

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis namun meluas sampai masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan sosial (Kemenkes RI, 2012). Istilah kusta berasal dari bahasa Sanskerta, yakni kushtha berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta disebut juga Morbus Hansen, sesuai dengan nama yang menemukan kuman yaitu Dr. Gerhard Armauer Hansen pada tahun 1873 sehingga penyakit ini disebut Morbus Hansen (Zulkifli, 2003). Penyakit kusta adalah sebuah penyakit kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Leparae*. Indonesia dikenal sebagai satu dari tiga negara yang paling banyak memiliki penderita kusta, dua negara lainnya adalah India dan Brasil (Maharani, 2015).

Kusta atau Lepra atau bisa disebut juga penyakit Hansen merupakan penyakit pada saraf perifer, tetapi bisa juga menyerang kulit dan kadang-kadang ke jaringan lain seperti mata, mukosa saluran respirasi bagian atas, tulang dan testis. Kusta menyebar luas ke seluruh dunia, dengan sebagian besar kasus terdapat di daerah tropis dan subtropis, tetapi dengan adanya perpindahan penduduk maka penyakit ini bisa menyerang di mana saja (Brown dan Burns, 2005). Sebagian besar orang kebal akan penyakit ini, disebabkan infeksi yang

bersifat subklinis sehingga dipercaya penyakit ini umumnya hanya terjadi di daerah endemik dan hanya sebagian kecil individu yang terpapar, akan berkembang menjadi penyakit yang sebenarnya. Oleh karena bakteri *M. Leprae* sangat unik yakni memiliki generasi waktu yang panjang, sehingga periode inkubasi memerlukan waktu sekitar 2 sampai 3 tahun bahkan dapat mencapai 5 tahun. Anak-anak lebih mudah terkena penyakit ini, dan pada orang dewasa relatif resisten (Arndt dkk, 1996). Tercatat lebih dari 1,6 juta orang, tinggal di negara dengan perkiraan prevalensi kusta lebih dari 1 per 10.000 penduduk. Pada tahun 1988 WHO memperkirakan jumlah keseluruhan prevalensi kusta di dunia antara 10 sampai 12 juta kasus, namun jumlah ini telah berkurang menjadi sekitar 5,5 juta kasus karena telah mendapatkan kemoterapi kusta, bersamaan dengan itu pula terdapat 2 sampai 3 juta orang menderita cacat permanen akibat penyakit ini (Fitzpatrick dkk, 1993).

Sampai dengan tahun 2011 diperkirakan jumlah kasus baru kusta di dunia sekitar 219.075 kasus. Dari jumlah tersebut, paling banyak terdapat di Asia Tenggara (160.132 kasus) diikuti regional Amerika (36.832 kasus), regional Afrika (12.673 kasus), dan sisanya berada di regional lain di dunia. Indonesia saat ini merupakan salah satu negara penyumbang penyakit kusta terbesar di dunia. Pada tahun 2011 tercatat di Indonesia terdapat sebanyak 19.805 penderita kusta. Dengan jumlah penderita sebanyak itu WHO mencatat bahwa Indonesia menduduki ranking ketiga jumlah penderita terbanyak setelah India dan Brazil (Kemenkes RI, 2012).

Penyakit kusta pada umumnya terdapat di negara yang sedang berkembang, sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara itu dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, sosial ekonomi dari masyarakat. Indonesia pada tahun 2000 telah mencapai eliminasi kusta, namun demikian berdasarkan data yang dilaporkan, jumlah penderita baru, proporsi cacat tingkat 2 dan anak sampai saat ini belum menunjukkan adanya penurunan yang bermakna. Kondisi ini juga terjadi di negara-negara lain di dunia, sehingga pada tahun 2009 ILEP/WHO mengeluarkan program “Penguatan Strategi Global untuk terus menurunkan beban akibat penyakit kusta 2011-2015”. Sejak tahun 2011, strategi ini sudah diadopsi dalam menentukan Kebijakan Nasional Pengendalian Penyakit Kusta (Pusat Latihan Kusta Nasional, 2012).

Selama periode 2008-2013, angka penemuan kasus baru kusta atau *Case Detection Rate* (CDR) di Indonesia pada tahun 2013 merupakan yang terendah yaitu sebesar 0,68 per 10.000 penduduk namun belum mencapai target kurang dari 0,5 per 10.000 penduduk. Sedangkan angka prevalensi atau *Prevalence Rate* (PR) kusta berkisar antara 0,79 hingga 0,96 per 10.000 dan telah mencapai target kurang dari 1 per 10.000 penduduk. Pada tahun 2013 dilaporkan 16.856 kasus baru kusta, lebih rendah dibandingkan tahun 2012 yang sebesar 18.994 kasus. Sebesar 83,4% kasus di antaranya merupakan tipe Multibasiler (Kemenkes RI, 2014). Terjadinya trend penurunan baik CDR maupun PR kusta pada tahun 2013 di Indonesia dikarenakan oleh adanya beberapa kegiatan atau program preventif yang dilakukan Kementerian Kesehatan sejak tahun 2010 yaitu kemoprofilaksis di

Sampang dan Bima, dimana Indonesia menjadi pelopor di dunia, peningkatan penemuan kasus secara dini seperti pemeriksaan kontak, kegiatan *Rapid Village Survey* (RVS) dan intensifikasi penemuan kasus di lapangan serta pemeriksaan anak sekolah (Ditjen PP dan PL Kemenkes RI, 2014).

Pencapaian program pemberantasan penyakit kusta di Provinsi Jawa Timur sampai dengan tahun 2014 tercatat, baik angka prevalensi maupun angka penemuan kasus baru masih tinggi, belum memenuhi target pencapaian nasional. Pencapaian program pemberantasan penyakit kusta di Provinsi Jawa Timur, dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit Kusta Prov. Jatim Tahun 2010 – 2014

Indikator Program	Target Nasional	Pencapaian				
		2010	2011	2012	2013	2014
Prevalensi Rate per 10.000 penduduk	< 1	1,48	1,63	1,46	1,12	1,09
CDR per 100.000 penduduk	< 5	12,5	14,0	12,63	10,78	9,66

Sumber : Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinkes Prov. Jatim

Berdasarkan tabel 1.1, menunjukkan bahwa pencapaian program pemberantasan kusta di Provinsi Jawa Timur sampai dengan tahun 2014 telah mengalami penurunan baik PR maupun CDR dibandingkan periode tahun sebelumnya. Walau telah terjadi penurunan, tetapi belum memenuhi target nasional (PR masih di atas 1 per 10.000 penduduk, begitupun CDR masih di atas 5 per 100.000 penduduk).

Sebaran penyakit kusta di Provinsi Jawa Timur sampai dengan tahun 2013, tercatat masih terdapat 12 kabupaten atau kota dengan angka prevalensinya di atas 1 per 10.000 penduduk (prevalensi tinggi) (Dinkes Prov. Jatim, 2014).





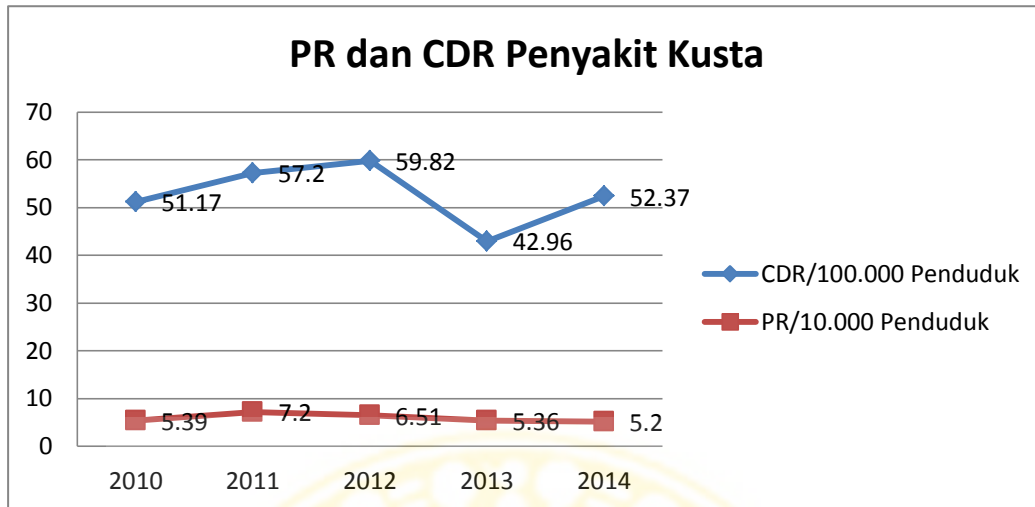
Tabel 1.2 Sebaran Penyakit Kusta di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Timur tahun 2014

No	Kabupaten / Kota	PR / 10.000 penduduk	CDR / 100.000 penduduk
1	Sampang	5,20	52,37
2	Sumenep	4,29	48,60
3	Bangkalan	2,59	26,29
4	Situbondo	2,41	25,27
5	Pamekasan	3,14	32,63
7	Probolinggo	2,35	13,33
8	Tuban	2,17	20,89
9	Mojokerto	1,89	6,90
9	Lumajang	1,49	13,90
10	Probolinggo M	1,01	4,84
11	Pasuruan	1,50	12,35
12	Jember	1,20	11,35

Sumber : Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinkes Prov. Jatim

Berdasarkan tabel 1.2, menunjukkan bahwa dari 12 Kabupaten atau Kota di Provinsi Jawa Timur dengan penyebaran kusta tertinggi, Kabupaten Sampang menduduki peringkat pertama dengan wilayah angka kejadian penyakit dan angka penemuan kasus baru kusta yang tertinggi dibandingkan dengan 11 wilayah lainnya yang ada di Propinsi Jawa Timur.

Perkembangan kusta di Kabupaten Sampang sendiri sampai dengan tahun 2014 telah mengalami penurunan angka kejadian penyakit jika dibandingkan dengan periode sebelumnya. Namun kondisi berbeda terjadi pada angka penemuan kasus baru, dimana mengalami peningkatan kasus dari tahun sebelumnya. Berikut gambaran perkembangan penyakit kusta di Kabupaten Sampang Propinsi Jawa Timur periode tahun 2010 sampai 2014.



Sumber : Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinkes Prov. Jatim

Gambar 1.2 Perkembangan CDR dan PR Penyakit Kusta di Kabupaten Sampang Tahun 2010-2014

Berdasarkan gambar 1.2, terlihat bahwa di Kabupaten Sampang sampai dengan tahun 2014 mengalami penurunan angka kejadian penyakit (PR) dibandingkan tahun sebelumnya dimana dari 5,36 per 10.000 penduduk pada tahun 2013, turun menjadi 5,2 per 10.000 penduduk di tahun 2014. Hal yang berbeda terjadi pada angka penemuan kasus baru (CDR) dimana dari 42,96 per 100.000 penduduk pada tahun 2013, meningkat menjadi 52,37 per 100.000 penduduk di tahun 2014. Walau telah terjadi penurunan khususnya angka kejadian penyakit kusta, namun angka ini masih jauh dari target nasional dimana sesuai target, PR harus kurang dari 1 per 10.000 penduduk.

Terjadinya peningkatan angka penemuan kasus baru pada tahun 2014 di Kabupaten Sampang dikarenakan oleh beberapa hal yaitu diperluasnya wilayah cakupan kemoprofilaksis dari tahun sebelumnya sehingga banyak pasien baru yang terjaring yang berasal dari luar wilayah tersebut. Kegiatan kemoprofilaksis terdiri dari pemberian pengobatan dan penyuluhan kesehatan yang bertujuan

untuk mencegah penularan. Pemberian pengobatan dan penyuluhan tidak hanya kepada penderita kusta, namun juga pada lingkungan keluarga serta sosial dimana penderita sering melakukan kontak. Melalui kegiatan penyuluhan, maka akan terjadi peningkatan pemahaman masyarakat tentang penyakit kusta sehingga masyarakat akan secara sukarela datang ke pelayanan kesehatan untuk diperiksa kusta. Dengan demikian angka penemuan kasus baru akan meningkat seiring dengan peningkatan kunjungan ke pelayanan kesehatan (Dinkes Kab. Sampang, 2015)

Selain masih tingginya angka penemuan kasus baru dan angka kejadian penyakit kusta di Kabupaten Sampang, permasalahan lain yang muncul dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang adalah masih tingginya angka kejadian *default* pengobatan. Berdasarkan laporan evaluasi kusta dari Seksi Pengendalian Penyakit Dinkes Kabupaten Sampang, tercatat angka *default* pengobatan penderita kusta tipe PB sebesar 9,1 persen (6 kasus) dari 66 penderita yang berobat pada tahun 2013, turun menjadi 6,3 persen (3 kasus) dari 48 penderita yang berobat di tahun 2014. Kondisi yang berbeda terjadi pada penderita kusta tipe MB. Tercatat angka *default* pengobatan pada tahun 2013 sebesar 15,6 persen (75 kasus) dari 480 penderita yang berobat, naik menjadi 19,4 persen (92 kasus) dari 475 penderita yang berobat pada tahun 2014 (Dinkes Kabupaten Sampang, 2014). Evaluasi pengobatan penderita kusta di Kabupaten Sampang dapat dilihat pada tabel 1.3.



Tabel 1.3 Evaluasi Pengobatan Penderita Kusta di Kabupaten Sampang Tahun 2013 dan 2014

Penderita Kusta	Evaluasi 2013		Evaluasi 2014	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
<b>Tipe Pausibasiler (PB) :</b>				
1. Berobat	66	100.0	48	100.0
2. RFT	58	87.9	45	93.8
3. Default	6	9.1	3	6.3
4. Lain-lain	2	3.0	0	0.0
<b>Tipe Multibasiler (MB) :</b>				
1. Berobat	480	100.0	475	100.0
2. RFT	389	81.0	361	76.0
3. Default	75	15.6	92	19.4
4. Lain-lain	16	3.3	22	4.6

Sumber : Seksi Pengendalian Penyakit, Dinkes Kab. Sampang

Terjadinya peningkatan angka kejadian *default* pengobatan kusta tipe MB ini dikarenakan oleh beberapa faktor salah satunya faktor penderita. Penderita yang sedang menjalani pengobatan MDT menginginkan agar cepat sembuh sehingga apabila tidak terjadi perubahan dalam waktu singkat, maka penderita memutuskan untuk memilih pengobatan alternatif dan memutuskan pengobatan MDT. Selain itu yang menjadi alasan lainnya yaitu penderita kusta merasa telah sembuh. Ketika seorang penderita mengalami perubahan yang signifikan pada dirinya selama menjalani pengobatan seperti telah sembuh luka atau telah hilang gejala, saat itu pula dia memutuskan untuk menghentikan pengobatan walau masa pengobatannya masih lama. Dampak dari ini semua adalah penderita tidak lagi mengambil obat di puskesmas sehingga bisa terjadi *default* pengobatan.

Bagi penderita kusta yang tidak berhasil mendapat paket pengobatan (kurang dari target minimal pengobatan) biasa disebut dengan *default* atau dalam bahasa Indonesia lalai dalam pengobatan. *Default* bisa terjadi karena tidak cukup

bulan pengobatan, meninggal, pindah, atau biasa karena penderita mengalami kecacatan sehingga tertunda pengobatannya (Ali, 2010).

Pasien *default* pengobatan adalah jika pasien PB tidak mengambil atau minum obatnya lebih dari 3 bulan dan pasien MB lebih dari 6 bulan secara kumulatif (tidak mungkin baginya untuk menyelesaikan pengobatan sesuai waktu yang ditetapkan. *Default* pengobatan berkaitan dengan keteraturan pasien dalam meminum obat. Bila pasien kusta minum obat secara tidak teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten atau kebal terhadap MDT, sehingga gejala penyakit menetap bahkan memburuk. Gejala baru dapat timbul pada kulit dan saraf (Kemenkes RI, 2012).

Penderita yang telah *default* pengobatan jika tidak segera diobati, maka akan timbul bermacam akibat baik bagi penderita sendiri maupun masyarakat seperti: penyakit bisa kambuh kembali, kuman kusta bisa kebal terhadap obat, timbul reaksi berat yang dapat menimbulkan cacat tingkat I (seperti tidak ada kelainan pada mata, tetapi ada sedikit *visus* dan pada tangan atau kaki ada anastesi, tetapi tidak ada cacat yg kelihatan) dan tingkat II (seperti adanya *lagophthalmos visus* pada mata dan kerusakan di tangan atau kaki), serta menjadi sumber penularan atau karier di masyarakat (Usman, 2005).

Tipe kusta dapat mempengaruhi kecacatan bagi penderita. Pada penderita kusta tipe PB, cacat biasanya asimetris dan terjadi dini, sedangkan penderita kusta tipe MB, cacat terjadi pada stadium lanjut (Kemenkes RI, 2012). Kecacatan lebih sering terjadi pada tipe kusta MB dari pada tipe kusta PB. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Selum dan Chatarina (2012) yang menunjukkan bahwa

dari 25 responden yang mengalami cacat, secara keseluruhan (100%) penderita tipe MB mengalami cacat. Hasil yang sama ditunjukkan pula oleh penelitian yang dilakukan Susanto (2006) yang diperoleh hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara tipe kusta dengan tingkat kecacatan ( $p=0,006$ ), dimana penderita tipe MB paling banyak mengalami kecacatan (84,4%) dibandingkan penderita tipe PB (15,6%). Pada penderita kusta tipe MB, kemungkinan terjadinya *default* pengobatan lebih besar dibandingkan dengan penderita kusta tipe PB. Lamanya waktu pengobatan menjadi salah satu alasan penderita kusta tipe MB untuk keluar dari pengobatan MDT (Kemenkes RI, 2012). Pengobatan yang lama akan membuat penderita merasa bosan sehingga putus berobat (Susanto, 2006). Masih tingginya angka *default* pengobatan penderita tipe MB di Kabupaten Sampang, akan berdampak pada program pengendalian penyakit kusta menjadi tidak berhasil.

Menurut Bart dalam Dewi (2008), salah satu faktor yang mempengaruhi seorang penderita kusta *default* pengobatan adalah isolasi sosial dan keluarga. Sementara Sackett dan Snow mengatakan bahwa kegagalan untuk mengikuti program pengobatan jangka panjang yang bukan kondisi akut, dimana derajat ketidapatuhannya rata-rata 50% dan derajat tersebut bertambah buruk sesuai waktunya (Dewi, 2008).

Beberapa penelitian telah dilakukan guna mengetahui faktor yang berhubungan dengan *default* pengobatan penderita kusta, di antaranya penelitian yang dilakukan oleh Afifah (2012) di Kabupaten Rembang, dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh hasil bahwa faktor yang berhubungan dengan kejadian

*drop out* pengobatan penderita kusta tipe MB adalah pengetahuan penderita tentang pengobatan kusta ( $p=0,049$ ), pendapatan per kapita ( $p=0,034$ ), jarak rumah ( $p=0,036$ ), dan persepsi penderita terhadap dukungan keluarga ( $p=0,030$ ). Sementara penelitian yang dilakukan oleh Ichwanul (2003) di DKI Jakarta, diperoleh hasil bahwa umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan tentang pengobatan (faktor predisposisi), akses biaya dan efek samping obat (faktor pemungkin), supervise terhadap petugas kesehatan dan insentif petugas kesehatan (faktor penguat) memiliki kecenderungan berhubungan dengan *default* pengobatan kusta.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Dewi (2008) di wilayah kerja Dinas Kesehatan Bojonegoro, menggunakan uji *wald-test* diperoleh hasil terdapat pengaruh yang signifikan isolasi sosial/keluarga terhadap *default* penderita kusta ( $p=0,041$ ). Meskipun demikian, dalam uji determinasi majemuk diperoleh nilai  $R^2=0,452$  yang berarti bahwa isolasi keluarga memberikan pengaruh 45,2% terhadap variasi perubahan perilaku *default*, sedangkan sisanya 54,8% dipengaruhi oleh faktor lain.

Sementara penelitian yang dilakukan oleh Indriyanti, dkk (2003) di Kabupaten Blora, memperoleh hasil bahwa faktor yang berhubungan dengan ketidakteraturan penderita kusta dalam pengobatan MDT yaitu faktor sosial ekonomi (OR=2,69), pengetahuan (OR=2,89), efek samping obat (OR=6,22), adanya reaksi kusta (OR=3,43), adanya cacat (OR=4,2), pendidikan kesehatan (OR=13,12), dan kunjungan rumah petugas kesehatan (OR=2,79). Penelitian yang



dilakukan Susmiati (2014) diperoleh hasil hampir seluruhnya penderita kusta dengan kondisi stres psikologis normal, patuh dalam pengobatan.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya tentang faktor yang mempengaruhi *default* pengobatan penderita kusta, maka variabel demografi (umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan), pengetahuan, persepsi terhadap penyakit, peranan petugas kesehatan, dukungan keluarga, akses ke pelayan kesehatan, efek samping obat, dan stres, yang akan digunakan oleh peneliti sebagai variabel untuk menyusun sebuah indikator *default* pengobatan penderita kusta tipe MB di Kabupaten Sampang.

Indikator merupakan variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk atau indikasi tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (*proxy*). Syarat yang paling utama penyusunan indikator adalah ketepatannya dalam menggambarkan atau mewakili (merepresentasikan) informasinya. Dengan demikian maka indikator itu menjadi bermakna untuk pengambilan keputusan (Depkes RI, 2003).

Selama ini indikator *default* pengobatan MDT penderita kusta yang digunakan dalam rangka monitoring dan evaluasi program pengendalian penyakit kusta oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang adalah indikator kuantitatif yakni proporsi kasus *defaulter* yang dihitung berdasarkan perbandingan antara jumlah kasus PB atau MB yang tidak menyelesaikan pengobatan tepat waktu



dengan jumlah kasus baru PB atau MB yang mendapat pengobatan pada periode yang sama dikali konstanta. Indikator ini bermanfaat untuk melihat kualitas kegiatan pembinaan pengobatan atau keteraturan berobat. Sementara indikator yang bermanfaat untuk mengetahui penyebab penderita kusta *default* pengobatan, belum dilakukan (Kemenkes RI, 2012). Olehnya itu, melalui penelitian pengembangan indikator ini, dapat memberikan petunjuk akan faktor risiko apa saja yang dapat dijadikan sebagai indikator pasien kusta *default* pengobatan untuk selanjutnya dibuat sebuah indeks prediksi sehingga dapat dijadikan sebagai pengambilan keputusan untuk mengatasi persoalan *default* pengobatan penderita kusta di Kabupaten Sampang.

## 1.2 Kajian Masalah

Dampak sosial terhadap penyakit kusta ini sedemikian besarnya, sehingga menimbulkan keresahan yang sangat mendalam. Tidak hanya pada penderita sendiri, tetapi pada keluarganya, masyarakat dan negara. Hal ini yang mendasari konsep perilaku penerimaan penderita terhadap penyakitnya, dimana untuk kondisi ini penderita masih banyak menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Akibat anggapan yang salah ini penderita kusta merasa putus asa sehingga tidak tekun untuk berobat (Zulkifli, 2003).

Beberapa kegiatan yang telah dilaksanakan dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit kusta di Kabupaten Sampang yaitu dengan melakukan pencegahan primer diantaranya penyebarluasan informasi tentang penyakit kusta kepada seluruh masyarakat, dan pencegahan sekunder seperti penemuan kasus

baru baik secara pasif maupun aktif melalui pemeriksaan kontak, pengobatan dan penanganan reaksi pada penderita kusta, seharusnya dapat menekan angka kejadian dan penemuan kasus baru penderita kusta sehingga bisa mencapai target nasional. Namun pada kenyataannya angka prevalensi penyakit dan angka penemuan kasus baru masih tinggi dari pencapaian target nasional, bahkan masih ditemukan penderita yang mengalami *default* pengobatan.

Penderita yang telah *default* pengobatan jika tidak segera diobati, maka akan timbul bermacam akibat baik bagi penderita sendiri maupun masyarakat seperti: penyakit bisa kambuh kembali, kuman kusta bisa kebal terhadap obat, timbul reaksi berat yang dapat menimbulkan cacat tingkat I (seperti tidak ada kelainan pada mata, tetapi ada sedikit *visus* dan pada tangan atau kaki ada anastesi, tetapi tidak ada cacat yg kelihatan) dan tingkat II (seperti adanya *lagophthalmos visus* pada mata dan kerusakan di tangan atau kaki), serta menjadi sumber penularan atau karier di masyarakat (Usman, 2005). Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata, atau dengan kata lain akan mengakibatkan cacat bagi si penderita. Bila pasien kusta minum obat secara tidak teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten atau kebal terhadap MDT, sehingga gejala penyakit menetap bahkan memburuk. Gejala baru dapat timbul pada kulit dan saraf. Pada penderita kusta tipe MB, kemungkinan terjadinya *default* pengobatan lebih besar dibandingkan dengan penderita kusta tipe PB. Lamanya waktu pengobatan menjadi salah satu alasan penderita kusta tipe MB untuk keluar dari pengobatan MDT (Kemenkes RI, 2012).

Penyakit kusta dapat disembuhkan dan cacat yang diakibatkan oleh penyakit ini pula bisa diminimalisir bila sejak dini ditemukan tanda dan gejala penyakit kusta pada penderita serta dengan teratur mengikuti program pengobatan MDT sesuai waktu yang telah ditentukan (tidak *default* pengobatan) sampai penderita tersebut benar-benar dinyatakan sembuh.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah yang telah diuraikan di atas maka dibuatkan rumusan masalah yang akan dijawab dalam penelitian ini yaitu “Bagaimana bentuk formula indeks prediksi *default* pengobatan penderita kusta di Kabupaten Sampang?”

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengembangkan indeks prediktif kejadian *default* pengobatan penderita kusta Tipe MB di Kabupaten Sampang.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi indikator kejadian *default* pengobatan penderita kusta Tipe MB di Kabupaten Sampang.
2. Menyusun formula indeks prediktif kejadian *default* pengobatan penderita Kusta Tipe MB di Kabupaten Sampang.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Dinas Kesehatan**

Sebagai bahan masukan untuk mengetahui apa saja yang dapat dijadikan indikator penderita kusta tipe MB melakukan *default* pengobatan melalui formula indeks sehingga bisa menjadi bahan evaluasi untuk mencegah *default* pengobatan penderita kusta.

### **1.5.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Menambah koleksi bacaan serta sebagai rujukan bagi penelitian selanjutnya khususnya tentang *default* pengobatan kusta.

### **1.5.3 Bagi Penulis**

Merupakan pengalaman pertama dalam penelitian lapangan dan menambah pengetahuan tentang epidemiologi penyakit kusta serta indeks prediksi *default* pengobatan kusta.