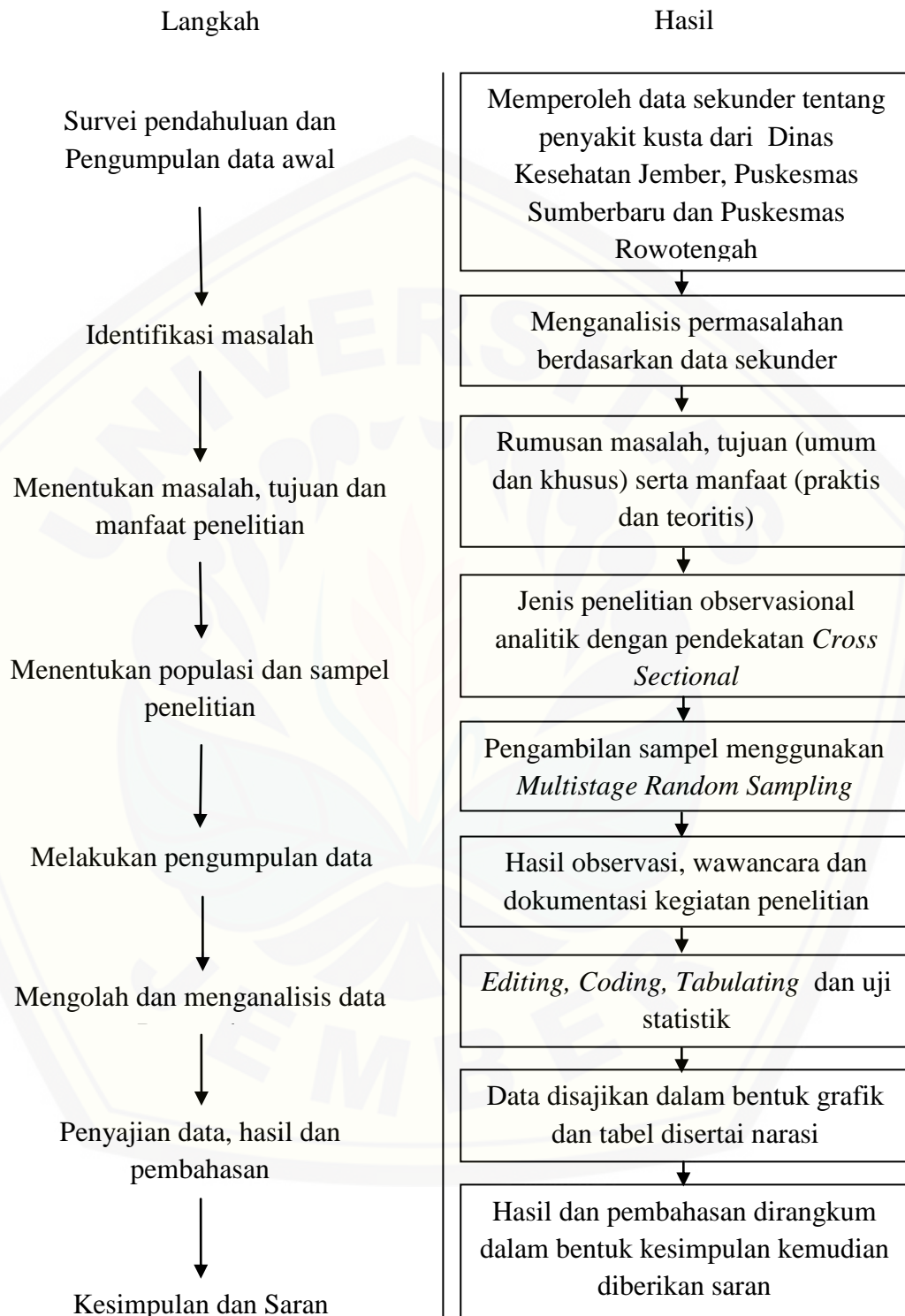
- a. Dikatakan signifikan apabila  $p$  sig lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), maka  $H_0$  di tolak dan  $H_1$  di terima. Hal ini berarti variabel tersebut ada hubungan secara signifikan antara karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan

dan pendapatan), sanitasi rumah, dan *personal hygiene* (pengetahuan, sikap dan tindakan) dengan kejadian penyakit kusta tipe MB.

- b. Dikatakan tidak signifikan apabila  $p$  sig lebih besar dari  $\alpha$  (0,05), maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak. Hal ini berarti variabel tersebut tidak ada hubungan secara signifikan antara karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), sanitasi rumah, dan *personal hygiene* (pengetahuan, sikap dan tindakan) dengan kejadian penyakit kusta tipe MB.



### 3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan sanitasi rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian penyakit kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Gambaran karakteristik penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember menunjukkan rata-rata produktif. Jenis kelamin penderita kusta tipe MB sebagian besar berjenis kelamin wanita. Penderita kusta tipe MB sebagian besar berpendidikan rendah dan memiliki pendapatan yang rendah.
- b. Sanitasi rumah penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember sebagian besar memiliki kondisi sanitasi rumah yang tidak sehat.
- c. Pengetahuan dan tindakan *personal hygiene* penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember sebagian besar memiliki pengetahuan dan tindakan *personal hygiene* yang buruk dan sikap *personal hygiene* penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember sebagian besar memiliki sikap *personal hygiene* yang kurang.
- d. Tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik individu (usia, jenis kelamin dan pendidikan) dengan kejadian kusta tipe MB dan ada hubungan yang signifikan antara karakteristik individu (pendapatan) dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- e. Ada hubungan yang signifikan antara sanitasi rumah dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- f. Ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan, sikap dan tindakan *personal hygiene* dengan kejadian kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

### 5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

a. Bagi Puskesmas

Meningkatkan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) secara terpadu, efektif dan efisien kepada masyarakat di Kecamatan Sumberbaru khususnya untuk kelompok yang potensial terkena penyakit kusta yaitu kelompok orang yang berada di lingkungan penderita kusta.

- 1) Menjadikan program pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular (P2M) sebagai salah satu program pokok puskesmas.
- 2) Meningkatkan pengetahuan masyarakat di Kecamatan Sumberbaru terkait penyehatan lingkungan pemukiman (PLP) dengan penyuluhan atau diskusi kelompok.
- 3) Meningkatkan pengetahuan masyarakat di Kecamatan Sumberbaru terkait sanitasi dan *personal hygiene* secara personal atau kelompok.
- 4) Meningkatkan pengetahuan masyarakat di Kecamatan Sumberbaru mengenai bahaya penyakit kusta mulai dari penularan, penyebab, dampak, kecacatan, dan pencegahan serta pengobatan penyakit kusta .
- 5) Pencarian dini penderita kusta dengan melakukan kegiatan screening penyakit kusta di Kecamatan Sumberbaru khususnya di wilayah yang potensial dengan kejadian penyakit kusta.
- 6) Mencari faktor penyebab terjadinya penyakit kusta di Kecamatan Sumberbaru baik dari lingkungan maupun dari individu. Penyebab dari lingkungan seperti buruknya sanitasi, adanya kuman kusta di tanah dan air di lingkungan pemukiman penderita kusta. penyebab dari individu yaitu buruknya *personal hygiene* riwayat kontak dengan penderita kusta.

b. Bagi Keluarga Penderita Kusta

Pada keluarga penderita kusta tipe MB selaku orang yang terdekat yang selalu tinggal bersama dengan penderita kusta harus :

- 1) Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga, dan kebersihan tangan dan kuku dan menjaga sanitasi di lingkungan rumah.
- 2) Cegah infeksi kusta bagi keluarga (Cinta keluarga)

c. Bagi penderita Kusta

Pada penderita kusta selaku orang yang sakit kusta diharapkan dapat mengurangi risiko penularan kusta kepada anggota keluarga yang lain dengan cara :

- 1) Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan gigi, kebersihan mata, kebersihan telinga, dan kebersihan tangan dan kuku.
- 2) Teratur minum obat kusta sampai dengan selesai
- 3) Rajin memeriksakan diri ke Puskesmas.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

- 1) Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan uji yang berbeda sehingga diketahui faktor yang paling erat berhubungan dan menjadi faktor penyebab kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru mengenai sanitasi rumah dan *personal hygiene*.
- 2) Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yaitu seperti status gizi penderita kusta, kontak dengan penderita kusta, uji keberadaan kusta di lingkungan yaitu tanah dan air di perumahan penduduk yang menderita kusta.
- 3) Perlu dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit kusta di Kecamatan Sumberbaru baik kusta tipe MB maupun kusta tipe PB.

e. Bagi Fakultas

Fakultas sebagai civitas akademik dapat membuat program terkait penyakit kusta:

- 1) Perlu adanya penyuluhan kepada penderita kusta tentang sanitasi rumah dan PHBS melalui organisasi/unit kegiatan mahasiswa atau tugas kuliah seperti perencanaan evaluasi dan promosi kesehatan
- 2) Perlu adanya penyuluhan kepada penderita kusta tentang sanitasi rumah dan PHBS melalui Praktik belajar lapangan.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Amira, N. 2016. Hubungan Higiene Peorangan Anak dengan Kejadian Kusta Anak di Kabupaten Pasuruan Tahun 2014-2015. *Sari Pediatri*, Vol. 18, No. 3, Oktober 2016. [On line]. [https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiSo6TypNLWAhUGj5QKHbj6BV4QFghMMAQ&url=https%3A%2F%2Fsaripediatri.org%2Findex.php%2Fsaripediatri%2Farticle%2Fdownload%2F445%2Fpdf&usg=AOvVaw3DTFXbZE1EhNGSN6AOp\\_ug](https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiSo6TypNLWAhUGj5QKHbj6BV4QFghMMAQ&url=https%3A%2F%2Fsaripediatri.org%2Findex.php%2Fsaripediatri%2Farticle%2Fdownload%2F445%2Fpdf&usg=AOvVaw3DTFXbZE1EhNGSN6AOp_ug). [24 Desember 2017]
- Bailie, R.S. 2004. Water supply and sanitation in remote Indigenous communities – priorities for health development. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, VOL. 28 NO . 5. [On line]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00021.x/epdf>. [28 Desember 2017]
- Chandra, B. 2012. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Coker, A.O. 2011. Waswater Management in A Nigerian Leper Colony. *Journal of Environmental Engineering and Landscape Management Volume 19, 2011 - Issue 3*. [on line]. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3846/16486897.2011.603500>. [24 Desember 2017].
- Dermawan, A.C., & Setiawati, S. 2008. *Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Dinas Kesehatan Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. [on line]. [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2014/15\\_Jatim\\_2014.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2014/15_Jatim_2014.pdf). [5 Nopember 2016]
- Daili, E.M., Menaldi, S.L., Ismiarto, S.P., Nilasari. 2006. *Kusta*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Freitas, L.R.S., Duarte, E.C., Garcia, L.P. 2014. Leprosy in Brazil ant Its Association with Characteristics of Municipalities: Ecological Study, 2009-2011. *Tropical Medicine and International Health, A European Journal, volume 19 no 10 pp 1216–1225 october 201*. [On line]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12362/epdf>. [28 Desember 2017]

- Harahap, M. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. 1999. *Keputusan menteri kesehatan No 829 Tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan*. [on line]. [Http://Ciptakarya.Pu.Go.Id/Dok/Hukum/Kepmen/Kepmen\\_403\\_2002.Pf](http://Ciptakarya.Pu.Go.Id/Dok/Hukum/Kepmen/Kepmen_403_2002.Pf). [5 Nopember 2016]
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia*. [on line]<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2014.pdf>. [5 Nopember 2016]
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Profil Kesehatan Indonesia*. [on line]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-Indonesia-2015.pdf>. [4 Nopember 2016]
- Luthviatin, N. Zulkarnain, E. Istiaji, E. Rokhmah. 2012. *Dasar-Dasar Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jember: UPT Penerbitan UNEJ
- Miranda, W.C., Neto, F.C., Barozzo, L.V. 2014. Socio-economim and Environmental Effect Influencing the Development of Leprosy in Bahia, North-eastern Brazil. *Tropical Medicine and International Health, A European Journal*, volume 19 no 12 pp 1504–1514 december 2014. [On line]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12389/epdf>. [1 Januari 2018]
- Mukono, H.J. 2006. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. [Edisi Kedua]. Surabaya: Airlangga University Press
- Muharry, A. 2014. Faktor Risiko Kejadian Kusta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. [on line]. <https://media.neliti.com/media/publications/25419-ID-faktor-risiko-kejadian-kusta.pdf> .[1 Oktober 2016]
- Namira, N. 2014. Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Kapita Kabupaten Jenepono. *Skripsi*. [On line]. <http://repositori.uinalauddin.ac.id/2392/1/NURHAYATI%20NAMIRA.pdf> [2 Oktober 2017]



- Norlatifah., Sutomo, A.H., Solikhah. 2010. Hubungan Kondisi Fisik Rumah, Sarana Air Bersih dan Karakteristik Masyarakat Dengan Kejadian Kusta di Kabupaten Tapin Kalimantan Selatan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, ISSN: 1978-0575. [on line]. <https://media.neliti.com/media/publications/24930-ID-hubungan-kondisi-fisik-rumah-sarana-air-bersih-dan-karakteristik-masyarakat-deng.pdf>. [1 Oktober 2016]
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurchayati, S., Basuki, H., Wibowo, A. 2016. Sebaran Kasus Kusta Baru Berdasarkan Faktor Lingkungan dan Sosial Ekonomi Di Kecamatan Konang dan Geger Kabupaten Bangkalan. *Jurnal Wiyata*, P-ISSN 2355-6498 /E-ISSN 2442-6555. [on line]. <file:///C:/Users/meiditaasriasih/Downloads/76-151-1-SM.pdf>. [1 Oktober 2016]
- Prasetyanigtyas, A.Y. 2017. Karakteristik Kondisi Rumah Penderita Kusta dan Sekitarnya. *Higeia Journal of Public Health Research and Development*, e ISSN 1475-222656. [On line]. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/14178/7763>. [24 Desember 2017]
- Purnawijayanti, HA. 2001. *Sanitasi, Higiene, dan Keselamatan Kerja dalam Pengolahan Makanan*. Yogyakarta: Kanisius
- Purwanto, H. 2013. Cara Penemuan Penderita Kusta Baru dan Tingkat Kecacatan Di Provinsi Lampung. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. [on line]. <file:///C:/Users/meiditaasriasih/Downloads/80-301-1-PB.pdf>. [1 Oktober 2016]
- Rahfiludin, M.Z., Saraswati, L.D., Ginandjar, P. 2017. Duration of Contact, Type of Leprosy, And Floor Condition As Risk Factors For Leprosy Seropositivity. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol 3, No 2 (2017). [On line]. <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/7791>. [ 26 Desember 2017]
- Rejeki, S. 2015. *Sanitasi Hygiene dan K3*. Bandung: Penerbit Rekayasa Sains

- Rismawati, D. 2013. Hubungan Antara Sanitasi Rumah Dan Personal hygiene Dengan Kejadian Kusta Multibasiler. *Unnes Journal of Public Health, UJPH 2 (1) (2013), ISSN 2252-6781*. [on line]. [Http://Journal.Unnes.Ac.Id/Sju/Index.Php/Ujph](http://Journal.Unnes.Ac.Id/Sju/Index.Php/Ujph). [1 Nopember 2016]
- Rukua, M. Martini, S. Notobroto. 2015. Pengembangan Indeks Prediktif Kejadian Default Pengobatan Kusta Tipe MB Di Kabupaten Sampang. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 3, No. 3 September 2015: 387–399*. [on line]. file:///C:/Users/SRI%20H/Downloads/1693-3216-1-SM.pdf. [1 Oktober 2016]
- Saragih, R. 2014. Gambaran Epidemiologi Penyakit Kusta Di Kecamatan Sui Kakap Kabupaten Kubu Raya Provinsi Kalimantan Barat Tahun 2012. *Skripsi*. [on line]. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=382460&val=2307&title=GAMBARAN%20EPIDEMIOLOGI%20PENYAKIT%20KUSTA%20%20DI%20KECAMATAN%20SUI%20KAKAP%20KABUPATEN%20KUBU%20RAYA%20%20%20PROVINSI%20KALIMANTAN%20BARAT%20%20TAHUN%202012>. [1 Oktober 2016]
- Setiani, L. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Kabunan Kabupaten Pematang. *Skripsi*. [On line]. <http://balitbang.pemkomedan.go.id/tinymcpuk/gambar/file/Agasa%20Sajida.pdf>. [24 Desember 2017]
- Siregar, R.S. 2017. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*. [Edisi kedua]. Cetakan I. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- SNI 16-7062-2004 *Tentang Pengukuran Intensitas Penerangan di Tempat Kerja*. Jakarta: Badan Standarisasi Nasional.
- Soedjadi, K. 2003. Upaya Sanitasi Lingkungan di Pondok Pesantren Ali Maksum Almunawir dan Pandanaran Dalam Penanggulangan Penyakit Skabies. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. Surabaya
- Souza, A.D., El-azhary, R.A., Foss, N.T. 2009. Management of Chronic Diseases: an Overview of the Brazillian Governmental Leprosy Program. *Internasional Journal of dermatologi*. [On line]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-4632.2009.03918.x/epdf>. [1 Januari 2018]

- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Penerbit Alfabeta
- Sujarweni, V. 2014. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Pustakabarupress
- Turankar, R.P., Lavania, M., Sigh, M., Sengupta, U., Sai, K.S., Jadhav, R.S. 2016. Presence of viable *Mycobacterium leprae* in environmental specimens around houses of leprosy patients. *Indian Journal of Medical Microbiology*, (2016) 34(3): 315-321. [on line]. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1f2ba3aa-e57c-4ec2-9238-e7fe080e43e6%40sessionmgr103&vid=5&hid=124> pada 26 September 2016 7:00:08 PM
- Undang-undang . 2009. *Undang-undang No 06 tahun tentang Kesehatan*. [on line]. <http://sireka.pom.go.id/requirement/UU-36-2009-Kesehatan.pdf>. [5 Nopember 2016]
- Undang-undang. 2011. *Undang-undang No. 01 Tentang Perumahan Dan Kawasan Permukiman*. [on line]. <http://www.perumnas.co.id/download/prodhukum/undang/UU012011%20PERUMAHAN%20DAN%20KAWAAN%20PERMUKIMAN.pdf>. [5 Nopember 2016]
- Wicaksono, M.A., Faisya, H. A.F., Budi, I.S. 2015. Hubungan Lingkungan Fisik Rumah dan Karakteristik Responden dengan Penyakit Kusta Klinis Di Kota Bandar Lampung Tahun 2015. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, VOLUME 6 Nomor 03 November 2015*. [on line]. <https://media.neliti.com/media/publications/58032-ID-physical-environment-home-and-characteri.pdf>. [1 Oktober 2016]
- Widyati, dkk. 2002. *Hygiene dan Sanitasi Umum dan Restoran*. Jakarta : PT. Grasindo
- Wijayanti, J. 2017. Gambaran Faktor Host dan Lingkungan Fisik Rumah pada Penderita Kusta di Kota Tangerang Selatan Tahun 2017. *Skripsi*. [on line]. <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/35969/1/Juwita%20Wijayanti-FKIK.pdf> . [1 Oktober 2016]
- Yani, R.W.E. 2004. *Rumah Sehat*. Jember: Universitas Jember

Yuniarasari, Y. 2014. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kusta. *Unnes Journal of Public Health, UJPH 3 (1) (2014), ISSN 2252-6528*. [Online]. <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/3163>. [24 Desember 2017]



**LAMPIRAN**

**A. Pengantar Kuisisioner**

Kepada

Yth. Bapak/Ibu/saudara/i

Di Kabupaten Jember

Dengan Hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara sanitasi rumah dan *personal hygiene* dengan kejadian penderita kusta tipe MB di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka peneliti dengan sangat hormat meminta kesediaan anda untuk membantu dalam pengisian kuisisioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas anda akan mendapatkan kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas perhatian dan kesediaan anda mengisi kuisisioner yang peneliti ajukan.

Jember,.....2017

Penulis

(Sri Hidayati)

**B. Lembar *Informed Consent*****LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN*****(Informed Consent)***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No telp :

Menyatakan persetujuan saya untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Sri Hidayati

NIM : 132110101148

Judul : Sanitasi Rumah dan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Penyakit Kusta Tipe Multi Basiler (Studi Di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Tahun 2016)".

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap subyek ataupun responden penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuisioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan secara benar dan jujur.

Jember,.....2017

Responden

( )

**C. Kuisisioner Penelitian**

Tanggal :

No. Urut :

**I. IDENTITAS RESPONDEN**

Nama :

Kabupaten :

Kecamatan :

Desa/Kelurahan :

RT /RW :

**II. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Nama :

Usia :

1. Balita : 0-5 tahun
2. Anak-anak : 5-11 tahun
3. Remaja awal : 12-16 tahun
4. Remaja akhir : 17-25 tahun
5. Dewasa awal : 26-35 tahun
6. Dewasa akhir : 36-45 tahun
7. Lansia awal : 46-55 tahun
8. Lansia akhir : 56-65 tahun
9. Manula : 65- atas

3. Jenis kelamin :

1. Pria
2. Wanita

Pendidikan terakhir :

1. Rendah (Tidak pernah sekolah, SD/MI, SMP/MTs)
2. Tinggi (SMA/MA, Perguruan tinggi (D-1/D-2/D-3/S-1/S-2/S-3))

Pendapatan :

1. < 1.763.392,50
2.  $\geq$  1.763.392,50

### III. KUISIONER SANITASI RUMAH

Nama :

No Urut :

No	Aspek	Kriteria	Nilai	Bobot	Skor	Ket.
1	Komponen rumah			31		
1.1	Langit-langit	a. Tida ada	0			
		b. Ada,kotor, sulit dibersihkan dan rawan kecelakaan.	1			
		c. Ada, bersih dan tidak rawan kecelakaan	2			
1.2	Dinding	a. Bukan tembok ( terbuat dari anyaman bambu/ilalang)	0			
		b. Semi permanen/setengah tembok/pasangan bata atau batu yang tidak di plester/papan tidak kedap air.	1			
		c. Permanen	2			
1.3	Lantai	a. Tanah	0			
		b. Papan/anyaman bambu dekat dengan tanah/plester yang retak dan berdebu.	1			
		c. Diplester/ubin/keramik/papan ( rumah panggung)	2			
1.4	Jendela kamar tidur	a. Tidak ada	0			
		b. Ada	1			
1.5	Jendela ruang keluarga	a. Tidak ada	0			
		b. Ada	1			
1.6	Ventilasi	a. Tidak ada	0			
		b. Ada, luas ventilasi permanen < 10% dari luas lantai.	1			
		c. Ada, luas ventilasi permanen > 10% dari luas lantai.	2			
1.7	Lubang asap dapur	a. Tidak ada	0			
		b. Ada, lubang ventilasi dapur < 10% dari luas lantai dapur.	1			
		c. Ada, luas lantai ventilasi dapur > 10% dari luas lantai dapur.	2			
1.8	Pencahayaan	a. Tidak terang <60 lux	0			
		b. Terang $\geq$ 60 lux	1			



No	Aspek	Kriteria	Nilai	Bobot	Skor	Ket.
1.9	Suhu	c. Suhu rendah < 18 °C	0			
		d. Suhu tinggi > 30 °C	1			
		e. Suhu sedang/ suhu udara nyaman yaitu antara 18 – 30 °C	2			
II	Sarana sanitasi			25		
2.1	Sarana air bersih SGL/SPT/PP/KU/PAH	a. Tidak ada	0			
		b. Ada, bukan milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan.	1			
		c. Ada milik sendiri dan tidak memenuhi syarat kesehatan.	2			
		d. Ada, bukan milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan.	3			
		e. Ada, milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan.	4			
2.2	Jamban (sarana pembuangan kotoran)	a. Tidak ada	0			
		b. Ada, bukan leher angsa tidak ada tutup disalurkan ke sungai.	1			
		c. Ada, bukan leher angsa ditutup disalurkan ke sungai	2			
		d. Ada, bukan leher angsa ada tutup, septic tank.	3			
		e. Ada, leher angsa, septic tank	4			
2.3	Sarana pembuangan air limbah ( SPAL )	a. Tidak ada, sehingga tergenang tidak teratur di halaman rumah.	0			
		b. Ada, diserapkan tetapi mence,ari sumber air ( jarak dengan sumber < 10 m).	1			
		c. Ada, dialirkan ke selokan terbuka.	2			
		d. Ada, diserapkan dan tidak mencemari sumber air ( jarak dengan sumber > 10m)	3			
		e. Ada, disalurkan ke selokan tertutup untuk diolah lebih lanjut.	4			
2.4	Sarana pembuangan sampah (tempat sampah)	a. Tidak ada	0			
		b. Ada, tapi kedap air tapi tidak ada tutup.	1			
		c. Ada kedap air dan tidak ada bertutup	2			
		d. Ada, kedap air dan tertutup	3			

No	Aspek	Kriteria	Nilai	Bobot	Skor	Ket.
III	Tindakan Sanitasi Penghuni			44		
3.1	Membuka jendela kamar tidur	a. Tidak pernah di buka	0			
		b. Kadang-kadang	1			
		c. Setiap hari di buka	2			
3.2	Membuka jendela ruang keluarga	a. Tidak pernah di buka	0			
		b. Kadang-kadang	1			
		c. Setiap hari di buka	2			
3.3	Membersihkan rumah dan halaman rumah	a. Tidak pernah	0			
		b. Kadang-kadang	1			
		c. Setiap hari	2			
3.4	Buang Air besar di Jamban	a. BAB di sungai/kebun/sembarangan	0			
		b. Kadang-kadang ke jamban	1			
		c. Setiap hari ke jamban	2			
3.5	Mebuang sampah ke tempat sampah	a. Dibuang ke sungai /kebun/sembarangan	0			
		b. Kadang-kadang dibuang ke tempat sampah	1			
		c. Setiap hari dibuang ke tempat sampah	2			

Berdasarkan hasil observasi nilai bobot dan nilai observasi, secara sistematis dirumuskan sebagai berikut:  $\text{Skor} = \text{bobot} \times \text{nilai observasi}$

Penilaian yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Masing-masing indikator dinilai lalu di jumlah.
2. Menghitung skor tiap penilaian kondisi sanitasi rumah dengan cara mengalikan total indikator dengan bobot.
3. Menjumlah skor pada tiap penilaian
4. Untuk menghitung kategori presentase rumah sehat yaitu:  $(\text{Jumlah skor rumah} / \text{total skor rumah maks}) \times 100\%$ .

Kategori sanitasi rumah sehat:

$\geq 75\%$	Rumah sehat
60– 74,9%	Rumah kurang sehat
<60%	Rumah tidak sehat

**IV. KUISIONER PENGETAHUAN *PERSONAL HYGIENE***

Nama :

No Urut :

1. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, mandi dalam sehari sebaiknya berapa kali sehari?
  - a. Mandi  $< 2$  kali sehari, tidak memakai sabun
  - b. Mandi  $< 2$  kali sehari, memakai sabun
  - c. Mandi  $\geq 2$  kali sehari, memakai sabun
2. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, saat mandi kebiasaandalam penggunaan sabun sebaiknya seperti apa?
  - a. Memakai sabun sendiri
  - b. Memakai sabun bergantian dengan keluarga
3. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, sebaiknya berapa kali mengganti pakaian dalam sehari ?
  - a. Kurang dari 1 kali sehari
  - b. Satu kali atau lebih
4. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, sebaiknya berapa kali anda keramas dalam 1 minggu?
  - a. Keramas  $< 2$  kali seminggu, tidak memakai sampo
  - b. Keramas  $< 2$  kali seminggu, memakai sampo
  - c. Keramas  $\geq 2$  kali seminggu, memakai sampo dan menggunakan alat-alat sendiri
5. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, sebaiknya berapa kali menggosok gigi dalam 1 hari?
  - a. Sikat gigi  $< 2$  kali sehari
  - b. Sikat gigi  $> 2$  kali setelah mandi
  - c. Sikat gigi  $\geq 2$  kali sehari setelah makan dan sebelum tidur
6. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, sebaiknya bagaimana penggunaan handuk dan sapu tangan yang baik?
  - a. Memakai handuk dan sapu tangan bersama
  - b. Memakai handuk dan sapu tangan milik sendiri

7. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, sebaiknya berapa kali anda membersihkan telinga dalam satu minggu?
  - a. Membersihkan telinga < 2 kali seminggu
  - b. Membersihkan telinga  $\geq$  2 kali seminggu
8. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, kapan anda seharusnya mencuci tangan?
  - a. Tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi
  - b. Mencuci tangan setelah makan saja
  - c. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi
9. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, bagaimana cara anda mencuci tangan yang baik dan benar?
  - a. Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun
  - b. Menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku.
  - c. Pembilasan dengan air mengalir
  - d. Pengeringan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau dengan alat pengering.
  - e. Menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombola tau kran air dan membuka pintu ruangan.
  - f. Semua cara di atas dilakukan dan runtut
10. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, sebaiknya berapa kali memotong kuku?
  - a. Memotong kuku sekali selama seminggu
  - b. Memotong kuku saat sudah panjang
11. Sepengetahuan bapak/ ibu/ saudara/i, bagaimana kondisi kuku yang baik dan bersih?
  - a. Kuku panjang dan kotor
  - b. Kuku panjang dan tidak kotor
  - c. Kuku pendek dan kotor
  - d. Kuku pendek dan tidak kotor

**V. KUISIONER SIKAP PERSONAL HYGIENE**

Nama :

No Urut :

Berikan tanda centang/contreng (√) pada salah satu kolom :

**S= Setuju, TS=Tidak Setuju**

No.	Pernyataan	S	TS
1.	Mandi dalam sehari sebaiknya minimal (paling sedikit) 2 kali sehari		
2.	Kebiasaan memakai sabun saat mandi harus menggunakan milik sendiri		
3.	Mengganti pakaian sebaiknya 1 kali atau lebih dalam sehari		
4.	Rambut yang bersih yaitu rambut yang dicuci sekurang-kurangnya 2 kali dalam seminggu		
5.	Menggosok gigi agar gigi sehat dan kuat sebaiknya minimal 2 kali sehari setelah makan dan sebelum tidur		
6.	Pemakaian handuk dan sapu tangan sebaiknya memakai milik sendiri		
7.	Membersihkan telinga dalam satu minggu sekurang-kurangnya 2 kali		
8.	Untuk menjaga kebersihan tangan sebaiknya mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi		

No.	Pernyataan	S	TS
9.	Cara mencuci tangan yang benar adalah Membasahi tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun, menggosok tangan secara menyeluruh pada bagian-bagian meliputi punggung tangan, telapak tangan, sela-sela jari, dan bagian di bawah kuku, dibilas dengan air yang mengalir, mengeringkan tangan dengan handuk kertas (tissue) atau alat pengering, dan menggunakan alas kertas tissue untuk mematikan tombola tau kran air dan membuka pintu ruangan.		
10.	Memotong kuku secara teratur untuk menjaga kebersihan tangan yaitu minimal 1 kali dalam seminggu		
11.	kondisi kuku yang baik dan bersih ialah kuku pendek dan tidak kotor		

**VI. PANDUAN WAWANCARA TINDAKAN PERSONAL HYGIENE**

Nama :

No Urut :

**Kebersihan Kulit**

1. Berapa kali anda mandi dalam sehari?
  - a. Mandi  $< 2$  kali sehari, tidak memakai sabun
  - b. Mandi  $< 2$  kali sehari, memakai sabun
  - c. Mandi  $\geq 2$  kali sehari, memakai sabun
2. Bagaimana kebiasaan anda dalam penggunaan sabun?
  - a. Memakai sabun sendiri
  - b. Memakai sabun bergantian dengan keluarga
3. Berapa kali anda mengganti pakaian dalam sehari?
  - a. Ganti baju  $< 1$  kali sehari
  - b. Ganti baju  $\geq 1$  kali sehari

**Kebersihan Rambut**

4. Berapa kali anda keramas dalam 1 minggu?
  - a. Keramas  $< 2$  kali seminggu, tidak memakai sampo
  - b. Keramas  $< 2$  kali seminggu, memakai sampo
  - c. Keramas  $\geq 2$  kali seminggu, memakai sampo

**Kebersihan Gigi**

5. Berapa kali anda menggosok gigi dalam 1 hari?
  - a. Sikat gigi  $< 2$  kali sehari
  - b. Sikat gigi  $> 2$  kali setelah mandi
  - c. Sikat gigi  $\geq 2$  kali sehari setelah makan dan sebelum tidur

**Kebersihan Mata**

6. Bagaimana kebiasaan anda dalam penggunaan handuk dan sapu tangan?
  - a. Memakai handuk dan sapu tangan bersama
  - b. Memakai handuk dan sapu tangan milik sendiri

**Kebersihan Telinga**

7. Berapa kali anda membersihkan telinga dalam satu minggu?

- a. Membersihkan telinga < 2 kali seminggu
- b. Membersihkan telinga  $\geq$  2 kali seminggu

**Kebersihan Tangan dan Kuku**

- 8. Kapan anda mencuci tangan?
  - a. Tidak mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi
  - b. Mencuci tangan setelah makan saja
  - c. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, dan sesudah ke kamar mandi
- 9. Berapa kali anda memotong kuku?
  - a. Memotong kuku sekali selama seminggu
  - b. Memotong kuku saat sudah panjang



**VII. OBSERVASI PERSONAL HYGIENE**

Nama :

No Urut :

No.	Praktik	Ya	Tidak	Ket.
	Lingkungan			
1.	Terdapat sabun di kamar mandi			
2.	Sabun di kamar mandi sejumlah banyaknya penghuni rumah			
3.	Terdapat sampo di kamar mandi			
4.	Terdapat sikat di kamar mandi			
5.	Terdapat handuk sejumlah banyaknya penghuni rumah			
6.	Terdapat sapu tangan sejumlah banyaknya penghuni rumah			
	Responden			
7.	Kulit dalam kondisi bersih dan tidak bersisik			
8.	Rambut dalam kondisi bersih			
9.	Gigi dalam kondisi bersih			
10.	Telinga dalam kondisi bersih			
11.	Cara mencuci tangan sudah benar			
12.	Kuku dalam keadaan pendek			
13.	Kuku tidak kotor			

## D. Daftar Responden

### I. Karakteristik Responden

No.	Kejadian Kusta	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pendapatan
1	Kusta MB	25	Wanita	SD	Tinggi
2	Kusta MB	62	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
3	Kusta MB	19	Wanita	SD	Rendah
4	Kusta MB	27	Pria	SD	Rendah
5	Kusta MB	36	Wanita	SD	Rendah
6	Kusta MB	55	Wanita	SD	Rendah
7	Kusta MB	55	Pria	SD	Rendah
8	Kusta MB	19	Pria	SMA	Tinggi
9	Kusta MB	33	Wanita	SD	Rendah
10	Kusta MB	50	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
11	Kusta MB	19	Wanita	SMP	Rendah
12	Kusta MB	50	Wanita	SD	Rendah
13	Kusta MB	25	Pria	SD	Rendah
14	Kusta MB	30	Pria	SD	Rendah
15	Kusta MB	72	Wanita	SD	Rendah
16	Kusta MB	42	Pria	SD	Rendah
17	Kusta MB	70	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
18	Kusta MB	63	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
19	Kusta MB	35	Wanita	SD	Rendah
20	Kusta MB	31	Wanita	SMA	Rendah
21	Kusta MB	48	Wanita	SMA	Rendah
22	Kusta MB	10	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
23	Kusta MB	50	Wanita	SD	Rendah
24	Kusta MB	67	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
25	Kusta MB	59	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
26	Kusta MB	17	Pria	SMP	Rendah
27	Kusta MB	62	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
28	Kusta MB	64	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
29	Kusta MB	25	Pria	SMA	Rendah
30	Kusta MB	58	Wanita	SD	Rendah
31	Kusta MB	42	Pria	SD	Rendah
32	Kusta MB	26	Wanita	SMP	Rendah
33	Kusta MB	20	Wanita	SMA	Rendah
34	Kusta MB	47	Pria	SMA	Tinggi
35	Kusta MB	16	Pria	SMP	Rendah

36	Kusta MB	65	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Umur</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Pendidikan</b>	<b>Pendapatan</b>
37	Kusta MB	50	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
38	Kusta MB	53	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
39	Kusta MB	60	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
40	Kusta MB	39	Wanita	SD	Rendah
41	Kusta MB	46	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
42	Kusta MB	16	Wanita	SMP	Rendah
43	Kusta MB	57	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
44	Kusta MB	60	Pria	SD	Rendah
45	Kusta MB	50	Pria	SD	Rendah
46	Kusta MB	11	Pria	SD	Rendah
47	Kusta MB	23	Wanita	SMP	Rendah
48	Kusta MB	30	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
49	Kusta MB	70	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
50	Kusta MB	19	Pria	SMP	Rendah
51	Tidak Kusta	32	Wanita	SMA	Tinggi
52	Tidak Kusta	35	Wanita	SD	Tinggi
53	Tidak Kusta	2	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
54	Tidak Kusta	26	Wanita	SMA	Tinggi
55	Tidak Kusta	45	Wanita	SD	Rendah
56	Tidak Kusta	34	Wanita	SD	Tinggi
57	Tidak Kusta	55	Wanita	SD	Rendah
58	Tidak Kusta	32	Wanita	SD	Rendah
59	Tidak Kusta	30	Wanita	SMP	Rendah
60	Tidak Kusta	6	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
61	Tidak Kusta	46	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
62	Tidak Kusta	50	Wanita	SD	Rendah
63	Tidak Kusta	40	Wanita	SD	Rendah
64	Tidak Kusta	27	Wanita	SD	Rendah
65	Tidak Kusta	63	Pria	SD	Rendah
66	Tidak Kusta	45	Wanita	SD	Rendah
67	Tidak Kusta	39	Wanita	SD	Rendah
68	Tidak Kusta	47	Pria	SD	Rendah
69	Tidak Kusta	35	Wanita	SD	Rendah
70	Tidak Kusta	30	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
71	Tidak Kusta	30	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
72	Tidak Kusta	35	Wanita	SD	Rendah
73	Tidak Kusta	34	Wanita	SD	Tinggi
74	Tidak Kusta	35	Wanita	SD	Rendah

No.	Kejadian Kusta	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pendapatan
75	Tidak Kusta	20	Wanita	SMA	Tinggi
76	Tidak Kusta	46	Wanita	SMP	Tinggi
77	Tidak Kusta	11	Pria	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
78	Tidak Kusta	77	Pria	SD	Rendah
79	Tidak Kusta	37	Pria	SMA	Rendah
80	Tidak Kusta	57	Pria	SD	Rendah
81	Tidak Kusta	60	Wanita	SD	Rendah
82	Tidak Kusta	20	Wanita	SMP	Rendah
83	Tidak Kusta	60	Pria	SD	Rendah
84	Tidak Kusta	55	Pria	SD	Tinggi
85	Tidak Kusta	37	Wanita	SMA	Tinggi
86	Tidak Kusta	27	Wanita	SMP	Rendah
87	Tidak Kusta	30	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
88	Tidak Kusta	23	Wanita	SMA	Tinggi
89	Tidak Kusta	58	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
90	Tidak Kusta	65	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Tinggi
91	Tidak Kusta	57	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
92	Tidak Kusta	29	Wanita	SD	Rendah
93	Tidak Kusta	37	Pria	SD	Rendah
94	Tidak Kusta	35	Pria	SD	Tinggi
95	Tidak Kusta	50	Pria	SD	Tinggi
96	Tidak Kusta	18	Wanita	SMA	Rendah
97	Tidak Kusta	50	Wanita	Tidak Pernah Sekolah	Rendah
98	Tidak Kusta	30	Wanita	SD	Rendah
99	Tidak Kusta	37	Pria	SMP	Tinggi
100	Tidak Kusta	21	Wanita	SD	Rendah

**II. Sanitasi Rumah dan Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB**

<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Sanitasi Rumah</b>
1	Kusta MB	Tidak Sehat
2	Kusta MB	Tidak Sehat
3	Kusta MB	Tidak Sehat
4	Kusta MB	Tidak Sehat
5	Kusta MB	Tidak Sehat
6	Kusta MB	Tidak Sehat
7	Kusta MB	Tidak Sehat
8	Kusta MB	Kurang Sehat
9	Kusta MB	Kurang Sehat
10	Kusta MB	Kurang Sehat
11	Kusta MB	Kurang Sehat
12	Kusta MB	Kurang Sehat
13	Kusta MB	Kurang Sehat
14	Kusta MB	Tidak Sehat
15	Kusta MB	Tidak Sehat
16	Kusta MB	Tidak Sehat
17	Kusta MB	Kurang Sehat
18	Kusta MB	Tidak Sehat
19	Kusta MB	Tidak Sehat
20	Kusta MB	Tidak Sehat
21	Kusta MB	Tidak Sehat
22	Kusta MB	Sehat
23	Kusta MB	Kurang Sehat
24	Kusta MB	Tidak Sehat
25	Kusta MB	Tidak Sehat
26	Kusta MB	Tidak Sehat
27	Kusta MB	Tidak Sehat
28	Kusta MB	Tidak Sehat
29	Kusta MB	Kurang Sehat
30	Kusta MB	Tidak Sehat
31	Kusta MB	Kurang Sehat
32	Kusta MB	Sehat
33	Kusta MB	Kurang Sehat
34	Kusta MB	Kurang Sehat
35	Kusta MB	Tidak Sehat
36	Kusta MB	Tidak Sehat

<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Sanitasi Rumah</b>
37	Kusta MB	Kurang Sehat
38	Kusta MB	Tidak Sehat
39	Kusta MB	Tidak Sehat
40	Kusta MB	Tidak Sehat
41	Kusta MB	Kurang Sehat
42	Kusta MB	Kurang Sehat
43	Kusta MB	Tidak Sehat
44	Kusta MB	Tidak Sehat
45	Kusta MB	Tidak Sehat
46	Kusta MB	Tidak Sehat
47	Kusta MB	Tidak Sehat
48	Kusta MB	Tidak Sehat
49	Kusta MB	Kurang Sehat
50	Kusta MB	Kurang Sehat
51	Tidak Kusta	Tidak Sehat
52	Tidak Kusta	Kurang Sehat
53	Tidak Kusta	Tidak Sehat
54	Tidak Kusta	Tidak Sehat
55	Tidak Kusta	Tidak Sehat
56	Tidak Kusta	Sehat
57	Tidak Kusta	Kurang Sehat
58	Tidak Kusta	Kurang Sehat
59	Tidak Kusta	Kurang Sehat
60	Tidak Kusta	Kurang Sehat
61	Tidak Kusta	Kurang Sehat
62	Tidak Kusta	Kurang Sehat
63	Tidak Kusta	Sehat
64	Tidak Kusta	Tidak Sehat
65	Tidak Kusta	Sehat
66	Tidak Kusta	Kurang Sehat
67	Tidak Kusta	Sehat
68	Tidak Kusta	Kurang Sehat
69	Tidak Kusta	Kurang Sehat
70	Tidak Kusta	Kurang Sehat
71	Tidak Kusta	Tidak Sehat
72	Tidak Kusta	Tidak Sehat
73	Tidak Kusta	Kurang Sehat
74	Tidak Kusta	Sehat

<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Sanitasi Rumah</b>
75	Tidak Kusta	Sehat
76	Tidak Kusta	Kurang Sehat
77	Tidak Kusta	Tidak Sehat
78	Tidak Kusta	Kurang Sehat
79	Tidak Kusta	Sehat
80	Tidak Kusta	Kurang Sehat
81	Tidak Kusta	Kurang Sehat
82	Tidak Kusta	Sehat
83	Tidak Kusta	Kurang Sehat
84	Tidak Kusta	Kurang Sehat
85	Tidak Kusta	Kurang Sehat
86	Tidak Kusta	Sehat
87	Tidak Kusta	Tidak Sehat
88	Tidak Kusta	Kurang Sehat
89	Tidak Kusta	Kurang Sehat
90	Tidak Kusta	Tidak Sehat
91	Tidak Kusta	Sehat
92	Tidak Kusta	Sehat
93	Tidak Kusta	Tidak Sehat
94	Tidak Kusta	Sehat
95	Tidak Kusta	Kurang Sehat
96	Tidak Kusta	Tidak Sehat
97	Tidak Kusta	Kurang Sehat
98	Tidak Kusta	Kurang Sehat
99	Tidak Kusta	Sehat
100	Tidak Kusta	Sehat

**III. Personal Hygiene dan Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB**

<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Pengetahuan</b>	<b>Sikap</b>	<b>Tindakan</b>
1	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
2	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
3	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
4	Kusta MB	Kurang	Kurang	Kurang
5	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
6	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
7	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
8	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
9	Kusta MB	Baik	Baik	Buruk
10	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
11	Kusta MB	Baik	Baik	Buruk
12	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
13	Kusta MB	Kurang	Kurang	Kurang
14	Kusta MB	Kurang	Buruk	Buruk
15	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
16	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
17	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
18	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
19	Kusta MB	Kurang	Kurang	Kurang
20	Kusta MB	Buruk	Buruk	Kurang
21	Kusta MB	Baik	Baik	Baik
22	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
23	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
24	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
25	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
26	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
27	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
28	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
29	Kusta MB	Baik	Baik	Buruk
30	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
31	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
32	Kusta MB	Baik	Baik	Kurang
33	Kusta MB	Kurang	Kurang	Baik
34	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
35	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
36	Kusta MB	Kurang	Buruk	Buruk



<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Pengetahuan</b>	<b>Sikap</b>	<b>Tindakan</b>
37	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
38	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
39	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
40	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
41	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
42	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
43	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
44	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
45	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
46	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
47	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
48	Kusta MB	Buruk	Buruk	Buruk
49	Kusta MB	Kurang	Kurang	Buruk
50	Kusta MB	Baik	Kurang	Buruk
51	Tidak Kusta	Baik	Kurang	Buruk
52	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
53	Tidak Kusta	Buruk	Buruk	Buruk
54	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
55	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
56	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
57	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
58	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
59	Tidak Kusta	Baik	Baik	Baik
60	Tidak Kusta	Baik	Baik	Baik
61	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
62	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
63	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
64	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Baik
65	Tidak Kusta	Baik	Kurang	Kurang
66	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Buruk
67	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
68	Tidak Kusta	Baik	Kurang	Kurang
69	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Kurang
70	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Kurang
71	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Kurang
72	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Buruk
73	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Buruk
74	Tidak Kusta	Baik	Kurang	Kurang

<b>No.</b>	<b>Kejadian Kusta</b>	<b>Pengetahuan</b>	<b>Sikap</b>	<b>Tindakan</b>
75	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
76	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Baik
77	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
78	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
79	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
80	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
81	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
82	Tidak Kusta	Baik	Baik	Baik
83	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Kurang
84	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Kurang
85	Tidak Kusta	Baik	Baik	Baik
86	Tidak Kusta	Baik	Baik	Baik
87	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
88	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
89	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
90	Tidak Kusta	Baik	Kurang	Kurang
91	Tidak Kusta	Buruk	Buruk	Kurang
92	Tidak Kusta	Kurang	Buruk	Buruk
93	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
94	Tidak Kusta	Baik	Baik	Kurang
95	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Buruk
96	Tidak Kusta	Baik	Baik	Baik
97	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
98	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
99	Tidak Kusta	Kurang	Kurang	Kurang
100	Tidak Kusta	Baik	Kurang	Kurang

## E. Hasil Uji Statistik

### HASIL ANALISIS UJI BIVARIABEL

#### Karakteristik Vs Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

##### 1. \*Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * Usia	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Kasus * Usia Crosstabulation				
Count		Usia		Total
		Produktif	Tidak Produktif	
Kasus	Tidak Kusta MB	45	5	50
	Kusta MB	45	5	50
Total		90	10	100

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 <sup>a</sup>	1	1,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	,630
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	100				

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

b. Computed only for a 2x2 table

## 2. Jenis Kelamin \* Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * JenisKelamin	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

**Kasus ^ JenisKelamin Crosstabulation**

Count

		JenisKelamin		Total
		Wanita	Pria	
Kasus	Tidak Kusta MB	35	15	50
	Kusta MB	29	21	50
Total		64	36	100

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,563 <sup>a</sup>	1	,211		
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,085	1	,298		
Likelihood Ratio	1,568	1	,210		
Fisher's Exact Test				,298	,149
Linear-by-Linear Association	1,547	1	,214		
N of Valid Cases	100				

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

b. Computed only for a 2x2 table

### 3. Pendidikan \* Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * Pendidikan	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

**Kasus \* Pendidikan Crosstabulation**

Count

		Pendidikan		Total
		Tinggi	Rendah	
Kasus	Tidak Kusta MB	7	43	50
	Kusta MB	6	44	50
Total		13	87	100

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,088 <sup>a</sup>	1	,766		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,088	1	,766		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,088	1	,767		
N of Valid Cases	100				

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

b. Computed only for a 2x2 table

#### 4. Pendapatan \* Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * Pendapatan	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Kasus * Pendapatan Crosstabulation				
Count		Pendapatan		Total
		Tinggi	Rendah	
Kasus	Tidak Kusta MB	14	36	50
	Kusta MB	3	47	50
Total		17	83	100

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,575 <sup>a</sup>	1	,003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7,087	1	,008		
Likelihood Ratio	9,185	1	,002		
Fisher's Exact Test				,006	,003
Linear-by-Linear Association	8,490	1	,004		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,50.

b. Computed only for a 2x2 table

**Sanitasi Rumah Vs Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB**

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * SanitasiRumah	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Kasus * SanitasiRumah Crosstabulation					
Count		SanitasiRumah			Total
		Sehat	Kurang Sehat	Tidak Sehat	
Kasus	Tidak Kusta MB	14	24	12	50
	Kusta MB	2	17	31	50
Total		16	41	43	100

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,590 <sup>a</sup>	2	,000
Likelihood Ratio	20,017	2	,000
Linear-by-Linear Association	18,399	1	,000
N of Valid Cases	100		

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

*Personal Hygiene*1. Pengetahuan *Personal Hygiene* Vs Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * Pengetahuan	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Kasus * Pengetahuan Crosstabulation					
Count		Pengetahuan			Total
		Baik	Kurang	Buruk	
Kasus	Tidak Kusta MB	23	25	2	50
	Kusta MB	16	16	18	50
Total		39	41	20	100

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,032 <sup>a</sup>	2	,000
Likelihood Ratio	17,978	2	,000
Linear-by-Linear Association	9,455	1	,002
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,00.



## 2. Sikap Personal Hygiene Vs Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * Sikap	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

Kasus * Sikap Crosstabulation						
Count		Sikap			Total	
		Baik	Kurang	Buruk		
Kasus	Tidak Kusta Mb	17	22	11	50	
	Kusta MB	5	25	20	50	
Total		22	47	31	100	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,350 <sup>a</sup>	2	,009
Likelihood Ratio	9,759	2	,008
Linear-by-Linear Association	8,365	1	,004
N of Valid Cases	100		

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

### 3. Tindakan Personal Hygiene Vs Kejadian Penyakit Kusta Tipe MB

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kasus * Tindakan	100	100,0%	0	0,0%	100	100,0%


Kasus * Tindakan Crosstabulation						
Count		Tindakan			Total	
		Baik	Kurang	Buruk		
Kasus	Tidak Kusta MB	8	35	7	50	
	Kusta MB	2	5	43	50	
Total		10	40	50	100	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52,020 <sup>a</sup>	2	,000
Likelihood Ratio	57,983	2	,000
Linear-by-Linear Association	39,690	1	,000
N of Valid Cases	100		

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

## F. Surat Ijin Penelitian

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 15 Juni 2017

Nomor : 440 / 25A27 / 311 / 2017  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr. 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
Dinas Kesehatan Kab. Jember  
2. Plt. Kepala Puskesmas Sumberbaru  
3. Plt. Kepala Puskesmas Rowotengah  
di - **JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/3182/314/2016, Tanggal 14 Juni 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :


Nama : SRI HIDAYATI  
NIM : 132110101148  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember  
Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang Sanitasi Rumah dan Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Kusta Tipe Multi Basiler (MB) (Studi di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember Tahun 2016)  
Waktu Pelaksanaan : 15 Juni 2017 s/d 15 Agustus 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**  
  
**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada  
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kependudukan dan  
 Pencatatan Sipil Kab. Jember  
 di -

T E M P A T

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/3330/314/2017

Tentang

**PENGAMBILAN DATA**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 11 Juli 2017 Nomor : 3213/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Pengambilan Data

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Sri Hidayati / 132110101148  
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data untuk penyusunan Skripsi terkait jumlah penduduk di Kecamatan Sumberbaru dengan rincian jumlah penduduk, nama, usia dan jenis kelamin tiap Desa dan RT di Kecamatan Sumberbaru.  
 Lokasi : Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Jember  
 Waktu Kegiatan : Juli s/d September 2017

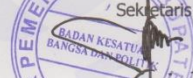
Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 17-07-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Sekretaris



Drs. HERY WIDODO  
 Pembina Tk. I  
 NIP. 19611274 198812 1 001

- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada  
 Yth. Sdr. Camat Sumberbaru Kab. Jember  
 di -

T E M P A T

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/3330/314/2017

Tentang

**PENGAMBILAN DATA**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 11 Juli 2017 Nomor : 3212/UN25.1.12/SP/2017 perihal Ijin Pengambilan Data

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Sri Hidayati / 132110101148  
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan Pengambilan Data penduduk, nama, usia dan jenis kelamin di setiap RT.  
 Lokasi : Desa Jambesari, Kaliglagah, Jamintoro, Jatiroto, Pringgowirawan, Gelang, Karangbayat, Rowotengah, Sumber Agung dan Yosorati Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember  
 Waktu Kegiatan : Juli s/d September 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 17-07-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER

Sekretaris  
  
 Drs. HERTI WIDODO

Pembina Tk. I  
 NIP. 19611224 198812 1 001

- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan FKM Universitas Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**KECAMATAN SUMBERBARU**  
 JALAN PB. SUDIRMAN NO. 13 TELP. 0334-324013  
**SUMBERBARU**

Sumberbaru, 20 Juli 2017

Nomor : 072/35.09.21/2017  
 Sifat : Penting  
 Lampiran :-  
 Perihal : Ijin Kegiatan Penelitian

Kepada  
 Yth. 1. Sdr. Kepala Desa Pringgowirawan  
 2. Sdr. Kepala Desa Karangbayat  
 3. Sdr. Kepala Desa Gelang  
 4. Sdr. Kepala Desa Rowotengah  
 5. Sdr. Kepala Desa Sumberagung.

di -

Tempat

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember;;  
 2. Peraturan Bupati Jember No 46 tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember;  
 3. Peraturan Bupati Jember Nomor 74 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi Kecamatan Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember, No. 072/3330/314/2017, tertanggal 17 Juli 2017, perihal Surat Rekomendasi Ijin Penelitian dan Pengambilan Data Penduduk di wilayah Kec. Sumberbaru.

**MEREKOMENDASIKAN :**

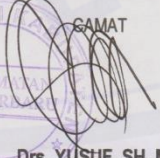
N a m a : Sri Handayani  
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan I/19 Kampus Bumi Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan Kegiatan Pengambilan Data Penduduk, Nama, Usia dan Jenis Kelamin di setiap RT untuk Desa se Kecamatan Sumberbaru.  
 Lokasi : Desa Jamintoro, Jambesari, Kaliglagah, Jatiroto, Pringgowirawan, Gelang, Karangbayat, Rowotengah, Sumberagung dan Yosorati Kec. Sumberbaru.  
 W a k t u : Juli s/d September 2017.

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan/ Pengetahuan;
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik;
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

  
 CAMAT  
 KECAMATAN SUMBERBARU  
 KABUPATEN JEMBER

**Drs. YUSUF, SH, Msi**  
 Pembina Tk. I  
 NIP. 19650105 198603 1 018

Tembusan Kepada :



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**KECAMATAN SUMBERBARU**  
 JALAN PB. SUDIRMAN NO. 13 TELP. 0334-324013  
**SUMBERBARU**

Sumberbaru, 20 Juli 2017

Nomor : 072/3330/314/2017

Kepada

Sifat : Penting

Yth. 1. Sdr. Kepala Desa Jamintoro

Lampiran : -

2. Sdr. Kepala Desa Jambesari

Perihal : Ijin Kegiatan Penelitian

3. Sdr. Kepala Desa Kaliglagah

4. Sdr. Kepala Desa Jatiroto

5. Sdr. Kepala Desa Yosorati.

di -

Tempat

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember;;  
 2. Peraturan Bupati Jember No 46 tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember;  
 3. Peraturan Bupati Jember Nomor 74 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi Kecamatan Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember, No. 072/3330/314/2017, tertanggal 17 Juli 2017, perihal Surat Rekomendasi Ijin Penelitian dan Pengambilan Data Penduduk di wilayah Kec. Sumberbaru.

**MEREKOMENDASIKAN :**

N a m a : Sri Handayani  
 Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan I/19 Kampus Bumi Tegal Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan Kegiatan Pengambilan Data Penduduk, Nama, Usia dan Jenis Kelamin di setiap RT untuk Desa se Kecamatan Sumberbaru.  
 Lokasi : Desa Jamintoro, Jambesari, Kaliglagah, Jatiroto, Pringgowirawan, Gelang, Karangbayat, Rowotengah, Sumberagung dan Yosorati Kec. Sumberbaru.  
 W a k t u : Juli s/d September 2017.

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan/ Pengetahuan;
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik;
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

CAMAT  


**Drs. YUSUE, SH, Msi**  
 Pembina Tk. I  
 NIP. 19650105 198603 1 018

Tembusan Kepada :

**G. Lembar Dokumentasi**



Pengisian informed consent oleh responden



Peneliti bersama penderita kusta MB di Desa Gelang



Pengisian kuisioner penelitian pengetahuan *personal hygiene* oleh responden



Peneliti bersama penderita kusta MB di Desa Pringgowirawan





Wawancara perilaku sanitasi penghuni kepada responden



Wawancara tindakan *personal hygiene* kepada responden



Observasi sarana sanitasi rumah (sarana tempat sampah), tempat sampah yang kotor, tidak memenuhi syarat dan tempat sampah bersih, memenuhi syarat sanitasi tempat sampah



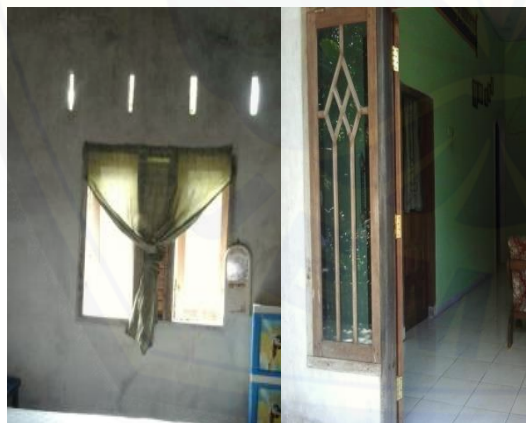
Pengukuran pencahayaan rumah responden



Observasi komponen fisik rumah responden (langit-langit rumah ), ada langit-langit dan tidak ada langit-langit



Observasi sarana sanitasi (sarana penyediaan air bersih tidak memenuhi syarat sanitasi air bersih dan pembuangan kotoran/jamban ada dengan bentuk leher angsa) rumah responden



Observasi komponen fisik (jendela di kamar tidur dan jendela di ruang tamu) rumah responden



Observasi sarana sanitasi (saluran pembuangan air limbah tidak sesuai dengan syarat sanitasi rumah sehat)



Observasi salah satu pelatan *personal hygiene* (handuk)



Observasi salah satu pelatan *personal hygiene* (sabun, sikat gigi, dan sampo)



Observasi *personal hygiene* (kebersihan rambut) pada responden



Observasi *personal hygiene* ( kondisi kulit dan kuku) pada responden