

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta atau lepra adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Pada dasarnya penyakit ini menyerang kulit, saraf tepi, hingga dapat menyerang organ-organ tubuh lainnya. Bakteri tersebut diduga menyebar melalui *droplet*. Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat menyebabkan cacat permanen bahkan kematian bagi penderitanya (Sehgal, 2006).

Penyakit yang juga disebut dengan nama Morbus Hansen ini dapat menyebabkan disabilitas atau keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti pada manusia normal. Adanya stigma menimbulkan rasa takut berlebihan terhadap penyakit kusta (*leprophobia*). Stigma tersebut menyebabkan diskriminasi sosial, seperti kesulitan mendapatkan pekerjaan, seringkali ditolak dalam pekerjaan karena keterbatasan fisiknya, ditolak dalam pelayanan kesehatan, dijauhi oleh masyarakat bahkan keluarga, sulit dalam mendapatkan jodoh, dan lain sebagainya (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012). Sari (2012) mengemukakan bahwa mereka yang pernah mengalami kusta hanya dapat sembuh secara medis saja, tetapi tidak sembuh dari masalah sosial, ekonomi, dan psikologi. Mereka yang sudah sembuh kerap tidak ingin kembali kepada keluarga atau lingkungan asalnya karena mendapatkan penolakan dari keluarga sebagai akibat dari riwayat penyakit kusta.

Kusta sangat berbeda jika dibandingkan dengan penyakit menular lainnya. Penyakit ini menyebabkan sakit dan trauma sosial yang dianggap menjadi

masalah utama daripada kematian. Kusta bahkan tidak termasuk salah satu dari sepuluh besar penyakit menular yang menyebabkan kematian di dunia. Masalah yang berkaitan dengan kusta bukanlah angka kematian, namun lebih mengarah pada stigma sosial (Sehgal, 2006).

Tingginya angka kecacatan kusta disebabkan oleh keterlambatan dalam penemuan kasus. Ketika ditemukan baik penderita yang datang berobat ke tempat pelayanan kesehatan maupun yang ditemukan di masyarakat telah mengalami kecacatan. Hasil penelitian Cardona dan Castro (2013) menyebutkan bahwa angka kecacatan mencapai 30% (tingkat 1 dan 2) pada saat diagnosis dari kasus baru yang dilaporkan. Angka tersebut diindikasikan sebagai konsekuensi dari keterlambatan penemuan kasus baru.

WHO (2013) melaporkan bahwa jumlah kasus baru kusta di dunia dari tahun 2005 sampai 2012 mencapai 2.004.590 kasus. Sedangkan untuk kasus kusta yang terdaftar pada akhir trimester pertama tahun 2013 adalah 189.018 kasus dengan prevalensi sebesar 0,33. Wilayah endemis utama penyakit ini adalah Afrika, Amerika, Asia Tenggara, Mediterania Timur, dan Pasifik Barat. India merupakan negara dengan jumlah penderita terbesar, diikuti Brasil dan Indonesia.

Di Indonesia, Ditjen PP & PL melaporkan bahwa insidens kusta mengalami peningkatan dalam periode 2009 sampai 2013. Angka tersebut secara rinci dapat dilihat pada gambar 1.1 berikut:



Gambar 1.1 Tren Kasus Baru Kusta di Indonesia (Kemenkes RI, 2014)

Gambar 1.1 menunjukkan grafik peningkatan kasus baru kusta di Indonesia dari tahun 2009-2013. Kasus baru pada tahun 2009 berjumlah 21.026 kasus, kemudian menurun pada tahun 2010 dengan 19.741. Peningkatan terjadi pada tahun 2011 dengan jumlah 23.169 kasus, namun pada tahun 2012 terjadi penurunan hingga mencapai 16.123 kasus, dan kembali terjadi peningkatan pada tahun 2013 dengan jumlah kasus sebesar 16.856. Adanya peningkatan dalam penemuan kasus baru dipengaruhi oleh petugas kesehatan dalam menemukan kasus baru secara aktif. Sedangkan penurunan kasus yang ditemukan pada tahun 2012 diperkirakan efek dari program kemoprofilaksis yang mulai diterapkan di beberapa daerah. Namun demikian, dalam kurun waktu tersebut secara umum belum menunjukkan penurunan yang berarti terkait situasi penyakit kusta di Indonesia, hal tersebut juga mengindikasikan bahwa penyakit kusta di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan.

Pada tahun 2013, sebanyak 14 provinsi (42,4%) termasuk dalam beban kusta tinggi (*high endemic*) dan 19 provinsi lainnya (57,6) termasuk dalam beban

kusta rendah (*low endemic*). Pada periode tersebut dilaporkan terdapat 16.856 kasus baru kusta yang terdiri dari kusta tipe Multi Basiler (MB) dengan persentase 83,4% dan tipe Pausi Basiler (PB) dengan persentase 16,6%. Sedangkan proporsi cacat tingkat II mencapai 11,8% (Kemenkes RI, 2014).

Provinsi Jawa Timur merupakan wilayah *high endemic* kusta di Indonesia (CDR >10/100.000 penduduk) atau dengan kata lain jumlah kasus baru lebih dari 1000 orang per tahun. Kasus baru pada tahun 2013 dilaporkan mencapai 4.132 orang dengan proporsi cacat tingkat II sebesar 13% atau berada di atas rata-rata nasional. Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Dinkes Provinsi Jatim, 2012), di Indonesia Jawa Timur tidak hanya merupakan penyumbang kasus kusta terbesar, tetapi juga memiliki angka kecacatan yang tinggi dengan proporsi cacat tingkat II sebesar 13% diantara seluruh kasus baru yang ditemukan.

Tabel 1.1 Pencapaian Program Pengendalian Penyakit Kusta Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2014

No.	Indikator Program	Target Nasional	Pencapaian Jawa Timur				
			2010	2011	2012	2013	2014
1.	Prevalensi Rate/10.000 penduduk	<1	1,48	1,63	1,46	1,2	1,07
2.	CDR/10.000 penduduk	<0,5	1,25	1,39	1,26	1,78	1,67
3.	Proporsi Cacat II	5%	13%	13%	14%	13%	13%

Sumber: Laporan Program P2 Kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015

Berdasarkan tabel 1.1, dari tiga indikator program pemberantasan penyakit kusta di Provinsi Jawa Timur, *Prevalence Rate* (PR) kusta telah mengalami penurunan dalam lima tahun terakhir. Namun angka tersebut masih tinggi di atas target nasional yaitu PR <1/10.000 penduduk. Demikian juga untuk CDR kusta yang juga masih tinggi tidak menunjukkan penurunan yang berarti dengan angka di atas target nasional yaitu CDR <0,5/10.000 penduduk.

Kondisi tersebut tidak jauh berbeda dengan proporsi cacat tingkat II. Proporsi cacat tingkat II di Jawa Timur cenderung stagnan setiap tahun dalam periode 2010-2014. Proporsi cacat tingkat II yang mencapai 13% masih di atas standar nasional yang ditargetkan tidak lebih dari 5% per tahun, sehingga proporsi cacat tingkat II masih menjadi masalah di Jawa Timur.

Tingginya proporsi cacat tingkat II hingga mencapai 13% tentu merupakan sebuah kesenjangan jika dikaitkan dengan salah satu indikator pencapaian nasional dalam program pengendalian kusta yaitu proporsi cacat tingkat II tidak lebih dari 5%. Standar tersebut cukup jauh dengan pencapaian saat ini sehingga perlu dilakukan peningkatan dalam melakukan pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan dalam menemukan penderita baru secara dini sehingga kecacatan dapat dihindari.

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang efeknya tidak hanya secara fisiologis namun juga secara psikologis berupa kerusakan saraf dan mata, ulkus, pemendekan jari tangan dan kaki, destruksi tulang serta kelainan kepribadian. Selain itu kusta juga menyerang hampir semua usia, tidak hanya orang dewasa namun dapat terjadi pada anak. Tingginya prevalensi penyakit kusta di Indonesia menunjukkan bahwa penularan kusta yang begitu cepat, terlebih lagi pandangan sebagian masyarakat yang menganggap bahwa penyakit kusta tidak dapat disembuhkan menyebabkan masyarakat enggan untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan karena merasa malu akan penyakit yang dideritanya.

Kecacatan pada penyakit kusta, khususnya cacat tingkat II dapat disebabkan oleh reaksi kusta yang dapat terjadi pada setiap penderita kusta dan tidak ditangani dengan baik. Reaksi tersebut berupa terjadinya radang pada tubuh yang telah terinfeksi *Mycobacterium leprae*. Reaksi kusta dapat terjadi sebelum

pengobatan, selama pengobatan, dan setelah pengobatan. Namun di sisi lain tingginya proporsi cacat kusta tingkat II menunjukkan keterlambatan dalam penemuan kasus baru. Keterlambatan dalam penemuan kasus baru tersebut menyebabkan penderita kusta pada saat ditemukan telah berada dalam kondisi cacat yang permanen. Oleh karena itu perlu dilakukan pengkajian terhadap masalah yang berkaitan dengan kecacatan kusta tingkat II, sehingga dapat dijadikan sebagai dasar penyusunan strategi pencegahan kecacatan kusta secara efektif oleh para stakeholder. Jika masalah kecacatan kusta yang telah ada selama ini masih kurang mendapatkan perhatian, maka akan semakin banyak penderita kusta di daerah beban kusta tinggi yang berisiko mengalami cacat tingkat II yang berdampak pada penurunan kualitas hidupnya.

1.2 Kajian Masalah

Kabupaten Sampang merupakan salah satu wilayah *high endemic* kusta di Provinsi Jawa Timur dengan rata-rata PR $>5/10.000$ penduduk dalam 5 tahun terakhir (2010-2014). Data 10 besar Kabupaten/Kota dengan prevalensi kusta tertinggi disajikan dalam tabel 1.2.

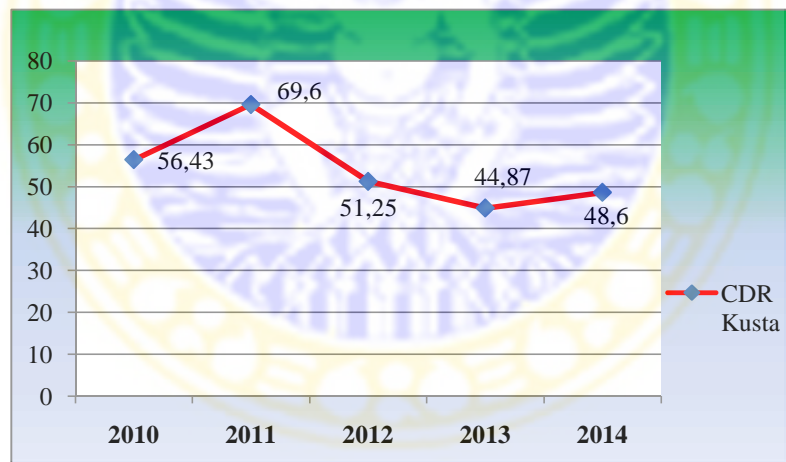
Tabel 1.2 Sepuluh Besar Kabupaten/Kota dengan Rata-Rata Prevalensi Kusta Tertinggi di Jawa Timur (2010-2014)

No.	Kabupaten/Kota	Rata-rata Prevalensi/10.000 Penduduk
1	Sampang	5,12
2	Sumenep	4,83
3	Bangkalan	4,07
4	Pamekasan	3,06
6	Situbondo	2,36
5	Probolinggo	2,29
7	Tuban	2,25
9	Lumajang	1,88
8	Lamongan	1,81
10	Pasuruan	1,68

Sumber: Laporan Program P2 Kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa dari 10 besar Kabupaten dengan prevalensi kusta tertinggi di Jawa Timur, Sampang merupakan Kabupaten yang memiliki rata-rata prevalensi tertinggi dalam 5 tahun terakhir. Kemudian diikuti oleh Sumenep, Bangkalan, Pamekasan, Situbondo, Probolinggo, Tuban, Lumajang, Lamongan, dan Pasuruan. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa Kabupaten Sampang merupakan penyumbang penderita kusta terbesar di Jawa Timur dengan jumlah penderita yang terdaftar pada tahun 2014 sebanyak 479 orang.

Sedangkan *Case Detection Rate* (CDR) kusta di Kabupaten Sampang cenderung menurun dalam 5 tahun terakhir. Data tersebut dapat di lihat pada gambar 1.2.



Gambar 1.2 Tren Penemuan Kasus Baru di Kabupaten Sampang (Laporan P2 Kusta Dinkes Provinsi Jatim, 2015)

Gambar 1.2 CDR kusta di Kabupaten Sampang mengalami penurunan dalam lima tahun terakhir. CDR kusta pada tahun 2010 sebesar 56,43, tahun 2011 meningkat dengan 69,6. Terjadi penurunan pada tahun 2012 dengan CDR 51,25, kemudian menurun lagi pada tahun 2013 dengan CDR 44,87, namun pada tahun 2014 menunjukkan peningkatan dengan CDR 48,6. Berdasarkan data tersebut,

diketahui rata-rata angka penemuan kasus baru di Kabupaten Sampang dalam lima tahun terakhir adalah 52,77 kasus dalam setiap 100.000 penduduk. Hal ini menunjukkan tingginya tingkat penularan penyakit kusta di wilayah tersebut.

Salah satu indikator yang bermanfaat dalam menilai program pengendalian kusta adalah dengan melihat proporsi cacat tingkat II. Untuk proporsi cacat tingkat II, Sampang merupakan salah satu Kabupaten dengan proporsi cacat tingkat II yang tinggi dalam lima tahun terakhir.

Tabel 1.3 Rata-Rata Proporsi Cacat Tingkat II Berdasarkan 10 Besar Kabupaten/Kota dengan Rata-Rata Prevalensi Kusta Tertinggi di Jawa Timur

No.	Kabupaten/Kota	Rata-rata Prevalensi/10.000 Penduduk (5 Tahun Terakhir)	Rata-Rata Proporsi Cacat Tingkat II (%) (5 Tahun Terakhir)
1	Sampang	5,12	11,6
2	Sumenep	4,83	6,48
3	Bangkalan	4,07	11,8
4	Pamekasan	3,06	10,2
6	Situbondo	2,36	16
5	Probolinggo	2,29	10
7	Tuban	2,25	12,36
9	Lumajang	1,88	14
8	Lamongan	1,81	5,66
10	Pasuruan	1,68	12

Sumber: Laporan Program P2 Kusta Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2015

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa dari 10 besar Kabupaten/Kota dengan prevalensi kusta tertinggi di Jawa Timur, Sampang merupakan salah satu kabupaten dengan rata-rata proporsi cacat tingkat II yang tinggi dalam lima tahun terakhir, yaitu sebesar 11,6%.

Kejadian cacat tingkat II sering dipengaruhi oleh keterlambatan penemuan penderita baru oleh petugas kesehatan. Ferreira dkk. (2000) menyatakan bahwa dalam beberapa studi, penemuan kasus baru secara pasif lebih besar kemungkinan terdiagnosis setelah terdapat lesi yang parah bila dibandingkan dengan kasus yang terdiagnosis survei kontak atau penemuan kasus secara aktif oleh petugas kesehatan.

Kinerja petugas kesehatan terkait program pengendalian kusta dapat mempengaruhi penderita kusta dalam memperoleh pengobatan segera karena keterlambatan dalam diagnosis. Hasil penelitian Ferreira *dkk.* (2000) memberikan kesimpulan bahwa kecacatan kusta berhubungan dengan keterlambatan diagnosis pada penderita kusta. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya upaya penemuan penderita secara aktif, karena umumnya penemuan kasus baru hanya dilakukan dengan menunggu penderita yang datang secara sukarela di puskesmas atau layanan kesehatan lainnya. Upaya penemuan penderita baru secara pasif dengan kondisi proporsi cacat tingkat II yang tinggi tidak akan meningkatkan angka penemuan penderita baru. Upaya penemuan penderita baru oleh petugas Puskesmas di masyarakat dapat dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien yang baru ditemukan. Salah satu tujuan dari kunjungan tersebut adalah meningkatkan kesadaran dan dukungan anggota keluarga sehingga tidak ada diskriminasi. Dengan demikian penderita atau tersangka kusta dapat melakukan pengobatan dengan baik di puskesmas.

Keterlambatan diagnosis pada penderita kusta semakin menambah panjang penderitaan dengan risiko kecacatan fisik yang permanen. Hal inilah sebenarnya

yang menjadi masalah utama terkait dengan isu kusta dewasa ini. Kecacatan kusta sanggup menimbulkan stigma di masyarakat yang membuat penderitanya merasa malu dan rendah diri karena merasa dikucilkan, bahkan dapat membuat seseorang kehilangan produktivitas yang berakibat menurunnya kualitas hidup. Hal yang sama dikemukakan oleh Josep dan Rao (1999) bahwa semakin lama kualitas hidup penderita kusta semakin menurun. Hal ini tentunya sebagai akibat dari keterbatasan aktivitas yang disebabkan oleh kecacatan.

Gambar 1.2 menunjukkan bahwa dalam lima tahun terakhir, angka penemuan kasus baru di Kabupaten Sampang cenderung menurun. Fakta tersebut masih perlu dikaji apakah dipengaruhi oleh diagnosis dini yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, atau dengan kata lain bahwa kinerja tenaga kesehatan sudah cukup baik sampai sejauh ini. Namun selain itu terdapat faktor lain yang juga berkaitan dan perlu untuk dipertimbangkan.

Timbulnya cacat tingkat II pada penderita kusta tidak hanya disebabkan oleh satu faktor, namun dipengaruhi oleh berbagai faktor (*multiple causal*). Faktor-faktor tersebut ada yang berasal dari penderita kusta sebagai individu maupun yang berasal dari luar seperti tenaga kesehatan.

Umur dan jenis kelamin sebagai karakteristik individu mempengaruhi kecacatan yang disebabkan oleh kusta. Menurut Santos (2015), kecacatan kusta 2,15 kali berisiko pada pasien yang berumur 15-60 tahun dibandingkan dengan pasien di bawah 15 tahun. Sedangkan risiko kecacatan pada pasien laki-laki sebesar 1,47 kali dibanding pasien perempuan. Selain itu beban pekerjaan penderita kusta juga proses timbulnya kecacatan. Hal tersebut dikemukakan oleh

Kurnianto (2002), bahwa kecacatan kusta berisiko 3,2 kali lebih besar pada penderita kusta yang memiliki pekerjaan dengan kategori berat.

Faktor pendapatan keluarga turut mempengaruhi kecacatan kusta secara tidak langsung. Umumnya kusta ditemukan di daerah dengan penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan. Oleh karena itu penyakit kusta termasuk dalam kategori NTDs (*Neglected Tropical Diseases*) karena penyakit ini berkaitan dengan kemiskinan utamanya di daerah tropis. Penderita kusta dengan pendapatan keluarga yang rendah biasanya merasa ragu untuk melakukan pengobatan di Puskesmas/RS karena khawatir tidak sanggup dengan biaya yang dikeluarkan, sehingga pengobatan urung dilakukan. Semakin lama penyakit kusta yang diderita dan tidak mendapatkan pengobatan akan menjadi lebih parah dengan kejadian cacat pada anggota tubuh. Pada kasus tersebut dapat dikatakan mulai mengarah pada keterlambatan pengobatan pada penderita kusta.

Penderita kusta dalam melakukan pengobatan di puskesmas dipengaruhi oleh faktor pengetahuan. Rendahnya pengetahuan membuat penderita tidak mengerti tanda awal kusta, malu untuk datang ke puskesmas, serta tidak mengetahui tentang adanya obat gratis di Puskesmas. Rachmalina dan Suzanti (1999) mengemukakan bahwa pengetahuan yang rendah/kurang menyebabkan kepercayaan terhadap mitos mengenai kusta sebagai penyakit kutukan Tuhan, dan untuk menyembuhkan penderita cenderung mencari pengobatan alternatif melalui dukun yang dipercaya dapat menyembuhkan penyakit kusta. Hal tersebut juga didukung oleh penelitian Susanto (2006) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecacatan pada penderita kusta.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas/layanan kesehatan lainnya dapat mempengaruhi kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta. Faktor yang berasal dari pelayanan kesehatan tersebut mulai dari metode penemuan kasus, waktu diagnosis, konseling, POD (*Prevention of Disability*), hingga ketersediaan obat di puskesmas. Menurut Kemenkes RI (2012), penemuan kasus/penderita kusta secara pasif yang hanya menunggu pasien datang berobat ke Puskesmas kurang efektif terutama pada daerah dengan *high endemic* kusta seperti Kabupaten Sampang. Umumnya penderita belum mengenali tanda-tanda dini kusta, sehingga menyebabkan keterlambatan dalam berobat. Selain itu perasaan malu untuk datang ke puskesmas, pertimbangan biaya, serta jarak yang harus ditempuh juga menyebabkan keterlambatan dalam pengobatan dini. Sedangkan dengan menggunakan metode penemuan kasus secara aktif, selain tidak memerlukan biaya mahal juga memiliki efektivitas yang tinggi dalam menemukan kasus baru, sehingga mengurangi risiko terjadinya kecacatan tingkat II pada penderita.

Metode penemuan kasus yang dilakukan dapat mempengaruhi waktu diagnosis, sebagaimana telah diterangkan bahwa penemuan kasus secara aktif memiliki efektivitas yang tinggi dalam menemukan penderita baru. Menurut Zaenuddin (2005), metode penemuan kasus memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat kecacatan pada penderita kusta. Hal tersebut berarti bahwa dengan melakukan penemuan penderita kusta secara aktif, maka penderita yang ditemukan dapat didiagnosis lebih awal sebelum mengalami cacat karena menderita kusta dalam waktu yang lama. Sebaliknya, penderita terlambat

didiagnosis karena bergantung pada kesadaran dan keputusan mereka yang dipengaruhi oleh beberapa faktor atau pertimbangan yang dapat menunda penderita untuk datang berobat ke Puskesmas.

Salah satu intervensi kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas dalam upaya pencegahan kecacatan pada penderita kusta adalah melakukan POD (*Prevention of Disability*). Kegiatan ini berupa pemeriksaan saraf tepi yang umumnya terkait dengan kecacatan kusta. Pemeriksaan saraf tepi sangat penting untuk mendeteksi adanya kecacatan pada pasien terutama pada saat diagnosis. Dengan pemeriksaan saraf tepi, dapat diketahui apakah penderita mengalami cacat atau tidak, sehingga dapat dilakukan pencegahan terhadap risiko kecacatan atau mencegah kecacatan menjadi lebih parah. Permasalahan yang dihadapi adalah jika petugas kesehatan tidak melakukan pemeriksaan fungsi saraf secara teratur, akibatnya status kecacatan penderita tidak diketahui sehingga kecacatan tidak dapat dicegah atau menjadi lebih parah. Selain itu kemampuan petugas kesehatan dalam mendeteksi adanya kecacatan juga menjadi penyebab kecacatan tidak dapat dicegah. Menurut Kurnianto (2000) kecacatan kusta tingkat II berisiko 5,6 kali pada penderita yang tidak dilakukan POD daripada penderita yang dilakukan POD oleh petugas kesehatan.

Kemenkes RI (2012) merekomendasikan edukasi kesehatan di masyarakat sebagai salah satu komponen upaya pencegahan cacat kusta. Hal ini sangat penting mengingat masih ada pemahaman yang keliru tentang penyakit kusta. Menurut Depo *dkk.* (2014), pendidikan kesehatan berupa penyuluhan pengendalian kusta oleh petugas kusta di puskesmas perlu ditingkatkan.

Penyuluhan dapat bermanfaat bagi penderita dan keluarga serta masyarakat dalam mengenali tanda awal kusta dan pengobatannya, sehingga mereka dapat melakukan pengobatan yang tepat di puskesmas.

Adanya penyuluhan oleh petugas kesehatan dapat merubah pengetahuan dan persepsi masyarakat tentang kusta. Masyarakat perlu diberikan informasi bahwa penyakit kusta dapat disembuhkan dan kecacatan kusta dapat dicegah dengan segera melakukan pengobatan ke puskesmas/layanan kesehatan lain sebelum menjadi lebih parah. Penyuluhan juga dapat meningkatkan dukungan sosial kepada penderita sehingga tidak ada diskriminasi. Sebagaimana penderita kusta pada umumnya menjadi korban oleh munculnya stigma dan kurangnya mendapat dukungan sosial, bahkan dari anggota keluarga sekalipun. Hal ini seperti yang dikemukakan Sidharti (2012) bahwa sebagian besar penderita kusta tidak mendapatkan dukungan sosial dari keluarga.

Kegiatan konseling baik di puskesmas maupun di masyarakat merupakan bagian dari edukasi kesehatan, sehingga perlu dilakukan untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan kebutuhan penderita terkait masalah penyakit kusta. Oleh karena itu konseling diharapkan dapat membantu dalam memberikan solusi dari masalah yang sedang dihadapi penderita. Umumnya pengetahuan penderita kusta sangat rendah sehingga berpengaruh terhadap keputusan yang akan diambil, seperti keputusan dalam minum obat MDT. Peran petugas dalam konseling ini yaitu berusaha memahami pemikiran penderita dan memberikan segala informasi tentang pengendalian kusta sehingga penderita dapat membuat keputusan yang bijak dengan menghindari hal-hal yang dapat menimbulkan cacat atau bertambahnya cacat.

Multi Drug Therapy (MDT) merupakan pengobatan yang efektif dalam penanggulangan kusta. Meskipun memiliki banyak kelebihan dari monoterapi DDS, namun tetap menimbulkan masalah jika tidak diminum oleh penderita secara teratur. Salah satu tujuan dari pengobatan MDT adalah untuk mencegah cacat atau mencegah bertambahnya kecacatan yang sudah ada sebelum pengobatan. Hasil penelitian Indanah dan Suwanto (2014) menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan berobat dengan kecacatan pada penderita kusta. Dengan kontribusi kepatuhan berobat pada penderita kusta dalam upaya mencegah kecacatan, hal ini menunjukkan pentingnya ketersediaan obat di puskesmas. Menurut Rustam (2014), kepatuhan minum obat pada penderita kusta dipengaruhi oleh ketersediaan regimen MDT di puskesmas. Sehingga paket MDT yang tidak selalu tersedia di puskesmas mengakibatkan ketidakpatuhan berobat pada penderita dan berisiko menimbulkan kecacatan.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas/layanan kesehatan lainnya memiliki peran yang penting dalam upaya mencegah kecacatan khususnya dalam mencegah kecacatan tingkat II pada penderita kusta. Oleh karena itu, dengan melakukan studi tentang beberapa faktor dari pelayanan kesehatan yang mempengaruhi kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta dapat memberikan informasi esensial tentang upaya pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh petugas kesehatan serta pengaruhnya terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II. Informasi tersebut dapat dijadikan dasar dalam meningkatkan program kesehatan terkait pengendalian kusta di wilayah dengan beban kusta tinggi.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor apakah dari pelayanan kesehatan yang mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Menganalisis faktor pelayanan kesehatan yang mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Mendeskripsikan karakteristik penderita kusta (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan pendapatan keluarga) di Kabupaten Sampang
2. Menganalisis pengaruh karakteristik penderita (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan status ekonomi) terhadap kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang
3. Menganalisis pengaruh pelayanan kesehatan (metode penemuan kasus, waktu diagnosis, POD, edukasi, konseling dan ketersediaan obat) terhadap kejadian kecacatan tingkat II di Kabupaten Sampang.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

1. Meningkatkan ilmu pengetahuan dan wawasan khususnya mengenai faktor pelayanan kesehatan yang mempengaruhi kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta.
2. Dapat dijadikan sebagai rujukan untuk melakukan penelitian terkait.

1.5.2 Manfaat praktis

Dapat menjadi informasi yang penting sebagai acuan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang atau puskesmas terkait dalam upaya pencegahan kecacatan kusta di masyarakat dari aspek pelayanan kesehatan yang dilakukan petugas kesehatan.

1.5.3 Manfaat bagi masyarakat

Sebagai informasi penting untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit kusta, dan pemanfaatan puskesmas/sarana kesehatan lain sebagai upaya pengobatan yang tepat yang harus dilakukan segera untuk menyembuhkan penyakit kusta dan menghindari kecacatan.

