

**ANALISIS HAMBATAN PENGOBATAN PENDERITA KUSTA
DI KECAMATAN TAMMERODO SENDANA KABUPATEN
MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT**

***ANALYSIS ON INHIBITION OF LEPROSY PATIENTS MEDICATION AT
TAMMERODO SENDANA DISTRICT MAJENE REGENCY WEST
SULAWESI PROVINCE***

EDY WARSAN



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HASIL PENELITIAN

**ANALISIS HAMBATAN PENGOBATAN PENDERITA KUSTA
DI KECAMATAN TAMMERODO SENDANA KABUPATEN
MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT**

**EDY WARSAN
P1805211008**



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

**ANALISIS HAMBATAN PENGOBATAN PENDERITA KUSTA
DI KECAMATAN TAMMERODO SENDANA KABUPATEN
MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT**

TESIS

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai Magister

**Program Studi
Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Promosi Kesehatan**

Disusun dan di ajukan oleh :

EDY WARSAN

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : **Edy Warsan**

Nomor Pokok : **P180 5211008**

Program Studi : **Kesehatan Masyarakat**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Juli 2013

Yang Menyatakan,

Edy Warsan

P R A K A T A

الرَّحِيمِ

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah Rabbil Alamin, Maha Suci ALLAH SWT yang atas karunia ilmu, kesehatan dan kesempatannyalah sehingga penyusunan tesis ini dapat penulis selesaikan pada waktunya. Tak lupa shalawat dan salam penulis kirimkan kepada Rasulullah Muhammad SAW, pembawa kebenaran, teladan ummat manusia.

Penulis menyadari bahwa sebagai hamba Allah, kesempurnaan sangat jauh dari penyusunan tesis ini. Keterbatasan dan kekurangan yang ada dalam tesis ini merupakan refleksi dari ketidaksempurnaan penulis sebagai manusia. Namun segala kerendahan dan ketulusan hati, penulis memberanikan diri mempersembahkan tesis ini sebagai hasil usaha dan kerja keras yang telah penulis lakukan selama ini.

Selama proses penyelesaian, begitu banyak hambatan dan kelemahan yang penulis hadapi namun berkat doa, bantuan moril dan spritual yang ihklas orang-orang terdekat spirit kedua orang tua penulis terkhusus istri tercinta Hasnawati, AM.Kep yang sedang mengandung anak pertama yang telah menjadikan penulis lalui terasa lebih lapang dan mudah serta penulis berharap kelak anak tersebut dapat mengikuti dan bahkan melampaui jejak pendidikan sang calon ayah. Amin.

Ucapan terima kasih dari lubuk hati yang dalam penulis haturkan kepada **Bapak Prof. Dr. dr. H. M. Rusli Ngatimin, MPH** yang telah bersedia ketua komisi penasihat dan Bapak **Sudirman Natsir, S.Ked, MWH, Ph.D** sebagai anggota komisi penasihat yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.

Tak lupa pula penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada dewan penguji yang terhormat atas masukan dan koreksinya yakni, Bapak **Dr. Mapeaty Nyorong, drs, MPH**, Bapak **Dr. drg. Andi Zulkifli Abdullah, M.Kes**, dan Bapak **Dr. Anwar Daud, SKM, M.Kes. EHS**. Semoga apa yang diberikan akan dibalas oleh yang maha kuasa dengan limpahan rahmat dan karunianya. amin

Melalui kesempatan ini pula penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. H. Idris A. Paturusi, Selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar
2. Bapak H. Kalma Katta, selaku Bupati Kabupaten Majene, telah memberikan kesempatan penulis melanjutkan pendidikan magister promosi kesehatan di Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Prof. Dr. Ir. H. Mursalim selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta stafnya yang telah memberikan

kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dalam waktu yang telah ditentukan.

4. Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan petunjuk dan arahan kepada penulis selama masa pendidikan.
5. Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc selaku ketua konsentrasi Promosi Kesehatan beserta jajarannya yang selalu meluangkan waktu memberikan pengetahuan selama menempuh pendidikan Magister Promosi Kesehatan Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Terkhusus juga penulis mengucapkan penghargaan dan terima kasih setinggi-tingginya kepada informan yang bersedia bekerjasama dan memberikan waktunya selama proses penyusunan tesis ini.
7. Kepada keluarga, kerabat dan handal taulan serta seluruh teman-teman yang tidak dapat sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dan doanya.

Semoga tesis ini memberikan sumbangan pikiran yang bermanfaat bagi kita semua. Amin ya... Robbal Alamin.

Wassalam

Makassar, Juli 2013

Penulis

ABSTRAK

Edy Warsan, *Analisis Hambatan Pengobatan Penderita Kusta di Kecamatan Tammerodo Sendana Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat* (dibimbing oleh **Rusli Ngatimin dan Sudirman Natsir**)

Penelitian ini bertujuan menganalisis hambatan pengobatan penderita kusta : peran penderita (pengetahuan, sikap dan kepercayaan); peran keluarga; peran komunitas; dan peran petugas kesehatan di Kecamatan Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

Jenis penelitian yang digunakan adalah *kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologis*. Informan dalam penelitian ini sebanyak dua puluh satu informan yang terdiri dari penderita kusta tipe PB dan MB, keluarga penderita, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Cara pengumpulan data diperoleh melalui wawancara dan observasi. Data dianalisis secara tematik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan informan yang berbeda-beda mengenai penyakit kusta, mereka beranggapan gejala *ombeng* (kelainan pada kulit sehabis bekerja dari kebun) dan *sapa tallo* (kelainan pada kulit disebabkan alergi telur). Sikap penderita yang tidak aktif dalam merespon reaksi yang terjadi di dalam tubuhnya. Penderita cenderung sensitif bila penyakitnya diketahui orang lain. Kepercayaan penderita yang meyakini akibat *sila'ba* (tindakan jahat dari lawan bisnisnya) dan melakukan pengobatan dengan cara *metappung* (pengobatan bedak yang dibuat oleh dukun). Hambatan peran keluarga disebabkan mereka belum dipahami baik tentang PHBS dan dianggap sebagai penyakit memalukan dan keturunan. Hambatan peran komunitas karena adanya stigma masyarakat yang menilai penyakit kusta sebagai penyakit *to kambang* (orang yang mengalami pembengkakan pada tubuhnya yang menakutkan). Hambatan peran petugas kesehatan disebabkan seringnya sibuk dengan pekerjaan lain, sehingga pengobatan penderita terkadang terabaikan dan adanya kontak serumah dengan penderita kusta yang terlambat berobat serta penderita menolak dilakukan pemeriksaan di tempat tinggalnya sehingga dapat membuka penularan pada orang lain.

Kata kunci : *Ombeng, Sapa tallo, Sila'ba, Metappung, To Kambang.*

ABSTRACT

Edy warsan. *Analysis on inhibition of leprosy patients medication at Tammerodo Sendana District, Majene west Sulawesi Province* (supervised by **Rusli Ngatimin and Sudirman Natsir**)

The research aimed to analysis the inhibition of the leprosy patients medication: patients roles (knowledge, attitude and trust); families role, community role, health officials role at Tammerodo sendana, Majene Regency West Sulawesi Province.

This was a qualitative research with the phenomenological approach. Informants in the research were as many as twenty one informants consisting of the leprosy patients of types PB and PB, patients families, community figures, and health officials. Data were obtained from an interview and observation. The data analysis tematik.

The research result indicates that the different informants knowledge concerning the leprosy disease, the assume the *ombeng* : symptom (abnormalities in the skin after working on the farm) and *sapa tallo* (abnormality on the skin because of an egg allergy). The patients are not active in responding the reactions occurring in the bodies. The patients tend to be sensitive if their diseases are know by other people. The patients believe in *sila'ba* (criminal action from business rivals) and carry out a medication by the way of *metappung* (powder medicine made by shaman). The inhibition from the families is caused by not comprehending well concerning PHBS and it is regarded as a shameful and hereditary disease. The inhibition from the community role because the is the community stigma assuming the leprosy as the disease of *to kambang* (people who undergo swelling in the body that is dreadful). The inhibition of the health officials role is because they are often busy with other work, so that the patients medication is sometimes neglected and there is a household contact with the leprosy patients who postpone the medication, the patients refuse to be examined in their homes, so that their disease can be spread to other people.

Keywords : *Ombeng, Sapa tallo, Sila'ba, Metappung, To Kambang*

RINGKASAN

Edy Warsan, *Analisis Hambatan Pengobatan Penderita Kusta di Kecamatan Tammerodo Sendana Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat* (dibimbing oleh **Rusli Ngatimin dan Sudirman Natsir**)

Penemuan penderita baru terkait dengan deteksi dini penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda. Penemuan penderita kusta yang terlambat dan tertunda berhubungan dengan stigma masyarakat yang negatif terhadap penderita kusta.

Penelitian ini bertujuan menganalisis hambatan pengobatan penderita kusta : peran penderita (pengetahuan, sikap dan kepercayaan); peran keluarga; peran komunitas; dan peran petugas kesehatan di Kecamatan Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

Jenis penelitian yang digunakan adalah *kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologis*. Informan dalam penelitian ini sebanyak dua puluh satu informan yang terdiri dari penderita kusta tipe PB dan MB, keluarga penderita, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Cara pengumpulan data diperoleh melalui wawancara dan observasi. Data dianalisis secara *tematik*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan informan yang berbeda-beda mengenai penyakit kusta, mereka beranggapan gejala *ombeng* (kelainan pada kulit sehabis bekerja dari kebun) dan *sapa tallo* (kelainan pada kulit disebabkan alergi telur). Sikap penderita yang tidak aktif dalam merespon reaksi yang terjadi di dalam tubuhnya. Penderita cenderung sensitif bila penyakitnya diketahui orang lain. Kepercayaan penderita yang meyakini akibat *sila'ba* (tindakan jahat dari lawan bisnisnya) dan melakukan pengobatan dengan cara *metappung* (pengobatan bedak yang dibuat oleh dukun). Hambatan peran keluarga disebabkan mereka belum dipahami baik tentang PHBS dan dianggap sebagai penyakit memalukan dan keturunan. Hambatan peran komunitas karena adanya stigma masyarakat yang menilai penyakit kusta sebagai penyakit *to kambing* (orang yang mengalami pembengkakan pada tubuhnya yang menakutkan). Hambatan peran petugas kesehatan disebabkan seringnya sibuk dengan pekerjaan lain, sehingga pengobatan penderita terkadang terabaikan dan adanya kontak serumah dengan penderita kusta yang terlambat berobat serta penderita menolak dilakukan pemeriksaan di tempat tinggalnya sehingga dapat membuka penularan pada orang lain.

Kesimpulan pada penelitian ini adalah pengetahuan informan yang berbeda-beda tentang penyakit kusta, mereka beranggapan gejala *ombeng* dan *sapa tallo* serta meyakini akibat *sila'ba*. Sikap penderita yang cenderung sensitif bila penyakitnya diketahui orang lain serta tidak memiliki kepercayaan diri sehingga melakukan pengobatan dengan cara *metappung*. Stigma masyarakat yang menilai penyakit kusta sebagai penyakit *to kambing*. PHBS belum dipahami baik oleh keluarga penderita. Petugas kusta sering sibuk dengan pekerjaan lain, sehingga pengobatan penderita terkadang terabaikan. Penderita sering menolak dilakukan pemeriksaan tempat tinggalnya serta adanya kontak serumah dengan penderita kusta yang

terlambat berobat sehingga dapat membuka penularan lebih besar ke orang lain. Saran pada penelitian ini adalah penderita dan keluarga diharapkan lebih terbuka dengan kondisi yang dihadapi dan mau melakukan pemeriksaan serta pengobatan sedini mungkin sehingga dapat dicegah penularannya. Masyarakat harus bersikap empati terhadap penderita dan memberikan dorongan agar mereka merasa nyaman dan aman dalam beraktivitas, sehingga dapat tumbuh kesadaran dalam dirinya untuk berobat kesarana kesehatan. Petugas promosi kesehatan hendaknya lebih proaktif dalam memberikan informasi mengenai penyakit kusta kepada masyarakat sehingga diharapkan tidak ada lagi stigma negatif terhadap penderita kusta. Dinas kesehatan Kabupaten lebih membuka jaringan kerjasama dengan masyarakat dan stakeholders lainnya agar penyakit kusta bisa teratasi dengan efektif.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	I
LEMBARAN PENGESAHAN	II
LEMBAR PERNYATAAN	III
PRAKATA	IV
ABSTRAK	VII
ABSTRACK	VIII
RINGKASAN	IX
DAFTAR ISI	X
DAFTAR GAMBAR	XIV
DAFTAR SINGKATAN	XV
DAFTAR LAMPIRAN	XVI
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	9
C. Tujuan penelitian	9
D. Manfaat penelitian	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan umum tentang kusta	11
B. Tinjauan umum tentang perilaku kesehatan	20
C. Disability orientied approach	28
D. Kerangka teori	29
E. Kerangka konsep	30
F. Defenisi konsep	31
BAB III. METODE PENELITIAN	
A. Jenis penelitian	33

B. Lokasi dan waktu penelitian	33
C. Informan penelitian	33
D. Tehnik pengumpulan data	35
E. Instrumen penelitian	37
F. Analisa dan Pengelohan data	37
G. Keabsahan data	38
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	39
1. Gambaran umum lokasi penelitian	39
a. Letak dan batas wilayah	39
b. Demografi	40
c. Sosial ekonomi	40
d. Penyakit kusta di Kabupaten Majene.....	41
2. Gambaran karakteristik informan	41
3. Hasil analisis data	43
A. Peran penderita kusta	43
..... 1.	
Pengetahuan	43
..... a.	
Pengertian penyakit kusta	43
..... b.	
Gejala / tanda penyakit kusta	43
..... c.	
Penyebab penyakit kusta	45
d. Cara pengobatan	45
e. Cara pencegahan	46
f. Akibat jika tidak berobat	47
2. Sikap	48
a. Upaya pengobatan	48

b. Upaya pencegahan	49
3. Kepercayaan	49
a. Aspek supranatural	49
b. Aspek pengobatan	50
B. Peran keluarga	51
1. Perlakuan keluarga	52
2. Persepsi keluarga tentang kusta	52
3. Dukungan pengobatan	53
4. Penerapan PBHS dalam keluarga	54
C. Peran komunitas	55
1. Perlakuan masyarakat	55
2. Persepsi dan Stigma masyarakat	56
3. Partisipasi masyarakat dalam pencegahan	57
4. Dukungan pengobatan ke sarana kesehatan	58
D. Peran petugas kesehatan	59
1. Perlakuan petugas kesehatan	59
2. Upaya penemuan kasus	60
3. Upaya pengobatan	61
4. Upaya pengontrolan pengobatan	63
5. Upaya promosi kesehatan	64
B. Pembahasan	66
1. Hambatan peran penderita	67
a. Pengetahuan	67
b. Sikap	69
c. Kepercayaan	71
2. Hambatan peran keluarga	72
3. Hambatan peran komunitas	74

4. Hambatan peran petugas kesehatan	77
C. Peran promosi kesehatan pada pengobatan penderita kusta	80
D. Keterbatasan peneliti	82
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	84
B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

1. Kerangka Teori Penelitian	30
2. Kerangka konsep Penelitian	31

DAFTAR LAMPIRAN

1. Dokumentasi penelitian
2. Matriks observasi
3. Matriks analisis Informan
4. Daftar informan
5. Permintaan jadi informan
6. Persetujuan jadi informan
7. Tabel sintesa
8. Pedoman wawancara
9. Rekomendasi penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang kulit, saraf tepi, dan jaringan tubuh lainnya. Kusta dapat menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, dan psikologis (Depkes, 2011; Soedarjatmi dkk., 2009).

Saat ini, penyakit kusta dapat diobati dengan mudah dan penderita tidak akan mengalami kecacatan jika cepat terdeteksi dan segera dilakukan pengobatan, yaitu dengan cara penderita kusta harus mau berobat teratur ke puskesmas maupun di sarana kesehatan yang ada. Namun, untuk mengubah pandangan masyarakat tentang penyakit kusta dan agar mau berobat masih sangat sulit, sehingga hal ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Wahyuningsih dkk., 2008).

Menurut Wong (2005), langkah-langkah paling penting yang harus dilakukan disamping pengobatan adalah dengan mencegah kecacatan fisik. Selama ini sebagian besar kasus kusta diketahui setelah pada tahap yang parah dan sudah terjadi kecacatan. Padahal kalau sudah cacat akan sangat merugikan penderita. Seringkali masih banyak masyarakat,

terutama mereka yang berada di pedesaan, tidak melakukan pengobatan secara rutin. Padahal pengobatan secara teratur atau rutin itu sangat dibutuhkan dalam pengobatan penyakit kusta.

Penderita kusta umumnya belum mengetahui kalau dirinya dapat menularkan penyakitnya pada anggota keluarga yang lain, anak, istri, atau saudaranya. Biasanya pada penderita yang cacat, juga akan merasa kesulitan dalam menjaga kebersihan dan merawat luka. Anggota keluarga yang seharusnya dapat mengurus mereka, kadang tidak peduli bahkan tidak mendorong rutinitas berobat sehingga penyakitnya bertambah parah dan menular kepada orang lain (Ghimire, 1999 dalam Suryanda, 2007).

Penemuan penderita baru terkait dengan deteksi dini penyakit kusta di komunitas masih sangat sulit. Penemuan penderita kusta di komunitas biasanya sudah terlambat dan tertunda. Penemuan penderita kusta yang terlambat dan tertunda berhubungan dengan anggapan masyarakat yang negatif terhadap penderita kusta, rendahnya kesadaran mengenai gejala dini kusta, dan kondisi cacat yang dialami oleh penderita kusta. Kondisi kecacatan penderita kusta umumnya juga diakibatkan oleh usaha pencarian pelayanan kesehatan oleh penderita kusta dan keluarga yang salah seperti penggunaan pengobatan tradisional dan interaksi dengan intervensi pelayanan kesehatan dalam penanganan kusta (Nicholls, 2002).

Upaya penemuan kasus sejak dini penderita kusta akan terus digalakkan. Informasi dari masyarakat, terutama anggota keluarga ke

tenaga kesehatan sangat dibutuhkan agar pengobatan dapat dilakukan lebih awal. Tenaga kesehatan ditingkat puskesmas akan digerakkan untuk melakukan edukasi dan penyebaran informasi tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) kepada masyarakat (Kompas, 2012).

Stigma tentang penyakit kusta masih merupakan masalah dalam upaya pemerintah untuk melakukan tindakan penanggulangan dan pemberantasan penyakit kusta. Stigma negatif pada penderita kusta di masyarakat mandar adalah :

1. Penderita kusta dilarang makan makanan yang berdarah (dari hewan) karena diyakini dapat menyebabkan kulit penderita kusta akan berwarna kemerahan.
2. Apabila penderita kusta duduk di kursi, orang di sekitarnya akan tertular penyakit tersebut, apalagi orang tersebut duduk di kursi yang sama dan masih terasa hangat kursinya.
3. Tidak boleh berhubungan badan saat istri sedang haid atau jika ada yang berhubungan badan dengan istri yang sedang haid maka yang bersangkutan akan menderita kusta atau juga bisa menyebabkan anak yang lahir terkena penyakit kusta (Arali, 2008).

Stigma yang berkembang di masyarakat terkait penyakit kusta menimbulkan beberapa masalah bagi penderita, seperti dikucilkan oleh masyarakat, diabaikan dan kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan. Selain dari stigma tersebut juga mempunyai dampak bagi keluarga penderita kusta, karena dapat mengakibatkan isolasi sosial masyarakat

terhadap keluarga penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002).

Beberapa masalah psikososial akibat penyakit kusta ini dapat dirasakan baik oleh penderita kusta maupun keluarganya, seperti perasaan malu dan ketakutan akan kemungkinan terjadi kecacatan karena kusta, ketakutan penderita menghadapi keluarga maupun masyarakat karena sikap penerimaan yang kurang wajar, upaya keluarga untuk menyembunyikan anggota keluarganya yang menderita kusta karena dianggap aib, atau bahkan mengasingkan anggota keluarga karena takut ketularan (Zulkifli, 2003).

Respon dari anggota keluarga terhadap penderita kusta karena ketakutan akan kemungkinan penularan penyakit tersebut akan mempengaruhi partisipasi anggota keluarga dalam hal perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita kusta sehingga keluarga kurang memberikan dukungan kepada penderita untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengobati penyakitnya tersebut (Rahayu, 2012).

Permasalahan lainnya yang harus dihadapi dalam menangani penyakit kusta adalah adanya rasa ketakutan yang berlebihan pada masyarakat dan petugas kesehatan terhadap penderita kusta. Pandangan yang salah tentang kusta sebagai kutukan, penyakit keturunan, atau akibat guna-guna yang mempersulit upaya pengobatan. Penderita dan keluarganya akan malu memeriksakan penyakit tersebut ke pusat pelayanan kesehatan sehingga tidak jarang penderita justru

disembunyikan. Kondisi tertekan yang akhirnya memunculkan keputusan tidak jarang membuahkan sikap masa bodoh. Akibatnya, penyakit yang diderita semakin parah dan semakin membuka peluang penularan (Zulkifli, 2003).

Penyakit kusta masih merupakan masalah kesehatan masyarakat pada 55 negara di dunia dan Indonesia masih menduduki peringkat ketiga di dunia sebagai penyumbang penderita baru kusta terbanyak, setelah India dan Brazil. Di Indonesia masih ada 14 Provinsi dan 150 Kabupaten yang belum mencapai eliminasi kusta. Jumlah penderita kusta di dunia menurut regional WHO pada tahun 2007 sebanyak 254.525 orang dan tahun 2008, sebanyak 212.802 orang. Survei WHO tahun 2008 secara global tentang kasus baru kusta jumlahnya menurun lebih dari 11.100 kasus (4%) selama tahun 2007 dibandingkan dengan tahun 2006 (WHO, 2008).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2009, tercatat 17.260 kasus baru kusta di Indonesia (rate: 7,49/100.000) dan jumlah kasus terdaftar sebanyak 21.026 orang dengan angka prevalensi: 0,91 per 10.000 penduduk. Sedangkan tahun 2010, jumlah kasus baru tercatat 10.706 (Angka penemuan kasus baru/CDR: 4.6/100.000) dan jumlah kasus terdaftar sebanyak 20.329 orang dengan prevalensi: 0.86 per 10.000 penduduk dan pada tahun 2011 sebanyak 19.371 kasus.

Menurut data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, saat ini masih ada 14 provinsi yang mempunyai beban kusta yang tinggi, salah satu diantaranya Provinsi Sulawesi Barat yang memiliki 5 kabupaten yaitu Polewali mandar, Mamasa, Majene, Mamuju dan Mamuju utara. Adapun jumlah kasus kusta tipe *pausi basiler* (PB) dan *multi basiler* (MB) di Provinsi Sulawesi Barat, yaitu pada tahun 2009 sebanyak 450 kasus (PB = 75 dan MB = 375), tahun 2010 sebanyak 101 kasus (PB = 24 dan MB = 77), tahun 2011 sebanyak 222 kasus (PB = 49 dan MB = 173) (Profil Dinkes Prop.Sulbar, 2011).

Kabupaten Majene merupakan salah satu daerah yang ada di Provinsi Sulawesi Barat dengan tingkat endemis kusta yang tinggi. Pada tahun 2010 terdapat 37 kasus (PB = 5 orang dan MB = 32 orang), tahun 2011 terdapat 40 kasus (PB = 8 orang dan MB = 32 orang) dan tahun 2012 sebanyak 76 kasus (PB = 29 orang dan MB = 46 orang), dan di Kecamatan Tammerodo Sendana merupakan wilayah di Kabupaten Majene yang setiap tahunnya ditemukan kasus baru penderita kusta. Adapun jumlah penderita pada tahun 2010 sebanyak 3 kasus (MB = 3 orang), tahun 2011 sebanyak 3 kasus (PB = 1 orang dan MB = 2 orang), dan tahun 2012 sebanyak 6 Kasus (PB = 1 orang dan MB = 5 orang). Hal ini menunjukkan bahwa kasus kusta di Kabupaten Majene masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar (P2 Dinkes Kab.Majene 2012).

Notoatmojo (2005) dalam Hutabarat (2008), menyatakan bahwa determinan perilaku terdiri dari *faktor internal* yakni karakteristik orang yang bersangkutan, bersifat bawaan seperti tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin. *Faktor eksternal* yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Berdasarkan teori tersebut menunjukkan bahwa hambatan pengobatan pada penderita kusta dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu ada yang berasal dari dalam diri penderita (*faktor internal*) seperti jenis kelamin, pengetahuan, kepercayaan, persepsi dan adapula faktor dari luar diri penderita (*faktor eksternal*) seperti cara mendapatkan pengobatan, peran keluarga, peran komunitas dan peran insitusi kesehatan (petugas kesehatan).

Dari hasil studi yang dilakukan Dewi (2008), di wilayah Jorong Kuamang, setelah melakukan wawancara kepada 4 orang penderita kusta, menunjukkan bahwa satu orang diantaranya tidak mau ditemui karena malu dengan penyakitnya, tiga orang lainnya mengatakan bahwa masyarakat tidak mau bergaul dan tidak mau berhubungan dengan masyarakat lain atau menutup diri. Dari wawancara terhadap kepala Jorong Kuamang, beliau mengatakan sebagian besar masyarakat mengucilkan penderita kusta dari kehidupan bermasyarakat karena takut tertular dan jijik melihat penderita. Dari wawancara terhadap sepuluh orang kepala keluarga di Jorong Kuamang, semuanya mengatakan tidak mau berinteraksi dengan penderita kusta karena takut tertular, merasa

ngeri dan jijik melihat penderita, serta melarang anggota keluarganya untuk berinteraksi dengan penderita.

Penelitian yang dilakukan oleh Fajar (2002) dan Harjo (2000), pada penderita kusta di Kabupaten Gresik menunjukkan bahwa persepsi dan sikap keluarga dan petugas kesehatan yang tidak mendukung dalam upaya pengobatan kusta sangat berpengaruh terhadap kesembuhan penderita. Persepsi merupakan praktik tingkat pertama yang harus dilakukan untuk menentukan tindakan yang akan diambil. Jika keluarga dan petugas kesehatan dalam mempersepsikan masalah penyakit kusta saja sudah salah, maka penderita akan salah juga dalam memutuskan sikap terhadap penyakit yang sedang dialami atau yang berada di sekitar penderita serta perawatannya (Notoatmodjo, 2007).

Persepsi yang salah terhadap penyakit kusta merupakan salah satu masalah sehingga eradikasi kusta masih belum tercapai. Masyarakat yang merasa takut kepada penderita dan ingin menyingkirkan penderita berdampak kepada kegagalan pengobatan kusta. Sehubungan dengan hambatan pengobatan kusta oleh penderita tersebut, pendidikan kesehatan dalam promosi kesehatan bagi penderita dan masyarakat merupakan salah satu bentuk upaya yang dapat dilakukan melalui perubahan perilaku. Hal ini yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian yang berjudul :

“Analisis Hambatan Pengobatan Penderita Kusta di Kecamatan Tammerodo Sendana Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian tersebut maka dapat disusun rumusan masalah penelitian sebagai berikut :

Hal-hal apa saja yang menghambat pengobatan penderita kusta di Kecamatan Tammerodo Sendana ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis hal - hal yang menghambat pengobatan penderita kusta di Kecamatan Tammerodo Sendana.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hambatan pengobatan ditinjau dari penderita kusta (pengetahuan, sikap dan kepercayaan).
- b. Menganalisis hambatan pengobatan penderita kusta ditinjau dari peran keluarga penderita.
- c. Menganalisis hambatan pengobatan penderita kusta ditinjau dari peran komunitas (masyarakat).
- d. Menganalisis hambatan pengobatan penderita kusta ditinjau dari peran institusi kesehatan (petugas kesehatan).

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu informasi bagi para ilmuwan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang.

2. Manfaat Praktis

Sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran bagi instansi terkait khususnya dinas kesehatan provinsi sulawesi barat dan kabupaten majene dalam upaya mendukung eradikasi kusta.

3. Manfaat Bagi Masyarakat

Sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran pada masyarakat Kecamatan Tammerodo Sendana dalam upaya menumbuhkan dukungan keyakinan dan kepercayaan diri serta kesadaran pengobatan dini pada penderita kusta.

4. Manfaat Bagi Peneliti

Memberikan pengalaman yang sangat berharga bagi peneliti dalam mengembangkan pengetahuan tentang upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kusta

1. Definisi

Penyakit kusta adalah penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tumbuh lainnya (Depkes RI, 2008 dalam Rahayu, 2012).

Penyakit kusta (*hansen's disease*) adalah penyakit infeksi kronis granulomatosa yang disebabkan oleh *mycobacterium leprae* terutama menyerang saraf tepi, kemudian menyerang kulit, mukosa mulut, saluran napas bagian atas, sistem retikuloendotelial, mata, otot, tulang dan testis kecuali susunan saraf pusat (Rea and Modlin, 2008).

2. Penyebab

Penyebab penyakit kusta adalah kuman kusta, yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 - 8 mic, lebar 0,2 - 0,5 mic biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (BTA) (Depkes RI, 2006).

3. Masa Tunas

Masa belah diri bakteri kusta adalah memerlukan waktu yang sangat lama dibandingkan dengan agent penyakit lain, yaitu 12 - 21

hari. Hal ini merupakan salah satu penyebab masa tunas lama yaitu rata-rata 2 - 5 tahun.

Masa inkubasi kusta bervariasi antara 40 hari sampai 40 tahun, dengan rata-rata 3 - 5 tahun (Depkes RI, 2006). Masa inkubasi berkaitan dengan pembelahan sel yang lama, yaitu antara 2 - 3 minggu dan di luar tubuh manusia (kondisi tropis) kuman kusta dapat bertahan sampai 9 hari. Pertumbuhan optimal *invivo* kuman kusta pada tikus pada suhu 27 - 30 C (Kosasih, 2005).

4. Cara Penularan

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe *multi basiler* (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit. Timbulnya penyakit kusta bagi seseorang tidak mudah, dan tidak perlu ditakuti sebab tergantung dari beberapa faktor antara lain :

a. Faktor sumber penularan

Sumber penularan adalah penderita kusta tipe MB. Penderita MB inipun tidak akan menularkan kusta, apabila berobat teratur.

b. Faktor kuman kusta

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

c. Faktor daya tahan tubuh

Sebagian besar manusia kebal terhadap penyakit kusta (95%). Dari hasil penelitian menunjukkan gambaran bahwa dari 100 orang yang terpapar, 95 orang diantaranya tidak menjadi sakit, 3 orang sembuh sendiri tanpa obat dan 2 orang menjadi sakit, hal ini belum lagi memperhitungkan pengaruh pengobatan.

5. Diagnosa

Diagnosis penyakit kusta didasarkan pada gambaran klinis, bakteriologis dan histopatologis. Dari ketiga diagnosis klinis merupakan yang terpenting dan paling sederhana. Sebelum diagnosis klinis ditegakkan, harus dilakukan anamnesa, pemeriksaan klinik (pemeriksaan kulit, pemeriksaan saraf tepi dan fungsinya) (Amirudin, 2000).

Sedangkan untuk menetapkan diagnosa penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda pokok atau "*Cardinal signs*" pada badan yaitu :

- a. Kelainan kulit/lesi yang hypopigmentasi atau kemerahan dengan hilang/mati rasa yang jelas.
- b. Kerusakan dari syaraf tepi, yang berupa hilang/mati rasa dan kelemahan otot tangan, kaki, atau muka.
- c. Adanya kuman tahan asam di dalam korekan jaringan kulit (BTA positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda pokok diatas. Bila ragu - ragu orang

tersebut dianggap sebagai kasus dicurigai (suspek) dan diperiksa ulang setiap 3 bulan sampai diagnose dapat ditegakkan kusta atau penyakit lain. Untuk melakukan diagnose secara lengkap dilaksanakan hal-hal sebagai berikut :

- a. Anamnesis
- b. Pemeriksaan klinis melalui pemeriksaan kulit dan syaraf tepi serta fungsinya
- c. Pemeriksaan bakteriologis
- d. Pemeriksaan hispatologis
- e. Immunologis

6. Klasifikasi Kusta

Dikenal beberapa jenis klasifikasi kusta, yang sebagian besar didasarkan pada tingkat kekebalan tubuh (kekebalan seluler) dan jumlah kuman (Depkes RI, 2001). Beberapa klasifikasi kusta yang digunakan antara lain :

- a. Klasifikasi Madrid (1953)

Pada klasifikasi kusta ini penderita kusta ditempatkan pada dua kutub, satu kutub terdapat kusta tipe tuberculoid (T) dan kutub lain tipe lepromatous (L). Diantara kedua tipe ini ada tipe tengah yaitu tipe borderline (B). Di samping itu ada tipe yang menjembatani yaitu disebut tipe intermediate borderline (B) (20).

b. Klasifikasi Ridley Jopling (1962)

Berdasarkan gambaran imunologis, Ridley dan Jopling (1962), membagi tipe kusta menjadi 6 kelas yaitu : intermediate (I), tuberculoid-tuberculoid (TT), borderline tuberculoid (BT), borderline - borderline (BB), borderline lepromatous (BT) dan lepromatous - lepromatous (LL).

c. Klasifikasi WHO (1997)

Pada pertengahan tahun 1997 WHO *Expert Committeemen* mengklasifikasi kusta menjadi pausi basiler (PB) lesi tunggal, pausi basiler (PB lesi 2 - 5) dan *multi basiler* (MB). Sekarang untuk pengobatan PB lesi tunggal disamakan dengan PB lesi 2 - 5. Sesuai dengan jenis regimen MDT (*multi drug therapy*) maka penyakit kusta dibagi dalam 2 tipe, yaitu tipe PB dan MB. Klasifikasi WHO (1997) inilah yang diterapkan dalam program pemberantasan penyakit kusta di Indonesia.

7. Pengobatan Kusta

a. Tujuan Pengobatan

- 1) Menyembuhkan penderita kusta dan mencegah timbulnya cacat. Pada penderita tipe PB yg berobat dini dan teratur akan cepat sembuh tanpa menimbulkan cacat. Akan tetapi bagi penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen pengobatan hanya dapat mencegah cacat yang lebih lanjut. Bila penderita kusta tidak minum obat secara teratur, maka

kuman kusta dapat menjadi aktif kembali, sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan syaraf yang dapat memburuk keadaan. Disinilah pentingnya pengobatan sedini mungkin dan teratur.

- 2) Memutuskan mata rantai penularan dari penderita kusta terutama tipe yang menular kepada orang lain. Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh, dan tanda - tanda penyakit menjadi kurang aktif dan akhirnya hilang. Dengan hancurnya kuman pada sumber penularan dari penderita terutama tipe MB ke orang lain terputus. Selama dalam pengobatan penderita kusta dapat terus bersekolah atau bekerja seperti biasa.

b. Obat – Obat yang Digunakan

1. DDS (dapsone).
 - a) Singkatan dari diamino diphenyl sulfone.
 - b) Bentuk obat berupa tablet warna putih dengan takaran 50 mg/tab dan 100 mg/tablet.
 - c) Sifat bakterostatik yaitu menghalang / menghambat pertumbuhan kuman kusta.
 - d) Dosis.
 - 1) Dewasa 100 mg/hari.
 - 2) Anak-anak 1 - 2 mg/kg berat badan/hari.

e) Efek samping jarang terjadi, berupa :

- 1) Anemia hemolitik dan selanjutnya lihat di literatur.
- 2) Manifestasi kulit (alergi) seperti halnya obat lain, seseorang dapat alergi terhadap obat ini. Bila hal ini terjadi harus diperiksa dokter untuk dipertimbangkan apakah obat harus dihentikan.
- 3) Manifestasi saluran pencernaan makanan : Anoreksi, muntah, hepatitis.
- 4) Manifestasi urat syaraf; Neuropati perifer, sakit kepala vertigo, penglihatan kabur, sulit tidur, psychosis.

2. Lamperene (B663) juga disebut Clofazimine.

a) Bentuk

Kapsul warna coklat. Ada takaran 50 mg/kapsul dan 100 mg/kaps.

b) Sifat :

- 1) Bakteriostatik yaitu menghambat pertumbuhan kuman kusta.
- 2) Anti reaksi (Menekan reaksi).

c) Dosis :

Untuk dipergunakan dalam pengobatan kombinasi, lihat pada regimen pengobatan MDT.

d) Efek samping :

1) Warna kulit terutama pada infiltrat berwarna ungu sampai kehitam - hitaman yang dapat hilang pada pemberian obat lampprene disetop.

2) Gangguan pencernaan berupa diare, nyeri pada lambung.

3. Rifampicin.

a) Bentuk :

Kapsul atau tablet takaran 150 mg, 300 mg, 450 mg dan 600 mg.

b) Sifat :

Mematikan kuman kusta (bakteriosid).

c) Dosis :

Untuk dipergunakan dalam pengobatan kombinasi, lihat pada regimen pengobatan MDT. Untuk anak-anak dosisnya adalah 10 - 15 mg/kg berat badan.

d) Efek samping :

Efek samping yang ditimbulkan oleh rifampicin yaitu dapat menimbulkan kerusakan pada hati dan ginjal.

Dengan pemberian rifampicin 600 mg/bulan tidak berbahaya bagi hati dan ginjal (kecuali ada tanda - tanda penyakit sebelumnya). Sebelum pemberian obat ini perlu

dilakukan tes fungsi hati apabila ada gejala - gejala yang mencurigakan.

4. Prednison

Obat ini digunakan untuk penanganan/pengobatan reaksi.

5. Sulfat Ferrosus

Obat tambahan untuk penderita kusta yang anemia berat.

6. Vitamin A.

Obat ini digunakan untuk menyehatkan kulit yang bersisik (Ichthiosis).

8. Gambaran Immunologi Penyakit Kusta

Imunitas terdapat dalam bentuk alamiah (*non spesifik*) dan didapat (*spesifik*). Imunitas alamiah tergantung pada berbagai keadaan struktural jaringan dan cairan tubuh, tidak oleh stimulasi antigen asing. Imunitas di dapat tergantung pada kontak antara sel-sel imun dengan antigen yang bukan merupakan unsur dari jaringan host sendiri. Imunitas didapat ada dua jenis yaitu humoral dan seluler. Imunitas humoral didasarkan oleh kinerja gamma globulin serum yang disebut antibodi (*imunoglobulin*). *Imunoglobulin disintesis oleh leukosit yaitu limphosit B.* Imunitas seluler berdasarkan kerja kelompok *limphosit yaitu limfosit T dan makrofag* (Kresno, 2001).

Pada penyakit kusta, kekebalan dipengaruhi oleh respon imun seluler (*cell mediated immunity*). Variasi atau tipe dalam penyakit kusta disebabkan oleh variasi dalam kesempurnaan imunitas seluler. Bila

seseorang mempunyai imunitas seluler yang sempurna, tidak akan menderita penyakit kusta walaupun terpapar *mycobacterium leprae*. Orang yang tidak mempunyai imunitas seluler sempurna, bila menderita kusta akan mendapat salah satu tipe penyakit kusta. Penderita yang mempunyai imunitas seluler cukup tinggi akan mendapat kusta tipe T (klasifikasi madrid) atau tipe TT (klasifikasi ridley jopling) atau tipe PB (klasifikasi WHO). Semakin rendah imunitas seluler, tipe yang akan diderita semakin kearah L / LL / MB (Depkes RI, 2001).

B. Tinjauan Umum Tentang Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmojo (2005), perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat - sakit, penyakit dan faktor - faktor yang mempengaruhi sehat - sakit seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan. Perilaku kesehatan pada garis besarnya dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat
2. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya.

Skinner dalam Notoatmojo (2005), mengeluarkan suatu teori yang disebut teori S-O-R (*stimulus, organism-respons*) yang mengelompokkan perilaku menjadi dua, yaitu perilaku tertutup dan perilaku terbuka. Perilaku tertutup terjadi apabila respons terhadap stimulus masih belum dapat

diamati secara jelas. Respons tersebut masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap. Perilaku terbuka terjadi bila respons terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktek dan dapat diamati dari luar. Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi stimulus namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik orang yang bersangkutan, bersifat bawaan. Faktor - faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

a. Faktor Internal

1) Umur

Menurut Dunbar dan Waszak dalam Hutabarat (2008), ketaatan dalam pengobatan pada anak - anak, remaja dan dewasa adalah sama. Namun orang tua lebih cenderung taat melakukan pengobatan karena mengikuti semua anjuran dokter.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat mempengaruhi penderita dalam melakukan pengobatan. Penderita wanita biasanya akan lebih cenderung melakukan pengobatan karena sesuai dengan kodrat wanita ingin tampak kelihatan cantik dan tidak ingin ada cacat pada tubuhnya, sehingga dalam penanggulangannya penyakit kusta mereka lebih taat melakukan pengobatan.

3) Pendidikan

Penderita dengan pendidikan rendah dan kecerdasan yang terbatas perlu penanganan yang lebih serius. Penderita dengan pendidikan yang rendah lebih cenderung tidak melakukan pengobatan kusta terkait dengan pengetahuan mereka yang sangat minim tentang kusta.

4) Pekerjaan

Penderita penyakit kusta yang bekerja seperti biasa akan termotivasi untuk melakukan pengobatan demi kesembuhannya bila dibandingkan dengan penderita yang tidak bekerja, karena pekerjaannya adalah sumber mata pencahariannya, sumber untuk memberikan nafkah dan berguna bagi keluarganya walaupun kondisi tubuh menderita penyakit kusta, tetap bekerja.

5) Penghasilan

Penghasilan keluarga setiap bulannya digunakan untuk membiayai keluarga sehari - hari. Adanya berbagai keresahan dibidang sosio ekonomi keluarga, khususnya masyarakat yang pendapatannya kecil. Dengan penghasilan yang kecil, mengeluarkan biaya untuk ongkos terasa berat bagi masyarakat datang ke pelayanan kesehatan atau puskesmas untuk melakukan pengobatan.

6) Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2005), pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Menurut Azwar (2007), fungsi pengetahuan mempunyai dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Apabila penderita kusta memiliki pengetahuan yang baik dan memadai tentang penyakit kusta maka penderita akan lebih terdorong untuk melakukan pengobatan. Rendahnya pengetahuan tentang kusta dan masih kuatnya stigma terhadap penyakit kusta sangat berpengaruh terhadap pengobatan kusta.

7) Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Menurut Taylor dalam Azwar (2007), pengobatan kusta sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya apakah penderita mengikuti saran dari petugas kesehatan untuk dilaksanakan guna mencapai kesembuhan.

8) Kepercayaan

Kepercayaan adalah sikap untuk menerima suatu pernyataan atau pendirian tanpa menunjukkan sikap pro atau kontra. Menurut Krech dkk dalam Sarwono (1997), kepercayaan

dapat tumbuh jika orang berulang - ulang kali mendapat informasi yang sama. Penelitian Rachmalia dan Sunanti (1999), di Kabupaten Bangkalan pada penderita kusta mengatakan mereka terpaksa berobat ke petugas kesehatan karena malu akan penyakitnya dan keluarga mereka percaya bahwa penyakit kusta itu disebabkan guna - guna, penyakit kutukan dan sihir, sehingga setelah penyakit parah terpaksa mereka berobat kepada petugas kesehatan.

b. Faktor Eksternal

1) Peran Keluarga

Keluarga merupakan sebagai lembaga sosial yang mempunyai fungsi tradisional keluarga seperti fungsi sosial ekonomi karena sebagian hasil kerja yang dilakukan di dalam atau di luar rumah dikelola dalam keluarga yang ditunjukkan dengan adanya pembentukan kerabat, keturunan dan hubungan sosial melalui keluarga dan fungsi proses pendidikan termasuk di dalamnya penanaman nilai dan ideology kepada anggota keluarga, oleh karena itu penanganan yang baik terhadap persoalan - persoalan keluarga akan memberikan kontribusi yang positif bagi upaya kesehatan para anggotanya (Notosoedirdjo dan Latipun dalam Hutabarat, 2008). Orang - orang yang mendapat perhatian dan penghiburan maupun pertolongan dari keluarganya cenderung lebih mudah mengikuti

nasihat medis, karenanya peranan keluarga sangat besar bagi penderita dalam mendukung perilaku atau tindakan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

2) Peran Petugas Kesehatan

Pelayanan yang baik dari petugas kesehatan dapat menyebabkan berperilaku positif. Perilaku petugas yang ramah dan segera mengobati pasien tanpa menunggu lama - lama maka penderita merasa dihargai datang ke puskesmas, penderita diberi penjelasan tentang obat yang diberikan dan pentingnya makan obat yang teratur. Kebanyakan orang hanya kadang - kadang datang ke tenaga kesehatan karena hampir semua orang mempunyai keluhan yang menakutkan tentang kunjungan pada petugas kesehatan.

Dari hasil penelitian Rachmalina dan Sunanti (1999), di Kabupaten Bangkalan peran petugas kesehatan sangat berpengaruh terhadap ketaatan penderita untuk berobat. Menurut Zulaicha di Indonsia kualitas interaksi antara petugas kesehatan terutama dokter dan penderita berbeda - beda berdasarkan tingkat pendidikannya, karena petugas harus memberikan informasi dengan kalimat atau kata - kata sesuai dengan tingkat pendidikan pasiennya.

Menurut Depkes RI (2000), penderita sering terputus pengobatannya karena keterbatasan obat di Puskesmas,

pelayanan Puskesmas yang buruk dan tidak ada petugas di Puskesmas ketika datang mengambil obat dengan memperhatikan besarnya masalah kusta yang dapat menimbulkan penularan pada masyarakat, perlunya penderita untuk berobat, pencegahan kecacatan dan keteraturan minum obat maka kegiatan penyuluhan kesehatan yang diberikan oleh petugas merupakan komponen sangat penting perlu dilanjutkan, dikembangkan dan ditingkatkan perannya dalam pemberantasan penyakit kusta.

3) Peran Komunitas

Tokoh panutan merupakan faktor sosial yang sangat penting dalam suatu proses adopsi atau perubahan. Perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang penting bagi seseorang individu, maka apa yang dia katakan atau perbuatannya cenderung untuk dicontoh oleh individu tersebut. Demikian halnya dalam keinginan seseorang untuk pengobatan secara teratur, keberadaan tokoh panutan akan sangat menentukan dalam pengambilan keputusan. Apabila seorang tokoh panutan mendukung atau ikut berpartisipasi dalam mengontrol pengobatan kusta, maka orang-orang yang menganggapnya sebagai panutan akan cenderung untuk mengikutinya dan demikian juga sebaliknya. Berhasil atau tidak suatu program pemerintah khususnya program pengobatan kusta tidak cukup

hanya dengan tersedianya obat dan logistik lainnya, tetapi juga diperlukan petugas kesehatan yang berdedikasi, dukungan lintas program dan lintas sektoral serta yang tidak kalah pentingnya adalah dukungan atau peran serta masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Faktor lain yang dapat menghambat pengobatan penderita kusta dapat juga diidentifikasi dengan menggunakan model 4A (*availability, accessibility, affordability dan acceptability*) dari Good (1987), yang sangat tepat digunakan untuk mengetahui hambatan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. *Availability* (ketersediaan) : mengacu pada distribusi geografis dari fasilitas kesehatan. Apabila suatu daerah tidak tersedia fasilitas kesehatan maka hal ini yang akan menghambat pengobatan penderita kusta. Di damping itu, fasilitas dan peralatan yang kurang memadai dalam pelayanan kesehatan akan menyebabkan rendahnya akses penderita kusta terhadap pelayanan kesehatan.
2. *Accessibility* (aksesibilitas) : termasuk kemudahan akses seperti, transportasi. Tempat pelayanan yang tidak strategis sulit dicapai, menyebabkan berkurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penderita kusta.
3. *Affordability* (keterjangkauan) : termasuk keterjangkauan biaya perawatan untuk rumah tangga, individu atau keluarga. Biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi) menyebabkan penderita kusta

tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk melakukan pengobatan kusta.

4. *Acceptability* (penerimaan): berkaitan dengan kesesuaian sosial budaya. Hal ini mengacu pada karakteristik dari penyedia layanan kesehatan, perilaku petugas kesehatan, aspek gender (penerimaan untuk tidak dirawat oleh lawan jenis, khususnya perempuan yang menolak untuk dilihat oleh petugas kesehatan laki-laki), birokrasi yang berlebihan, dll.

Berdasarkan hasil penelitian Sri (2006), analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan pasien dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Bangli, menyimpulkan bahwa semakin lengkap fasilitas pelayanan kesehatan semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Bangli. Disamping itu, faktor lain yang dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah jarak. Semakin dekat lokasi pelayanan kesehatan semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Bangli. Namun hasil ini berbeda dengan penelitian Hendrartini (1995), variabel jarak mempunyai korelasi negatif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan dan secara statistik tidak bermakna.

C. *Disability Oriented Approach (DOA)*

DOA (*disability oriented approach*) adalah suatu pendekatan menyeluruh berbasis epidemiologi dan promosi kesehatan. Melalui pendekatan ini setiap orang mudah diyakinkan bahwa bila seseorang

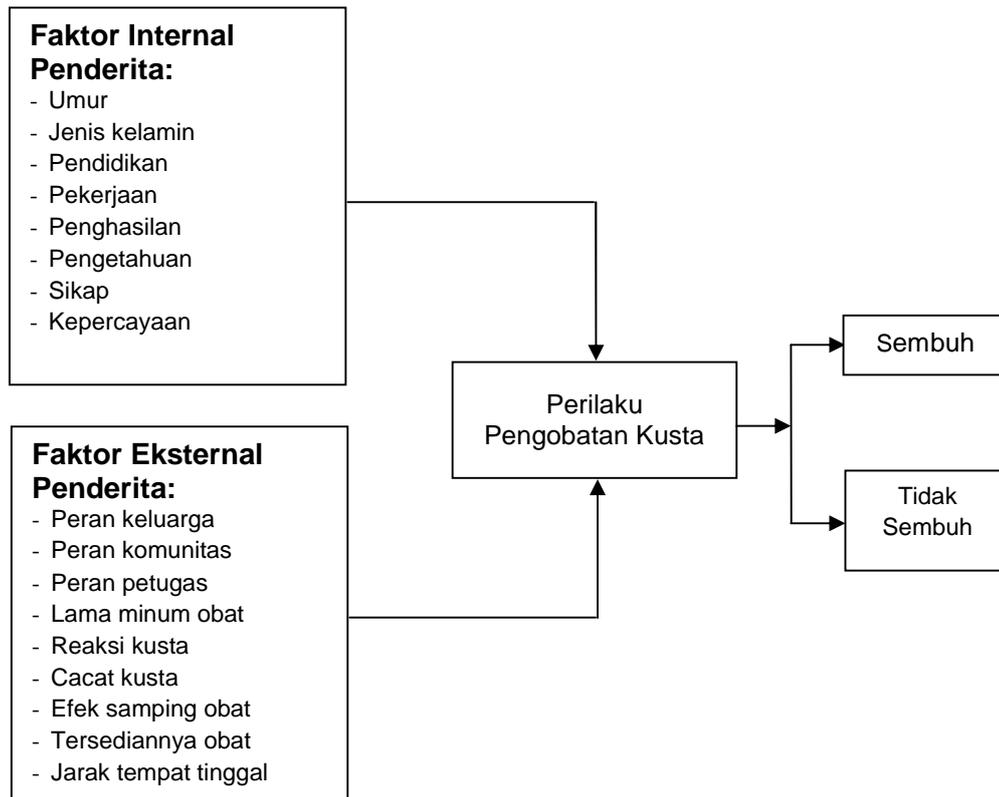
menderita penyakit, disaat itu terjadi *disability* (ketidakmampuan) yang berat ringanya tergantung dari virulensi dari bibit penyakit, daya tahan tubuh yang bersangkutan serta pengaruh lingkungan sekitar. Keberadaan ketiga faktor ini secara berimbang dan memadai merupakan indikasi bahwa ketidakmampuan yang ada dapat direhabilitasi secara sempurna. Pada keadaan kemampuan rehabilitasi terbatas pasien akan sakit ataupun sembuh dengan cacat bahkan kematianpun dapat terjadi, tergantung tingkat keterbatasan tubuh yang disiapkan merehabilitasi disability bersangkutan (Ngatimin, 2005).

Adanya fakta dari lapangan bahwa ber-DOA dan berobat saja secara maksimal bukan jaminan tercapainya kesembuhan. Olehnya merujuk pokok pemikiran "*Holistic medicine*" untuk melayani manusia secara seutuhnya seraya didukung untuk menagendakan hidup sehat tidak mungkin tercapai tanpa dukungan keyakinan (Ngatimin, 2007).

D. Kerangka Teori

Penyakit kusta merupakan penyakit menular yang menahun dan disebabkan oleh kuman kusta (*mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya. Menyembuhkan penderita kusta dan mencegah timbulnya cacat merupakan tujuan dari pengobatan penyakit kusta. Penderita kusta yang berobat dini dan teratur akan cepat sembuh tanpa menimbulkan cacat, akan tetapi bagi penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen pengobatannya hanya dapat mencegah

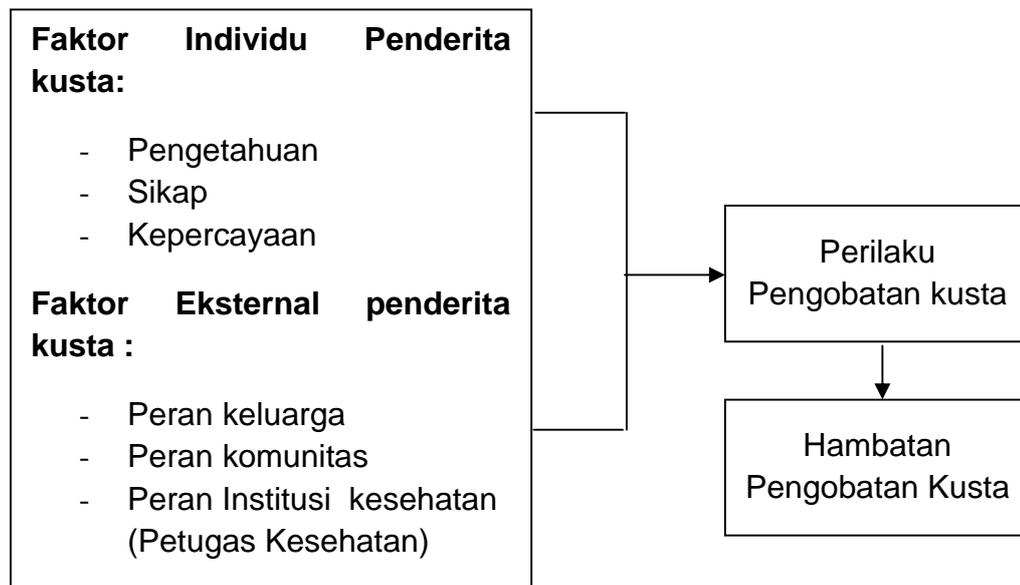
yang lebih lanjut. Bila penderita kusta tidak melakukan pengobatan maka penderita tidak akan sembuh bahkan kuman akan dapat aktif kembali, sehingga timbul gejala - gejala baru pada kulit dan syaraf yang dapat memperburuk keadaan.



Gambar 1. Teori Skinner dalam Notoatmojo, (2005).

D. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori tersebut maka variabel dalam penelitian ini adalah faktor individu penderita kusta (pengetahuan, sikap dan kepercayaan), dan faktor eksternal (peran keluarga, peran komunitas dan peran insitusi kesehatan). Kerangka konsep dapat digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

E. Definisi Konsep

1. Pengetahuan adalah pengertian tentang penyakit kusta dan pengobatannya yang meliputi : Definisi / pengertian, penyebab, tanda awal, cara pengobatan, cara pencegahan dan bahayanya / akibatnya apabila tidak melakukan pengobatan.
2. Sikap adalah respon terhadap penyakit kusta meliputi upaya pencegahan, upaya pengobatan yang dilakukan pada penderita kusta itu sendiri.
3. Kepercayaan adalah keyakinan tentang penyakit kusta yang mencakup persepsi bahwa penyakit kusta itu merupakan kutukan Tuhan, karena guna - guna, atau sembuh apabila berobat secara teratur ke puskesmas.

4. Peran keluarga adalah bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada penderita kusta dalam melakukan pengobatan sehubungan dengan persepsi keluarga tentang penyakit kusta, yang mencakup : Perlakuan keluarga, penerapan PHBS dalam keluarga, dukungan pengobatan kesarana kesehatan.
5. Peran komunitas (tokoh masyarakat) adalah bentuk dukungan yang diberikan oleh komunitas kepada penderita kusta dalam melakukan pengobatan sehubungan dengan stigma masyarakat tentang kusta, seperti : persepsi dan stigma masyarakat tentang penyakit kusta, partisipasi masyarakat dalam upaya mengeradikasi penyakit kusta dan dukungan pengobatan kesarana kesehatan.
6. Peran Insitusi kesehatan (petugas kesehatan) adalah bentuk dukungan insitusi kesehatan dalam upaya pemberian pelayanan pengobatan pada penderita kusta, seperti pelacakan kasus atau survei kontak penderita dan upaya pengobatan dini serta penyuluhan.