

SKRIPSI
HUBUNGAN PERILAKU PENDERITA KUSTA RAWAT
JALAN DENGAN KEJADIAN KECACATAN DI RUMAH
SAKIT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR
TAHUN 2012

RUSMAYANTY RUSDIN
K 111 08 319



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

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2012

RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

EPIDEMIOLOGI

SKRIPSI, APRIL 2012

RUSMAYANTY RUSDIN

“HUBUNGAN PERILAKU PENDERITA KUSTA RAWAT JALAN DENGAN KEJADIAN KECACATAN DI RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR TAHUN 2012”

(xiii + 95 Halaman + 15 Tabel + 1 Gambar + 9 Lampiran)

Indonesia merupakan negara yang memiliki penderita kusta terbanyak di dunia setelah India dan Brazil. Indonesia Timur terdapat angka kesakitan kusta yang lebih tinggi. Angka kasus kusta di Sulawesi Selatan mengalami penurunan dari tahun 2008 sebesar 2.770 orang ke tahun 2009 sebesar 1.495 orang, namun jumlahnya masih tinggi. Data penderita kusta rawat jalan di Poli Kusta Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar bulan Januari-September 2011 sebesar 4.369 orang, dengan jumlah kunjungan 2460 kali. Jumlah pasien tahun 2011 lebih besar dari jumlah pasien rawat jalan pada tahun 2010 sebesar 4.156 orang. Kasus kusta penularannya masih tinggi, penderita baru semakin bertambah disebabkan pengetahuan yang kurang mengenai deteksi dini penyakit kusta sehingga sikap dan tindakan yang juga ikut terabaikan (negatif).

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional analitik dengan pendekatan *Cross Sectional*. Populasinya adalah seluruh penderita kusta rawat jalan yang tercatat berdasarkan buku register poli kusta Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2011. Sampel penelitian ini adalah sebagian dari penderita kusta rawat jalan yang tercatat berdasarkan buku register poli kusta sebesar 104 orang. Cara pengambilan sampel secara *accidental sampling*, dimana teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang ditemui asalkan sesuai dengan persyaratan data yang diinginkan. Proses analisis dengan menggunakan uji statistik *Chi-square* (X^2) dan koefisien ϕ (phi).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan dengan kejadian kecacatan kusta dengan nilai $p = 0,045$ ($p < \alpha = 0,05$) dan nilai koefisien $\phi = 0,197$ dengan kekuatan hubungan lemah, sikap berhubungan dengan kejadian kecacatan kusta dengan nilai $p = 0,046$ ($p < \alpha = 0,05$) dan nilai koefisien $\phi = 0,224$ dengan kekuatan hubungan lemah, dan tindakan tidak berhubungan dengan kejadian kecacatan kusta dengan nilai $p = 0,983$ ($p > \alpha = 0,05$).

Penelitian ini menyarankan kepada penderita kusta agar meningkatkan pengetahuan mengenai konsep dasar kusta dan penyebab kecacatan serta melakukan pengobatan dan perawatan diri sehingga memiliki sikap dan tindakan yang positif untuk mempercepat penyembuhan kusta dan pencegahan kecacatan kusta (jika yang sudah cacat, untuk mencegah tingkat cacat yang lebih parah).

Kepada pemerintah dalam penanggulangan masalah kusta, khususnya deteksi dini penyakit kusta terutama di wilayah yang banyak menampung penderita kusta karena meskipun memiliki perilaku yang positif jika pada dasarnya sudah menderita cacat maka tidak akan mengubah keadaan penderita itu kecuali mencegah cacat agar tidak menjadi lebih parah.

Daftar Pustaka : 38 (2000 – 2011)

Kata Kunci : Kecacatan Kusta, Pengetahuan, Sikap, Tindakan

KATA PENGANTAR

Alhamduillah, Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “*HUBUNGAN PERILAKU PENDERITA KUSTA RAWAT JALAN DENGAN KEJADIAN KECACATAN DI RUMAH SAKIT Dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR TAHUN 2012*”. Salam dan shalawat tidak lupa penulis kirimkan kepada Baginda Rasulullah Muhammad SAW. Banyak kendala yang penulis hadapi dalam penyelesaian skripsi ini, namun berkat bantuan dari berbagai pihak, akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan.

Penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Ayahanda Bapak H. Rusdin Basiru dan Ibunda tercinta Hj. Sitti Salma serta nenek Hj. Nurlaela atas segala cinta, perhatian, pengorbanan dan doa yang tiada ternilai kepada penulis. Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada saudara-saudaraku (Saldy Rusdin dan Achmad Fadly Rusdin) yang telah banyak menghibur dan memberikan semangat kepada penulis. Tak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terkasih Muh. Dasrilano Sukri, SKM atas segala cinta, doa, dan motivasi yang diberikan kepada penulis. Dalam kesempatan ini pula dengan segala kerendahan hati, menyampaikan penghargaan dengan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. dr. Rasdi Nawir, M.Sc, selaku pembimbing I dan sebagai tim pengajar pada Bagian Epidemiologi FKM UNHAS atas segala kesempatan

dalam meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan hingga selesainya penulisan skripsi ini.

2. Bapak Wahiduddin, SKM, M.Kes, selaku pembimbing II dan sebagai Ketua Bagian Epidemiologi serta tim pengajar pada Bagian Epidemiologi FKM UNHAS yang telah rela meluangkan waktunya demi memberikan banyak masukan, arahan dan kebijakan hingga selesainya penulisan skripsi ini.
3. Bapak Dr. dr. Arifin Seweng, MPH selaku penasehat akademik selama penulis menjalani pendidikan hingga selesai.
4. Bapak Drs. H. Abd. Watief A. Rachman, MS selaku penguji dari Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku dan Bapak Syamsuar M, SKM, M.Kes, MScPH selaku penguji dari Bagian Kesehatan Lingkungan, dan Ibu Jumriani Ansar, SKM, M.Kes selaku penguji dari Jurusan Epidemiologi yang telah memberikan masukan serta kritik demi perbaikan skripsi ini.
5. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Dosen dan staff beserta seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan selama penulis mengikuti perkuliahan.
6. Direktur Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid beserta staff yang telah memberikan bantuan selama masa penelitian.
7. Paman saya, Bapak Hasan , selaku staff di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid yang sangat banyak membantu selama peneliti melakukan penelitian, juga teruntuk Kak Jum, Kak Ira, Dr. Alfrida, Dr. Marce, Pak Haji, Kak Mimink, Bu Hasma, Kak Vonny, Kak Anti dan staff diklat serta poli rehab kusta yang lain.

8. Sahabatku Meghi, Mirah, Irma, Wiwie, Ridha, Ocha, Fifi, Rini, Mba Al, Kalsum, Ivan, Muli, Yuli, Dede, serta teman 7C1b, M3, teman PBL Talloholic, teman KKN Bottoholic, ROMUSA '08, Staf jurusan (K'Ani, Bunda Kas, K'Werda 07), K'Ashari 07, K'Cute 07, K'Ilma 06, K'Anna 06 serta rekan-rekan Jurusan Epidemiologi lainnya.
9. Seluruh penderita kusta yang telah bersedia menjadi responden dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu, mendukung dan memberi motivasi, kritik dan saran sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Skripsi ini dalam penulisannya masih sangat jauh dari kesempurnaan, sehingga saran dan kritik penulis sangat harapkan demi penyempurnaan penulisan ini, meskipun kesempurnaan sesungguhnya hanya milik Allah SWT.

Makassar, 1 Maret 2012

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| PERNYATAAN PERSETUJUAN | ii |
| PENGESAHAN TIM PENGUJI | iii |
| RINGKASAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR LAMPIRAN | x |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 9 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 9 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 10 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 12 |
| A. Tinjauan Umum Tentang Kusta..... | 12 |
| B. Tinjauan Umum Tentang Cacat Kusta..... | 25 |
| C. Tinjauan Umum Tentang Perilaku..... | 29 |
| BAB III KERANGKA KONSEP | 53 |
| A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti..... | 53 |
| B. Skema Kerangka Konsep Penelitian..... | 57 |

| | |
|--|-----------|
| C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif..... | 57 |
| D. Hipotesis Penelitian | 60 |
| BAB IV METODE PENELITIAN..... | 61 |
| A. Jenis Penelitian..... | 61 |
| B. Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 61 |
| C. Populasi dan Sampel..... | 62 |
| D. Pengumpulan data..... | 62 |
| E. Pengolahan dan Penyajian Data | 63 |
| BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 68 |
| A. Hasil..... | 68 |
| B. Pembahasan..... | 80 |
| C. Keterbatasan Penelitian..... | 92 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN..... | 94 |
| A. Kesimpulan..... | 94 |
| B. Saran..... | 94 |
| DAFTAR PUSTAKA | |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner
- Lampiran 2 : Master Tabel Penelitian
- Lampiran 3 : Output Hasil Penelitian
- Lampiran 4 : Dokumentasi
- Lampiran 5 : Surat Izin Penelitian dari Dekan Fakultas Kesehatan
Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian dari Gubernur Sulawesi Selatan di
Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin
Chalid Makassar
- Lampiran 8 : Surat keterangan selesai meneliti di Rumah Sakit Dr.
Tadjuddin Chalid Makassar
- Lampiran 9 : Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR TABEL

| Tabel | | Halaman |
|--------------|--|----------------|
| Tabel 1 | Tabel Kontigensi | 66 |
| Tabel 2 | Distribusi Responden Menurut Umur di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 69 |
| Tabel 3 | Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 69 |
| Tabel 4 | Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 70 |
| Tabel 5 | Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 71 |
| Tabel 6 | Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 72 |
| Tabel 7 | Distribusi Responden Menurut Tipe Kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 72 |
| Tabel 8 | Distribusi Responden Menurut Lama Menderita di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 73 |
| Tabel 9 | Distribusi Responden Menurut Status Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 74 |
| Tabel 10 | Distribusi Responden Menurut Pengetahuan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 75 |
| Tabel 11 | Distribusi Responden Menurut Sikap di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 75 |
| Tabel 12 | Distribusi Responden Menurut Tindakan di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 76 |
| Tabel 13 | Distribusi Pengetahuan Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012 | 77 |

- Tabel 14 Distribusi Sikap Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012
- Tabel 15 Distribusi Tindakan Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 : Skema Kerangka Konsep Penelitian
Halaman 57

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kusta adalah penyakit menular dan menahun yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang kulit, saraf tepi, dan jaringan tubuh lainnya (AM, Yudied, dkk, 2008). Kusta sangat dihubungkan dengan respons imun yang terjadi dalam tubuh penderita pada saat terinfeksi (Muchtar, dkk, 2009). Bila tidak terdiagnosis dan diobati secara dini, akan menimbulkan kecacatan permanen. Jika sudah terjadi cacat, umumnya akan menyebabkan penderitanya dijauhi, dikucilkan, diabaikan oleh keluarga dan sulit mendapatkan pekerjaan atau penghidupan yang layak. Mereka menjadi sangat tergantung secara fisik dan finansial kepada orang lain yang pada akhirnya berujung pada kemiskinan. Stigma negatif yang melekat pada individu yang terkena kusta sangat kuat sehingga menimbulkan depresi (Siagian dkk, 2009).

Kusta merupakan penyebab utama kecacatan permanen di dunia dan terutama mempengaruhi orang-orang terpinggirkan miskin. Meskipun tidak fatal, gejala-gejala kronis sering menimpa individu dalam tahap yang paling produktif dari kehidupan dan karena itu memaksakan beban sosial dan ekonomi yang signifikan pada masyarakat. Selain dampak ekonomi, kusta membebani beban sosial yang berat pada individu yang terkena

dan keluarga mereka. Pasien sering dijauhi, stigma, terisolasi dan kadang-kadang terlantarkan dari segi pernikahan, pekerjaan mereka dan kehidupan sosial, membutuhkan perawatan dan dukungan keuangan, rasa malu, dan kerugian ekonomi sebagai konsekuensi (WHO, 2011).

Sampai saat ini penyakit kusta masih ditakuti oleh sebagian besar masyarakat. Keadaan ini terjadi karena pengetahuan yang kurang, pengertian yang salah, dan kepercayaan yang keliru tentang penyakit kusta dan kecacatan yang ditimbulkannya (Heru W, Bambang, 2008). Kusta ditakuti karena cacat yang diakibatkannya dan terlihat pada penderita. Hal inilah yang merupakan dasar dari stigma (Soedarjatmi, 2009).

Stigma dan depresi merupakan dua faktor yang mempengaruhi kualitas hidup para penderita kusta, dimana stigma yang melekat pada individu tersebut sangat kuat sehingga menimbulkan depresi yang cukup berat (Sousa, dkk, 2007).

Dalam *Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due To Leprosy 2011-2015* yang dicanangkan WHO, disebutkan target global yang hendak dicapai tahun 2015 yaitu penurunan 35% angka cacat yang kelihatan (tingkat II) pada tahun 2015 dari data tahun 2010. Hal ini relevan untuk dicapai dengan melihat besarnya beban akibat kecacatan kusta (Kemenkes RI, 2011 a).

Secara global, terdapat 17 negara yang melaporkan 1000 lebih dari kasus baru pada akhir tahun 2010, dimana 6 dari 17 negara di kawasan Asia Tenggara (India sebesar 126.800 kasus, Indonesia 17.012

kasus, Bangladesh 3.848 kasus, Nepal 3.118, Myanmar 2.936 kasus, dan di Sri Lanka sebesar 2.027 kasus) (WHO,2011).

Pada akhir tahun 2010, semua negara anggota di daerah telah mencapai eliminasi kusta sebagai masalah kesehatan masyarakat di tingkat nasional dan selanjutnya prevalensi berkurang dan jumlah kasus baru terdeteksi di setiap negara. Namun, masih ada sejumlah daerah endemik kusta yang jumlahnya tinggi pada negara-negara tersebut (WHO, 2011).

Menurut laporan WHO (1997), Indonesia merupakan negara yang memiliki penderita kusta terbanyak ketiga di dunia setelah India dan Brazil. Diperkirakan setiap seratus penderita kusta terdapat sepuluh penderita dengan kecacatan. (Susanto, 2006).

Penderita kusta di Indonesia terdapat hampir di seluruh daerah dengan penyebaran yang tidak merata. Suatu kenyataan, di Indonesia Timur terdapat angka kesakitan kusta yang lebih tinggi. Penderita kusta 90% tinggal di antara keluarga mereka dan hanya beberapa persen saja yang tinggal di rumah sakit kusta, koloni penampungan atau perkampungan kusta (Hiswani, 2001).

Penyakit kusta di Indonesia telah mencapai eliminasi sejak bulan Juni tahun 2000. Namun penyakit infeksi ini masih saja menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang berarti, terbukti dengan adanya kecenderungan peningkatan angka prevalensi kusta selama periode 2000-2007. Pada tahun 2003 jumlah penderita baru yang ditemukan sebanyak 15.549 dengan 76,9% di antaranya merupakan penderita tipe MB yang

diketahui merupakan tipe yang menular. Selain itu dari penderita baru yang ditemukan tersebut 8,0% sudah mengalami kecacatan tingkat 2 yaitu kecacatan yang dapat dilihat dengan mata dan 10,6% di antaranya adalah anak-anak. Keadaan ini menggambarkan masih berlanjutnya penularan dan kurangnya kesadaran masyarakat akan penyakit kusta sehingga ditemukan sudah dalam keadaan cacat (Profil Kesehatan Sulsel, 2009).

Penderita cacat tingkat II di Indonesia selama tahun 2004-2007 relatif stabil (8,6%-8,7%), namun pada tahun 2008 terjadi sedikit kenaikan yaitu 9,6%. Proporsi cacat tingkat II hingga tahun 2008 belum mencapai target program (<5% kecacatan). Hal ini berarti penularan masih terjadi di masyarakat luas dan kasus ditemukan terlambat sehingga pada saat penemuan penderita sudah mengalami kecacatan tingkat II. Sedangkan proporsi cacat pada penderita berumur 0-12 tahun pada tahun 2008, sebesar 11,3% meningkat dibandingkan tahun 2007 sebesar 10,2% (diatas target indikator program sebesar 5%) menunjukkan masih adanya penularan kusta pada masyarakat di Indonesia (Profil Kesehatan Indonesia, 2008).

Jumlah kasus kusta yang terdaftar di Indonesia pada tahun 2009 sebanyak 21.026 orang dengan angka prevalensi: 0,91 per 10.000 penduduk. Sedangkan tahun 2010, jumlah kasus terdaftar sebanyak 20.329 orang dengan prevalensi: 0.86 per 10.000 penduduk. Terdapat penurunan jumlah penderita kusta, namun masih perlu diwaspadai karena jumlah

penderita pada tahun 2010 menurun tidak jauh berbeda dengan tahun 2009 (Kemenkes RI, 2011 b).

Berdasarkan data WHO pada awal tahun 2011, jumlah kasus kusta di Indonesia sebesar 19.785 orang tidak jauh berbeda dengan tahun 2010. Hal ini membuktikan meskipun angka eliminasi kusta telah dicapai, namun masih banyak kasus baru yang didapatkan dari kabupaten-kabupaten endemik kusta dimana setiap tahun tercatat lebih dari 1000 kasus dan tidak menutup kemungkinan sudah mengalami kecacatan, dapat disebabkan karena rendahnya kinerja petugas dan rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai tanda-tanda dini penyakit kusta.

Sebanyak 17 provinsi di Indonesia masih tergolong sebagai daerah endemis kusta, salah satunya Sulawesi Selatan. Tahun 2005 di Sulawesi Selatan, jumlah penderita Kusta yang terdaftar sebanyak 1.886 orang yang terdiri dari 285 penderita tipe PB (*pausibasiler*) dan 1.601 tipe MB (*multibasiler*). Sementara untuk tahun 2006, jumlah penderita kusta yang terdaftar sebanyak 1.561 orang (2,1 per 10.000 penduduk) , sedangkan pada tahun 2007 tetap sebesar 2,1 per 10.000 penduduk (Renstra Dinkes Provinsi Sulsel Report, 2008-2013).

Penderita kusta yang tercatat di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 sebesar 2.770 orang. Sedangkan pada tahun 2009 tercatat sebesar 1.495 orang. Angka kasus kusta mengalami penurunan, namun jumlahnya masih tergolong tinggi dan memungkinkan menyebabkan kejadian kecacatan bagi penderita (Profil Kesehatan Sulsel, 2009).

Data Dinas Kesehatan Kota Makassar mencatat terjadi peningkatan jumlah kasus baru penderita kusta dari tahun 2008 sebesar 167 orang dengan proporsi kecacatan 8,4%, sedangkan tahun 2009 sebesar 185 penderita baru dengan proporsi kecacatan 3,8%, dan tahun 2010 sebesar 119 penderita (jumlah penderita anak sebesar 9 orang dan dewasa sebesar 110 orang) dengan proporsi kecacatan 10%, data tersebut berdasarkan hasil rekapitulasi 37 puskesmas yang ada di kota Makassar. Proporsi kecacatan meningkat dari tahun 2009 (3,8%) ke tahun 2010 (10%), sehingga masih diperlukannya perhatian lebih kepada penderita kusta agar sedini mungkin dapat dideteksi penderita baru untuk mengurangi angka kecacatan akibat kusta, dan pengobatan yang teratur hingga dinyatakan sembuh (P2PL Dinkes Kota Makassar, 2011).

Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid merupakan rumah sakit khusus yang menjadi tempat pengobatan orang-orang yang mengalami gangguan kesehatan kulit, khususnya pada penyakit kusta. Jumlah penderita yang tercatat di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada tahun 2008 sejumlah 1.813 orang, dimana 241 diantaranya rawat inap. Sebanyak kurang dari 80% telah mengalami cacat tingkat 2, dan sisanya sebanyak 20% penderita dengan cacat tingkat 0 dan 1. Penderita kusta rawat jalan pada tahun 2010 tercatat 4.156 dimana sebanyak 1.016 pasien baru dan 3.140 jumlah pasien lama (PPL RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, 2011).

Sedangkan data terbaru penderita kusta rawat jalan bulan Januari-September 2011 berjumlah 4.369 orang, dengan jumlah kunjungan 2460

kali khusus di Poli Kusta. Jumlah pasien tahun 2011 lebih besar dari jumlah pasien rawat jalan pada tahun 2010. Kasus kusta penularannya masih tinggi, karena penderita baru semakin bertambah, dan kemungkinan besar masih banyak kasus kusta yang tidak tercatat di lapangan (PPL RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, 2011).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Nova (2000) yang berlokasi di RS. Dr. Tadjuddin Chalid, terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan tindakan penderita kusta dengan tingkat kecacatan dari hasil uji *chi-square*, dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan tingkat kecacatan.

Perilaku individu/keluarga, terhadap suatu penyakit tergantung dari pengetahuan, sikap, dan tindakan individu tersebut, apabila pengetahuan individu terhadap suatu penyakit tidak atau belum diketahui, maka sikap dan tindakan dalam upaya pencegahan penyakit pun terkadang terabaikan (Notoatmodjo, 2010 b).

Sampai saat ini, masih banyak penderita kusta yang baru datang ke dokter setelah mengalami kecacatan yang disebabkan karena pengetahuan yang rendah akan deteksi dini penyakit kusta. Hal ini sangat disayangkan mengingat saat ini penyakit kusta telah dapat ditangani dengan baik dan kecacatan telah dapat dicegah (Putra dkk, 2009).

Salah satu nilai budaya masyarakat Sulawesi-Selatan, khususnya etnik Bugis dan Makassar, adalah budaya *Siri'*. Menurut Mattuada (1992) *siri'* adalah 'rasa malu' yang abstrak tetapi bisa diobservasi dalam

kehidupan sehari-hari. Nilai budaya siri' dibiarkan menjadi konsep yang mengambang dan diinterpretasikan secara relatif oleh tiap-tiap individu masyarakat Sulawesi-Selatan, dalam hal ini cukup berbahaya karena dapat mengganggu kehidupan baik terhadap sesama warga maupun warga lain (outgroup) (Nur, 2009).

Budaya Siri' warga juga ditunjukkan dengan adanya stigma yang melekat pada diri masyarakat itu sendiri mengenai keberadaan penderita kusta di sekeliling mereka baik itu keluarga (penderita) maupun masyarakat lain, masyarakat cenderung memojokkan, mengucilkan, atau menjauhi penderita tersebut hingga rasa malu timbul pada diri penderita yang juga didukung dengan cacat yang nampak pada diri penderita.

Pengetahuan yang rendah tentang penyakit kusta dapat menimbulkan stigma yang negatif terhadap penyakit kusta. Rendahnya pengetahuan tentang penyakit kusta juga mengakibatkan penderita kusta tidak mengetahui akibat buruk yang ditimbulkan oleh penyakit kusta. Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta. Pada penderita PB yang 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 lebih lanjut (Buraerah, 2010).

Faktor-faktor tersebut sudah banyak diteliti pada penderita untuk melihat ada hubungan variabel independen dengan kecacatan kusta namun belum banyak yang melihat secara lengkap bagaimana hubungan perilaku

dengan kejadian kecacatan dengan kedua tipe kusta. Untuk itu peneliti ingin melihat apakah ada hubungan pengetahuan, sikap dan tindakan penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagaimana hubungan pengetahuan penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012?
2. Bagaimana hubungan sikap penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012?
3. Bagaimana hubungan tindakan penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan perilaku penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012.

- b. Untuk mengetahui hubungan sikap penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012.
- c. Untuk mengetahui hubungan tindakan penderita kusta dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan masukan bagi instansi kesehatan setempat (Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dan Dinas Kesehatan Kota Makassar pada umumnya, serta RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada khususnya) dalam membuat program intervensi dan kebijakan baik jangka panjang maupun jangka pendek untuk mencegah kejadian Kusta di Kota Makassar.

2. Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan wawasan serta sebagai salah satu bahan referensi perpustakaan umum Unhas dan FKM Unhas dalam memperoleh informasi untuk penelitian berikutnya khususnya pada masalah Kusta.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat memperkaya wawasan dan pengetahuan penulis dan sebagai salah satu cara untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang diperoleh di bangku perkuliahan.

4. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kesehatan khususnya mengenai penyakit kusta, terutama mengenai perilaku terhadap kejadian kecacatan pada penderita akibat penyakit kusta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kusta

1. Sejarah Kusta

Mycobacterium leprae dalam sejarahnya dikenal sebagai bakteri patogenik pertama pada jaringan manusia yang terinfeksi, seperti yang dilaporkan oleh sarjana Norwegia Armauer Hansen pada 28 Februari 1873.

Penyakit kusta telah ada pada 6000 tahun SM di Mesir, 600 tahun SM di India, yang kemudian menyebar ke China kurang lebih 500 tahun SM, dan ke Jepang. Sedangkan pertama kali dilaporkan tercatat kasus ini di Negara barat yaitu berasal dari Yunani 300 tahun SM. Penjelasan klinis mengenai penyakit kusta datang dari India kurang lebih 190 tahun SM, sedangkan di Mesir Utara dilaporkan untuk pertama kalinya 2 mumi yang menunjukkan gejala kusta berupa mutilasi jari pada abad ke-6 Masehi (Amiruddin, 2003).

Penyakit ini diduga berasal dari Afrika atau Asia Tengah yang kemudian menyebar keseluruh dunia lewat perpindahan penduduk ini disebabkan karena perang, penjajahan, perdagangan antar benua dan pulau-pulau. Berdasarkan pemeriksaan kerangka-kerangka manusia di Skandinavia diketahui bahwa penderita kusta ini dirawat di Leprosaria secara isolasi ketat. Penyakit ini masuk ke Indonesia diperkirakan pada

abad ke IV-V yang diduga dibawa oleh orang-orang India yang datang ke Indonesia untuk menyebarkan agamanya dan berdagang (Zulkifli, 2003).

Selain itu, pembahasan mengenai kusta dapat dibaca dalam kitab-kitab agama, seperti:

a. Agama hindu

Penyakit kusta disebut sebagai Kustha, nama yang juga lazim disebut di Indonesia, didapatkan dalam Kitab Weda, 1400 SM.

b. Agama Kong Hu Cu

Penyakit kusta disebut sebagai “*Ta Feng*” dan menurut mereka disebabkan oleh hubungan kelamin yang tidak teratur dan penyakit ini tidak dapat disembuhkan (dalam buku China).

c. Agama Kristen

Dalam kitab Injil tercantum beberapa kali istilah kusta, kusta merupakan terjemahan dari bahasa Ibrani “*Zaraath*” yang artinya kelainan kulit yang bersisik yang gambaran kliniknya sesungguhnya tidak sesuai dengan penyakit kusta.

d. Agama Islam

Ditemukan dua istilah untuk pengertian kusta, yaitu dalam Al-Qur’an disebut “*Al-abras*” dan dalam Hadist disebut “*Al-Majrum*”.

2. Definisi Kusta

Kusta termasuk penyakit tertua di dunia. Penyakit ini merupakan penyakit infeksi kronis yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit (tanda dapat diamati dari luar), mukosa

(mulut), saluran pernapasan bagian atas, *system retikulo endothelial*, mata, otot, tulang dan testis. Lepra juga merupakan penyakit infeksi kronik yang penularannya sangat lambat dan berjalan menahun dan jika tidak diobati dapat menimbulkan hilangnya rasa dan kelumpuhan otot pada daerah mata, kaki, dan tangan. Masa inkubasinya sukar ditentukan tetapi selalu panjang (Suwoyo dkk, 2010).

3. Penyebab Kusta

Penyebab dari penyakit kusta adalah adanya bakteri *Mycobacterium leprae* yang ditemukan oleh G.A. Hansen pada tahun 1873 di Norwegia, yang sampai sekarang belum juga dibiakkan dalam media artifisial. Bakteri tersebut adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang dan tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai dapat kebal terhadap dekolorisasi pada asam atau alkohol serta *Gram-positif*, sehingga bakteri tersebut dikatakan basil tahan asam dengan ukuran 1-8 Um x 0,2-0,5 Um.

Penyakit kusta bersifat menahun karena bakteri kusta memerlukan waktu 12-21 hari untuk membelah diri dan masa tunasnya rata-rata 2-5 tahun. Bakteri kusta banyak ditemukan di kulit tangan, daun telinga, dan mukosa hidung (Widoyono, 2008).

Pintu masuk dari *M. leprae* ke tubuh manusia masih menjadi tanda tanya, namun diperkirakan bahwa kulit dan saluran pernapasan atas merupakan gerbang masuknya bakteri. Selain *M. leprae* merupakan bakteri tahan asam dan Gram-positif, *M. leprae* tidak bergerak dan

bersifat pleomorfik (mempunyai berbagai macam bentuk). Bakteri yang morfologinya mirip sekali dengan *Mycobacterium tuberculosis* ini belum dapat dibiakkan dalam medium buatan. Di dalam jaringan yang sakit, kuman lepra terdapat intraseluler dan memperbanyak diri di dalam sel lepromatus (Soedarto, 1995).

Di luar hospes, dalam sekret kering dengan temperatur dan kelembaban yang bervariasi, *M. leprae* mampu bertahan hidup 7-9 hari, sedangkan pada temperatur kamar mampu bertahan hidup sampai 46 hari. Untuk kriteria identifikasi, ada lima sifat khas *M. leprae*, yakni:

- a. *M.leprae* merupakan parasit intraseluler obligat yang tidak dapat dibiakkan pada media buatan.
- b. Sifat tahan asam *M.leprae* dapat diekstraksi oleh piridin.
- c. *M.leprae* merupakan satu-satunya mikobakterium yang mengoksidasi *D-Dopa* (*D-Dihydroxyphenylalanin*)
- d. *M.leprae* adalah satu-satunya spesies mikobakterium yang menginvasi dan bertumbuh dalam saraf perifer
- e. Ekstrak terlarut dan preparat *M.leprae* mengandung komponen antigenik yang stabil dengan aktivitas immunologis yang khas, yaitu uji kulit positif pada penderita tuberkuloid dan negatif pada penderita lepromatus (Harahap, 2000).

4. Gejala Klinis Penyakit Kusta

Gejala klinik penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada stadium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja.

Tanda-tanda penyakit kusta bermacam-macam, tergantung dari tipe penyakit tersebut. Gejala-gejala atau tanda-tanda secara umum dapat berupa:

- a. Adanya bercak putih dan tipis seperti panu pada pipi, lengan, dan anggota tubuh yang lain yang seukuran logam atau lebih besar.
- b. Pada bercak tersebut awalnya hanya sedikit, tetapi lama kelamaan semakin bertambah jumlahnya dan melebar.
- c. Rasa kesemutan pada seluruh anggota tubuh dan mati rasa (akibat kerusakan saraf tepi).
- d. Adanya pelebaran saraf, kelenjar keringat yang kurang aktif bekerja membuat kulit menjadi menipis, dan mengkilat seperti ada bagian tubuh yang tidak berkeringat.
- e. Adanya bintil-bintil kemerahan (leproma, nodul) yang tersebar pada kulit di beberapa bagian tubuh.
- f. Rambut alis menjadi rontok
- g. Kelemahan pada otot tangan, kaki dan mata.

5. Klasifikasi Kusta

Sampai saat ini klasifikasi yang paling banyak digunakan pada penelitian kusta adalah klasifikasi dari Ridley dan Jopling, klasifikasi ini berdasarkan gambaran klinis, bakteriologis, histopatologis, dan memiliki korelasi terhadap imunologis. Rydley dan Jopling memperkenalkan istilah *spektrum determinate* pada penyakit kusta yang terdiri atas berbagai tipe dan bentuk, yaitu:

- TT : Tuberkuloid polar (100%), bentuknya stabil (tidak mungkin berubah tipe)
- Ti : Tuberkuloid indefinite (*borderline* atau campuran antara tuberkuloid dan lepromatosa, lebih banyak tuberkuloid), bentuk labil.
- BT : Borderline tuberkuloid (*borderline* atau campuran antara tuberkuloid dan lepromatosa, lebih banyak tuberkuloid), bentuk labil.
- BB : Mid borderline (50% tuberkuloid, 50% lepromatosa), bentuk labil.
- Bl : Borderline lepromatous (*borderline*, lebih banyak lepromatosa), bentuk labil.
- Li : Lepromatosa indefinite (*borderline*, lebih banyak lepromatosa), bentuk labil.
- LL : Lepromatosa polar (100%), bentuknya stabil (tidak mungkin berubah tipe)

Untuk kepentingan pengobatan pada tahun 1987 telah terjadi perubahan. Kusta PB yang dimaksud adalah kusta dengan BTA negatif pada pemeriksaan kerokan kulit, yaitu tipe-tipe I, TT, BT menurut klasifikasi Ridley dan Jopling. Jika pada tipe-tipe tersebut disertai BTA positif, maka dikelompokkan kedalam kusta MB. Sedangkan kusta MB merupakan semua penderita kusta tipe BB, LL, dan BL atau apapun klasifikasi klinisnya dengan BTA positif, harus diobati dengan rejimen MDT-MB (Djuanda, 2007).

Menurut WHO pada tahun 1981, kusta dibagi menjadi dua yaitu tipe Multibasiler (MB) dan Pausibasiler (PB). Dibawah ini merupakan penjelasan singkat mengenai tipe MB dan PB beserta tanda-tandanya.

1) Kusta Pausibasiler (PB)

Tanda-tandanya:

- a. Bercak putih seperti panu yang mati rasa, artinya bila bercak putih tersebut disentuh dengan kapas, maka kulit tidak akan merasakan sentuhan tersebut.
- b. Permukaan / pinggiran bercak kering dan kasar
- c. Permukaan / pinggiran bercak tidak berkeringat
- d. Batas (pinggir) bercak terlihat jelas dan sering muncul bintil-bintil kecil.

Kusta tipe kering ini kurang/tidak menular, namun apabila tidak segera diobati akan menyebabkan cacat. Umumnya, orang mengira hanya

bercak putih seperti tanda-tanda di atas adalah panu biasa, sehingga pemeriksaan pun tidak segera dilakukan sebelum akhirnya orang tersebut telah mengalami Kusta pada level lebih lanjut. Pemeriksaan dan pengobatan sedini mungkin ke tempat pelayanan kesehatan terdekat pun sangat dianjurkan. Pengobatan kusta tipe PB ini cenderung lebih sebentar daripada tipe basah (MB).

2) Kusta Multibasiler (MB)

Tanda-Tandanya:

- a. Bercak putih kemerahan yang tersebar satu-satu atau pun merata diseluruh kulit.
- b. Terjadi penebalan dan pembengkakan pada bercak.
- c. Pada permukaan bercak, sering ada rasa bila disentuh dengan kapas.
- d. Pada permulaan tanda dari tipe kusta basah sering terdapat pada cuping telinga dan muka.

Kusta tipe basah ini dapat menular, maka bagi yang menderita penyakit tipe kusta basah harus berobat secara teratur sampai selesai masa pengobatan seperti yang telah dianjurkan dan ditetapkan oleh dokter. Namun, kendala yang umumnya dihadapi yaitu pasien tidak menaati resep dokter (berobat tidak teratur) sehingga selain mereka tidak menjadi lebih baik, mereka pun akan resisten terhadap obat yang telah diberikan.

Kusta MB ini menular melalui kontak secara langsung (kontak secara dekat) dan lama (jangka panjang). Sehingga bagi pasien kusta MB

harus segera melakukan pengobatan, dan melakukan penyembuhan secara teratur.

6. Penularan

Ada beberapa cara kuman *M. leprae* masuk ke dalam tubuh manusia (*Port of Entry*), yaitu:

a. Penularan melalui kontak

Kontak kulit dengan kulit penderita secara langsung yang erat, lama, berulang. *M. leprae* memasuki tubuh manusia terutama melalui lesi kulit atau setelah trauma, walaupun dikatakan bahwa penularan melalui kulit yang intak juga mungkin tetap lebih sulit. Menggunakan alas kaki dan pakaian pelindung dapat membantu mengurangi kemungkinan dalam penularan kusta pada negara berkembang dimana kusta masih merupakan penyakit endemis yang dapat hidup diluar tubuh manusia/tanah lebih dari 46 hari.

b. Penularan melalui inhalasi

Dapat melalui percikan ludah, dimana *M. leprae* tidak menimbulkan lesi pada paru-paru karena suhu yang tinggi tetapi langsung masuk ke aliran darah. Dari aliran darah kemudian masuk ke saraf tepi dan difagosit *sel schwann* dan bermultiplikasi didalamnya.

c. Penularan melalui saluran pencernaan / ingesti

Air susu ibu penderita kusta lepromatosa mengandung sangat banyak bakteri yang hidup, namun insidensi kusta pada bayi yang minum air susu ibu yang menderita kusta lepromatosa hanya setengah

dibandingkan dengan bayi yang minum susu botol, sehingga penularan melalui air susu masih dipertanyakan.

d. Penularan melalui gigitan serangga

Adanya kemungkinan transmisi gigitan serangga untuk terjadinya penularan, diantaranya:

- 1) Adanya jumlah bakteri hidup dengan jumlah yang cukup banyak.
- 2) Adanya makanan yang cukup untuk bakteri hingga dapat ditularkan ke *host*.
- 3) Bakteri harus dapat bermultiplikasi pada serangga sebagai vektor.

7. Diagnosa dan Diagnosa Banding

Mendiagnosa seseorang menderita penyakit kusta menimbulkan berbagai masalah baik pada penderita kusta, keluarga, maupun masyarakat yang berada disekitarnya. Jika terdapat keraguan sedikit saja diagnosa pada penderita maka penderita harus berada dibawah pengamatan hingga timbul gejala yang jelas dan mendukung diagnosis bahwa itu merupakan kusta, harus dilihat secara menyeluruh dari segi klinis, bakteriologis, histopatologis, dan immunologis. Namun, untuk mendiagnosa kusta di lapangan, cukup dengan anamnesis dan pemeriksaan klinis. Bila ada keraguan dan fasilitas memungkinkan sebaiknya dilakukan pemeriksaan bakteriologis.

Pemeriksaan bakteriologis digunakan untuk membantu menegakkan diagnosis dan pengamatan pengobatan serta menentukan klasifikasi. Pemeriksaan histopatologis dapat membantu menegakkan suatu penyakit

kusta apabila manifestasi klinik dan bakteriologis tidak jelas, dapat dilakukan dengan biopsi kulit dan pengelupasan serta pengolahan jaringan biopsi. Sedangkan pemeriksaan imunologik dilakukan tidak untuk menegakkan diagnosis, tetapi hanya untuk membantu dalam menentukan klasifikasi dan perjalanan penyakit kusta. Pemeriksaan ini terdiri atas tes lepromin untuk menunjukkan seberapa besar kemampuan individu bereaksi secara seluler terhadap *M. leprae* yang masuk ke dalam tubuh dan tes histamin dengan cara menyuntik secara intradermal pada kulit, sangat berguna untuk menentukan apakah suatu makula hipopigmentasi disebabkan karena kusta atau bukan.

8. Masalah Yang Ditimbulkan Akibat Kusta

Seseorang yang mengetahui dirinya menderita kusta akan mengalami trauma psikis. Sebagai akibatnya penderita dengan segera mencari pertolongan pengobatan, mengulur-ulur waktu karena ketidaktahuan atau malu bahwa ia atau keluarganya menderita kusta, dan menyembunyikan (mengasingkan) diri dari masyarakat sekelilingnya, termasuk keluarganya akhirnya si penderita bersifat masa bodoh terhadap penyakitnya.

Sebagai akibat dari hal-hal tersebut, timbullah berbagai masalah antara lain:

a. Masalah terhadap diri penderita kusta

Pada umumnya penderita kusta merasa rendah diri, malu, merasa tertekan batin, takut terhadap penyakitnya dan terjadinya kecacatan,

takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Segan berobat disebabkan malu, apatis, karena cacatnya tidak dapat mandiri sehingga beban bagi orang lain (jadi pengemis, gelandangan dan sebagainya).

b. Masalah Terhadap Keluarga

Keluarga menjadi panik, berubah mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional disebabkan karena mereka merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui masyarakat disekitarnya, dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan.

c. Masalah Terhadap Masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama, sehingga pendapat tentang kusta merupakan penyakit yang sangat menular (dalam buku Cina pada agama *Kong Hu Cu*), tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan atau informasi tentang penyakit kusta, maka penderita sulit untuk diterima di tengah-tengah masyarakat, masyarakat menjauhi keluarga penderita karena merasa takut dan menyingkirkannya akhirnya masyarakat mendorong agar penderita dan keluarganya diasingkan (Zulkifli, 2003).

9. Program Pemberantasan Kusta

Tujuan pemberantasan kusta di Indonesia secara operasional terbagi ke dalam tiga tahapan, yaitu:

- a. Eradikasi kusta di Indonesia merupakan tujuan jangka panjang
- b. Menurunkan angka kejadian kusta menjadi 1 per 10.000 penduduk pada tahun 2000 merupakan tujuan jangka menengah
- c. Tujuan jangka pendek, yaitu:

- 1) Penemuan Kasus/Penderita (*Case Finding*)

Penemuan kasus / penderita sedini mungkin untuk menekan semaksimal mungkin proporsi cacat pada penderita baru.

- 2) Pengobatan Penderita

Sesuai dengan rekomendasi WHO, sejak tahun 1997 program pengobatan kusta dilakukan dengan menggunakan metode MDT (*Multi Drug Therapy*) atau dikenal dengan istilah pengobatan kombinasi. Meningkatkan pengobatan MDT sebagai obat standar di daerah pengembangan sehingga mencakup 80% penderita terdaftar dari 100% penderita baru. Program MDT ini dilakukan selama 6-9 bulan untuk tipe PB dan 12-18 bulan untuk tipe MB. Setelah penderita menyelesaikan pengobatan MDT sesuai dengan peraturan maka ia akan dinyatakan RFT (*Release From Treatment*), yang berarti tidak perlu lagi minum obat MDT dan dianggap sudah sembuh.

3) Pencegahan berkembangnya cacat baru pada penderita

Pencegahan ini dilakukan dengan tujuan pencegahan cacat pada tubuh penderita, dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan / penyuluhan yang intensif.

4) Penyuluhan Kesehatan di Bidang Kusta

Hal ini dilaksanakan agar masyarakat memahami kusta yang sebenarnya dan mengurangi ketakutan yang berlebihan pada penyakit kusta dan penderitanya (*leprophobia*).

5) Pengamatan Sesudah RFT (*Release From Treatment*)

Surveilans sesudah RFT yaitu memberikan motivasi kepada semua penderita agar rutin datang memeriksakan dirinya setiap enam bulan setelah selesai masa pengobatan selama dua tahun untuk tipe PB dan selama lima tahun untuk tipe MB. Hal ini bertujuan untuk mengamati adanya penderita yang kambuh (*relaps*) tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium. Setelah melewati masa tersebut, penderita dinyatakan RFC (*Release From Control*) atau sembuh / berhenti dari pengamatan.

B. Tinjauan Umum Tentang Cacat Kusta

Cacat kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan dan kaki. Ada tiga fungsi saraf yang sering terganggu yaitu fungsi sensorik yang memberi rasa raba, fungsi motorik yang memberikan kekuatan pada otot, dan fungsi otonom yang mengatur fungsi kelenjar minyak dan kelenjar keringat.

Penderita yang berisiko mengalami cacat, yaitu penderita yang terlambat berobat MDT, penderita dengan reaksi terutama reaksi reversal, penderita dengan banyak tanda atau bercak di kulit, dan penderita dengan nyeri saraf tepi atau pembesaran saraf.

Kecacatan penderita dapat terjadi melalui proses reaksi kusta (reaksi kekebalan) atau reaksi antigen antibodi pada saraf tepi yang menyebabkan cacatan, penderita yang tidak melakukan perawatan diri dengan benar pada mata, tangan, dan kaki yang mengalami mati rasa dan kelemahan otot, dan tidak memberikan latihan pada bagian yang berpotensi cacat. Selain itu, cacat kusta juga dapat disebabkan infiltrasi langsung bakteri penyebab kusta ke susunan saraf tepi dan organ mata dan hidung.

Menurut WHO, cacat kusta dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu (WHO,1998):

- 1) **Cacat tingkat 0** yaitu seorang penderita kusta tetapi mata, tangan, dan kaki belum mengalami cacat atau masih utuh.
- 2) **Cacat tingkat 1** yaitu seorang penderita kusta mengalami anestesi dan kelemahan otot pada tangan atau kaki akibat kerusakan saraf karena penyakit kusta dan cacat ini tidak kelihatan.
- 3) **Cacat tingkat 2** terjadi cacat pada penderita kusta yang dapat kelihatan seperti luka, jari kriting, tangan lunglai, jari tangan memendek, mata tidak dapat tertutup rapat.

Menurut WHO (1980) batasan istilah dalam cacat kusta, yaitu:

- 1) **Impairment** : segala kehilangan atau abnormalitas struktur atau fungsi yang bersifat psikologik, fisiologik, atau anatomik, misalnya leproma, ginekomastia, madarosis, *claw hand*, dan absorbs jari.
- 2) **Disability** : segala keterbatasan atau kekurangmampuan (akibat *impairment*) untuk melakukan kegiatan dalam batas-batas kehidupan yang normal bagi manusia. *Disability* merupakan objektifitas *impairment*, yaitu gangguan pada tingkat individu termasuk ketidakmampuan dalam aktivitas sehari-hari, misalnya memegang benda atau memakai baju sendiri.
- 3) **Handycap** : kemunduran pada seorang individu (akibat *impairment* atau *disability*) yang membatasi atau menghalangi penyelesaian tugas normal yang bergantung pada umur, seks, dan faktor sosial budaya. *Handycap* ini merupakan efek penyakit kusta yang berdampak sosial, ekonomi, dan budaya.
- 4) **Deformity** : kelainan struktur anatomis
- 5) **Dehabilitation**: keadaan atau proses pasien kusta (*handycap*) kehilangan status sosial secara progresif, terisolasi dari masyarakat, keluarga, dan teman-temannya.
- 6) **Destitution** : dehabilitasi yang berlanjut dengan isolasi yang menyeluruh dari seluruh masyarakat tanpa makanan atau perlindungan (*shelter*).

Cacat yang timbul pada penyakit Kusta dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok, yaitu:

- 1) Kelompok pada cacat primer, ialah kelompok cacat yang disebabkan langsung oleh aktivitas penyakit, terutama kerusakan akibat respons jaringan terhadap kuman penyebab kusta.
- 2) Kelompok cacat sekunder, cacat sekunder ini terjadi akibat cacat primer, terutama akibat adanya kerusakan saraf (sensorik, motorik, otonom). Kelumpuhan motorik menyebabkan kontraktur sehingga dapat menimbulkan gangguan mengenggam atau berjalan, juga memudahkan terjadinya luka / lesi. Kelumpuhan saraf otonom menyebabkan kulit kering dan elastisitas berkurang. Akibatnya kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder.

Pencegahan cacat kusta jauh lebih baik dan lebih ekonomis daripada menanggulangnya. Oleh karena itu, pencegahan harus dilakukan sedini mungkin baik oleh petugas kesehatan, keluarga maupun pasien itu sendiri. Selain itu, perlunya mengubah persepsi masyarakat mengenai stigma yang salah antara lain bahwa kusta identik dengan *deformitas* atau *disability*.

Upaya pencegahan terhadap cacat kusta yaitu:

- 1) Upaya pencegahan cacat primer, meliputi diagnosis dini dan penatalaksanaan reaksi, serta pengobatan secara teratur dan akurat.
- 2) Upaya pencegahan sekunder, meliputi perawatan diri sendiri untuk mencegah luka, latihan fisioterapi pada otot yang mengalami kelumpuhan untuk mencegah terjadinya kontraktur, bedah rekonstruksi untuk koreksi

otot yang mengalami kelumpuhan agar tidak mendapat tekanan yang berlebihan, bedah septik untuk mengurangi perluasan infeksi sehingga pada proses penyembuhan tidak terlalu banyak jaringan yang hilang serta perawatan mata, tangan dan atau kaki yang anastesi atau mengalami kelumpuhan otot.

Prinsip yang penting pada perawatan sendiri untuk pencegahan cacat kusta adalah:

1. Pasien mengerti bahwa daerah yang mati rasa merupakan tempat risiko terjadinya luka.
2. Pasien harus melindungi tempat risiko tersebut (dengan kaca mata, sarung tangan, sepatu, dll).
3. Pasien mengetahui penyebab luka (panas, tekanan, benda tajam dan kasar).
4. Pasien dapat melakukan perawatan kulit (merendam, menggosok, melumasi) dan melatih sendi bila mulai kaku.
5. Penyembuhan luka dapat dilakukan oleh pasien sendiri dengan membersihkan luka, mengurangi tekanan pada luka dengan cara istirahat (Profil P2 Kusta Puskesmas Tanjung Rejo, 2011).

C. Tinjauan Umum Tentang Perilaku

1. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit, penyakit-penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti makanan, lingkungan, minuman, dan pelayanan kesehatan. Dengan kata

lain, perilaku kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) menyangkut pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan dalam hal ini seperti pencegahan dan perlindungan diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari tempat kesembuhan apabila sakit. Oleh sebab itu, perilaku kesehatan dikelompokkan kedalam dua bagian, yaitu :

- a. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat. Perilaku ini disebut sebagai perilaku sehat (*healthy behavior*), mencakup perilaku-perilaku (*overt* dan *covert behavior*) dalam mencegah atau menghindari penyakit/penyebab penyakit, atau penyebab masalah kesehatan (perilaku preventif) dan perilaku dalam upaya peningkatan kesehatan (perilaku promotif). Contohnya, makanan dengan gizi seimbang, tidak merokok, olahraga secara teratur, istirahat yang cukup, dan sebagainya.
- b. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan dan pemecahan masalah kesehatannya (*health seeking behavior* atau perilaku pencarian pelayanan kesehatan). Perilaku ini berupa tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila terkena masalah kesehatan untuk mendapatkan kesembuhan. Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat mendapatkan kesembuhan, baik yang bersifat tradisional (dukun,

paranormal, dan sebagainya), maupun pengobatan modern atau profesional (rumah sakit, klinik, puskesmas, dan sebagainya).

Becker (1979) membuat klasifikasi lain mengenai perilaku kesehatan, dan membedakannya menjadi tiga, yaitu :

1) Perilaku sehat (*Healthy behavior*)

Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain:

- a. Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*) atau pola makan sehari-hari yang memenuhi kebutuhan nutrisi yang memenuhi kebutuhan tubuh, baik menurut jumlahnya (kuantitas), maupun jenisnya (kualitas).
- b. Kegiatan fisik secara teratur dan cukup, kegiatan ini tidak harus olahraga. Bagi seseorang yang pekerjaannya memang sudah memenuhi gerakan-gerakan fisik secara rutin dan teratur, sebenarnya sudah dapat dikategorikan berolahraga. Bagi seseorang yang pekerjaannya tidak melakukan kegiatan fisik seperti administrator, manager, sekretaris, dan sebagainya memerlukan olahraga secara rutin dan teratur.
- c. Tidak merokok dan meminum minuman keras serta menggunakan narkoba. Merokok adalah kebiasaan yang tidak sehat namun di Indonesia jumlah perokok cenderung meningkat, hampir 50% pria dewasa di Indonesia adalah perokok. Sedangkan peminum

minuman keras dan pengguna narkoba meskipun masih rendah (sekitar 1,0%) tetapi jumlahnya semakin meningkat.

- d. Istirahat yang cukup bukan saja berperan dalam pemeliharaan kesehatan fisik, tetapi juga untuk kesehatan mental. Dengan berkembangnya IPTEK memacu orang untuk meningkatkan derajat kehidupannya, baik di bidang sosial dan ekonomi, yang akhirnya mendorong seseorang untuk bekerja keras, tanpa menghiraukan beban fisi dan mentalnya. Istirahat yang cukup merupakan kebutuhan manusia dalam mempertahankan kesehatannya.
- e. Pengendalian atau manajemen stress dimana stress merupakan bagian masalah kehidupan dari setiap orang terlepas dari tingkat sosial, ekonomi, jabatan, atau kedudukan, dan sebagainya pasti akan pernah mengalami stress. Yang dapat dilakukan yaitu mengatasi, mengendalikan maupun mengelola stress tersebut agar tidak mengakibatkan gangguan kesehatan, baik kesehatan fisik maupun mental.
- f. Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan, dimana tindakan atau perilaku seseorang agar dapat terhindar dari berbagai macam penyakit dan masalah kesehatan, termasuk perilaku dalam meningkatkan kesehatan.

2) Perilaku sakit (*Illness behavior*)

Perilaku sakit yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang mengalami masalah kesehatan pada diri atau

keluarganya, untuk mencari penyembuhan atau untuk mengatasi masalah kesehatan lainnya. Pada saat seseorang sakit atau anggota keluarganya sakit, ada beberapa perilaku yang muncul, antara lain:

- a. Didiamkan saja (*no action*), artinya masalah kesakitan tersebut diabaikan, dan tetap menjalankan kehidupan sehari-hari.
- b. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*). Pengobatan dapat dilakukan secara tradisional (minum jamu, kerok-an, obat gosok, dan sebagainya), dan cara modern misalnya beli obat yang ada di apotik atau warung.
- c. Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar misalnya ke fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat ke tempat tradisional (dukun, paranormal, dan sebagainya) dan fasilitas pelayanan modern atau profesional (poliklinik, puskesmas, dokter atau bidan swasta, dan sebagainya).

3) Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*)

Orang yang sedang sakit mempunyai peran (*roles*) yang mencakup hak-haknya (*rights*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*), hal ini dijelaskan dari segi sosiologi. Menurut Becker, hak dan kewajiban orang sedang sakit adalah perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*).

Perilaku peran tersebut antara lain:

- a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
- b. Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat dalam memperoleh kesembuhan.
- c. Melakukan kewajiban sebagai pasien yaitu mematuhi nasihat dokter atau perawat dalam mempercepat masa penyembuhannya.
- d. Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya.
- e. Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya dan sebagainya (Notoadmodjo, 2010 a).

2. Domain Perilaku

Meskipun perilaku telah dibedakan antara perilaku tertutup (*covert behavior*) dan perilaku terbuka (*overt behavior*) seperti yang telah diuraikan sebelumnya, namun perilaku merupakan totalitas (keseluruhan) pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan faktor eksternal terjadi pada orang yang bersangkutan. Perilaku seseorang sangat kompleks dan memiliki bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan, membedakan adanya tiga domain atau ranah perilaku, yakni kognitif, afektif, dan psikomotorik. Kemudian oleh ahli pendidikan di Indonesia menerjemahkan ketiga domain tersebut kedalam cipta (kognitif), rasa (afektif), dan karsa (psikomotorik) atau peri cipta rasa, dan karsa (tindakan).

Dalam perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Bloom, untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan mejadi 3 ranah/domain perilaku yaitu sebagai berikut:

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia atau hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan (mata, telinga, hidung, dan sebagainya) terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga yang dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap suatu objek. Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat (*recall*) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingatkan kembali terhadap suatu yang spesifik dari rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Misalnya, tahu bahwa penyakit kusta adalah penyakit menular, RS Kusta adalah tempat pengobatan penderita kusta, dan sebagainya. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan seseorang dapat diuji dengan menggunakan pertanyaan misalnya apa itu penyakit kusta, RS Kusta gunanya untuk apa, dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek tidak hanya sekedar menyebutkan tetapi harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang

diketahui. Misalnya, orang yang memahami cara pengobatan penyakit kusta dengan menggunakan MDT, bukan hanya sekedar menyebutkan MDT, tetapi harus dapat menjelaskan mengapa perlu berobat dengan sistem MDT. Sehingga diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahuinya dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya atau dengan kata lain apabila orang telah mengerti atau memahami apa yang telah dipelajari sebelumnya terhadap suatu objek dapat diaplikasikan / digunakan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain. Misalnya, seorang penderita kusta telah paham mengenai penyakitnya yang harus segera diobati, maka ia harus berobat secara dini hingga dinyatakan sembuh.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi dan atau memisahkan kemudian mencari hubungan komponen-komponen yang terdapat di dalam suatu objek/masalah, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. indikator dikatakan bahwa seseorang dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan

atas objek / masalah tersebut. Misalnya, dapat membedakan antara kusta tipe Multibasiler dengan Pausibasiler.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian komponen pengetahuan yang dimiliki atau yang telah ada kedalam suatu bentuk keseluruhan / formulasi yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, seseorang dapat membuat ringkasan dari artikel / jurnal kusta yang telah dibaca.

6. Evaluasi (*Evaluasi*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek tertentu. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria / norma-norma yang telah ada di masyarakat. Misalnya, seorang dokter dapat menentukan pasien tersebut menderita penyakit kusta atau tidak.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas.

Sampai saat ini, penyakit kusta masih merupakan penyakit yang ditakuti oleh sebagian besar masyarakat. Keadaan ini disebabkan karena pengetahuan yang kurang, pemahaman yang salah, dan kepercayaan yang keliru serta ketakutan masyarakat yang berlebihan mengenai kusta dan kecacatan yang dialami penderita kusta sehingga penderita cenderung dikucilkan (*leprophobia*). Padahal, dengan kemajuan teknologi seperti telah diterapkannya sistem pengobatan MDT oleh WHO dan pemanfaatan teknologi komunikasi mutakhir, seharusnya kusta sudah dapat diatasi dan tidak lagi menjadi masalah kesehatan yang kompleks.

Minimnya pengetahuan penderita atau keluarga penderita tentang kusta menyebabkan terlambatnya dibawa ke tempat berobat (tempat pelayanan kesehatan) untuk berobat sehingga menimbulkan cacat pada penderita dan berpotensi menularkan kuman kepada orang lain. Masa inkubasi penyakit kusta relatif panjang, biasanya antara 2-5 tahun dan dapat lebih, tanpa rasa sakit sehingga penderita tidak menyadari dirinya terkena kusta.

b. Sikap

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek yang sudah melibatkan faktor pendapat / emosi yang bersangkutan (senang – tidak senang, setuju – tidak setuju, baik – tidak baik, dan sebagainya). Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sifat itu tidak dapat langsung dilihat,

tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional, terhadap stimulus sosial.

Campbell (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni : *“An individual’s attitude is syndrome of response consistency with regard to object”*. Dijelaskan bahwa sikap merupakan sindrom atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus suatu objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perhatian, perasaan, serta gejala kejiwaan yang lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap adalah kesiapan atau kesediaan dalam bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku tertutup, masih belum merupakan perilaku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghargaan terhadap obyek.

Sikap mempunyai tiga komponen pokok menurut Allport (1954), yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek.

Artinya, bagaimana keyakinan dan pemikiran atau pendapat seseorang terhadap suatu masalah atau objek tertentu. Misalnya, sikap seseorang terhadap penyakit kusta, bagaimana pendapat atau penilaian seseorang terhadap penyakit kusta.

2. Kehidupan emosional dan evaluasi terhadap suatu obyek, artinya bagaimana penilaian orang terhadap suatu objek. Misalnya, seperti contoh pada poin 1 diatas, berarti bagaimana penilaian seseorang terhadap penyakit kusta, apakah penyakit yang biasa-biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap merupakan ancang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka. Misalnya, masih tentang contoh sikap terhadap penyakit kusta diatas, apa yang dilakukan seseorang bila ia atau anggota keluarganya menderita penyakit kusta.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi yang memegang peranan penting. Sebagai contoh, seorang ibu mendengar (tahu) bahwa ada tetangganya menderita penyakit kusta (penyebabnya, cara penularannya, cara pencegahannya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha agar dirinya dan keluarganya tidak terkena penyakit tersebut. Dalam berpikir ini, komponen emosi dan keyakinan ini ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat (kecenderungan untuk bertindak) untuk melakukan pencegahan agar keluarganya tidak terkena penyakit kusta seperti menjaga system imun agar tetap sehat, tidak bersentuhan langsung dengan penderita dalam waktu yang sering dan lama. Ibu tersebut

mempunyai sikap tertentu (berniat melakukan pencegahan) terhadap objek tertentu yakni penyakit kusta.

Sikap juga mempunyai beberapa tingkatan-tingkatan berdasarkan intensitasnya, yaitu:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek). Misalnya, sikap seorang penderita kusta terhadap pencegahan kecacatan, dapat diukur dari kehadiran orang tersebut memeriksakan dirinya agar mendapatkan pengobatan dan penyuluhan mengenai pengobatan MDT (*Multi Drug Therapy*) dan perawatan diri.

b. Menanggapi (*responding*)

Memberikan jawaban atau memberikan tanggapan terhadap suatu pertanyaan menyangkut obyek atau masalah yang dihadapi. Misalnya, seorang penderita kusta yang mengikuti penyuluhan mengenai pengobatan penyakit kusta dan perawatan diri ditanya atau diminta oleh penyuluh untuk menanggapi kemudian menjawabnya.

c. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subyek atau seseorang yang memberikan nilai positif terhadap obyek atau stimulus dengan membahasnya dengan orang lain atau bahkan mengajak atau mempengaruhi dan menganjurkan orang lain merespon. Misalnya, pada contoh diatas, penderita tersebut mendiskusikan pengobatan tersebut dengan keluarganya, atau bahkan

mengajak dan mempengaruhi tetangganya yang juga menderita kusta untuk mendengarkan penyuluhan tersebut dan memeriksakan perkembangan penyakitnya.

d. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab merupakan sikap yang paling tinggi tingkatannya atas segala sesuatu yang dipilihnya atau diyakininya dengan berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Misalnya, penderita yang sudah mengikuti pengobatan harus berani untuk mengorbankan waktunya, atau mungkin kehilangan penghasilannya atau dicemooh oleh masyarakat disekitarnya karena terang-terangan mengetahui menderita penyakit kusta, dan sebagainya.

c. Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, yaitu sarana dan prasarana / fasilitas. Misalnya, seorang penderita kusta yang tahu memeriksakan penyakitnya itu penting untuk mempermudah kesembuhan dan pencegahan kecacatan pada dirinya, dan sudah memiliki niat (sikap) untuk memeriksakan dirinya. Agar sikap tersebut terwujud ke dalam suatu tindakan maka diperlukan Rumah Sakit, dokter, atau

Puskesmas yang dekat dari rumahnya, atau fasilitas tersebut mudah dicapainya. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor dukungan (support) dari pihak lain, misalnya dari suami/istri, orang tua atau mertua, anak dan lain-lain.

Praktik atau tindakan dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, yaitu:

1. Praktik Terpimpin (*guided response*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada panduan atau tuntunan. Misalnya, seorang penderita kusta memeriksakan dirinya ke tempat pelayanan kesehatan tetapi masih menunggu diingatkan oleh suami/istri, petugas kesehatan yang berada di daerahnya atau tetangganya.

2. Praktik Secara Mekanisme (*mechanism*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu hal secara otomatis disebut praktik atau tindakan mekanis. Misalnya, seorang penderita kusta memeriksakan dirinya tanpa harus menunggu diingatkan oleh suami/istri, petugas kesehatan yang berada di daerahnya atau tetangganya.

3. Adopsi (*adoption*)

Adopsi merupakan suatu tindakan praktis yang mudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas ataupun mekanisme kerja saja, tetapi dilakukan modifikasi atau tindakan yang berkualitas. Misalnya, seorang penderita kusta memeriksakan dirinya

bukan sekedar memeriksakan tetapi konsultasi kepada dokter mengenai perkembangan penyakitnya dan upaya pencegahan cacat yang semakin parah jika sudah timbul cacat. Selain penderita tersebut mengetahui kapan lagi berobat ke tempat pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2010 b).

3. Pengukuran Dan Indikator Perilaku Kesehatan

Dalam mengukur perilaku dan perubahannya, khususnya mengacu ke tiga domain yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan.

a. Pengetahuan kesehatan (*health knowledge*)

Pengetahuan tentang kesehatan mencakup mengenai apa yang diketahui oleh seseorang dalam memelihara kesehatan., meliputi:

- 1) Pengetahuan mengenai penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala/tanda-tandanya, penyebab, cara penularan, dan cara pencegahan/penanggulangnya)
- 2) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan mempengaruhi kesehatan, antara lain gizi, sarana air bersih, makanan, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.
- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan kesehatan baik yang tradisional ataupun yang modern.
- 4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum, dan seterusnya.

Oleh sebab itu dalam mengukur pengetahuan kesehatan seperti yang telah disebutkan diatas, adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara) atau melalui pertanyaan yang tertulis atau kuesioner/angket. Indikator pengetahuan kesehatan yaitu “tingginya pengetahuan” responden terhadap kesehatan, atau besarnya presentase kelompok responden atau masyarakat tentang variabel-variabel atau komponen-komponen kesehatan. Misalnya, berapa persen responden yang tahu mengenai cara pencegahan penyakit kusta, atau berapa persen responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi mengenai penyakit kusta.

b. Sikap terhadap kesehatan (*health attitude*)

Sikap terhadap kesehatan merupakan pendapat seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, mencakup sekurang-kurangnya empat variabel, yaitu:

- 1) Sikap terhadap penyakit menular dan tidak menular (jenis penyakit, gejala/tanda-tandanya, penyebab, cara penularan, dan cara pencegahan/penanggulungannya)
- 2) Sikap terhadap faktor-faktor yang terkait dan mempengaruhi kesehatan, antara lain gizi, sarana air bersih, makanan, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.
- 3) Sikap terhadap fasilitas pelayanan kesehatan baik yang tradisional ataupun yang modern.

- 4) Sikap untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum, dan seterusnya.

Pegukuran sikap dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung dapat diajukan dengan pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan. Misalnya, bagaimana pendapat responden tentang pengobatan penyakit kusta, dan sebagainya. Dapat juga dilakukan dengan cara memberi pendapat dengan menggunakan kata “setuju” atau “tidak setuju” terhadap pertanyaan objek tertentu (Skala Guttman), atau dengan menggunakan Skala Lickert. Misalnya, beri pendapat anda tentang pertanyaan dibawah ini dengan memberikan penilaian sebagai berikut:

3 : bila setuju

2 : biasa saja

1 : bila tidak setuju

Contoh : a. Kusta adalah penyakit yang sangat berbahaya

b. Kelelahan dan stress dapat menimbulkan reaksi kusta

Sikap juga dapat diukur dari pertanyaan-pertanyaan secara tidak langsung, misalnya :

1. Apabila anda diundang untuk mendengarkan penyuluhan tentang Kusta, apakah Anda mau hadir?
2. Seandainya ada keluarga anda yang menderita kusta, apakah Anda membawanya ke rumah sakit?

c. Praktik kesehatan (*health practice*)

Tindakan atau praktik kesehatan adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam memelihara kesehatan yang meliputi empat faktor, yaitu:

- 1) Tindakan sehubungan dengan pencegahan penyakit menular dan tidak menular dan praktik tentang mengatasi sementara penyakit yang diderita.
- 2) Tindakan sehubungan dengan gizi, sarana air bersih, makanan, pembuangan air limbah, pembuangan kotoran manusia, pembuangan sampah, perumahan sehat, polusi udara, dan sebagainya.
- 3) Tindakan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan baik yang tradisional ataupun yang modern.
- 4) Tindakan untuk menghindari kecelakaan, baik kecelakaan rumah tangga maupun kecelakaan lalu lintas dan tempat-tempat umum, dan seterusnya.

Pengukuran atau cara mengamati perilaku dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Pengukuran perilaku secara langsung merupakan yang paling baik, misalnya dengan observasi, yaitu mengamati tindakan subjek dalam memelihara kesehatannya, misalnya dimana responden buang air besar, makanan yang disajikan khusus untuk penderita kusta untuk mengamati praktik gizi dan agar responden tidak alergi terhadap makanan tersebut.

Sedangkan secara tidak langsung menggunakan metode mengingat kembali (*recall*) dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subjek

tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan kesehatan (Notoatmodjo, 2010 a).

4. **Determinan Perilaku Kesehatan**

Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor (determinan) baik dari dalam maupun dari luar subyek. Dalam bidang perilaku kesehatan, ada tiga teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat. Ketiga teori tersebut adalah:

a. Teori Lawrence Green

Green membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan tersebut, yaitu *behavioral factors* (faktor perilaku) dan *non-behavioral factors* (faktor non perilaku). Selanjutnya menganalisis faktor perilaku yang ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*pre disposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya. Seorang ibu mau membawa anaknya yang menderita kusta ke Rumah Sakit Kusta, karena tahu bahwa di Rumah Sakit Kusta merupakan tempat pengobatan khusus untuk penderita kusta. Anaknya akan memperoleh pengobatan, pemeriksaan diri, penyuluhan pencegahan cacat, memanfaatkan berbagai fasilitas klinik yang menunjang pengobatannya dan sebagainya. Tanpa adanya pengetahuan-pengetahuan ini, ibu tersebut mungkin tidak akan membawa anaknya ke Rumah Sakit Kusta.

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya puskesmas, rumah sakit, ketersediaan obat, tersedianya klinik khusus penderita kusta, dan sebagainya. Keluarga yang sudah tahu mengenai masalah kesehatan (penyakit kusta), mengupayakan keluarganya yang menderita kusta untuk memeriksakan dirinya ke Puskesmas/Rumah Sakit, meminum obat yang dianjurkan oleh dokter, setiap sebulan memeriksakan dirinya ke klinik kusta yang ada di Rumah Sakit tersebut, dan sebagainya. Tetapi apabila tidak mampu memanfaatkan fasilitas itu semua, terpaksa hanya diam saja dirumah, tidak mengobati penyakitnya, tidak meminum obat dari dokter karena memeriksakan diri pun tidak pernah, dan sebagainya.
3. Faktor-faktor yang yang mendorong atau memperkuat (*reinforcing factors*) terjadinya perilaku. Meskipun seseorang tahu dan mampu berperilaku sehat, tapi kadang-kadang tidak melakukannya. Misalnya, seorang penderita kusta tahu manfaat pemeriksaan penyakitnya untuk mempermudah kesembuhan dan pencegahan cacat berlanjut, namun tidak melakukannya karena petinggi atau orang dihormati di desa nya pun (Pak Desa, Tokoh Agama, dll) yang juga menderita kusta tidak pernah berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan yang letaknya paling dekat dengan wilayah tempat tinggalnya tersebut apalagi selama

penyakitnya masih belum mengganggu aktivitas sehari-harinya. Hal ini berarti bahwa untuk berperilaku sehat memerlukan contoh dari para tokoh masyarakat.

b. Teori Snehandu B. Karr

Karr mengidentifikasi adanya lima determinan perilaku, yaitu:

1. Adanya niat (*intention*) seseorang untuk bertindak dengan objek yang ada di luar dirinya.
2. Adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*), jika bertentangan dengan dengan masyarakat maka ia akan merasa kurang nyaman agar dalam melakukan tindakan tersebut tidak mendapat gunjingan atau celaan dari masyarakat.
3. Terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
4. Adanya otonomi (kebebasan) pribadi (*personal autonomy*) dalam mengambil keputusan. Di Indonesia, terutama ibu-ibu, kebebasannya masih terbatas, dalam pengambilan keputusan masih tergantung pada keputusan suami. Misalnya ingin memeriksakan dirinya ke tempat pelayanan kesehatan harus ada dukungan dari suami, kalau suami tidak setuju tidak akan ada pemeriksaan.
5. Adanya kondisi yang memungkinkan (*action situation*). Meskipun faktor yang lain tidak ada masalah, tetapi apabila kondisi dan situasinya tidak mendukung, maka perilaku tersebut tidak akan terjadi. Misalnya, seorang penderita kusta yang ingin

memeriksakan dirinya ke tempat pelayanan kesehatan, namun karena keterbatasan biaya dan transportasi sehingga tidak memungkinkan untuk memeriksakan dirinya.

c. Teori WHO

WHO merumuskan empat determinan pokok mengapa seseorang berperilaku, yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*). Pertimbangan-pertimbangan pribadi atau hasil pemikiran seseorang terhadap objek merupakan modal awal untuk bertindak. Misalnya, seorang penderita kusta berobat ke tempat pelayanan kesehatan, hal ini didasarkan pertimbangan untung ruginya, manfaatnya, dan sumber daya untuk transportasi dan biaya pengobatan, dan sebagainya.
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*). Perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat. Misalnya, seorang penderita kusta mau memeriksakan dirinya jika ada tokoh masyarakat yang juga menderita kusta mau memeriksakan dirinya.
3. Sumber daya (*sources*) yang tersedia merupakan pendukung terjadinya perilaku seseorang. Sumber daya ini sama dengan teori Green yaitu *enabling* (fasilitas atau sarana dan prasarana). Misalnya seorang memeriksakan dirinya jika memiliki uang yang cukup.

4. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang. Perilaku tiap-tiap etnis di Indonesia berbeda-beda karena masing-masing etnis memiliki budaya khas yang berbeda pula (Notoatmodjo, 2010 b).

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

HL. Blum mengemukakan bahwa ada 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu : genetik, perilaku, pelayanan kesehatan dan lingkungan. Perilaku penderita kusta berkontribusi besar dalam menentukan tingkat kecacatan penyakitnya, mulai dari pengetahuan, sikap dan tindakan penderita tersebut baik dari segi pengobatan maupun perawatan diri untuk mencegah kecacatan yang semakin parah.

Penyakit kusta adalah salah satu penyakit infeksi kronik menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis tetapi meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Bastijan, 2007).

Kecacatan kusta merupakan (*Deformity*) suatu penyimpangan dari penampilan sebagian atau seluruh anggota badan yang dapat menghambat kehidupan pasien selama hidupnya. Kecacatan ini dapat ditandai dengan ketidakmampuan seseorang melakukan pekerjaan atau aktivitas secara normal, misalnya memegang bendaberat, mengancing baju, dan sebagainya.

Masyarakat umum biasanya tidak memiliki pengetahuan yang cukup mengenai penyakit kusta, sehingga tidak jarang bahkan kebanyakan masyarakat (termasuk orang-orang kesehatan) memiliki stigma negatif tindakan diskriminatif terhadap penderita kusta, misalnya penderita kusta

diisolasi dalam ruangan tertentu tidak dibiarkan keluar oleh keluarganya karena keluarganya juga takut tertular, diasingkan oleh masyarakat yang ada di lingkungannya termasuk keluarganya, dibatasi untuk tidak berproduktifitas atau tidak mendapatkan lapangan pekerjaan dan bermasyarakat layaknya orang normal, dan sebagainya.

Kusta menyerang sistem saraf tepi dan kulit, jika tidak segera diobati dan mendapatkan perawatan diri, akan menimbulkan hilangnya rasa dan kelumpuhan otot pada daerah kaki, tangan dan muka, akan berlanjut lebih parah lagi jika semakin lama tidak ditangani dapat menyebabkan hilangnya jari tangan, kaki, dan kebutaan. Sehingga sikap dan tindakan penderita kusta dalam upaya pengobatan dan perawatan diri terhadap kecacatan sangat penting.

Sikap merupakan hasil dari pengetahuan seseorang. Jika penderita tersebut memiliki pengetahuan yang banyak mengenai penyakit kusta, maka sikapnya pun akan cenderung positif. Sikap yang positif adalah niat yang besar ingin berobat hingga dinyatakan sembuh dan mencegah kecacatan.

Tindakan merupakan hasil akhir dari pengetahuan dan sikap yang tercermin pada penderita tersebut, apakah ada keinginan untuk sembuh dan berobat atau menyepelekan penyakitnya. Tindakan seseorang terealisasi dari niat yang besar dan merupakan bentuk nyata yang dapat dilihat dalam bentuk aktifitas atau kegiatan.

Variabel tersebut terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Variabel Dependen, yaitu kejadian kecacatan penderita
2. Variabel Independen, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan penderita kusta.

Selain itu, telah dilakukan pengidentifikasian mengenai alasan memasukkan variabel ke dalam model asumsi, dimana dapat dijelaskan melalui uraian berikut:

1. Pengetahuan

Penderita kusta cenderung tidak mengetahui dirinya terinfeksi bakteri kusta yaitu *M. leprae* karena masa inkubasinya panjang dapat mencapai 2-5 tahun, sehingga penderita baru mengetahui dirinya menderita kusta setelah penyakitnya sudah parah.

2. Sikap

Secara umum sikap dapat dilihat dari kecenderungan dalam merespon (secara positif maupun negatif) terhadap suatu objek atau keadaan tertentu. Penderita kusta bersikap tertutup (menutup diri) terhadap penyakitnya, dalam hal ini tidak ingin diketahui dirinya menderita kusta meskipun sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai kusta. Misalnya, meskipun penderita tahu bahwa dirinya terkena penyakit kusta, penderita merasa malu dan merasa tidak pantas tampil atau menampakkan dirinya di hadapan umum termasuk ke tempat pelayanan kesehatan akibat stigma yang negatif terhadap penyakitnya, baik dari dirinya sendiri maupun masyarakat luas sehingga tidak memiliki

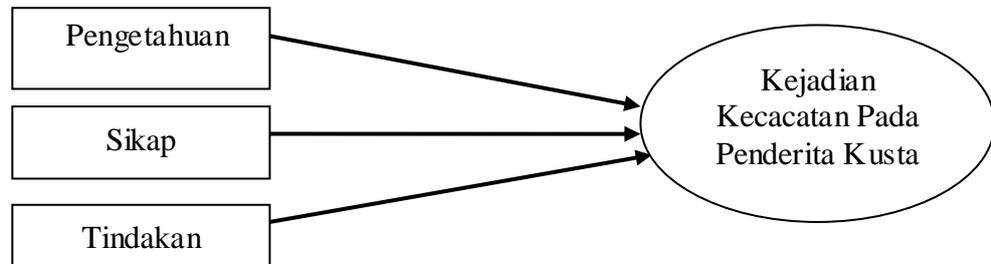
niat sedikitpun untuk berobat dan mendapatkan perawatan. Merasa dirinya mempunyai penyakit layaknya hasil kutukan, penderita hanya berdiam diri dan tidak melakukan upaya untuk mendapatkan perawatan yang layak untuk menyembuhkan penyakitnya.

3. Tindakan

Penderita kusta cenderung tidak berbuat apa-apa terhadap penyakitnya, dalam hal ini melakukan pengobatan MDT dan melakukan perawatan diri terhadap pencegahan kecacatan kusta dan cacat yang berlanjut bagi yang telah cacat. Selain itu, jika melakukan pengobatan MDT tidak secara tuntas, hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan mengenai penyembuhan penyakit kusta serta faktor kebosanan dalam mengonsumsi obat MDT setiap hari hingga dinyatakan sembuh dan rasa malu akibat stigma negatif yang berkembang di masyarakat mengenai penyakit kusta serta kurangnya respon positif terhadap upaya perawatan diri yang disebabkan faktor kemalasan dimana setiap hari harus melakukan perawatan dan pencegahan terhadap benda panas, benda tajam dan faktor lain yang memungkinkan menyebabkan kecacatan bertambah parah dan akibat mati rasa pada anggota tubuh yang telah mengalami anestesi dan cacat.

B. Skema Kerangka Konsep Penelitian

Variabel yang diteliti dapat dilihat pada bagan dibawah ini :



Gambar 1. Skema Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:  = Variabel independen

 = Variabel dependen

C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Definisi variabel penelitian yang akan diteliti adalah :

1. Kejadian Kecacatan

Kejadian kecacatan penderita kusta yaitu suatu keadaan ketidakmampuan dalam melakukan aktifitas atau kegiatan dalam kegiatan sehari-hari berupa gangguan, kerusakan, dan keterbatasan yang menimpa seseorang, seperti tangan, kaki dan mata yang menyebabkan tidak dapat melakukan fungsinya secara normal.

Kriteria Objektif

Cacat : Jika terdapat cacat pada penderita kusta yang dapat kelihatan atau mengalami cacat tingkat 2.

Tidak Cacat : Jika tidak terdapat cacat pada penderita kusta yang dapat kelihatan atau mengalami cacat tingkat 0 dan 1.

2. Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau yang diingat oleh penderita kusta mengenai definisi penyakit, penyebab, gejala, dan pengobatan yang dihubungkan dengan kejadian kecacatan pada penderita kusta. Pengukuran variabel ini menggunakan “*Skala Likert*” yaitu dengan memberikan skoring pada jawaban responden. Untuk jawaban benar responden diberi skor 3, jawaban mendekati benar diberi skor 2 dan jawaban salah diberi skor 1. Penentuan kategori dihitung dengan rumus berdasarkan *Skala Likert* (Riduwan dan Akdon, 2007).

Kriteria Objektif

Rendah : Jika jawaban responden berada dibawah nilai median dari jawaban semua responden mengenai pernyataan pengetahuan yang telah disusun.

Tinggi : Jika jawaban responden sama dengan atau berada diatas nilai median dari jawaban semua responden mengenai pertanyaan pengetahuan yang telah disusun.

3. Sikap

Sikap adalah segala sesuatu yang ditanggapi atau direspon oleh penderita kusta untuk diyakini kebenarannya (sikap terhadap penyakit kusta dan penanggulangan kusta yang dihubungkan dengan pencegahan kejadian kecacatan). Skala pengukuran yang digunakan adalah “*Skala Guttman*”, dimana jawaban benar responden diberi skor 1 dan jawaban salah diberi skor 0 (Riduwan dan Akdon, 2007).

Kriteria Objektif

Negatif : Jika jawaban responden berada dibawah nilai median dari jawaban semua responden mengenai pernyataan sikap yang telah disusun.

Positif : Jika jawaban responden sama dengan atau berada diatas nilai median dari jawaban semua responden mengenai pertanyaan sikap yang telah disusun.

4. Tindakan

Tindakan adalah perbuatan nyata atau praktek dari penderita kusta, misalnya tindakan berobat secara teratur, perawatan diri untuk pencegahan kecacatan. Pengukuran variabel ini menggunakan “*Skala Likert*” yaitu dengan memberikan skoring pada jawaban responden. Untuk jawaban benar responden diberi skor 3, jawaban mendekati benar diberi skor 2 dan jawaban salah diberi skor 1. Penentuan kategori dihitung dengan rumus berdasarkan *Skala Likert* (Riduwan dan Akdon, 2007).

Kriteria Objektif

Negatif : Jika jawaban responden berada dibawah nilai median dari jawaban semua responden mengenai pernyataan tindakan yang telah disusun.

Positif : Jika jawaban responden sama dengan atau berada diatas nilai median dari jawaban semua responden mengenai pertanyaan tindakan yang telah disusun.

D. Hipotesis Penelitian

a. Hipotesis Null (H_0)

- a. Tidak ada hubungan pengetahuan dengan kejadian kecacatan penderita kusta
- b. Tidak ada hubungan sikap dengan kejadian kecacatan penderita kusta
- c. Tidak ada hubungan tindakan dengan kejadian kecacatan penderita kusta

b. Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. Ada hubungan pengetahuan dengan kejadian kecacatan penderita kusta
- b. Ada hubungan sikap dengan kejadian kecacatan penderita kusta
- c. Ada hubungan tindakan dengan kejadian kecacatan penderita kusta.

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional analitik dengan menggunakan rancangan studi potong-lintang atau "*Cross Sectional Study*". Pada penelitian survei kecacatan pada penderita kusta, maka desain ini dimaksudkan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel independen (pengetahuan, sikap dan tindakan) dengan variabel dependen yaitu kejadian kecacatan pada penderita kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Propinsi Sulawesi Selatan, dengan alasan:

- a. Merupakan rumah sakit khusus yang menjadi tempat pengobatan orang-orang yang mengalami gangguan kesehatan kulit, khususnya pada penyakit kusta.
- b. Merupakan satu-satunya rumah sakit kusta yang berada di propinsi Sulawesi Selatan dan menjadi pusat rujukan penderita dengan diagnosis kusta untuk wilayah Indonesia Timur (Seluruh wilayah Sulawesi, Maluku, dan Irian jaya) (Profil RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, 2010).

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 24 Januari - 6 Februari 2012.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta rawat jalan yang tercatat berdasarkan buku register poli kusta Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dari bulan Januari – September 2011.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari penderita kusta rawat jalan yang tercatat berdasarkan buku register poli kusta Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dari bulan Januari – September 2011 sebanyak 104 sampel.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Pemilihan sampel dilakukan dengan cara *Accidental Sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang ditemui asalkan sesuai dengan persyaratan data yang diinginkan (Machfoedz, 2010).

D. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan dengan menggunakan data primer dan data sekunder.

1. Data Primer

Data Primer diperoleh dengan melakukan wawancara terhadap penderita kusta rawat jalan dimana peneliti bertemu dan melakukan wawancara

langsung kepada para responden dengan menggunakan alat bantu kuesioner.

2. Data Sekunder

Data sekunder berupa data register pasien, lama pengobatan dan kartu pengobatan penderita kusta rawat jalan Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

E. Pengolahan dan Penyajian Data

Data yang dikumpulkan melalui wawancara menggunakan kuesioner diolah dengan program *Software Statistical Package for Sosial Science* (SPSS) 16,0. Adapun langkah-langkah pengolahan data, yaitu sebagai berikut:

1. Pengolahan Data

a. Editing

Data yang didapat diperiksa kelengkapannya

b. Coding

Apabila semua data dikumpulkan dan selesai proses pengeditannya, akan dilakukan pengkodean data berdasarkan buku kode yang telah disusun sebelumnya (daftar koding) dan telah dipindahkan ke format aplikasi program SPSS di komputer.

c. Cleaning data

Dilakukan pada semua lembar kerja terhadap pembersihan kesalahan yang mungkin terjadi selama proses input data. Proses ini dilakukan melalui analisis data sesuai frekuensi pada semua variabel.

Kemudian data missing dibersihkan dengan menginput data yang benar.

d. Entry data

Data diinput kedalam lembar kerja SPSS sesuai variabel. Urutan input data berdasarkan nomor responden dalam kuesioner.

e. Analisis

Proses analisis dilakukan dengan menggunakan program analisis data yang telah tersedia dalam program SPSS, baik analisis univariat maupun bivariat.

1) Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum masalah penelitian dengan mendeskripsikan tiap-tiap variabel yang digunakan dalam variabel ini, yakni dengan melihat gambaran distribusi frekuensi serta persentase tunggal yang terkait dengan tujuan penelitian.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antar variabel dependen dan variabel independen. Mengingat rancangan penelitian ini adalah studi *cross sectional*, maka analisis hubungan akan dilakukan dengan menggunakan *Uji Chi-Square (X^2)* dan koefisien ϕ (Phi) Adapun perhitungan dan uji statistik yang digunakan adalah sebagai berikut:

Dilakukan terhadap setiap variabel dependen dengan variabel independen, dengan menggunakan uji *Chi-Square* (X^2) dengan tingkat signifikansi *alfa* (α) = 0,05. Hipotesis yang akan diuji yaitu Hipotesis Null (H_0).

Kriteria Hipotesis : bermakna antara variabel independen dan variabel dependen jika, **nilai $p < \alpha$ (0,05)**.

Dimana:

1. H_0 ditolak jika nilai $p <$ dari α
2. H_a diterima jika nilai $p \geq$ dari $\alpha = 0,05$.

Dengan uji tersebut dapat diketahui kemaknaan hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Jika nilai $p < 0,05$ berarti memiliki hubungan yang bermakna antara kedua variabel tersebut.

Pengujiannya menggunakan rumus sebagai berikut (Stang, 2006):

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 = Nilai Chi-Square

O = Observed (Nilai Observasi)

E = Expected (Nilai Harapan)

Untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen jika tidak terdapat sel (nilai E) yang < 5 , maka menggunakan Chi-Square dengan koreksi Yate's Correction menggunakan tabel kontigensi 2x2 dengan rumus:

Tabel 1
Tabel kontigensi

| Sampel | Frekuensi pada | | Jumlah sampel |
|----------|----------------|----------|---------------|
| | Objek I | Objek II | |
| Sampel A | a | b | a + b |
| Sampel B | c | d | c + d |
| Jumlah | a + c | b + d | N |

Sumber: Sugiyono, 2003

$$X^2 = \frac{n(|ad - bc| - \frac{n}{2})^2}{(a-b)(a-c)(b-d)(c-d)}$$

Jika terdapat sel (nilai E) yang kurang dari 5 maka menggunakan

Fisher Test dengan rumus:

$$p = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n!a!b!c!d!}$$

Interpretasi: H_0 ditolak bila $p < 0,05$ dan H_a diterima.

Untuk mengetahui kuatnya hubungan jika hasil uji Chi-Square (X^2) dan Test Fisher untuk tabel kontigensi 2x2 bermakna digunakan koefisien ϕ (Phi).

$$R\Phi = \frac{|ad - bc|}{\sqrt{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}}$$

Keterangan:

- a. Hubungan lemah : 0,01- 0,25
- b. Hubungan Sedang : 0,26 – 0,5
- c. Hubungan kuat : 0,51 - 0,75
- d. Hubungan sangat kuat : 0,76 – 1,00

2. Penyajian Data

Data yang telah diolah dan dianalisis lebih lanjut akan disajikan dalam bentuk tabel yakni dalam bentuk tabel sederhana/tabel frekuensi (*one-way tabulation*) untuk analisis univariat dan crosstabulation (*two-way tabulation*) untuk analisis bivariat yang disertai narasi.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar sejak 24 Januari 2012 sampai dengan 6 Februari 2012. Jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 104 orang.

Pengumpulan data dilakukan secara primer dimana peneliti bertemu dan melakukan wawancara langsung kepada para responden dengan menggunakan alat bantu kuesioner. Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan *screening* data untuk memeriksa kebenaran informasi sesuai dengan variabel yang akan diteliti. Setelah diolah, maka hasil penelitian dapat disajikan dan dianalisis secara deskriptif dengan tabel distribusi frekuensi serta analisis bivariat yang disertai dengan narasi. Adapun hasil penelitian yang diperoleh sebagai berikut:

1. Karakteristik Umum Responden

a. Umur

Umur responden yaitu lama hidup responden yang dihitung sejak lahir hingga saat penelitian yang dinyatakan dalam tahun. Umur responden dibagi menjadi lima kategori yaitu 15-30 tahun, 31-45 tahun, 46-60 tahun, 61-75 tahun, dan 76-90 tahun. Hasil penelitian distribusi responden menurut kelompok umur di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 2
Distribusi Responden Menurut Umur di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Kelompok Umur (tahun) | n | % |
|-----------------------|----|------|
| 15-30 | 16 | 15,4 |

| | | |
|---------------|------------|------------|
| 31-45 | 38 | 36,5 |
| 46-60 | 27 | 26 |
| 61-75 | 20 | 19,2 |
| 76-90 | 3 | 2,9 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 2 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut kelompok umur yang paling banyak yaitu kelompok umur 31-45 tahun sebanyak 38 orang (36,5%) dan yang paling sedikit adalah kelompok umur 76-90 tahun sebanyak 3 orang (2,9%).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah ciri biologis responden yang dibedakan atas laki-laki dan perempuan. Berdasarkan kategori tersebut dibuat distribusi kecacatan menurut jenis kelamin seperti pada Tabel 3 berikut:

Tabel 3
Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Jenis Kelamin | n | % |
|---------------|------------|------------|
| Laki-laki | 80 | 76,9 |
| Perempuan | 24 | 23,1 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut jenis kelamin yang paling banyak yaitu laki-laki sebanyak 80 orang (76,9%) dan yang paling sedikit adalah yang berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 24 orang (23,1%).

c. Status Perkawinan

Status perkawinan dibagi menjadi tiga kategori yaitu kawin, belum kawin, dan duda/janda. Hasil penelitian distribusi responden menurut status perkawinan di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 4
Distribusi Responden Menurut Status Perkawinan di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Status Perkawinan | n | % |
|-------------------|------------|------------|
| Kawin | 76 | 73,1 |
| Belum kawin | 12 | 11,5 |
| Duda/Janda | 16 | 15,4 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 4 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut status perkawinan yang paling banyak adalah responden dengan status kawin yaitu sebanyak 76 orang (73,1%) dan yang paling sedikit adalah belum kawin yaitu sebanyak 12 orang (11,5%).

d. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan dibagi menjadi tujuh kategori yaitu SD, SMP, SMA, S1, S2, S3, dan tidak sekolah. Berdasarkan kategori tersebut dibuat distribusi tingkat pendidikan seperti pada Tabel 5 berikut:

Tabel 5
Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Tingkat Pendidikan | n | % |
|--------------------|----|------|
| Tidak Sekolah | 35 | 33,7 |
| SD | 28 | 26,9 |
| SMP | 23 | 22,1 |
| SMA | 17 | 16,3 |

| | | |
|---------------|------------|------------|
| S1 | 1 | 1 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 5 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut tingkat pendidikan yang paling banyak adalah tidak sekolah yaitu sebanyak 35 orang (33,7%) dan yang paling sedikit adalah S1 yaitu sebanyak 1 orang (1%).

e. Pekerjaan

Pekerjaan responden dibagi menjadi delapan kategori yaitu tidak bekerja, pegawai swasta, pedagang, nelayan, petani, PNS, Ibu RT, dan lainnya. Hasil penelitian distribusi responden menurut pekerjaan di RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 6
Distribusi Responden Menurut Pekerjaan di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Pekerjaan | n | % |
|------------------|----------|----------|
| Tidak Bekerja | 42 | 40,4 |
| Swasta | 33 | 31,7 |
| Pedagang | 1 | 1 |
| Petani | 7 | 6,7 |

| | | |
|---------------|------------|------------|
| PNS | 1 | 1 |
| Ibu RT | 20 | 19,2 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 6 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut pekerjaan yang paling banyak adalah tidak bekerja yaitu sebanyak 42 orang (40,4) dan yang paling sedikit adalah responden dengan pekerjaan sebagai PNS dan Pedagang yaitu masing-masing sebanyak 1 orang (1%).

f. Tipe Kusta

Tipe kusta dibagi menjadi dua kategori yaitu PB dan MB. Hasil penelitian distribusi responden menurut tipe kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 7
Distribusi Responden Menurut Tipe Kusta di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Tipe Kusta | n | % |
|-------------------|------------|------------|
| PB | 5 | 4,8 |
| MB | 99 | 95,2 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 7 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut tipe kusta yang paling banyak adalah tipe MB yaitu sebanyak 99 orang (95,2%) dan yang paling sedikit adalah tipe PB yaitu 5 orang (4,8%).

g. Lama Menderita Kusta

Lama menderita kusta dibagi menjadi delapan kategori yaitu 0-10 tahun, 11-20 tahun, 21-30 tahun, 31-40 tahun, 41-50 tahun, 51-60

tahun, dan 61-70 tahun menderita. Hasil penelitian distribusi responden menurut lama menderita kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 8
Distribusi Responden Menurut Lama Menderita Kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Lama Menderita (tahun) | n | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| 0-10 | 30 | 28,8 |
| 11-20 | 25 | 24,0 |
| 21-30 | 23 | 22,1 |
| 31-40 | 12 | 11,5 |
| 41-50 | 8 | 7,7 |
| 51-60 | 5 | 4,8 |
| 61-70 | 1 | 1,0 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 8 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut lama menderita kusta yang paling banyak adalah dalam sekitar 0-10 tahun yaitu sebanyak 30 orang (28,8%) dan yang paling sedikit adalah sekitar 61-70 tahun sebanyak 1 orang (1%).

h. Status Kecacatan

Status kecacatan dibagi menjadi dua kategori yaitu cacat dan tidak cacat. Hasil penelitian distribusi responden menurut status kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 9
Distribusi Responden Menurut Status Kecacatan di Rumah Sakit

Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Status Kecacatan | n | % |
|------------------|------------|------------|
| Cacat | 87 | 83,7 |
| Tidak Cacat | 17 | 16,3 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 9 menunjukkan bahwa distribusi responden menurut status kecacatan yang paling banyak adalah dalam keadaan cacat yaitu sebanyak 87 orang (83,7%) dan yang paling sedikit adalah tidak cacat sebanyak 17 orang (16,3%).

2. Deskripsi Variabel Penelitian

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau yang diingat oleh penderita kusta mengenai definisi penyakit, penyebab, gejala, dan pengobatan yang dihubungkan dengan kejadian kecacatan pada penderita kusta. Pengetahuan dibagi dalam 2 kategori yaitu tinggi dan rendah. Adapun distribusi responden menurut pengetahuan adalah sebagai berikut:

Tabel 10

Distribusi Responden Menurut Pengetahuan di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Pengetahuan | n | % |
|---------------|------------|------------|
| Rendah | 63 | 60,6 |
| Tinggi | 41 | 39,4 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 10 menunjukkan bahwa responden lebih banyak memiliki pengetahuan yang rendah yaitu sebanyak 63 orang (60,6%) dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi sebanyak 41 orang (39,4%).

b. Sikap

Sikap adalah segala sesuatu yang ditanggapi atau direspon oleh penderita kusta untuk diyakini kebenarannya. Sikap dibagi dalam dua kategori yaitu negatif dan positif. Adapun distribusi responden menurut umur adalah sebagai berikut:

Tabel 11
Distribusi Responden Menurut Sikap di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Sikap | n | % |
|---------------|------------|------------|
| Negatif | 74 | 71,2 |
| Positif | 30 | 28,8 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 11 menunjukkan bahwa responden lebih banyak memiliki sikap yang negatif yaitu sebanyak 74 orang (71,2%) dibandingkan dengan responden yang memiliki positif yang negatif sebanyak 30 orang (28,8%).

c. Tindakan

Tindakan adalah perbuatan nyata atau praktek dari penderita kusta, misalnya tindakan berobat secara teratur, perawatan diri untuk pencegahan kecacatan. Tindakan juga dibagi menjadi dua kategori

yaitu positif dan negatif. Adapun distribusi responden menurut pekerjaan adalah sebagai berikut:

Tabel 12
Distribusi Responden Menurut Tindakan di Rumah Sakit
Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Tindakan | n | % |
|-----------------|------------|------------|
| Negatif | 64 | 61,5 |
| Positif | 40 | 38,5 |
| Jumlah | 104 | 100 |

Sumber: Data Primer

Tabel 12 menunjukkan bahwa responden lebih banyak memiliki tindakan yang negatif sebanyak 64 orang (61,5%) dibandingkan dengan responden yang memiliki tindakan yang positif sebanyak 40 orang (39,5%).

3. Analisis Hubungan Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen. Seperti yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa variabel dependen pada penelitian ini merupakan kejadian kecacatan kusta, sedangkan variabel independen yang dianalisis hubungannya dengan variabel dependen yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan. Selain itu, dijabarkan pula analisis bivariat karakteristik responden dengan variabel dependen.

- a. Distribusi Pengetahuan Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan Kusta

Hasil penelitian distribusi pengetahuan dengan kejadian kecacatan kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 13
Distribusi Pengetahuan Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Pengetahuan | Kejadian Kecacatan | | | | n | % | Hasil Uji Statistik |
|---------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|---------------------|
| | Cacat | | Tidak Cacat | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Rendah | 49 | 77,8 | 14 | 22,2 | 63 | 100 | $X^2=4,035$ |
| Tinggi | 38 | 92,7 | 3 | 7,3 | 41 | 100 | $p=0,045$ |
| Jumlah | 87 | 83,7 | 17 | 16,3 | 104 | 100 | $\phi=0,197$ |

Sumber: Data Primer

Tabel 13 menunjukkan bahwa dari 63 responden yang memiliki pengetahuan yang rendah terdapat 49 orang (77,8%) yang mengalami kecacatan dan 14 orang (22,2%) yang tidak cacat. Sedangkan dari 41 responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi terdapat 38 orang (92,7%) yang mengalami kecacatan sedangkan 3 orang (7,3%) yang tidak cacat.

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,045$ ($p < \alpha = 0,05$), dengan demikian maka H_0 ditolak atau dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan kusta. Hasil uji statistik dengan koefisien ϕ (phi) diperoleh nilai $\phi=0,197$. Hal ini berarti terdapat hubungan lemah antara pengetahuan penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

b. Distribusi Sikap Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan Kusta

Hasil penelitian distribusi sikap dengan kejadian kecacatan kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 14
Distribusi Sikap Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Sikap | Kejadian Kecacatan | | | | n | % | Hasil Uji Statistik |
|---------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|---------------------|
| | Cacat | | Tidak Cacat | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Negatif | 58 | 78,4 | 16 | 21,6 | 74 | 100 | $\chi^2=5,221$ |
| Positif | 29 | 96,7 | 1 | 3,3 | 30 | 100 | $p=0,046$ |
| Jumlah | 87 | 83,7 | 17 | 16,3 | 104 | 100 | $\phi=0,224$ |

Sumber: Data Primer

Tabel 14 menunjukkan bahwa dari 74 responden yang memiliki sikap yang negatif terdapat 58 orang (78,4%) yang mengalami kecacatan sedangkan 16 orang (21,6%) yang tidak cacat. Sedangkan dari 30 responden yang memiliki sikap yang positif sebagian besar diantaranya 29 orang (96,7%) yang mengalami cacat dan 1 orang (3,3%) yang tidak mengalami cacat.

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,046$ ($p < \alpha = 0,05$), dengan demikian maka H_0 ditolak atau dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara sikap penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan kusta. Hasil uji statistik dengan koefisien ϕ (phi) diperoleh nilai $\phi=0,224$. Hal ini berarti terdapat hubungan lemah

antara sikap penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

c. Distribusi Tindakan Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan Kusta

Hasil penelitian distribusi tindakan dengan kejadian kecacatan kusta di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

Tabel 15
Distribusi Tindakan Penderita Kusta Rawat Jalan dengan Kejadian Kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2012

| Tindakan | Kejadian Kecacatan | | | | n | % | Hasil Uji Statistik |
|---------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|----------------------------------|
| | Cacat | | Tidak Cacat | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Negatif | 53 | 82,8 | 11 | 17,2 | 64 | 100 | X ² =0,086 p=0,769 |
| Positif | 34 | 85,0 | 6 | 15,0 | 40 | 100 | |
| Jumlah | 87 | 83,7 | 17 | 16,3 | 104 | 100 | |

Sumber: Data Primer

Tabel 15 menunjukkan bahwa dari 64 responden yang memiliki tindakan yang negatif terdapat 53 orang (82,8%) yang mengalami kecacatan sedangkan 11 orang (17,2%) yang tidak cacat. Sedangkan dari 40 responden yang memiliki tindakan yang positif terdapat 34 orang (85,0%) yang mengalami cacat dan tidak cacat sebanyak 6 orang (15,0%).

Hasil uji statistik *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,769$ ($p >$ dari $\alpha = 0,05$), dengan demikian maka H_0 diterima atau dapat disimpulkan

bahwa tidak ada hubungan antara tindakan penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan kusta.

B. Pembahasan

Berdasarkan data WHO pada awal tahun 2011, jumlah kasus kusta di Indonesia sebesar 19.785 tidak jauh berbeda dengan tahun 2010. Hal ini membuktikan meskipun angka eliminasi kusta telah dicapai, namun masih banyak kasus baru yang didapatkan dari kabupaten-kabupaten endemik kusta dimana setiap tahun tercatat lebih dari 1000 kasus dan tidak menutup kemungkinan sudah mengalami kecacatan, dapat disebabkan karena rendahnya kinerja petugas dalam melakukan deteksi dini penyakit kusta dan rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai tanda-tanda dini penyakit kusta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada umur 31-45 tahun dimana umur responden merupakan usia produktif yang sebagian besar bekerja diluar rumah dan berpotensi terpapar bakteri kusta dan menularkan ke lingkungan lainnya jika tidak segera diobati. Dari hasil penelitian juga menunjukkan sebagian besar responden yang menderita kusta berjenis kelamin laki-laki sebanyak 76,9% dimana laki-laki lebih sering berada diluar rumah dan memiliki potensi lebih besar terpapar bakteri kusta daripada perempuan.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden menderita kusta dengan status kawin sebesar 73,1% dimana sebagian dari responden yang telah diwawancarai mengaku bahwa beliau tidak sendiri menderita kusta, namun ada juga salah satu anggota keluarganya yang

menderita, seperti anak, nenek, paman/bibi, dan tidak jarang mereka mengaku termasuk pasangan mereka (suami/istri).

Karakteristik responden yang lain juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak besekolah sebanyak 33,7%, hal ini sangat berpengaruh terhadap pengetahuan responden yang juga akan mempengaruhi responden dalam bersikap dan bertindak.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan status tidak bekerja sebesar 40,4% dimana mereka mengakui bahwa sebagian besar pernah bekerja sebagai pegawai swasta, pedagang, petani, dan adapun yang bekerja sebagai petugas pemadam kebakaran, namun karena penyakit yang dideritanya yang memungkinkan menyebabkan munculnya reaksi karena alergi, capek, stress, dan sebagainya sehingga responden cenderung memilih beristirahat dari pekerjaannya atau sama sekali tidak bekerja, responden tidak bekerja dapat pula disebabkan karena responden dikucilkan dari pergaulan dan lapangan pekerjaannya, sehingga mau tidak mau hanya berdiam diri dirumah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menderita kusta dengan tipe MB sebesar 95,2% dimana MB merupakan jenis kusta basah yang lebih mudah tertular dibandingkan tipe PB (kusta kering). Dari hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden menderita kusta dengan lama menderita 0-10 tahun sebanyak 28,8%, dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa masih banyak penderita baru penyakit

kusta. Hal ini disebabkan karena kurangnya peran perugas kesehatan dalam mendeteksi dini penyakit kusta yang ada di wilayah tersebut.

Secara umum diketahui bahwa kejadian kecacatan pada penderita kusta rawat jalan di Poli Kusta RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tergolong cukup tinggi. Hal ini dapat dilihat dari hasil analisis yang dilakukan terhadap 104 responden terdapat 83,7% yang mengalami kecacatan dan sebanyak 16,3% yang tidak mengalami kecacatan kusta. Angka kecacatan kusta penderita rawat jalan di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar tergolong tinggi. Dari hasil wawancara yang dilakukan diketahui bahwa beberapa responden yang mengalami kecacatan disebabkan karena mereka terlambat datang memeriksakan diri dan penyakitnya sehingga terlambat pula berobat dan melakukan perawatan diri.

Sebagian besar responden mengaku sebelum memeriksakan diri ke tempat pelayanan kesehatan terlebih dahulu berobat ke dukun dan sejenisnya sehingga menghabiskan banyak waktu hingga bertahun-tahun terbuang percuma tanpa bisa sembuh bahkan penyakit yang semakin parah. Mereka mengatakan bahwa pengobatan dukun jauh berbeda dengan pengobatan dokter dimana dukun mengobati dengan daun-daun yang ditumbuk dan diminumkan ke pasien, pasien dilarang mandi, pasien ditiupkan sesuatu ke dalam air yang akan diminumnya dan tidak boleh minum air yang lain, namun terdapat kesamaan antara dukun dan dokter yaitu sama-sama ingin menyembuhkan dan sama-sama menyarankan banyak berdoa.

Responden yang saat ini memiliki pengetahuan yang tinggi mengaku bahwa dahulu mereka memiliki pengetahuan yang sangat terbatas mengenai kusta dan diyakini oleh mereka itu merupakan kutukan, baik itu takdir dari Sang Maha Pencipta ataupun penyakit kiriman dari orang lain yang mungkin saja ada hal yang tidak disukai dari penderita tersebut (istilah Bugis-Makassar = Doti-doti) sehingga sikap dan tindakan responden juga ikut negatif.

Sebagian dari responden mengatakan bahwa mereka memiliki pengetahuan, sikap, dan tindakan mereka yang saat ini tergolong baik disebabkan karena peran petugas kesehatan yang memberikan informasi setelah melakukan pemeriksaan kesehatan mengenai kusta serta upaya pengobatan dan perawatan diri padahal sebelum mereka datang berobat mereka memiliki perilaku yang sangat sempit dan cenderung pasif dalam upaya pengobatan dan perawatan diri sehingga mereka sudah dalam keadaan cacat kemudian datang berobat.

Sebagian besar juga menyatakan bahwa mereka masih sangat kolot (memiliki pengetahuan dan sikap mengenai kusta yang sangat sempit) bahkan sampai sekian lama (puluhan tahun menderita kusta) masih ada yang beranggapan bahwa penyakit kusta tidak bisa disembuhkan karena merupakan pemberian Tuhan (kutukan) sehingga meskipun berobat secara teratur tetap tidak akan sembuh. Mereka menuturkan bahwa pengobatan tetap dijalankan karena dapat mengurangi otot yang kaku setelah diperiksa dan di terapi oleh petugas kesehatan dan pengobatan yang gratis yang menyebabkan penderita

tetap berobat, selain itu mereka mencegah cacat di anggota tubuh yang lain agar tidak muncul, namun tidak dapat menghilangkan cacat yang sudah ada.

Hasil penelitian tentang hubungan perilaku penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dalam hal ini pengetahuan, sikap, dan tindakan penderita kusta dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Kejadian Kecacatan Kusta

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik tentang sesuatu hal cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat berkaitan dengan masalah tersebut dibandingkan dengan mereka yang pengetahuannya rendah. Minimnya pengetahuan penderita maupun keluarga penderita tentang kusta menyebabkan terlambatnya dibawa ke tempat berobat (tempat pelayanan kesehatan) untuk berobat sehingga menimbulkan cacat pada penderita dan berpotensi menularkan kuman kepada orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak responden yang memiliki pengetahuan yang rendah yaitu sebesar 60,6% dibandingkan yang memiliki pengetahuan yang tinggi sebesar 39,4%. Pengetahuan yang dimaksud yaitu mengenai definisi penyakit, penyebab, gejala, dan pengobatan yang dihubungkan dengan kejadian kecacatan pada penderita kusta.

Orang yang memiliki pengetahuan yang rendah mengenai penyakit kusta, sulit untuk mencegah ataupun menghindari penyakit kusta karena memiliki pengetahuan yang sangat terbatas mengenai kusta dan kecacatan akibat kusta tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 87 responden yang mengalami kecacatan terdapat 38 orang (92,7%) responden yang mengalami cacat dengan pengetahuan yang tinggi sedangkan terdapat 49 orang (77,8%) responden dengan pengetahuan yang rendah.

Berdasarkan uji statistik pada Tabel 13 dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,045$ dengan $p < \alpha = 0,05$, dengan demikian maka H_0 ditolak atau dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian kecacatan penderita kusta dengan kekuatan hubungan lemah dengan nilai $\phi=0,197$. Hal ini disebabkan karena sebagian besar penderita masih memiliki pengetahuan yang rendah terhadap kusta, penyebab kusta, tanda awal kecacatan kusta, dan dampak dari cacat kusta tersebut. Dengan pengetahuan yang dimiliki penderita tergolong rendah dapat menyebabkan penderita terlambat berobat dan semakin bebas menularkan bakteri penyakit kusta. Selain itu, tanda awal cacat kusta yang tidak diketahui dianggap hal yang tidak penting karena tidak mengganggu aktivitas penderita tersebut, misalnya jika timbul bintik seperti panu yang mati rasa. Anggapan yang salah inilah yang menyebabkan penderita lama datang memeriksakan diri ke

tempat pelayanan kesehatan dan menyebabkan kecacatan akibat keterlambatan penanganan.

Selain itu, penderita yang memiliki pengetahuan yang tergolong tinggi baru diperoleh setelah mendapatkan intervensi dari petugas kesehatan dan pada dasarnya sebagian besar telah mengalami cacat ketika pertama kali melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan sehingga meskipun pengetahuan penderita tinggi sebelum dan bahkan setelah intervensi tersebut namun tidak mengubah kecacatan penderita.

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan merupakan indikator dari seseorang untuk melakukan tindakan terhadap sesuatu. Jika seseorang didasari dengan pengetahuan yang baik terhadap kesehatan maka orang tersebut akan memahami bagaimana kesehatan itu dan mendorong untuk mengaplikasikan apa yang diketahuinya. Pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, sebagian besar penderita yang telah mengalami cacat dengan pengetahuan yang rendah dimana seluruh penderita pernah dan sering mengalami reaksi kusta serta bertambahnya titik kecacatan yang tersebar pada anggota tubuh yang lain. Penderita tersebut tidak mengetahui dengan jelas pentingnya memeriksakan diri dan berobat serta melakukan perawatan diri untuk pencegahan kecacatan yang berlanjut. Hal ini juga disebabkan karena sebanyak 33,7% responden memiliki pendidikan yang rendah yaitu tidak tamat SD atau sama sekali tidak berpendidikan yang

akan mempengaruhi responden dalam memperoleh informasi dan juga akan mempengaruhi perilaku responden tersebut.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nova (2000) yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan penderita kusta jenis Multibasiler tentang pengertian penyakit kusta, tanda-tanda awal penyakit kusta, dan pengobatan penyakit kusta, dengan tingkat kecacatan. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Nursia (2009) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan upaya pencegahan kecacatan penyakit kusta.

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Buraerah (2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kecacatan penderita kusta. Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh penelitian Lilian (2009) yang menyatakan bahwa pengetahuan bukan merupakan faktor risiko terjadinya kecacatan pada penderita kusta.

2. Hubungan Antara Sikap Dengan Kejadian Kecacatan Kusta

Sikap adalah kesiapan atau kesediaan dalam bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dengan kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku tertutup, masih belum merupakan perilaku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghargaan terhadap obyek.

Sikap merupakan hasil dari pengetahuan seseorang. Seseorang yang memiliki sikap yang positif tentang sesuatu hal cenderung akan bertindak yang lebih tepat berkaitan dengan masalah tersebut dibandingkan dengan mereka yang memiliki sikap negatif. Semakin tinggi pengetahuan seseorang maka cenderung akan bersikap yang positif pula sesuai dengan apa yang telah diketahuinya.

Sama halnya dengan penderita kusta yang bersikap positif cenderung memiliki kesiapan bertindak yang positif pula, seperti dalam hal memeriksakan kesehatan, pengobatan dan perawatan diri untuk pencegahan cacat. Seseorang akan sadar dan mengerti serta mau melakukan sesuatu yang ada hubungannya dengan kesehatan bila ia memiliki pengetahuan yang baik yang akan mempengaruhi sikap dalam berperilaku, begitu pula sebaliknya pada penderita yang memiliki sikap negatif.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak responden yang memiliki sikap yang negatif yaitu sebesar 71,2% dibandingkan yang memiliki sikap yang positif sebesar 28,8%. Sikap yang dimaksud yaitu mengenai segala sesuatu yang ditanggapi atau direspon oleh responden penderita kusta untuk diyakini kebenarannya (sikap terhadap penyakit kusta dan penanggulangan kusta yang dihubungkan dengan pencegahan kejadian kecacatan).

Sikap yang baik dapat dilihat dari perilaku pencegahan kecacatan. Sesuai dengan pendapat Asrul (2000), bahwa seseorang akan sadar dan

mengerti serta mau melakukan sesuatu yang ada hubungannya dengan kesehatan bila ia memiliki pengetahuan yang baik yang akan mempengaruhi sikap dalam berperilaku.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 87 responden yang mengalami kecacatan terdapat 58 orang (78,4%) responden yang mengalami cacat dengan sikap yang negatif sedangkan terdapat 29 orang (96,7%) responden dengan sikap yang positif. Meskipun telah memeriksakan diri ke petugas kesehatan, penderita dengan sikap yang negatif cenderung malas untuk bertindak seperti pengobatan yang putus-putus dan malas melakukan perawatan diri sehingga menyebabkan resisten terhadap obat tersebut dan mengakibatkan kecacatan yang lebih parah pada diri penderita.

Berdasarkan uji statistik pada Tabel 14 dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,021$ dengan $p < \alpha = 0,05$, dengan demikian maka H_0 diterima atau dapat disimpulkan ada hubungan antara sikap dengan kejadian kecacatan penderita kusta dengan kekuatan hubungan lemah dengan nilai $\phi=0,224$. Hal ini juga disebabkan karena sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang rendah sehingga mempengaruhi responden dalam bersikap. Selain itu, responden yang memiliki sikap yang negatif cenderung pasif dalam memperoleh informasi bahkan memahami pentingnya pengobatan dan perawatan diri dalam pencegahan kecacatan pada tubuh.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Waula (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan upaya pencegahan kecacatan penyakit kusta. Dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Fajar (2002), di Kabupaten Gresik, menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor sosial budaya, seperti kepercayaan, sikap, nilai dan kebiasaan dengan terjadinya kecacatan pada penderita kusta.

Pendapat yang sama dikemukakan oleh Bruna (2000) yang menyatakan bahwa sikap mempunyai kecenderungan atau kesediaan untuk berbuat atau memberikan baik positif maupun negatif terhadap objek atau sesuatu. Penelitian ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan tersebut yaitu jika seseorang memiliki sikap yang baik, maka upaya pencegahan kecacatannya cenderung baik, dan sebaliknya meskipun pada dasarnya telah cacat namun sikap yang positif akan membawa ke tindakan yang positif dan dapat menghindari penderita dari kecacatan yang lebih parah.

3. Hubungan Antara Tindakan Dengan Kejadian Kecacatan Kusta

Tindakan adalah perbuatan nyata atau praktek dari penderita kusta dalam memelihara kesehatan. Seseorang yang memiliki tindakan yang positif tentang sesuatu hal sudah pasti bertindak yang lebih tepat berkaitan dengan masalah tersebut dibandingkan dengan mereka yang memiliki tindakan yang negatif. Semakin positif sikap seseorang maka cenderung akan bertindak yang positif pula sesuai dengan apa yang telah diyakininya sebelum bertindak.

Sama halnya dengan penderita kusta yang bertindak positif akan menghasilkan sesuatu yang positif pula bagi dirinya, seperti dalam hal memeriksakan kesehatan, pengobatan dan perawatan diri untuk pencegahan cacat serta pencegahan cacat berlanjut bagi yang telah cacat. Seseorang akan merasakan perubahan pada diri dan penyakitnya yang menyebabkan bakteri kusta mati jika pengobatan kusta secara teratur hingga sembuh dan perawatan diri yang menghasilkan luka ataupun cacat tidak bertambah parah.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak responden yang memiliki tindakan yang negatif yaitu sebesar 61,5% dibandingkan yang memiliki tindakan yang positif sebesar 38,5%. Tindakan yang dimaksud yaitu mengenai tindakan berobat secara teratur dan perawatan diri untuk pencegahan kecacatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 87 responden yang mengalami kecacatan terdapat 53 orang (82,8%) responden dengan tindakan yang negatif sedangkan terdapat 34 orang (85,0%) responden dengan tindakan yang positif. Meskipun hampir seluruh responden yang mengalami cacat memiliki tindakan yang negatif, namun ternyata tidak memiliki hubungan antara tindakan dengan kecacatan yang dideritanya, hal ini disebabkan karena penderita pada dasarnya telah mengalami kecacatan setelah memeriksakan diri ke petugas kesehatan, melakukan pengobatan maupun perawatan diri, sehingga juga tidak mampu mengubah status kecacatan yang dimilikinya. Meskipun sebagian dari penderita kusta

berperilaku mengalami perubahan ke arah yang lebih positif misalnya dengan mendapatkan penyuluhan atau informasi dari petugas kesehatan atau mencari informasi melalui media lain mengenai kusta, pengobatan dan upaya pencegahan cacatnya, namun hal ini hanya dapat membuat penderita sembuh dari kusta, namun bukan dari kecacatan.

Berdasarkan uji statistik pada table 15 dengan menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0,769$ dengan $p > \alpha = 0,05$, dengan demikian maka H_0 ditolak atau dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara tindakan dengan kejadian kecacatan penderita kusta.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nova (2000) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tindakan penderita kusta jenis Multibasiler tentang keteraturan berobat, kebiasaan minum obat, serta cara memelihara tangan dan kaki yang sudah ada cacat ringan agar tidak timbul cacat berat, dengan tingkat kecacatan. Hasil yang sama juga ditunjukkan pada penelitian yang dilakukan oleh Buraerah (2010) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara keteraturan minum obat dan perawatan diri dengan kecacatan penderita kusta.

C. Keterbatasan Penelitian

Hal-hal yang memungkinkan menjadi kendala dan keterbatasan pada penelitian ini antara lain:

1. Jumlah sampel yang sedikit tidak mewakili keseluruhan jumlah populasi
2. Penelitian ini dilakukan dengan teknik pengambilan sampel secara *accidental sampling* dimana hanya penderita kusta yang berobat jalan di Poli Kusta yang menjadi responden, tidak mencakup penderita yang malas berobat meskipun namanya terdaftar di buku register Poli Kusta sehingga mempengaruhi jumlah sampel.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar mengenai hubungan perilaku penderita kusta rawat jalan dengan kejadian kecacatan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengetahuan penderita kusta berhubungan dengan kejadian kecacatan kusta dengan nilai $p = 0,045$ ($p < \alpha = 0,05$) dan nilai koefisien $\phi=0,197$ dengan kekuatan hubungan lemah
2. Sikap penderita kusta berhubungan dengan kejadian kecacatan kusta dengan nilai $p = 0,046$ ($p < \alpha = 0,05$) dan nilai koefisien $\phi=0,224$ dengan kekuatan hubungan lemah.
3. Tindakan penderita kusta tidak berhubungan dengan kejadian kecacatan kusta dengan nilai $p = 0,983$ ($p > \alpha = 0,05$).

B. Saran

1. Kepada penderita kusta agar meningkatkan pengetahuan mengenai definisi kusta, penyebab kusta, kecacatan kusta dan dampak kecacatan, penderita seperti apa saja yang berisiko mengalami cacat, pengobatan kusta dan dampaknya jika tidak ditangani dengan cepat; sehingga memiliki sikap dan tindakan yang positif dalam tindakan pengobatan (kebiasaan minum obat,

tindakan penderita jika bercak berkurang selama masa pengobatan belum berakhir), cara merawat diri sehari-hari pada luka dan pada tangan dan kaki yang sudah cacat ringan agar tidak menimbulkan cacat berat.

2. Kepada pemerintah dalam penanggulangan masalah kusta, khususnya deteksi dini penyakit kusta terutama di wilayah yang banyak menampung penderita kusta karena meskipun memiliki pengetahuan yang tinggi, serta sikap dan tindakan yang positif namun jika pada dasarnya sudah menderita cacat maka tidak akan mengubah keadaan penderita itu kecuali mencegah cacat agar tidak menjadi lebih parah.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, Muh. Dali. 2003. *Ilmu Penyakit Kusta Cetakan Kedua*. Makassar: Hasanuddin University Press Bagian Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin FK Unhas.
- AM, Yudied, dkk. *Kajian Pengendalian Potensial Faktor Risiko Penularan Penyakit Kusta Dan Intervensinya Di Puskesmas Pragaan Kabupaten Sumenep, Tahun 2007*. Buletin Human Media Volume 03 Nomor 03, September 2008. Online. (<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 15 September 2011.
- Bastijan. 2007. *Perilaku Penderita Dalam Pengobatan Penyakit Kusta Di Puskesmas Sitopeng Kota Cirebon Tahun 2007*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Online.(<http://www.fkm.undip.ac.id>). Diakses 10 Januari 2012.
- Buraerah, Nurilma. 2010. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecacatan Penderita Kusta di RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2010*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Depkes RI. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Online. (<http://depkes.go.id>). Diakses 26 September 2011.
- Dinkes Provinsi Sulsel. 2009. *Renstrakes Dinkes Prov. Sulsel 2008-2013*. Online. (<http://dinkes-sulsel.go.id>). Diakses 26 September 2011.
- _____. 2010. *Profil Kesehatan Sulawesi Selatan 2009*. Online. (<http://datinkessulsel.wordpress.com>). Diakses 26 September 2011.
- _____. 2011. Data Bagian P2PL Dinkes Kota Makassar Tahun 2011. Makassar : Dinkes Kota Makassar.
- Djuanda, Adhi. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin Cetakan Kelima*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Harahap, Marwali. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit Cetakan Pertama*. Jakarta: Hipokrates.
- Heru W, Bambang. *Upaya Peningkatan New Case Detection Kusta Berdasarkan Analisis Faktor Provider Puskesmas Di Kabupaten Pasuruan*. Jurnal Adm. Kebijakan Kesehatan, Vol. 6, No. 2, Mei-Agustus 2008: 126-132. Online.(<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 22 September 2011.
- Hiswani. 2001. *Kusta Salah Satu Penyakit Menular Yang Masih Dijumpai Di Indonesia*. USU Digital Library. Online.(<http://repository.usu.ac.id>). Diakses 29 September 2011.
- Kemenkes RI. 2011 a. *Prevalensi Kusta Berhasil Diturunkan 81 Persen*. Online (<http://www.depkes.go.id>). Diakses 26 September 2011.
- _____. 2011 b. *Menkes Canangkan Tahun Pencegahan Cacat Akibat Kusta*. Online (<http://www.indonesiango.org>). Diakses 26 September 2011.
- Machfoedz, Ircham. 2010. *Metodologi penelitian Kuantitatif dan Kualitatif Cetakan Ketujuh*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Muchtar, Sri Vitayani, dkk. *Lepromin Test pada Pendertia Kusta*. Jurnal Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin Vol. 21 No.1 April 2009. Online.(<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 29 Oktober 2011.

- Noor, Nur Nasry. 2006. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular Cetakan Kedua*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010 a. *Ilmu Perilaku Kesehatan Cetakan Pertama*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____. 2010 b. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi Cetakan Kedua*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur, Ali Muh. *Pembelajaran Nilai Budaya Siri' Pada Masyarakat Bugis Makassar Di Lingkungan Sekolah*. Didaktika Jurnal Kependidikan Vol. 4 No. 2 November 2009. Online. (<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 10 Januari 2012.
- Putra, I Gusti, dkk. *Kecacatan pada Penderita Kusta Baru di Divisi Kusta URJ Penyakit Kulit dan Kelamin RSUD Dr. Soetomo Surabaya Periode 2004-2006*. Jurnal Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNAIR/RSUD Dr. Soetomo Vol. 21 No. 1 April 2009. Online.(<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 13 Oktober 2011.
- Puskesmas Tanjung Rejo, Kudus. 2011. *Apa itu penyakit kusta?*. Online (<http://www.puskesmasthanjungrejo.web.id>). Diakses 11 November 2011.
- Riduwan dan Akdon. 2007. *Rumus dan Data dalam Aplikasi Statistika Cetakan Kedua*. Bandung : Alfabeta.
- RS. Dr. Tadjuddin Chalid. 2011. *Data Bagian PPL RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2011*. Makassar : RS. Dr. Tadjuddin Chalid.
- _____. 2011. *Profil RS. Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2010*. Makassar : RS. Dr. Tadjuddin Chalid.
- Siagian, Jenny, dkk. *The Influence of Stigma and Depression on Quality of Life of Leprosy Patients*. Jurnal Berkala Ilmu Kedokteran Universitas Gajah Mada Vol. 41 No. 1 Maret 2009, Hal. 33-40. 2009. Online.(<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 13 Oktober 2011.
- Soedarjatmi, dkk. *Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita terhadap Stigma Penyakit Kusta*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol. 4 No. 1 Januari 2009. Online.([http:// isjd.pdii.lipi.go.id](http://isjd.pdii.lipi.go.id)). Diakses 1 Oktober 2011.
- Soedarto. 1995. *Penyakit-Penyakit Infeksi di Indonesia Cetakan Ketiga*. Jakarta: Widya Medika.
- Sousa, Ana Lucia, dkk. *Mycobacterium leprae DNA Associated with Type 1 Reactions in Single Lesion Paucibacillary Leprosy Treated with Single Dose Rifampin, Ofloxacin, and Minocycline*. Am. J. Trop. Med. Hyg., 77(5), 2007, pp. 829–833. Online.(<http://www.ajtmh.org>). Diakses 13 Oktober 2011.
- Stang. 2006. *Biostatistik II*. Makassar: Jurusan Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
- Sugiyono. 2003. *Statistik Non Parametris Untuk Penelitian Cetakan ketiga*. Bandung: Alfabeta.
- Susanto, Nugroho. 2006. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Sukoharjo*. Thesis Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Online. (<http://nugrohosusantoborneo.files.wordpress.com>). Diakses 23 September 2011.

- Sutopo, Mieng N. 2000. *Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap, Dan Tindakan Penderita Kusta Jenis Multibasiler Dengan Tingkat Kecacatan Di Rumah Sakit Kusta Makassar Tahun 2000*. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Suwoyo, dkk. 2010. *Hubungan Pengetahuan Dengan Persepsi Kepala Keluarga Terhadap Penderita Kusta*. Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes Vol. 1 No. 3 Juli. Online.(<http://isjd.pdii.lipi.go.id>). Diakses 22 September 2011.
- Waula, Nursia. 2010. *Analisis Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Pasien Kusta Dengan Upaya Pencegahan Kecacatan Penyakitnya Di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar Tahun 2009*. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
- World Health Organization (WHO). 2011. *Leprosy elimination Programme. World Health regional office for South-east Asia*. Online.(<http://www.who.int/>). Diakses 1 November 2011.
- Widoyono. 2008. *Penyakit Tropis (Epidemiologi, Penularan, Pencegahan, dan Pemberantasannya)*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Zulkifli. 2003. *Penyakit Kusta Dan Masalah Yang Ditimbulkannya*. USU Digital Library. Online.(<http://library.usu.ac.id>). Diakses tanggal 29 September 2011.

LAMPIRAN

DOKUMENTASI



Gambar 1 dan 2. Wawancara dengan penderita kusta rawat jalan.



Gambar 3 dan 4. Pemberian kenang-kenangan kepada penderita kusta rawat jalan yang telah bersedia menjadi responden dan diwawancarai.



Gambar 5. Berfoto bersama dengan penderita kusta rawat jalan di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.