



BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1
PENDAHULUAN

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

1.1 Latar Belakang

Program pembangunan kesehatan Pelita V yang dilaksanakan selama ini telah berhasil meningkatkan jumlah penderita kusta yang dapat disembuhkan dan menurunkan angka prevalensi penyakit tersebut di Indonesia dari 6 (enam) menjadi 3 (tiga) per 10.000 jumlah penduduk secara bermakna pada tahun 1999 (Depkes R.I., 2000). Pencapaian hasil tersebut masih jauh dari target yang telah ditentukan akibat adanya berbagai persoalan yang belum dapat diatasi secara optimal.

Salah satu faktor penyebab persoalan tersebut karena penyakit kusta merupakan masalah kesehatan di Indonesia yang menimbulkan dampak yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis, akan tetapi meluas sampai pada masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Depkes R.I., 1995). Dampak penyakit tersebut sedemikian besarnya sehingga menimbulkan keresahan yang sangat mendalam, tidak hanya pada penderita itu sendiri tetapi juga pada keluarganya dan masyarakat disekitarnya (Ross dan Paulus, 1989). Hal ini sesuai dengan pernyataan Rosmini Day tentang penyakit kusta dan permasalahannya (Depkes R.I., 1999) yang menyatakan bahwa dari hasil survey yang dilakukan di Sulawesi Selatan, Jawa Timur dan Jawa Barat ditemukan adanya berbagai pemahaman sosial budaya yang keliru tentang penyakit kusta di masyarakat, seperti penyakit kusta dianggap sebagai penyakit keturunan, penyakit akibat guna-

guna, penyakit karena kutukan Tuhan dan atau penyakit akibat salah makan serta sangat menular dan tidak dapat disembuhkan.

Berbagai dampak dari pengaruh sosial budaya tersebut menimbulkan rasa takut yang sangat berlebihan terhadap penderita kusta (*leprophobia*) sehingga dirasakan masih tetap berakar pada sebagian besar lapisan masyarakat, termasuk bagi para keluarga penderita itu sendiri. Dengan rasa takut yang berlebihan seperti ini, dan juga karena adanya stigma yang negatif terhadap penyakit kusta sehingga ada kecenderungan penderita atau bekas penderita kusta diisolir serta diperlakukan kurang manusiawi (Ross, 1989).

Permasalahan semacam ini di Indonesia masih cukup banyak sehingga jumlah penderita kusta yang tercatat hingga akhir Maret 2001 masih cukup tinggi, yaitu 17.602 penderita dengan jumlah kasus multi basiler terbanyak sebesar 15.101 penderita. Keadaan ini menunjukkan bahwa beberapa provinsi di Indonesia masih merupakan daerah endemis penyakit kusta, meskipun *prevalence rate* secara nasional sudah mencapai angka di bawah 1 (satu) atau 0,87 per 10.000 jumlah penduduk pada tahun 2001 (Depkes R.I., 2001).

Kondisi semacam ini memang sangat memperihatinkan sebab masih ada beberapa daerah tertentu yang merupakan kantong-kantong penyakit kusta, seperti halnya provinsi Jawa Timur dengan jumlah penderita kusta terbanyak berdasarkan tabel berikut ini :

Tabel 1.1
**Situasi Penderita Kusta di Indonesia
 Pada Akhir Maret 2001**

No.	Provinsi	Populasi Th 2001	Jumlah Kasus			Angka Prevalensi Per 10.000 Penduduk
			PB	MB	Total	
1.	D.I Aceh	4010865	115	567	682	1,70
2.	Sumatera Utara	11476272	19	198	217	0,19
3.	Sumatera Barat	4228103	13	104	117	0,28
4.	Riau	4733948	11	111	122	0,26
5.	Jambi	2400940	10	72	82	0,34
6.	Sumatera Selatan	7756506	18	182	200	0,26
7.	Bengkulu	1405060	0	12	12	0,09
8.	Lampung	6654354	18	126	144	0,22
9.	D.K.I. Jakarta	8384853	139	780	919	1,10
10.	Jawa Barat	43552923	319	2311	2630	0,60
11.	Jawa Tengah	30856825	131	1236	1367	0,44
12.	D.I. Yogyakarta	3109142	2	15	17	0,05
13.	Jawa Timur	34525588	592	4409	5001	1,45
14.	Kalimantan Barat	3740017	30	123	153	0,41
15.	Kalimantan Tengah	1801504	4	58	62	0,34
16.	Kalimantan Selatan	2970244	40	454	494	1,66
17.	Kalimantan Timur	2436545	7	159	166	0,68
18.	Sulawesi Utara	2820839	38	417	455	1,61
19.	Sulawesi Tengah	2066394	93	260	353	1,71
20.	Sulawesi Selatan	7787299	308	1446	1754	2,25
21.	Sulawesi Tenggara	1771951	30	210	240	1,35
22.	B a l i	3124674	17	135	152	0,49
23.	Nusa Tenggara Barat	3821794	42	214	258	0,67
24.	Nusa Tenggara Timur	3929039	60	366	426	1,08
25.	Maluku	1977570	81	470	551	2,79
26.	Irian Jaya	2112756	364	666	1030	4,88
	Indonesia	203456005	2501	15101	17602	0,87

Sumber : Data Sub. Dit. Kusta Depkes R.I., 2001

Jika dilihat dari jumlah absolut penderita kusta di Indonesia, maka lebih kurang 30 persen (5001 penderita) berada di propinsi Jawa Timur dengan *prevalence rate* 1,45 per 10.000 jumlah penduduk pada akhir Maret 2001. Jumlah tersebut termasuk 10 (sepuluh) besar dalam kelompok daerah dengan tingkat prevalensi tinggi

di Indonesia. Selain itu berdasarkan jumlah deteksi kasus baru yang dilakukan dari bulan April 2000 sampai bulan Maret 2001, ditemukan jumlah penderita baru sebanyak 3363 orang dengan angka penemuan penderita (*Case Detection Rate*) sebesar 9,74 per 10.000 penduduk. Diantara penderita baru tersebut, penderita MB (*Multy Bacillair Proportion*) 2759 orang atau 82 persen, penderita cacat tingkat dua (*Deformity Proportion*) 359 orang atau 10,7 persen dan penderita anak dibawah usia 15 tahun (*Child Proportion*) 457 orang atau 13,6 persen (Depkes R.I., 2001).

Keadaan tersebut menggambarkan bahwa tingkat prevalensi penderita kusta di propinsi Jawa Timur masih cukup tinggi, terutama yang terdapat di daerah kantong-kantong kusta di pesisir Pantai Utara (Pantura) pulau Jawa dan Madura (*East Java Leprosy Control Project*, 2001) seperti yang terlihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1.2
**Daftar Jumlah Penderita Kusta
 di Provinsi Jawa Timur**

No.	Kabupaten	Jumlah Penduduk	Penderita Terdaftar Per 31 Desember 2001			Angka Prevalensi Per 10.000 penduduk
			PB	MB	Total	
1.	Bangkalan	795.471	16	240	256	3,22
2.	Banyuwangi	1.518.925	2	48	50	0,33
3.	Blitar	1.085.180	-	19	19	0,18
4.	Blitar M	126.097	-	7	7	0,56
5.	Bojonegoro	1.176.151	12	143	155	1,32
6.	Bondowoso	692.054	4	36	40	0,58
7.	Gresik	970.193	20	134	154	1,59
8.	Jember	2.172.643	18	351	369	1,70
9.	Jombang	1.116.070	17	105	122	1,09
10.	Kediri	1.421.238	4	44	48	0,34
11.	Kediri M	267.973	-	3	3	0,11
12.	Lamongan	1.210.722	20	231	251	2,07
13.	Lumajang	967.479	7	161	168	1,74
14.	Madiun	660.302	-	37	37	0,56
15.	Madiun M	176.463	1	3	4	0,23
16.	Magetan	649.807	5	20	25	0,38
17.	Malang	2.392.927	2	44	46	0,19
18.	Malang M	776.178	1	18	19	0,24
19.	Mojokerto	850.181	8	77	85	1,00
20.	Mojokerto M	108.908	1	4	5	0,46
21.	Nganjuk	993.574	24	100	124	1,25
22.	Ngawi	832.043	16	95	111	1,33
23.	Pacitan	523.158	3	3	6	0,11
24.	Pamekasan	684.643	11	182	193	2,82
25.	Pasuruan	1.295.162	34	197	231	1,78
26.	Pasuruan M	166.250	2	20	22	1,32
27.	Ponorogo	879.320	1	24	25	0,28
28.	Probolinggo	980.068	10	245	255	2,60
29.	Probolinggo M	193.965	8	55	63	3,25
30.	Sampang	765.502	33	304	337	4,40
31.	Sidoarjo	1.360.981	12	70	82	0,60
32.	Situbondo	608.513	10	134	144	2,37
33.	Sumenep	989.940	21	343	364	3,68
34.	Surabaya	2.747.717	6	130	136	0,49
35.	Trenggalek	664.989	2	11	13	0,20
36.	Tuban	1.057.376	16	282	298	2,82
37.	Tulungagung	934.664	2	33	35	0,37
Jumlah		34.739.373	349	3954	4303	1,24

Sumber : East Java Leprosy Control Project, 2002

Salah satu daerah yang termasuk wilayah tersebut adalah kabupaten Gresik dengan angka prevalensi pada akhir Desember 2001 sebesar 1,59 per 10.000 jumlah penduduk. Di daerah tersebut terdapat perbedaan angka prevalensi antara satu wilayah Puskesmas dengan yang lainnya, seperti yang terlihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1.3

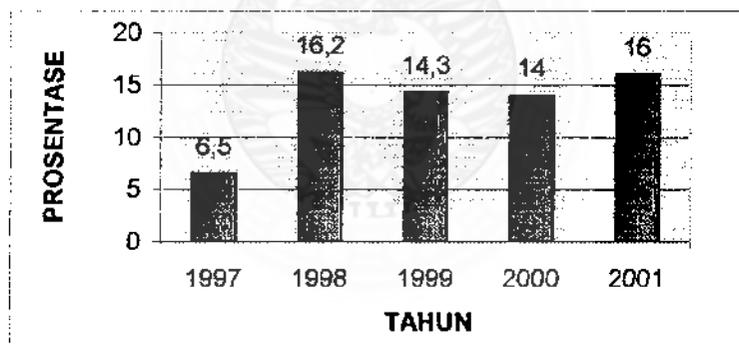
**Daftar Jumlah Penderita Kusta
Per Puskesmas Se-Kabupaten Gresik**

No.	Nama Puskesmas	Jumlah Penduduk	Penderita Terdaftar Per 31 Desember 2001			Angka Prevalensi Per 10.000 penduduk
			PB	MB	Total	
1.	Alon-Alon	31.389	1	1	2	0,64
2.	Nelayan	18.250	-	3	3	1,64
3.	Industri	26.532	-	1	1	0,38
4.	Kebomas	38.279	-	3	3	0,78
5.	Terminal	32.314	-	-	-	0
6.	Manyar	45.314	-	2	2	0,44
7.	Sembayat	27.114	-	2	2	0,74
8.	Cerme	57.362	1	20	21	3,66
9.	Benjeng	31.554	-	-	-	0
10.	Metatu	22.775	-	5	5	2,20
11.	Duduk Sampeyan	43.584	1	3	4	0,92
12.	Balong Panggang	34.949	2	6	8	2,29
13.	Sekar Putih	17.101	-	2	2	1,17
14.	Kedamean	27.441	-	4	4	1,46
15.	Slempit	24.169	1	1	2	0,83
16.	Menganti	52.170	-	-	-	0
17.	Kepatihan	29.564	-	3	3	1,01
18.	Driyorejo	36.338	2	4	6	1,65
19.	Karang Andong	25.873	-	4	4	1,55
20.	Wringin Anom	54.712	-	6	6	1,10
21.	Sidayu	34.803	-	1	1	0,29
22.	Bungah	52.246	1	7	8	1,53
23.	Dukun	28.402	-	4	4	1,41
24.	Mentaras	28.907	4	8	12	4,15
25.	Panceng	41.250	-	14	14	3,39
26.	Ujung Pangkah	26.748	2	7	9	3,36
27.	Sekapuk	12.816	4	4	8	6,24
28.	Sangkapura	44.097	-	8	8	1,81
29.	Tambak	24.140	1	11	12	4,97
Jumlah		970.193	20	134	154	1,59

Sumber : Dinkes kabupaten Gresik, 2002

Kondisi tersebut menggambarkan bahwa terdapat perbedaan tinggi rendahnya angka kesakitan kusta di kabupaten Gresik yang diasumsikan terjadi karena masih banyaknya penderita kusta yang belum ditemukan atau tidak dilaporkan ke Puskesmas sehingga penderita tersebut disamping terlambat memperoleh pengobatan, juga ada beberapa penderita yang sudah terdaftar namun tidak melakukan pengobatan secara teratur. Hal ini terbukti dari adanya peningkatan jumlah penderita cacat tingkat 2 (dua) dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2001 sebesar 9,5 persen seperti yang terlihat pada gambar berikut ini :

Grafik Angka Kecacatan Tingkat 2 di Kabupaten Gresik dari Tahun 1997 – 2001



Gambar 1.1 : Rekapitulasi laporan bulanan P2 kusta kabupaten Gresik, 2002

Permasalahan tersebut perlu diwaspadai, terlebih karena kasus multi basiler yang tercatat di masyarakat masih cukup tinggi sementara berbagai aspek sosial budaya yang turut mempengaruhi tingginya angka prevalensi kusta belum dapat diketahui permasalahannya secara jelas.

Oleh karena itu untuk mewujudkan Deklarasi Hanoi yang dituangkan dalam resolusi WHO di Vietnam pada tanggal 4 - 7 Juli 1994, maka penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran yang jelas tentang berbagai aspek sosial budaya yang mempengaruhi pengobatan secara dini serta keteraturan berobat pada penderita kusta melalui dukungan keluarga dalam menurunkan tingkat prevalensi kusta di kabupaten Gresik pada khususnya dan propinsi Jawa Timur pada umumnya yang belum dapat mencapai target global pada tahun 2000 lalu.

1.2 Identifikasi Masalah

Seperti diketahui bahwa permasalahan penyakit kusta diibaratkan sebagai puncak pegunungan yang tertutupi oleh salju, yang pada suatu ketika dianggap tidak ada lagi tetapi ternyata populasinya semakin banyak akibat tidak ditemukannya dan tidak diobatinya penderita tersebut dengan benar.

Penyakit kusta yang tidak diobati secara dini dan teratur akan meningkatkan angka prevalensi kusta di masyarakat sehingga target global secara menyeluruh tentang pencapaian program eliminasi kusta yang sudah ditetapkan melalui resolusi WHO pada tahun 1994 akan semakin sulit untuk dicapai. Hal ini terbukti dengan gagalnya program eliminasi kusta yang seharusnya sudah terealisasi pada tahun 2000 lalu. Permasalahan tersebut perlu dicermati dengan seksama sebab berbagai upaya yang telah dilakukan secara optimal, baik melalui pendekatan pelayanan kesehatan (pelatihan provider, kegiatan *Leprosy Elimination Campaigns*, kegiatan *Relieve Village Survey*) maupun dengan melalui pendekatan faktor klinis

(perubahan jangka waktu pengobatan dari 2 tahun menjadi 1 tahun) namun hasilnya belum juga dapat mencapai target global yang sudah ditentukan.

Berdasarkan uraian tersebut maka dapat diasumsikan bahwa ada faktor lain yang dianggap turut mempengaruhi gagalnya pencapaian program eliminasi kusta pada tahun 2000 lalu, yaitu faktor sosial budaya. Hal ini sesuai dengan kajian sosio antropologi kesehatan yang menyebutkan bahwa masalah penyakit kusta selain disebabkan oleh faktor klinis dan pelayanan kesehatan, juga sangat dipengaruhi oleh faktor sosial budaya (Djuanda, 1995). Disamping itu, hal ini juga sesuai dengan pendapat Coe (1970) yang menyebutkan bahwa penyakit kusta selain disebabkan oleh faktor biologis (*Mycobacterium leprae*) juga dapat disebabkan oleh faktor lingkungan sosial, ekonomi, ras, kebiasaan, adat budaya serta gaya hidup dari masyarakat itu sendiri.

Oleh karena itu berbagai faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai, serta kebiasaan) dalam keluarga merupakan suatu hal yang dianggap sangat mempengaruhi pengobatan dini dan keteraturan berobat pada penderita dalam menurunkan tingkat prevalensi penyakit kusta di masyarakat. Berbagai masalah dalam hal ini diasumsikan terjadi karena:

1. Sulitnya menemukan penderita kusta akibat adanya stigma di masyarakat yang dilatarbelakangi oleh faktor sosial budaya. Hal ini seperti yang digambarkan dari hasil survei Day tahun 1999 tentang adanya berbagai masalah sosial budaya yang keliru pada penyakit kusta, antara lain disebutkan bahwa penyakit kusta dianggap sebagai penyakit keturunan, penyakit akibat guna-guna, penyakit karena kutukan

Tuhan, penyakit akibat salah makan dan penyakit yang sangat menular serta tidak dapat disembuhkan. Kepercayaan yang keliru semacam itu telah memberi peluang terjadinya peningkatan risiko penularan di masyarakat.

2. Kondisi ekonomi yang serba terbatas, pengetahuan yang rendah, kepercayaan yang salah, sikap masa bodoh dan tidak peduli terhadap penderita kusta serta penilaian keluarga tentang penyakit kusta yang kadang kala keliru.

Berbagai faktor penyebab tersebut mempunyai kontribusi yang besar dalam mempengaruhi tingkat prevalensi kusta di masyarakat. Hal ini dapat dilihat pada tabel 1.3 yang menunjukkan bahwa masih banyaknya wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik yang belum dapat mencapai tingkat eliminasi kusta pada tahun 2000 yang lalu, dan juga dari data yang tercatat memperlihatkan bahwa masih tingginya angka kesakitan kusta serta masih banyaknya penderita aktif yang dapat menimbulkan penularan baru kepada keluarga dan atau orang lain (Dinkes kabupaten Gresik, 2001).

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, maka permasalahan penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

1.3.1 Apakah berbagai faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai dan kebiasaan) mempengaruhi keluarga dalam mengupayakan pengobatan pada penderita kusta secara dini.

1.3.2 Apakah berbagai faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai dan kebiasaan) mempengaruhi keluarga dalam mengupayakan pengobatan pada penderita kusta secara teratur.

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian di atas maka tujuan dalam penelitian ini antara lain :

1.4.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan berbagai faktor sosial budaya dalam keluarga yang mempengaruhi pengobatan secara dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta.

1.4.2 Tujuan khusus

1) Menganalisis pengaruh faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai dan kebiasaan) terhadap peranan keluarga dalam mengupayakan pengobatan penderita kusta secara dini pada beberapa wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik.

2) Menganalisis pengaruh sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai dan kebiasaan) terhadap peranan keluarga dalam mengupayakan pengobatan penderita kusta secara teratur pada beberapa wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik.



1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi peneliti

- 1) Sebagai sarana untuk mencrapkan teori perilaku dan promosi kesehatan dalam penelitian tersebut.
- 2) Dapat mengetahui pengaruh sosial budaya terhadap upaya keluarga dalam melakukan pengobatan secara dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta di beberapa wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik.

1.5.2 Bagi institusi pendidikan

Untuk memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang berbagai faktor sosial budaya dalam keluarga yang mempengaruhi pengobatan dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta.

1.5.3 Bagi program kesehatan

Untuk memberikan formulasi rekomendasi dalam menurunkan tingkat prevalensi penyakit kusta melalui kajian sosial budaya di beberapa wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik pada khususnya dan di provinsi Jawa Timur pada umumnya.

1.5.4 Bagi masyarakat

Untuk menambah pengetahuan masyarakat tentang berbagai faktor sosial budaya yang mempengaruhi pengobatan dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Umum Penyakit Kusta

2.1.1 Definisi

Penyakit kusta (*Morbus Hansen*) adalah penyakit infeksi menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ tubuh lainnya (Jopling dan Dougal, 1996). Penyakit ini bisa mengakibatkan kecacatan tubuh serta menimbulkan masalah psikososial akibat adanya stigma atau perasangka yang salah tentang penyakit tersebut di masyarakat.

2.1.2 Sejarah

Penyakit kusta sudah ada beberapa abad yang lalu, jauh sebelum penemuan kuman *Mycobacterium leprae* oleh Hansen pada tahun 1873. Anggapan bahwa penyakit kusta bukan penyakit biasa, tetapi merupakan suatu najis atau kutukan dari Tuhan telah dimulai sejak 7 (tujuh) abad Sebelum Masehi dan berlanjut berabad-abad kemudian. Bahkan Raja Philip IV dari Perancis (1285 – 1332) mengeluarkan perintah diluar batas perikemanusiaan, yaitu agar penderita dikumpulkan untuk dibakar secara bersama-sama dan agar pembakaran dilanjutkan sampai penyakit kusta dapat dibasmi.

Pengertian yang salah mengenai penyakit kusta diperburuk lagi setelah seorang ahli (Danielssen, 1852) mengemukakan suatu hipotesis yang mengatakan

bahwa penyakit kusta adalah penyakit keturunan. Beliau mendasari pendapatnya atas fakta bahwa didapatkan penderita kusta pada beberapa generasi yang turun temurun, dan tidak ditemukan penyakit ini pada orang-orang yang bekerja pada leprosaria (tidak ada pekerja yang tertular penyakit kusta). Pendapat itu didasarkan atas kegagalan yang bersangkutan untuk mencoba menularkan penyakit kusta lewat bahan-bahan yang diambil dari penderita kusta.

Keadaan tersebut menjadi jelas setelah Hansen (1873) menemukan kuman penyebab penyakit kusta yang dikenal sebagai *Mycobacterium leprae*. Penyakit ini disebabkan oleh kuman yang penularannya melalui penderita kepada orang lain disekitarnya (Utji, 1990).

2.1.3 Epidemiologi

1) Etiologi

Penyebab penyakit kusta adalah *Mycobacterium leprae* yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 – 8 mic, lebar 0,2 – 0,5 mic, biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu serta hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (BTA). Masa belah dari kuman kusta memerlukan waktu yang sangat lama dibandingkan dengan kuman lainnya, yaitu berkisar antara 12 – 21 hari. Hal ini merupakan salah satu penyebab masa tunas yang lama yaitu rata-rata 2 – 5 tahun (Depkes R.I., 1996).

Untuk mendapatkan gambaran dari banyaknya basil kusta serta keadaan kuman dalam suatu sediaan hapus, maka sebaiknya digunakan Indeks Morfologi dan Indeks Bakteriologi. Angka ini sangat berguna dalam monitoring hasil pengobatan anti kusta yang pernah dilakukan terhadap penderita kusta.

2) Cara penularan

Penyakit kusta dapat ditularkan kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit (Indropo Agusni, 1986).

Faktor yang dianggap penting untuk terjadinya penularan kusta adalah kontak yang lama, intim serta berlangsung terus menerus. Penyakit kusta banyak menyerang golongan masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah. Hal ini dikaitkan dengan rendahnya daya tahan tubuh secara umum, gizi yang kurang dan lingkungan serta kebersihan diri yang tidak baik (Jopling dan Dougal, 1996).

Meskipun demikian menurut Direktorat Jenderal P2M dan PLP Depkes. R.I., bahwa timbulnya penyakit kusta pada seseorang tidak mudah dan tergantung dari beberapa faktor, antara lain :

- (1) Sumber penularan penyakit kusta adalah penderita yang tidak berobat secara dini dan teratur.
- (2) Kuman kusta dapat hidup di luar tubuh manusia antara 1 – 9 hari, tergantung pada suhu dan cuaca serta diketahui bahwa hanya kuman kusta yang utuh (*solid*) saja yang dapat menimbulkan penularan.
- (3) Sebagian besar manusia kebal terhadap penyakit kusta dan dari hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 100 orang yang terpapar setelah 10 tahun diketahui 95 orang tidak tertular, 3 orang sembuh sendiri tanpa obat dan 2 orang menjadi sakit. Hal ini belum lagi memperhitungkan pengaruh pengobatan (Depkes, 1996).

3) Penyebaran penyakit

Penyakit kusta banyak ditemukan di daerah tropik dan subtropik. Penyebaran penyakit tersebut tidak merata dan sebagian besar kasus ini didapatkan di wilayah Indonesia bagian timur dengan daerah kantong-kantong endemis kusta yang prevalensinya cukup tinggi (Louhennapessy, 1985).

Penyakit ini menyerang segala umur, namun jarang sekali pada anak di bawah usia 3 tahun. Hal ini diduga berkaitan dengan masa inkubasi yang cukup lama, meskipun tidak semua orang akan terserang penyakit kusta karena adanya kekebalan alamiah terhadap kuman tersebut. Diperkirakan sekitar 15 persen dari populasi yang kekebalan alamiahnya tidak cukup untuk membunuh kuman yang masuk, kemungkinan suatu saat bisa terserang penyakit ini (Depkes R.I., 1999). Jumlah penderita pria biasanya 2 – 3 kali lebih besar dari pada wanita dan hal ini dihubungkan dengan aktifnya pria di luar rumah sehingga risiko tertularnya menjadi lebih besar (WHO, 1998).

2.1.4 Klasifikasi penyakit kusta

Setelah diagnosa penyakit kusta ditegakkan, maka perlu dilakukan klasifikasi atau pembagian tipe kliniknya guna menentukan jenis pengobatan, dampak penularan yang mungkin terjadi serta prediksi dari kemungkinan terjadinya kecacatan.

Berdasarkan hal tersebut maka WHO pada tahun 1981 mengklasifikasi penyakit kusta menjadi 2 (dua) bagian, yaitu kusta tipe PB (*Pausi Basiler*) dan kusta

tipe MB (*Multi Basiler*). Untuk membedakan kedua tipe kusta tersebut perlu dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.1
Pedoman Klasifikasi Penyakit Kusta

Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis	Pausi Basiler	Multi Basiler
1. Bercak (<i>Makula</i>)	1 – 5	Banyak
a. Jumlah		
b. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
c. Distribusi	<i>Unilateral / bilateral asimetris</i>	<i>Bilateral / simetris</i>
d. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus, berkilat
e. Batas	Tegas	Kurang tegas
f. Kehilangan rasa pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada bercak.	Bercak tidak berkeringat, ada bulu rontok pada bercak	Bercak masih berkeringat, bulu tidak rontok
2. <i>Infiltrat</i>		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membrana mukosa (hidung tersumbat, perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3. Ciri-ciri khusus	“ <i>Central Healing</i> ” Penyembuhan ditengah	1. <i>Punched Out Lesion</i> 2. <i>Madarosis</i> 3. <i>Ginekomastia</i> 4. Hidung Pelana 5. Suara Sengau
4. <i>Nodulus</i>	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5. Penebalan syaraf tepi	Lebih sering terjadi dini, asimetris	Terjadi pada yang lanjut, biasanya lebih dari satu dan simetris
6. <i>Deformity</i> (cacat)	Biasanya asimetris terjadi dini	Terjadi pada stadium lanjut
7. Apusan	BTA Negatif	BTA Positif

Sumber : Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta, Depkes R.I., 1996, hal. 7 – 8

2.1.5 Pemeriksaan penyakit kusta

Menurut Ross (1989) bahwa pemeriksaan penderita kusta di masyarakat dapat dilakukan secara klinis melalui beberapa tahap sebagai berikut :

1) Persiapan

- (1) Tempat pemeriksaan harus cukup terang
- (2) Pemeriksaan sebaiknya dilakukan pada siang hari
- (3) Memberi penjelasan kepada seluruh keluarga yang akan diperiksa
- (4) Cara pemeriksaan pada anak-anak cukup dengan memakai celana pendek, sedangkan pada orang dewasa (laki-laki atau perempuan) dianjurkan hanya memakai sarung tanpa baju.

2) Pelaksanaan

- (1) Mengamati seluruh permukaan kulit pada anggota badan, mulai dari bagian wajah, dada, perut, punggung, pantat, paha dan kaki. Orang yang diperiksa diminta untuk memejamkan mata, menggerakkan mulut, tangan dan kaki untuk mengetahui fungsi saraf motorik.
- (2) Pemeriksaan rasa raba pada kelainan kulit dengan menggunakan sepotong kapas yang lancip. Sebelum pemeriksaan dilakukan, terlebih dahulu dijelaskan pada tersangka kusta untuk menunjuk pada bagian mana yang disentuh, baik dengan mata terbuka maupun dengan mata tertutup.
- (3) Pemeriksaan pengebalan syaraf tepi pada tempat-tempat tertentu, seperti dibagian belakang daun telinga, dibagian pergelangan siku, tangan, lutut dan kaki bagian

dalam. Hasil yang diperoleh tentang bagian mana yang menebal, nyeri dan bagian mana yang tidak sakit harus dicatat kemudian dilaporkan kepada petugas Puskesmas.

2.1.6 Diagnosis penyakit kusta

Untuk mengenal bahwa seseorang itu menderita penyakit kusta atau tidak maka perlu dicari tanda-tanda pokok (*cardinal sign*) yang mungkin terdapat pada anggota badan, seperti :

- 1) Bercak kulit yang mati rasa (*anaesthetic patch*). Bercak itu berupa *hypopigmentasi* atau *erithematous* mendatar (*makula*) atau meninggi (*plague*). Mati rasa pada bercak bersifat total atau sebagian saja terhadap rasa sentuh, rasa suhu (panas atau dingin) dan rasa nyeri.
- 2) Penebalan saraf tepi (*neuritis perifer*) ditandai dengan adanya penebalan saraf dan disertai dengan nyeri. *Neuritis* ini dapat disertai atau tanpa disertai adanya gangguan fungsi saraf, seperti gangguan fungsi sensoris (mati rasa), gangguan fungsi motoris (kelemahan dan kelumpuhan) dan gangguan fungsi otonom (kulit kering, retak dan terjadi *odem*).
- 3) Bakteri Tahan Asam (BTA) positif. Bahan pemeriksaan dalam hal ini adalah *skin smear* dari cuping telinga dan bahan lesi kulit, atau kadang-kadang juga bahan diperoleh dari biopsi kulit dan saraf. Pada pemeriksaan laboratorium ini, bila ditemukan dengan hasil pemeriksaan BTA positif maka dapat dipastikan bahwa seseorang menderita kusta, tetapi jika hasil pemeriksaan BTA negatif maka perlu dilihat tanda-tanda lain yang mendukung untuk disebut penyakit kusta.

Untuk mendiagnosis penyakit kusta pada seseorang, sedikitnya harus ditemukan 2 (dua) dari *cardinal sign*. Bila tidak atau belum ditemukan salah satu dari tanda-tanda tersebut, maka seseorang dapat dikatakan sebagai tersangka (*suspect*) kusta dan perlu diamati kemudian diperiksa ulang setelah 3 – 6 bulan sampai diagnosis tersebut dapat ditegakkan atau dibatalkan (WHO, 1996).

Dalam program pemberantasan kusta yang dilakukan dilapangan, diagnosa penyakit tersebut harus diutamakan dengan melihat gejala klinis yang tampak walaupun pemeriksaan laboratorium juga dilakukan tetapi tidak mutlak (Depkes R.I., 1999).

2.1.7 Case finding

Menurut Direktorat Jenderal P2M dan PLP Depkes R.I., (1996) bahwa penemuan penderita kusta dapat dilakukan melalui 2 (dua) cara, yaitu :

1) Secara Pasif

Penemuan penderita yang dilakukan terhadap orang yang belum pernah berobat kusta dan datang sendiri (sukarela), atau atas informasi orang lain yang disampaikan ke Puskesmas. Bila tidak demikian adanya, maka ada berbagai faktor yang dapat menyebabkan penderita kusta datang terlambat berobat ke Puskesmas, antara lain :

- (1) Malu datang ke Puskesmas.
- (2) Sibuk dalam urusan pekerjaan
- (3) Tidak mengerti tanda dini kusta.
- (4) Kemampuan ekonomi keluarga yang rendah.

- (5) Jarak tempat tinggal penderita ke Puskesmas cukup jauh.
- (6) Tidak tahu bahwa ada obat gratis yang dapat diperoleh dari Puskesmas.

2) Secara Aktif

(1) Pemeriksaan kontak serumah (*contact survey*)

Pemeriksaan ini ditujukan pada anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita. Frekuensi pemeriksaan dilakukan minimal 1 (satu) tahun sekali dan perhatian khusus ditujukan pada keluarga yang berhubungan langsung dengan penderita kusta.

(2) Survei anak sekolah

Survei ini dilakukan 2 (dua) tahun satu kali dengan sasaran murid kelas 1 sampai dengan kelas 6 atau sederajat. Untuk melakukan survei ini perlu dibina kerjasama dengan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan guru-guru sekolah, kemudian diberikan penyuluhan kesehatan terlebih dahulu kepada murid-murid SD. Setelah itu dilakukan pemeriksaan dan apabila ditemukan tersangka kusta positif maka harus dicatat dan ditindaklanjuti.

(3) *Chase survey*

Maksud survei ini untuk mencari penderita baru dalam lingkup yang kecil, misalnya desa atau kelurahan sambil membina partisipasi dengan masyarakat. Pelaksanaan *Chase survey* ini 1 (satu) tahun sekali dan setelah dilakukan penyuluhan diharapkan masyarakat dapat melaporkan kepada petugas kesehatan atau ke Puskesmas apabila menemukan orang yang mempunyai gejala klinis seperti penyakit kusta.

(4) Survei khusus

Survei ini dilakukan apabila suatu daerah mempunyai proporsi penderita baru MB minimal 60 persen dan dijumpai penderita usia muda cukup tinggi. Selain itu survei ini juga dilakukan sesuai dengan perencanaan dan petunjuk dari pusat sesudah diadakan “ Set – Up “ secara statistik oleh ahli statistik WHO atau yang ditunjuk oleh Depkes (Ditjen PPM & PLP, 1996).

2.1.8 Pengobatan penderita kusta

Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh, dan tanda-tanda penyakit tersebut juga menjadi kurang aktif lalu akhirnya menghilang. Dengan hancurnya kuman kusta maka sumber penularan dari penderita ke orang lain menjadi terputus.

Pada penderita tipe Pausi Basiler yang berobat secara dini dan teratur akan cepat sembuh tanpa menimbulkan cacat, tetapi bagi penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen pengobatannya hanya dapat mencegah kecacatan yang lebih lanjut. Dalam hal ini penderita kusta harus makan obat secara teratur, sebab kalau tidak maka kuman kusta akan menjadi aktif kembali sehingga timbul gejala-gejala baru pada kulit dan saraf yang dapat memperburuk keadaan. Disinilah pentingnya pengobatan yang dilakukan sedini mungkin dan secara teratur.

Obat-obatan yang diberikan pada penderita kusta tergantung dari tipe PB atau MB yang dideritanya. Jika penderita tipe Pausi Basiler maka obat yang diberikan adalah *rimpaficin* dan DDS sebanyak 6 dosis selama 6 – 9 bulan, sedangkan untuk tipe *Multi Basiler* obat yang diberikan adalah *rimpaficin*, *lampren* dan DDS sebanyak 12 dosis selama 12 – 18 bulan (WHO, 1997).

2.1.9 Tingkat kecacatan kusta

Terjadinya cacat pada penderita kusta disebabkan karena kuman kusta maupun karena terjadinya peradangan (*neuritis*) sewaktu reaksi lepra (Watson, 1989).

Adapun kriteria WHO tentang tingkat kecacatan kusta dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 2.2
Tingkat Kecacatan Kusta

Tingkat Kecacatan		
Tingkat	Mata	Telapak Tangan / Kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta.	Tidak ada <i>anesthesia</i> , tidak ada cacat yang kelihatan akibat kusta.
1	Ada kelainan mata, tetapi tidak kelihatan dan <i>visus</i> sedikit berkurang akibat kusta.	Ada <i>anesthesia</i> tetapi tidak ada cacat atau kerusakan yang kelihatan.
2	Ada <i>lagophthalmos</i> , <i>visus</i> sangat terganggu akibat kusta.	Ada cacat atau kerusakan yang kelihatan misalnya <i>ulkus</i> , jari-jari <i>clow hand</i> .

Sumber : Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta, Depkes R.I., 1996, hal. 53

2.2 Persepsi Masyarakat Tentang Penyakit dan Keadaan Sakit serta Perilaku Sakit

2.2.1 Penyakit dan keadaan sakit

Istilah “ penyakit “ (*disease*) berbeda dengan istilah “ keadaan sakit “ (*Illness*). Penyakit dimaksudkan sebagai suatu konsepsi medis menyangkut keadaan tubuh yang tidak normal karena sebab-sebab tertentu yang dapat diketahui dari tanda-

tanda dan gejalanya (*sign and symptoms*). Sedangkan keadaan sakit dimaksudkan sebagai perasaan pribadi seseorang yang merasa kesehatannya terganggu dan tampak dari keluhan sakit yang dirasakannya, seperti tidak enak badan dan sebagainya. Dengan demikian ada kemungkinan seseorang dinyatakan dalam keadaan sakit tanpa mengidap suatu penyakit atau sebaliknya, ia mengidap sesuatu penyakit tanpa merasakan bahwa dirinya dalam keadaan sakit (Fauzi, 1995).

Penafsiran yang berbeda antara penyakit dan keadaan sakit dapat diketahui dengan melihat berbagai faktor sosial budaya yang mempengaruhi cara seseorang dalam menggunakan istilah tersebut (Anderson, 1986). Hal ini sejalan dengan pandangan Bloom dan Kleinman yang mengemukakan bahwa kesakitan (*Illness*) di masyarakat ditentukan oleh reaksi individual, sosial dan budaya sehingga tidak jarang perbedaan ini menjadi sumber kegagalan dari suatu program kesehatan (Solita, 1997).

Berdasarkan hal tersebut maka Twaddle (1981), memberikan batasan tentang “ penyakit “ sebagai suatu keadaan tidak sehat yang merupakan fenomena obyektif yang dapat diukur melalui pemeriksaan laboratorium, observasi langsung dan atau melalui gejala-gejala sakit yang ada pada penderita. Sedangkan “ sakit “ merupakan fenomena subyektif dari keadaan tidak sehat yang pada umumnya lebih menjadi pusat perhatian penderita, termasuk didalamnya adalah rasa sakit, lemah, pusing atau gejala lainnya yang dirasakan tidak enak dan mempengaruhi aktivitas sosialnya. Sehubungan dengan itu maka Sudarti (1986) mengatakan bahwa sakit adalah persepsi dari pengalaman seseorang yang berhubungan dengan keadaan tubuhnya yang dirasakan tidak enak.

Dari definisi tersebut dapat dikatakan bahwa penyakit menunjukkan suatu yang obyektif dan terlihat dari adanya sesuatu yang rusak, sedangkan keadaan sakit lebih bersifat subyektif dan berkaitan dengan akibat dari proses penyakit. Untuk mengatakan bahwa seseorang sakit, maka terdapat keadaan yang menunjukkan tidak berfungsinya suatu organ tubuh yang mempunyai akibat terhadap keadaan fisik dan biologis, serta mempengaruhi kehidupan sosial. Mengalami sakit tidak hanya berarti adanya perubahan biologis, akan tetapi juga akan tampak keadaan sosial dari adanya penyimpangan yang terjadi dan dikehendaki seperti yang dialami oleh orang-orang yang menderita penyakit kusta.

Pada penderita semacam ini selain dinyatakan sakit karena adanya kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menggerogoti organ-organ tubuh lainnya, juga akan muncul masalah sosial akibat adanya berbagai bentuk kecacatan yang ditimbulkan oleh kuman tersebut. Berbagai kecacatan yang dapat terjadi tidak secara serta merta, tetapi berlangsung cukup lama (kronis) akibat karena penderita dikucilkan atau diisolir dari kehidupan masyarakat sehingga mereka tidak berobat secara dini dan teratur. Keterlambatan mencari pengobatan seperti ini selain karena tingkat pendidikan dan pengetahuan penderita yang sangat terbatas, juga karena adanya “ stigma “ yang muncul dari masyarakat tentang penyakit kusta. Hal ini sesuai dengan pendapat Febrega dan Manning (1973) yang mengatakan konsekuensi dari julukan yang diberikan terhadap keadaan sakit sangat berpengaruh selama masa penyembuhan dan rehabilitasinya. Dengan demikian maka secara klinis, emosional dan konsekuensi sosial dari tipe kesakitan ini memakan waktu lama dan sedikit

banyaknya keadaan itu dapat menimbulkan perubahan pada perangai dan karakter, baik yang dapat dirasakan oleh penderita maupun oleh orang lain.

Kondisi ini sangat berbeda dengan tipe penyakit yang tidak menimbulkan stigma bagi penderitanya. Jenis penyakit seperti ini meskipun berjangka panjang (kronis), namun tidak menimbulkan kerusakan atau hambatan fisik bagi penderitanya sehingga akibat yang ditimbulkannya sangat minim atau tidak terlihat dampak negatif lainnya. Sebaliknya bagi penyakit yang menimbulkan stigma dan berjangka panjang (kronis) seperti pada penyakit kusta, maka akan menimbulkan kerusakan fisik yang nyata dan sulit diterima di masyarakat.

2.2.2 Perilaku sakit

Dalam melakukan suatu perilaku sehat maka terlebih dahulu seseorang harus mempunyai tujuan yang jelas sesuai dengan harapan yang diinginkannya. Menurut teori HBM (*Health Belief Model*) bahwa orang tidak akan mencari pertolongan medis atau pencegahan penyakit bila mereka kurang mempunyai pengetahuan dan motivasi minimal yang relevan dengan kesehatannya, misalnya bila mereka memandang kesehatan tersebut tidak cukup berbahaya atau bila mereka tidak yakin terhadap keberhasilan dari suatu intervensi medis, dan bila mereka melihat adanya beberapa kesulitan dalam melakukan perilaku kesehatan yang disarankan (Rosenstock, 1974). Pada dasarnya model ini terdiri dari unsur-unsur sebagai berikut :

- 1) Kesiapan seseorang untuk melakukan sesuatu tindakan ditentukan oleh pandangan orang itu terhadap bahaya penyakit tertentu, dan persepsi mereka terhadap

kemungkinan dari akibat (fisik dan sosial) yang dapat ditimbulkan bila terserang penyakit tersebut.

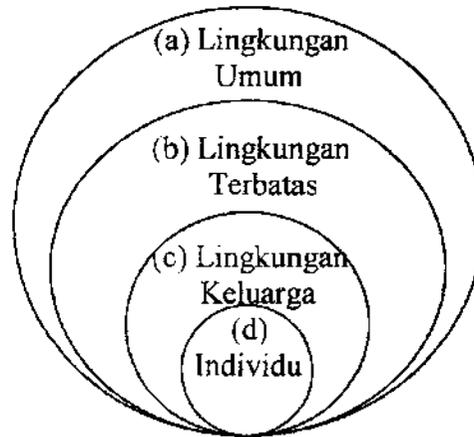
2) Penilaian seseorang terhadap perilaku kesehatan tertentu dipandang dari sudut kebaikan dan kemanfaatannya (misalnya, perkiraan subyektif mengenai kemungkinan manfaat dari suatu tindakan dalam mengurangi tingkat bahaya dan keparahan), kemudian dibandingkan dengan persepsi terhadap pengorbanan (fisik, uang dan lain-lain) yang harus dikeluarkan untuk melaksanakan tindakan tersebut.

3) Suatu “ kunci “ untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat harus ada, baik dari sumber internal (misalnya gejala penyakit) maupun dari sumber eksternal (misalnya interaksi interpersonal, komunikasi massa, dan lain-lain).

Selain itu dalam konsep TPB (*The Theory of Planned Behavior*) diasumsikan bahwa semua faktor termasuk demografis dan lingkungan berlaku pada pola perilaku dan tidak secara terpisah mempengaruhi perilaku seseorang (Montono, 1986). Dalam konsep tersebut dianggap bahwa ada alasan yang menentukan motivasi individu. Alasan-alasan ini membentuk kepercayaan perilaku dan normatif seseorang, menentukan norma sikap dan subyektifnya serta mengesampingkan apakah kepercayaannya tadi rasional, logis atau benar menurut standar obyektif.

Berkaitan dengan hal itu maka Saparinah Sadli (1982) dalam Soekidjo Notoatmodjo (1997) menggambarkan bahwa individu dengan lingkungan sosial dapat saling mempengaruhi seperti pada gambar berikut ini:

Interaksi Perilaku Kesehatan



Gambar 2.1 : Buku Ilmu Kesehatan Masyarakat, Soekidjo (1997), hal. 124–125

Keterangan :

- a. Perilaku kesehatan individu : sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- b. Lingkungan keluarga : kebiasaan-kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- c. Lingkungan terbatas: tradisi, adat istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan.
- d. Lingkungan umum : berbagai kebijakan pemerintah di bidang kesehatan, undang-undang kesehatan, program-program kesehatan, dan sebagainya.

Setiap individu sejak lahir terkait di dalam suatu kelompok, terutama kelompok keluarga. Dalam keterkaitannya dengan kelompok ini membuka kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota-anggota kelompok lain. Oleh karena pada setiap kelompok senantiasa berlaku aturan-aturan dan norma-norma sosial tertentu, maka perilaku tiap individu anggota kelompok berlangsung dalam suatu jaringan normatif.

Kosa dan Robertson (1942) mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi

kesehatan yang diinginkan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan biologi. Memang kenyataannya demikian sebab setiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan, meskipun gangguan yang dialaminya sama. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan oleh penderita terhadap gangguan yang dialaminya, dan merupakan bagian integral dari interaksi sosial pada umumnya.

Berdasarkan hal tersebut maka menurut Allport (1937), salah satu kekuatan dasar yang mempengaruhi kepribadian seseorang dalam bertindak adalah lingkungan. Para pakar teori umumnya sepakat bahwa kekuatan dan pengaruh lingkungan sangatlah penting dalam pembentukan kepribadian seseorang dan kekuatan tersebut mencakup tiga dimensi, yaitu :

1. Lingkungan fisik mencakup berbagai faktor geografis yang mempengaruhi kekuatan manusia, seperti sumber air minum, kepadatan penduduk dan sebagainya.
2. Lingkungan budaya dimana seseorang hidup dan berkembang, seperti kondisi yang mengatur hubungan antar perorangan diantara anggota keluarga dengan yang lainnya.
3. Lingkungan sosial yang turut mempengaruhi respon dan penerimaan individu terhadap dunia luar.

Selain itu menurut Mechanic (1962) bahwa perilaku sakit adalah reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit, dimana reaksi ini sangatlah

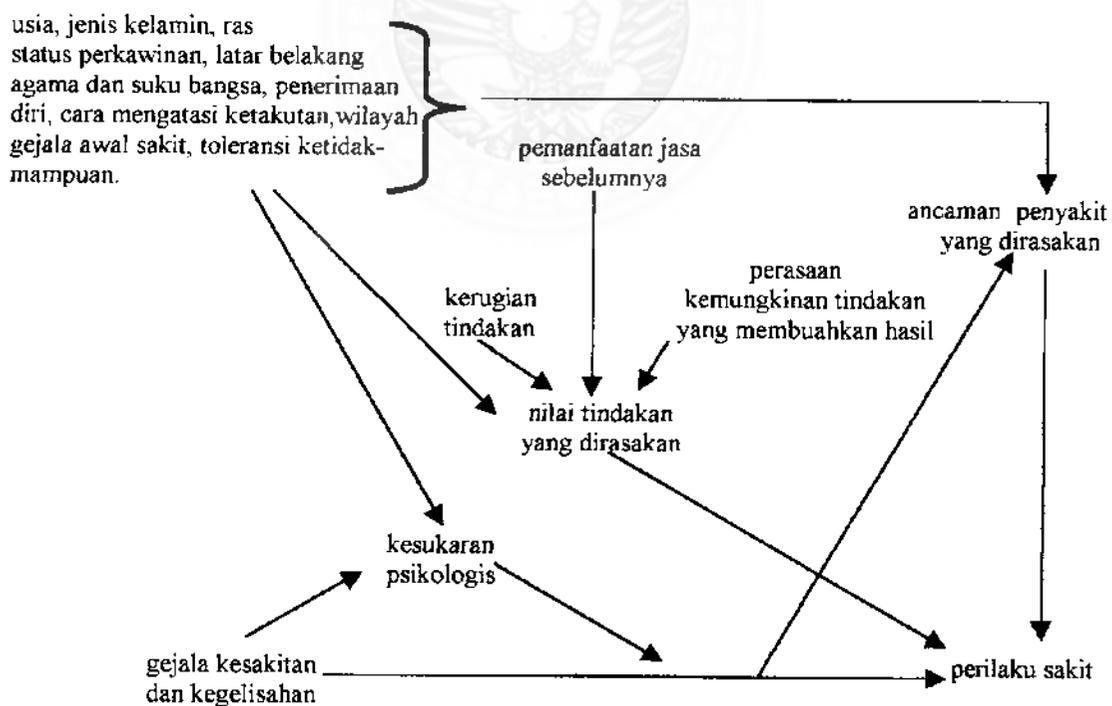
ditentukan oleh sistem sosialnya. Berdasarkan hal tersebut maka ada beberapa faktor yang menyebabkan orang bereaksi terhadap suatu penyakit, antara lain :

1. Dikenalnya atau dirasakannya ada berbagai gejala / tanda yang menyimpang dari keadaan biasa.
2. Banyaknya gejala yang dianggap serius dan diperkirakan menimbulkan bahaya.
3. Dampak gejala itu terhadap hubungan dengan keluarga dan dalam kegiatan sosial lainnya.
4. Nilai ambang dari mereka yang terkena gejala itu atau kemungkinan individu diserang oleh penyakit tersebut.
5. Informasi, pengetahuan dan asumsi budaya tentang penyakit itu.
6. Tersedianya sarana kesehatan, kemudahan mencapai sarana tersebut, tersedianya biaya dan kemampuan untuk mengatasi stigma dan jarak sosial (rasa malu, takut dan sebagainya)

Dari berbagai faktor di atas maka dapat dibuat kategorisasi faktor pencetus perilaku sakit, yaitu faktor persepsi yang dipengaruhi oleh orientasi medis dan sosial budaya, faktor intensitas gejala (menghilang atau terus menetap), faktor motivasi individu untuk mengatasi gejala yang ada serta faktor sosial psikologis yang mempengaruhi respons sakit.

Berdasarkan tinjauan yang cermat terhadap literatur yang ada, maka Kasl dan Cobb (1966) dalam tulisan Fauzi Muzaham (1995) mengembangkan suatu skema konseptual untuk mencoba memahami keadaan yang mendorong orang untuk mengunjungi atau tidak mengunjungi dokter atau tempat pengobatan atas gejala

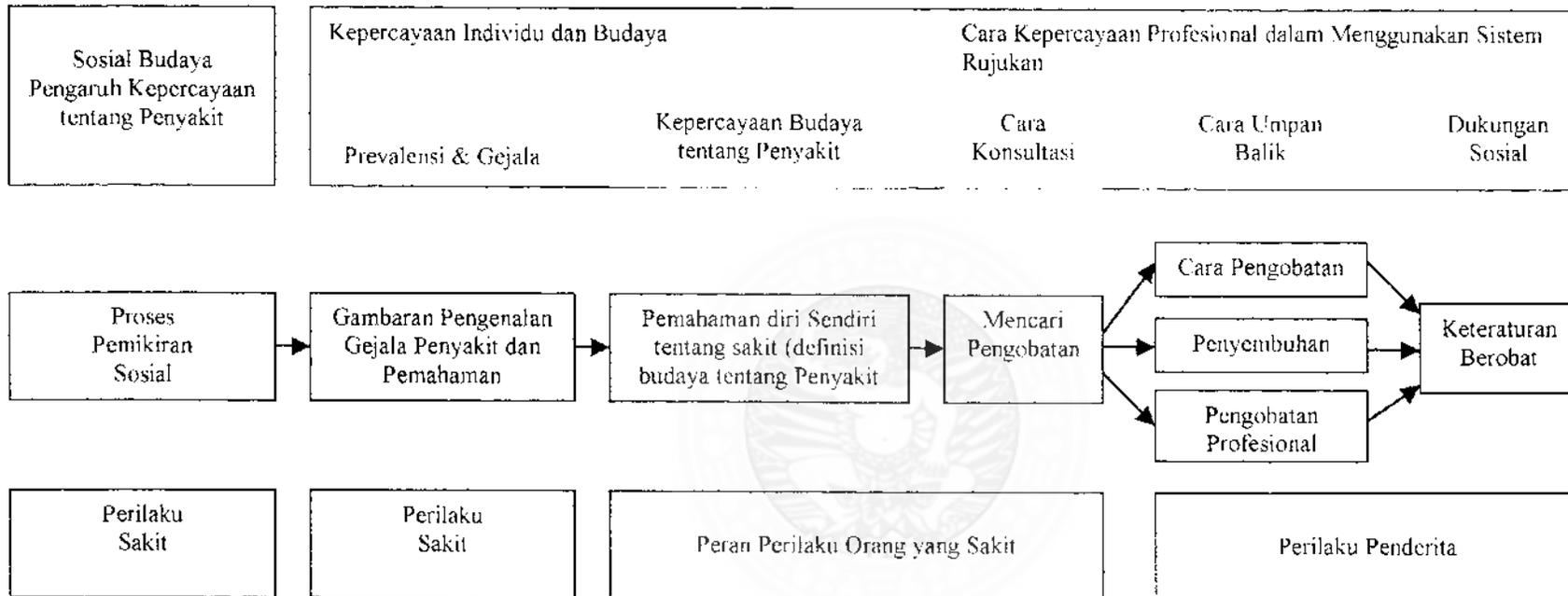
penyakit yang dirasakannya. Skema yang dapat dilihat pada gambar 2.2 menitik beratkan pada hal-hal yang mendorong orang sampai pada kesimpulan bahwa gejala yang dialaminya dianggap sebagai suatu ancaman sehingga kunjungan ke dokter atau ke Puskesmas dilihat sebagai suatu cara untuk mengurangi ancaman tersebut. Maksudnya bila seseorang menganggap gejala penyakit sebagai suatu ancaman dan menganggap kunjungan ke dokter atau ke Puskesmas dapat mengurangi ancaman tersebut maka ia akan minta pertolongan ke dokter. Dengan perkataan lain, seseorang harus menyadari gejala penyakit sebagai suatu masalah kemudian mengunjungi dokter atau Puskesmas sebagai suatu tindakan yang tepat, seperti pada gambar di bawah ini :



Gambar 2.2 : Hubungan Antara Gejala dan Perilaku Sakit dalam buku Sosiologi Kesehatan, Fauzi Muzaham (1995), hal. 103

Semua faktor yang terdapat dalam gambar diatas mempengaruhi cara setiap orang dalam menetapkan keuntungan dan kerugian untuk meminta pertolongan ke dokter atau ke Puskesmas. Hal ini disebabkan karena keyakinan awam tentang kesehatan dan kesakitan mempengaruhi perilakunya dalam mencari pengobatan, yaitu apakah orang akan mencari bantuan atau tidak serta kepada siapa orang tersebut harus minta bantuan pengobatan. Keyakinan (*lay beliefs*) yang bermacam-macam seperti itu disebabkan karena setiap pasien mempunyai sudut pandang yang berbeda-beda dan mengacu pada respon subyektif dari pasien dan lingkungannya (Bart Smet, 1994) seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini :





Gambar 2.3. : Kesakitan dan Perilaku Mencari Bantuan dalam buku Psikologi Kesehatan, (Bart Smet, 1994 : 210)

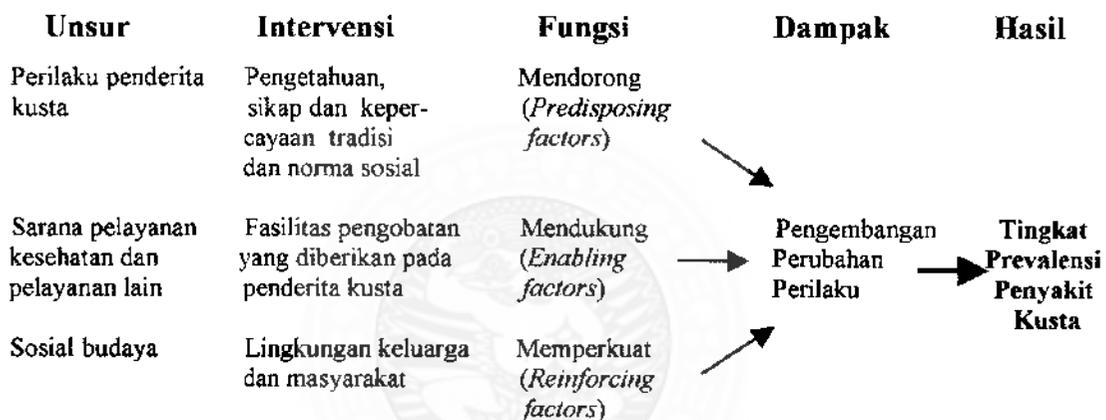
Dalam beberapa kebudayaan, pengaruh keluarga memegang peranan yang sangat penting dan menganggap seseorang menderita suatu penyakit serta memutuskan untuk mencari pengobatan. Penentuan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita sakit kusta biasanya agak terlambat karena disebabkan karena tidak adanya rasa sakit yang ditimbulkan, terlebih karena sebagian orang tidak mengetahui gejala dini suatu penyakit (Taylor, 1991). Hal ini penting karena gejala penyakit tertentu seperti penyakit kronis biasanya belum terlalu nampak pada tahap awal dan tidak begitu mengganggu aktifitas kehidupan penderita sehingga bila gejalanya sudah menjadi serius maka mereka baru mencari pengobatan. Selain itu faktor biaya pengobatan juga dirasakan cukup memberatkan, terutama untuk orang-orang miskin. Mereka akan menganggap bahwa gejala tersebut tidak serius dan hal itu dijadikan sebagai alasan karena mahalnya biaya pengobatan (Taylor, 1991). Dengan demikian maka sudah jelas bahwa faktor sosial budaya sangat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari bantuan pengobatan, baik pada saat merumuskan suatu gejala penyakit sebagai suatu ancaman maupun dalam merumuskan untung-ruginya suatu tindakan yang akan dilakukan.

2.3 Determinan Perilaku

Berbagai teori yang menganggap determinan perilaku berangkat dari analisis faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain :

2.3.1 Precede Frame Work

Green (1980) menganalisis bahwa kesehatan itu dipengaruhi oleh 2 (dua) faktor utama, yaitu faktor perilaku (*behavioral causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavioral causes*). Selanjutnya faktor perilaku itu sendiri ditentukan oleh 3 (tiga) fungsi seperti pada gambar berikut ini :



Gambar 2.4 : Fungsi Faktor Perilaku yang Mempengaruhi Status Kesehatan, (Green and Kreuter, 1991 : 360)

Berdasarkan gambar tersebut maka unsur sosio budaya dapat dikategorikan sebagai faktor yang berpengaruh terhadap perubahan perilaku karena hal tersebut merujuk pada beberapa konsep berikut ini :

“ Sosiologi mempelajari hubungan sosial (perilaku manusia) pada umumnya dan tentang produk dari hubungan tersebut.....”
(Thomas Ford Hoult, *Dictionary of Modern Sociology*, Littlefield, Adam & Co, Totowa, New Jersey, 1969 : 307).

“ Budaya merupakan keseluruhan dari pengetahuan, sikap dan pola perilaku yang merupakan kebiasaan yang dimiliki dan diwariskan oleh anggota dari suatu masyarakat tertentu (Linton, 1940).”

“ Budaya merupakan keseluruhan reaksi gerak, kebiasaan, tata cara, gagasan dan nilai-nilai yang dipelajari serta diwariskan dari perilaku yang ditimbulkannya (Kroeber, 1948).”

2.3.2 Teori Snehandu B. Kar (Soekidjo : 1993)

Berdasarkan konsep tersebut dijelaskan bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

- 1) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*Behavior Intention*).
- 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*Social Support*).
- 3) Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*Accessability of Information*).
- 4) Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*Personal Autonomy*).
- 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*Action Situation*).

Dari uraian tersebut dapat dirumuskan dalam sebuah model sebagai berikut :

$$B = f(BI, SS, AI, PA, AS)$$

Dimana :

- B *Behavior*
 f = *fungsi*
 BI = *Behavior Intention*
 SS = *Social Support*
 AI = *Accessability of Information*
 PA = *Personal Autonomy*
 AS = *Action Situation*

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang yang bersangkutan terhadap obyek kesehatan tentang ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu dalam mengambil keputusan untuk bertindak sesuai dengan situasi yang memungkinkan ia berperilaku atau tidak berperilaku. Dalam hal ini seorang penderita kusta yang tidak berobat secara teratur, mungkin disebabkan karena ia tidak mempunyai niat dan motivasi untuk berobat (*Behavior Intention*), atau barangkali karena tidak adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya (*Social Support*), atau mungkin juga karena kurang atau tidak memperoleh informasi yang jelas tentang fasilitas pengobatan kusta yang diberikan secara gratis, atau mungkin ia sendiri tidak mempunyai kebebasan untuk menentukan sesuatu hal, misalnya harus nurut dengan omongan suami, mertua, atau orang lain yang disegani (*Personal Autonomy*).

Faktor lain yang mungkin menyebabkan seseorang tidak berobat secara teratur adalah karena situasi dan kondisi yang tidak memungkinkan, misalnya dengan alasan kesehatan, transportasi, uang dan sebagainya (*Action Situation*).

2.3.3 Teori WHO (Soekidjo : 1993)

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya 6 (enam) alasan pokok, yaitu :

1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain. Misalnya seorang penderita kusta tidak berobat ke Puskesmas karena pengetahuan yang salah tentang berbagai hal.

2) Kepercayaan

Sesuatu yang diterima dan diyakini kebenarannya dari orang tua atau orang lain tanpa adanya suatu pembuktian terlebih dahulu, misalnya penyakit kusta adalah penyakit kutukan atau keturunan yang tidak dapat disembuhkan.

3) Sikap

Sikap menggambarkan perasaan suka atau tidak suka dari seseorang terhadap obyek tertentu, dan juga sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain. Demikian juga sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat, dan sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan yang tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan nyata.

4) Orang yang dituruti

Perilaku setiap orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila orang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau apa yang diperbuat oleh orang itu cenderung untuk ditiru, misalnya penderita kusta akan berobat secara teratur bila yang menyuruh adalah para kyai.

5) Berbagai sumber daya (*Resources*)

Sumber daya yang dimaksud adalah fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok

masyarakat, misalnya seorang penderita kusta yang hendak berobat ke Puskesmas tiba-tiba batal karena tidak ada transportasi atau karena tidak ada uang.

6) Budaya

Kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan berbagai sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*Way of Life*) yang pada umumnya disebut sebagai kebudayaan.

Dari uraian tersebut dapat dilihat bahwa berbagai perilaku yang sama diantara beberapa orang dapat disebabkan oleh latar belakang yang berbeda-beda, misalnya alasan mengapa masyarakat tidak mau berobat. Hal ini mungkin karena orang tidak percaya terhadap Puskesmas, mungkin tidak punya uang untuk pergi ke Puskesmas, mungkin karena merasa malu, atau mungkin karena faktor transportasi yang tidak ada.

Secara sederhana hal tersebut dapat dirumuskan dalam model berikut ini :

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

Dimana :

- B = *Behavior*
- f = *fungsi*
- TF = *Thoughts and Feeling*
- PR = *Personal References*
- R = *Resources*
- C = *Culture*

2.4 Penyakit, Lingkungan dan Perilaku Manusia

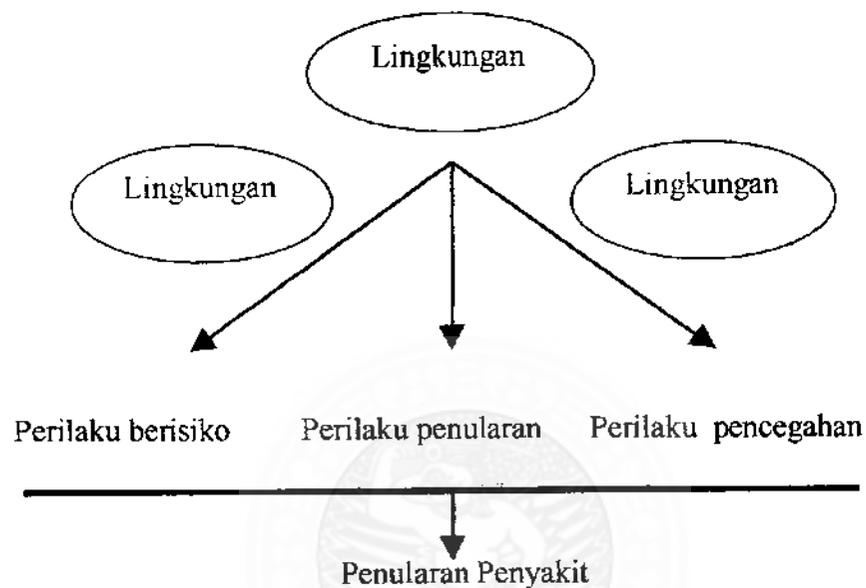
Berdasarkan sudut pandang antropologi, penyakit tidak bisa dilihat hanya dari masalah klinis saja tetapi juga harus dipahami dari aspek lingkungan, kebudayaan dan juga dari berbagai bentuk sifat dan keparahan penyakit yang dipengaruhi oleh perbedaan usia, jenis kelamin, kelas sosial serta kelompok etnis (Marcia C. Inhorn, 1997).

Selanjutnya Sargent (1990) dalam buku *medical anthropology* mengatakan bahwa budaya dapat memainkan peranan penting dalam menentukan pola penyakit pada suatu kelompok masyarakat tertentu dan hal ini disebabkan oleh 2 faktor, yaitu :

1. Kebudayaan dapat membentuk berbagai perilaku penting (pola aktifitas dan sebagainya) yang menyebabkan seseorang terkena penyakit tertentu.
2. Perubahan lingkungan yang disebabkan oleh manusia juga dapat mempercepat proses penularan suatu penyakit.

Keterkaitan dalam kedua hal tersebut menitikberatkan pada suatu fakta bahwa lingkungan dan risiko yang ditimbulkan bagi kesehatan tercipta melalui kebudayaan. Selain itu manusia juga tanpa menyadari biasanya berperan dalam menularkan berbagai penyakit melalui pola-pola perilaku budaya atau melalui perubahan mendasar dalam hubungannya dengan penyebab penyakit serta lingkungan dimana interaksi antara keduanya terjadi. Semua faktor ini dipengaruhi oleh lingkungan alam dan unsur sosial budaya dimana *agent* penyebab penyakit dan manusianya saling berinteraksi (Marcia dan Peter, 1997). Hal ini dimungkinkan sebab pemberantasan suatu penyakit bukan hanya disebabkan karena faktor biologis (*agent*)

akan tetapi lebih disebabkan karena faktor sosial budaya dari manusia itu sendiri seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 2.5 : Ekologi Rumah Tangga untuk Penularan Penyakit dalam buku *The Antropology of Infectious Disease* (J. Coreil, L. Whiteford and D. Salazar, 1993 : 154)

2.5 Kebudayaan

Bila kita memperhatikan suatu masyarakat maka dapat dilihat bahwa para warganya, walaupun mempunyai sifat-sifat individual yang berbeda namun akan memberi reaksi yang sama pada gejala-gejala tertentu. Sebab dari reaksi yang sama itu adalah karena mereka memiliki kepercayaan, sikap, nilai-nilai dan kebiasaan yang sama. Berbagai hal yang dimiliki secara bersama itulah dinamakan kebudayaan

(Ihromi, 1996). Hal ini sejalan dengan pendapat Kroeber (1948) yang menyebutkan bahwa :

“ Budaya merupakan keseluruhan reaksi gerak, kebiasaan, tata cara, gagasan dan nilai-nilai yang dipelajari serta diwariskan dari perilaku yang ditimbulkannya. “

“...Bahwa perilaku manusia sangat ditentukan karena budaya dan bukan dipengaruhi oleh keturunan. “ (Nicholas, Stephen & Bryans, 1984)

Berdasarkan pemahaman tersebut maka sudah jelas bahwa kepercayaan, sikap, nilai-nilai dan kebiasaan merupakan bagian dari unsur kebudayaan yang mendasari pola perilaku masyarakat terhadap suatu obyek tertentu yang selanjutnya akan diuraikan secara gamblang berikut ini :

2.5.1 Kepercayaan

Andrew Lang (1912 : 58) dalam buku sejarah teori antropologi menyebutkan bahwa dalam jiwa manusia ada suatu kemampuan gaib yang dapat bekerja lebih kuat dengan keterbatasan daya fikir manusia secara rasional. Karena itu gejala gaib tersebut bisa bekerja lebih kuat terhadap beberapa orang yang tidak aktif dalam menggunakan fikirannya.

Berdasarkan teori tersebut jelas bahwa unsur kepercayaan biasanya diwarnai dengan aspek budaya yang mereka anut dan diterima dari lingkungan sekitarnya. Sistem kepercayaan biasanya berwujud dalam bentuk pikiran dan gagasan manusia tentang sesuatu hal yang diwariskan dari generasi ke generasi secara turun

temurun (Koentjaraningrat, 1987). Sistem kepercayaan tersebut juga menyangkut tentang sistem norma, ajaran kesusilaan dan atau ajaran doktrin lainnya yang mengatur tingkah laku manusia terhadap suatu fenomena tertentu. Dalam kepercayaan tersebut biasanya mencakup ajaran doktrin, tafsiran mitos dan juga dongeng-dongeng secara lisan atau tertulis yang menceritakan hal-hal tertentu. Ini sesuai dengan pendapat Widyosiswoyo (1996) yang mengatakan bahwa kepercayaan adalah suatu anggapan yang mengakui bahwa sesuatu itu memang benar dan diyakini akan adanya.

2.5.2 Sikap

Secord & Backman (1964) mengemukakan bahwa sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Komponen kognitif merupakan representasi dari sesuatu yang dipercayai oleh seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap, komponen afektif menyangkut tentang masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap, sedangkan komponen konatif menunjukkan bagaimana kecendrungan berperilaku dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya (Azwar, 2000).

Para ahli psikologi sosial beranggapan bahwa ketiga komponen sikap tersebut adalah selaras dan konsisten. Meskipun demikian apabila salah satu diantara ketiga komponen sikap itu tidak konsisten maka akan terjadi ketidakselarasan yang

menyebabkan timbulnya mekanisme perubahan sikap sedemikian rupa sehingga konsistensi itu tercapai kembali.

Dalam ketiga komponen sikap juga terdapat perbedaan tingkatan atau kadar, serta terdapat pula perbedaan kompleksitasnya. Pada suatu tingkatan sederhana, komponen afektif dari sikap seseorang dapat berarti sekadar suka atau tidak suka terhadap sesuatu, namun pada tingkat yang lebih kompleks komponen afektif itu dapat berarti adanya reaksi emosional seperti kecemasan atau kekhawatiran terhadap hal tersebut. Dalam proporsinya, suatu sikap yang didominasi oleh komponen afektif yang kuat dan kompleks akan lebih sukar untuk berubah walaupun dimasukkan informasi baru yang berlawanan mengenai objek sikapnya.

2.5.3 Nilai

Sebagaimana diketahui bahwa nilai merupakan konsep ukuran tentang baik-buruk, benar salah atau suka tidak suka terhadap suatu obyek tertentu (Abdulsyani, 1994). Dalam aplikasi nilai tersebut pada dasarnya manusia telah menerapkan konsep ukuran terhadap obyek yang bernilai atau dengan kata lain mencocokkan obyek bernilai dengan konsep ukuran yang diyakininya (Mardimin, 1994). Jadi nilai mengarahkan perilaku dan pertimbangan seseorang terhadap sesuatu, atau nilai dinyatakan sebagai konsep dasar mengenai apa yang dipandang baik dan diinginkan.

Nilai mengacu pada sesuatu yang oleh manusia dan masyarakat dipandang sebagai yang paling berharga. Dengan perkataan lain, nilai itu berasal dari pandangan hidup suatu masyarakat. Pandangan hidup itu berasal dari sikap manusia terhadap

Tuhan, terhadap alam semesta, dan terhadap sesamanya. Sikap ini dibentuk melalui berbagai pengalaman yang menandai sejarah kehidupan masyarakat yang bersangkutan.

Karena pengalaman yang membentuk suatu masyarakat itu berbeda-beda dari suatu daerah dengan daerah lain, maka berbeda pula pandangan hidup yang dianutnya. Hal inilah yang pada gilirannya menimbulkan perbedaan nilai diantara warga masyarakat itu sendiri (Maran, 2000).

Selain itu, nilai juga dapat dipandang sebagai suatu bagian penting dari kebudayaan, misalnya suatu tindakan dianggap sah jika secara moral dapat diterima dalam kelompok itu sendiri. Dengan demikian nilailah yang menentukan suasana kehidupan kebudayaan dan masyarakat. Berdasarkan hal tersebut maka pada masyarakat majemuk, pertentangan nilai akan terus berlangsung dan akan terus berubah dari waktu ke waktu sehingga pergeseran nilai-nilai juga mempengaruhi kebiasaan (*folkways*) dan tata kelakuan (*mores*) yang ada di masyarakat (Horton dan Hunt, 1999).

Sistem budaya yang tumbuh dan berkembang di masyarakat tidak lepas dari nilai-nilai yang telah dibangunnya sendiri. Berbagai bentuk nilai-nilai budaya tersebut sangat berpengaruh bagi kehidupan masyarakatnya. Karena nilai-nilai budaya itu merupakan konsep-konsep yang hidup di dalam alam pikiran sebagian besar dari warga suatu masyarakat mengenai apa yang mereka anggap bernilai, berharga, dan penting dalam hidup, sehingga dapat berfungsi sebagai suatu pedoman yang memberi arah dan orientasi kepada kehidupan para warga masyarakat tadi. Nilai-nilai tersebut ada yang berpengaruh langsung, dan ada pula yang berpengaruh tidak langsung

terhadap kehidupan manusia. Menurut Kluckhohn dalam Koentjoroningrat (1981 : 191 – 193) dijelaskan, bahwa sistem nilai budaya dalam semua kebudayaan di dunia mengenal 5 (lima) masalah pokok dalam kehidupan manusia, yaitu masalah hakekat dari hidup manusia (makna hidup), masalah hakekat dari karya manusia (makna kerja), masalah hakekat dan kedudukan manusia dalam ruang dan waktu (makna ruang-waktu) dan masalah hakekat dari hubungan manusia dengan alam sekitarnya (makna alam).



2.5.4 Kebiasaan

Manusia tampak selalu mencoba setiap cara yang mungkin dilakukan dalam menghadapi segala sesuatunya. Berbagai masyarakat telah menemukan pola yang dapat dilaksanakan dan hal itu dimulai dari coba-coba, situasi kebetulan, atau beberapa pengaruh yang tidak disadari oleh sekelompok orang sehingga sampai pada salah satu kemungkinan untuk mengulanginya atau menemukannya sebagai suatu cara yang wajar dalam memenuhi kebutuhan tertentu. Kejadian ini diturunkan pada generasi berikutnya dan menjadi salah satu kebiasaan.

Kebiasaan menurut psikologi sosial hanyalah suatu cara yang lazim dan wajar diulang-ulang dalam melakukan sesuatu oleh sekelompok orang (Horton & Hunt, 1999). Dalam hal ini para generasi baru menyerap kebiasaan sebagian melalui pendidikan yang terencana, tetapi terutama dengan cara memperhatikan dan turut serta menghayatinya.

Akibat karena seseorang dikelilingi oleh banyak kebiasaan dan terus menerus melihat cara-cara berperilaku tertentu sehingga mereka yakin bahwa hanya

cara itulah yang benar. Sebagai konsekuensinya maka kebiasaan kelompok lain tampak sebagai suatu keganjilan dan tidak praktis dalam menyelesaikan sesuatu. Hal ini tentu dapat dipahami sebab setiap orang mempunyai cara sendiri-sendiri dalam mengatasi berbagai persoalan yang dihadapinya dan hal tersebut bergantung dari latar belakang budaya dimana orang itu berasal. Sebagai contoh jika seseorang mempunyai kebiasaan meludah di sembarang tempat maka orang lain akan menganggapnya tidak mempunyai perilaku hidup sehat yang baik dan hal itu sangat dipengaruhi oleh budaya kesehatan yang diyakininya.

2.6 Kesehatan Dalam Kebudayaan

Setiap orang yang terganggu kesehatannya akan mencari jalan untuk menyembuhkan dirinya dari penyakit yang dideritanya. Secara obyektif persepsi masing-masing orang terhadap sebab-sebab sakit berbeda-beda sehingga persepsi seseorang tentang sebab-sebab yang menjadikan orang sakit ditentukan oleh kebudayaan masyarakatnya dan oleh pengetahuan pribadi seseorang mengenai penyakit pada umumnya. Oleh karena kebudayaan suatu masyarakat secara cepat atau lambat selalu berkembang maka persepsi masyarakat dan manusia mengenai penyakit juga ikut berkembang. Makin jauh perkembangan kebudayaan, makin banyak pula pengetahuan masyarakat mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan makin realistis pula persepsinya mengenai gangguan kesehatan manusia pada umumnya.

Berkaitan dengan hal tersebut sekiranya perlu diketahui bahwa apa yang kita namakan kebudayaan meliputi perangkat kepercayaan, pemikiran, sikap dan

perilaku orang-orang di masyarakat dalam hubungannya dengan sesama manusia (lingkungan sosial) dengan alam disekitarnya dan dengan dunia yang tidak terjangkau oleh nalar dan daya fikirnya (lingkungan spiritual). Di dalam proses perkembangan kebudayaan, kemampuan berpikir manusia bertambah kuat sehingga pengertian tentang dirinya sendiri serta berbagai kekuatan alam di sekitarnya bertambah banyak dan bertambah realistis. Sehubungan dengan hal itu, maka menurut Selo Soemardjan (1992 : 142 - 147) dalam buku Antropologi Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa ada 4 (empat) tahap perkembangan kebudayaan kesehatan di Indonesia, antara lain :

2.6.1 Tahap *Irrasionalisme Dini*.

Manusia memandang dirinya sebagai bagian dari alam, sehingga mereka lahir, hidup dan mati menurut kehendak alam. Untuk mempertahankan hidupnya manusia tinggal mengambil saja bahan yang terdapat di alam.

Dalam hal ini manusia sadar bahwa di dalam lingkungan spiritual ada berbagai kekuatan yang tidak diketahui wujud, asal dan tempatnya, yang setiap waktu dapat mempengaruhi hidupnya, terutama kesehatannya.

Agar keselamatan dan kesehatan manusia tetap terpelihara, maka perlu sekali diusahakan agar berbagai makhluk gaib tetap bersikap baik terhadap manusia. Dengan demikian maka timbul kepercayaan tidak rasional, bahwa orang menjadi sakit karena perbuatan berbagai makhluk halus itu. Untuk menyembuhkannya perlu ditempuh cara-cara yang langsung diarahkan pada berbagai makhluk halus tersebut dengan melalui perantara dukun. Dia mempunyai "mantra-mantra" yaitu ucapan-ucapan yang mengandung kekuatan magis untuk "menawarkan" berbagai kekuatan

mahluk halus sebagai penyebab orang sakit. Ia juga mempunyai “jimat” dan berbagai alat ampuh untuk melawan kekuatan gaib yang merugikan kesehatan manusia.

Atas dasar petunjuk dukun maka disajikan buah-buahan dan kembang agar mahluk halus berkurang amarahnya. Kalau perlu disajikan korban seperti ayam, kambing, sapi atau kerbau sebagai “korban”, seolah-olah dianggap sebagai penebus dosa. Dengan secara singkat dapat disimpulkan bahwa karena menurut kepercayaan penyakit itu sumbernya berasal dari lingkungan spiritual, maka cara penyembuhannya pun harus bersifat spiritual.

2.6.2 Tahap *Irasionalisme* Fajar.

Pada tahap ini persepsi masyarakat terhadap lingkungannya tetap didominasi oleh kepercayaan. Atas berbagai kekuatan gaib yang sumbernya ada di dalam lingkungan spiritual dan tidak tampak wujudnya di mata manusia. Namun demikian kekuatan gaib itu tidak lagi dianggap menjadi monopoli berbagai mahluk halus saja, tetapi dapat dimiliki atau dikuasai oleh manusia seperti dukun yang telah berhasil (menurut kepercayaan orang banyak) menembus “dunia halus” dan menemukan berbagai rahasia yang terkandung didalamnya.

Atas usaha dukun tersebut maka berbagai kekuatan dapat dimasukkan kedalam benda-benda yang berwujud seperti keris, batu akik, tombak dan barang pusaka lainnya. Dengan menggunakan doa-doa atau mantranya, seorang dukun dapat menerapkan kekuatan gaib ke dalam benda pilihannya dan kemudian benda tersebut dapat digunakan untuk suatu keperluan, baik jahat maupun luhur.

Apabila menurut pendapat orang sesuatu penyakit itu disebabkan “*Black magic*” maka untuk menyembuhkannya dengan menggunakan “*Counter white magic*”. Dalam hal ini perlu kemahiran dukun tersebut sehingga masalah penyakit ini pada akhirnya menjadi “pertempuran” antara kekuatan *Black magic* dan *White magic*.

2.6.3 Tahap Rasionalisme Awal.

Mungkin secara kebetulan atau karena pengalaman sehingga manusia mengetahui berbagai kekuatan yang terkandung di dalam berbagai bahan dari alam itu, seperti manusia secara empiris mengetahui bahaya racun, kekuatan penyembuh penyakit, kekuatan penyegar badan dan lain sebagainya yang tersembunyi di dalam berbagai bahan yang ada di lingkungannya. Kekuatan ini bukan bersifat “gaib”, tetapi memang nyata dan secara alamiah terkandung di dalam bahan tersebut

Karena berbagai bahan ini bersifat konkrit, maka persepsi manusia mengenai kekuatan di dalam bahan-bahan itu tidak lagi bersumber pada kepercayaan tidak rasional, akan tetapi pada pengetahuan yang dibentuk pada proses rasional, yaitu proses menggunakan daya pikir. Perbedaan antara sesuatu yang bersifat rasional dan tidak rasional adalah bahwa sesuatu yang tidak rasional lebih bersifat “*abstrak*” dan sukar atau tidak mungkin dibuktikan secara nyata melalui dalil-dalil yang pasti. Sebaliknya sesuatu yang Rasional dapat dibuktikan dengan eksperimen melalui ajaran-ajaran yang bersifat objektif.

2.6.4 Tahap *Rasionalisme Lanjut*.

Setelah tahap "*Irrasionalisme fajar*", manusia mulai mengenal berbagai kekuatan yang terkandung dalam alam secara Rasional, sehingga timbullah suatu kesadaran bahwa mereka mampu menguasai sesuatu hal untuk kepentingan manusia. Dalam hal ini mereka ingin mengetahui secara jelas dan lebih mendalam tentang berbagai kekuatan alam tadi, sehingga dengan rasa keingintahuan seperti itu lalu menumbuhkan ilmu pengetahuan yang disusun secara Rasional, objektif dan realistis. Dalam tahap ini manusia tidak lagi mau percaya pada sesuatu yang tidak dapat dinalar secara Rasional berdasarkan atas berbagai fakta yang nyata dan bersifat objektif.

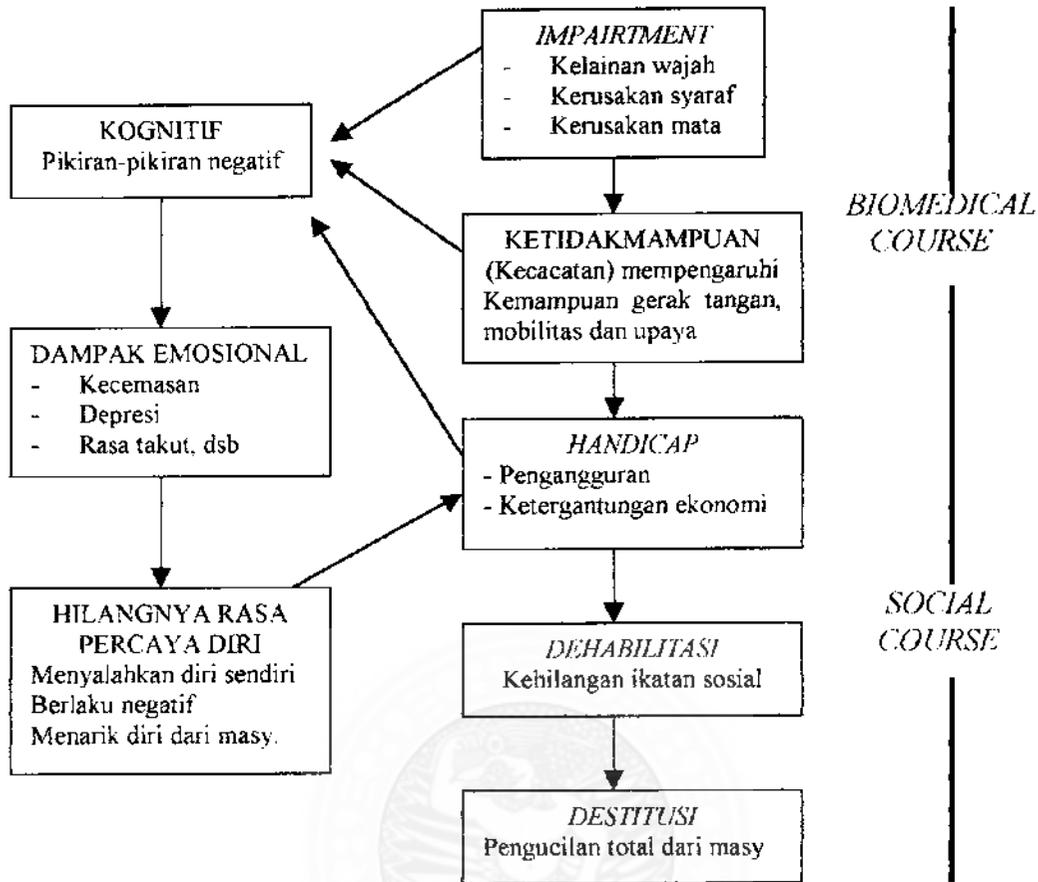
2.7 Prasangka dan Stigma Pada Penderita Kusta di Masyarakat

Teori belajar sosial (*Social Learning Theories*) berkaitan dengan prasangka individu tertentu, dan menempatkan penyebabnya pada pengalaman orang yang berprasangka ke dalam hubungannya dengan orang lain. Prasangka disebarluaskan dari orang yang satu ke orang lain sebagai bagian dari adanya norma, sebab prasangka merupakan norma dalam budaya bagi yang bersangkutan. Prasangka diperoleh seseorang melalui proses sosialisasi yang bilamana penyebarannya dilakukan terus-menerus maka akan memperkuat peranannya sebagai norma budaya (Ashmore dan Delboca, 1980).

Untuk membuktikan norma budaya semacam itu dapat dilihat dari perilaku masyarakat yang menganggap bahwa penyakit kusta adalah penyakit kutukan atau keturunan. Orang yang termasuk kelompok ini akan dikucilkan dan dijauhi dari

pergaulan sehari-hari (Ross dan Paulus , 1989), sehingga akibatnya banyak penderita kusta yang menghentikan atau tidak melakukan pengobatan sama sekali. Keadaan tersebut selain akan meningkatkan kasus penularan kusta di masyarakat, juga akan cenderung menyebabkan terjadinya berbagai bentuk kecacatan yang semakin mempengaruhi timbulnya *leprophobia* di masyarakat. Sebagai akibat dari hal tersebut maka penderita kusta biasanya kehilangan kemampuan fisik, kepercayaan diri, dan kualitas hidup yang rendah serta kehilangan ikatan sosial. Hal ini cukup beralasan sebab dalam beberapa kasus tertentu sudah merupakan bencana tersendiri bagi penderita dan keluarganya bila mereka diketahui menderita penyakit kusta (WHO, 1998).

Reaksi yang merugikan di masyarakat cenderung mendevaluasi status penderita kusta. Hal tersebut tercermin melalui adanya rasa takut (*leprophobia*), kecemasan, depresi serta menarik diri dari pergaulan masyarakat. Kondisi ini secara berangsur-angsur akan membuat penderita kusta kehilangan segala-galanya, seperti sulitnya berinteraksi sosial, ketergantungan ekonomi dan fisik serta kehilangan ikatan sosial yang pada akhirnya akan menimbulkan terjadinya pengucilan di masyarakat seperti yang terdapat dalam gambar berikut ini :



Gambar 2.6 : Diagram Biomedika dan Biososial Kusta (versi modifikasi dari WHO, 1993), Leprosy Review (1998) Vol. 69 : 343

Dari gambar tersebut terlihat bahwa akibat adanya berbagai masalah kecacatan yang dapat ditimbulkan oleh penyakit kusta (*Biomedical Course*) jelas sangat mempengaruhi masalah psikologis penderita kusta yang pada akhirnya akan mempengaruhi pula faktor sosial yang ada di masyarakat itu sendiri (*Social Course*).

2.8 Aspek Sosial Penyakit Kusta dan Dampaknya di Masyarakat

Kusta selalu dipandang seolah seperti momok yang harus disingkirkan oleh masyarakat sebab penyakit ini dianggap sebagai penyakit karena kutukan Tuhan akibat dari dosa-dosa yang dilakukan penderita atau keluarganya dimasa lalu dan tidak dapat disembuhkan (Browne, 1970). Akibat adanya pandangan tersebut sehingga orang yang sakit diberikan stigma tertentu dan dengan melalui penyakitnya, dosa-dosanya diketahui masyarakat secara umum (Roemer, 1960 : 14).

Stigma yang diberikan kepada penyandang kusta membuat mereka dikucilkan dari lingkungan sekitarnya. Akibatnya berbagai konsekuensi sosial tidak dapat mereka lakukan seperti sulitnya mencari pekerjaan, sulitnya mencari jodoh, ditolak dalam pekerjaan, ditolak untuk menerima layanan kesehatan dan lain sebagainya (Lechat, 1980). Berbagai konsekuensi sosial tersebut membuat penderita kusta seolah-olah tidak dimanusiakan lagi oleh masyarakatnya, bahkan status apapun yang disandang karena menderita penyakit kusta merupakan status yang mati secara sosial dan tidak mempunyai peranan sedikit pun dalam masyarakat. Dengan kondisi semacam ini penderita kusta biasanya menyadari bahwa dirinya telah kehilangan masa depan dan mereka merasa aman jika hidup bergabung dengan sesama penderita kusta yang sebelumnya juga dihindari.

Meskipun penderita menyadari akan adanya berbagai risiko yang dapat ditimbulkan oleh penyakit kusta namun mereka selalu berusaha menyembunyikan penyakitnya karena rasa ketidakberdayaan dan kurangnya kemampuan dalam mengambil keputusan (WHO, 1998).

4. Pengetahuan keluarga penderita kusta yang umumnya rendah
5. Kepercayaan keluarga penderita tentang penyakit kusta yang umumnya tidak mendukung
6. Sikap masa bodoh dan tidak peduli dari keluarga terhadap penderita kusta
7. Nilai dalam keluarga terhadap penderita kusta yang kadang kala keliru
8. Kebiasaan keluarga terhadap upaya pengobatan penderita kusta yang biasanya kurang mendukung

Bila permasalahan ini demikian adanya, maka secara tidak langsung berbagai faktor sosial budaya keluarga yang disebutkan di atas dapat mempengaruhi pengobatan dini serta keteraturan berobat pada penderita kusta yang pada gilirannya akan mempengaruhi pula tingkat prevalensi penyakit kusta di masyarakat, seperti yang terlihat pada diagram konseptual berikut ini :



BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

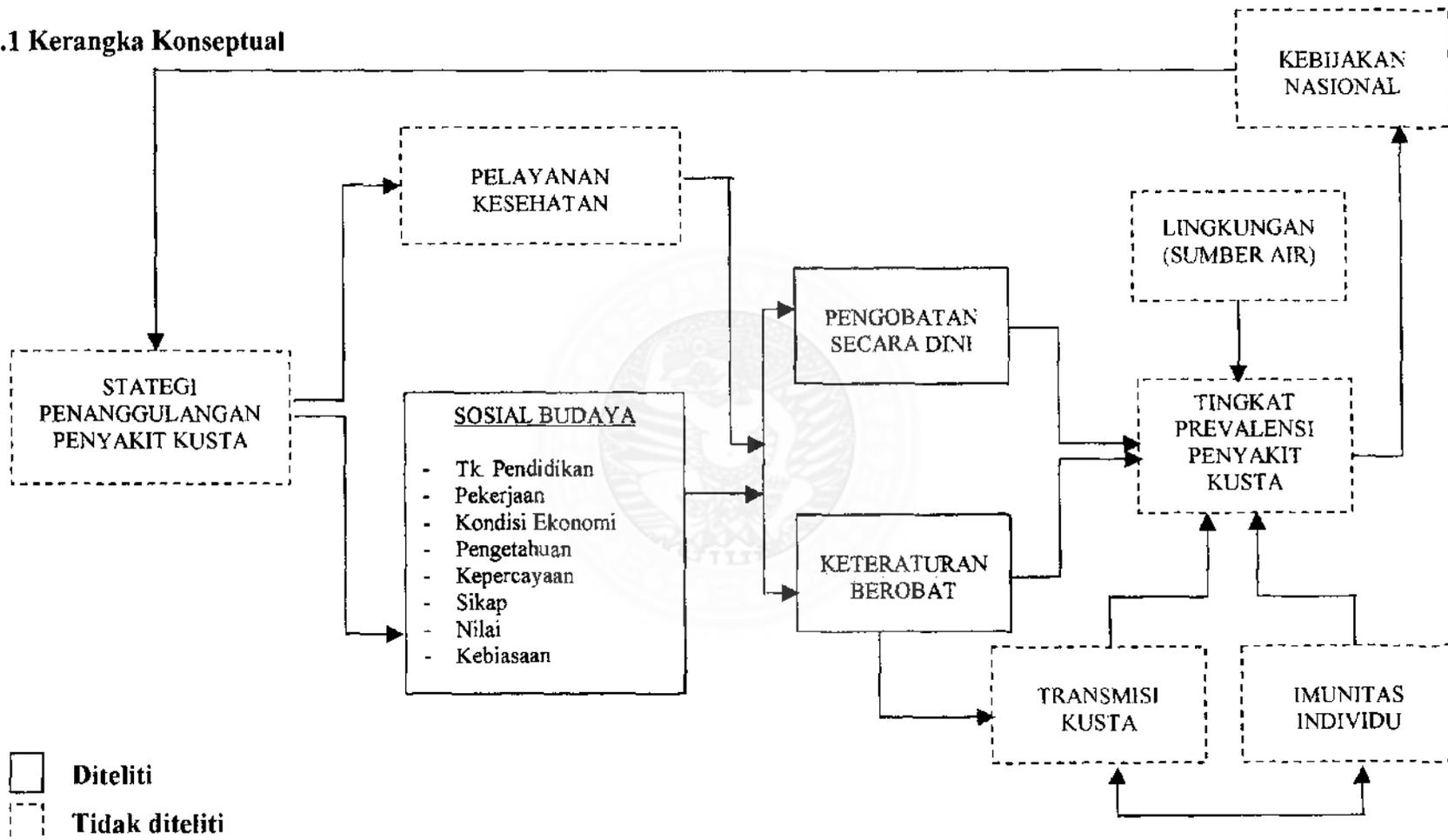
Sebagian besar anggota masyarakat masih takut pada penderita kusta, dan menurut Ross dan Paulus (1989) bahwa hal itu disebabkan karena adanya persepsi yang salah dan berlebihan terhadap cacat yang ditimbulkan oleh penyakit kusta sehingga menimbulkan rasa ngeri, takut dan jijik bagi setiap orang yang melihatnya.

Leprophobia masih tetap berurat akar dalam seluruh lapisan masyarakat, meskipun berbagai informasi kesehatan telah diupayakan sedemikian rupa agar masyarakat dapat mengetahui segala sesuatu dengan benar tentang penyakit kusta. Permasalahan seperti ini biasanya juga ditemukan diantara petugas kesehatan, meskipun jauh sebelumnya Hansen pada tahun (1873) telah membuktikan melalui penelitiannya bahwa penyakit kusta hanyalah penyakit menular biasa yang disebabkan oleh kuman penyakit dan bukan disebabkan oleh kutukan Tuhan, berbagai roh jahat atau karena keturunan.

Meskipun demikian penyakit kusta memang diakui sebagai salah satu penyakit yang menimbulkan berbagai masalah yang sangat kompleks (Depkes R.I., 1995). Salah satu dari masalah tersebut diasumsikan terjadi karena pengaruh berbagai faktor sosial budaya, seperti :

1. Tingkat pendidikan keluarga penderita kusta yang umumnya rendah
2. Pekerjaan keluarga penderita kusta yang umumnya tidak tetap
3. Kondisi ekonomi keluarga penderita kusta yang umumnya kurang mapan

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 : Modifikasi Konsep Status Kesehatan Komuniti dari H.L. Blum (Soekidjo Notoatmodjo, 1997)

Dalam kerangka konseptual tersebut (gambar 3.1) diketahui bahwa ada dua bentuk analisis yang dilakukan secara terpisah terhadap berbagai faktor sosial budaya dalam keluarga penderita kusta, yaitu analisis kuantitatif terhadap variabel pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, dan kebiasaan, serta analisis kualitatif yang secara khusus hanya digunakan pada variabel nilai. Kedua hal tersebut diasumsikan mempengaruhi secara langsung upaya pengobatan secara dini serta upaya keteraturan berobat yang dilakukan oleh penderita kusta. Hal ini tentu ikut pula mempengaruhi tingkat prevalensi penyakit kusta di masyarakat bila tidak ditanggulangi secara optimal. Selain itu menurut konsep Blum (dalam buku Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh Notoatmodjo, 1997 : 146) dikatakan bahwa status kesehatan masyarakat (tingkat prevalensi penyakit kusta di kabupaten Gresik) selain dipengaruhi oleh faktor lingkungan (sumber air mandi / waduk, transmisi kusta), faktor keturunan (tidak berpengaruh untuk penyakit kusta), faktor pelayanan kesehatan, juga dipengaruhi oleh faktor perilaku (sosio budaya) dari keluarga penderita itu sendiri.

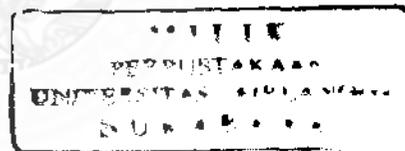
Mengingat banyaknya permasalahan yang dapat mempengaruhi kondisi penyakit kusta di masyarakat serta karena pertimbangan berbagai keterbatasan peneliti, maka dalam penelitian ini hanya difokuskan pada berbagai faktor sosial budaya keluarga yang dapat mempengaruhi pengobatan secara dini serta keteraturan berobat pada penderita kusta itu sendiri.

3.2 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan konsep teoritis dan kerangka konseptual di atas, maka disusun hipotesis penelitian sebagai berikut :

3.2.1 Ada pengaruh faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai, kebiasaan) dalam keluarga terhadap pengobatan secara dini penderita kusta pada beberapa wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik.

3.2.2 Ada pengaruh faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai, kebiasaan) dalam keluarga terhadap keteraturan berobat penderita kusta pada beberapa wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Gresik.





BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* secara kuantitatif yang bertujuan untuk mengetahui adanya hubungan antar berbagai faktor sosial budaya (tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, nilai, kebiasaan) dalam keluarga yang mempengaruhi upaya pengobatan pada penderita kusta secara dini dan upaya pengobatan pada penderita kusta secara teratur (Sastroasmoro dan Ismael, 1995).

Dalam penelitian ini juga menggunakan analisis domain dan analisis komponensial (Spradley, 1979) yang bertujuan untuk menafsirkan makna budaya tentang permasalahan penyakit kusta yang memiliki sekian banyak istilah dalam masyarakat secara jelas serta tidak dapat dikuantifikasikan.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di kabupaten Gresik, tepatnya di 6 (enam) wilayah kerja Puskesmas seperti yang terlihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.1
Wilayah Kerja Puskesmas

No.	Puskesmas	Daerah	Jumlah Penderita	Prevalensi
1.	Sangkapura	Pulau	8	1,81
2.	Tambak	Pulau	12	4,97
3.	Panceng	Pesisir	14	3,39
4.	Mentaras	Pesisir	12	4,15
5.	Cerme	Bukan Pesisir	21	3,66
6.	Balong Panggang	Bukan Pesisir	8	2,29

Perlu diketahui bahwa rekapitulasi data yang tercatat dalam tabel tersebut diambil sebelum penelitian ini dilakukan dan daerah tersebut dijadikan sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan sebagai berikut :

- 1) Sistem informasi data cukup baik.
- 2) Petugas kooperatif dan responsif.
- 3) Bahasa daerah setempat relatif mudah dimengerti.
- 4) Daerah tersebut mempunyai tingkat prevalensi yang cukup tinggi
- 5) Daerah tersebut mudah dijangkau dan termasuk daerah endemis kusta.
- 6) Dapat menggambarkan keanekaragaman unsur sosial budaya yang ada di kabupaten Gresik, yaitu meliputi daerah bukan pesisir (Cerme, Balongpanggang), daerah pesisir (Mentaras, Panceng) dan daerah pulau (Sangkapura, Tambak).

4.2.2 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April sampai dengan bulan September 2002 yang mencakup tahap persiapan sampai dengan tahap analisis data dan pelaporan.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi adalah seluruh keluarga yang mempunyai penderita kusta yang berdomisili pada 6 (enam) wilayah kerja Puskesmas yang ada di kabupaten Gresik.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi keluarga penderita kusta yang berdomisili di 6 (enam) wilayah kerja Puskesmas yang ada di kabupaten Gresik.

1) Besar sampel

Besar sampel ditentukan berdasarkan hasil perhitungan $N - 1$ atau $101 - 1 = 100$ sampel. Cara perhitungan ini adalah konsep statistik (bukan rumus atau ketetapan) yang dapat digunakan untuk menggeneralisasikan populasi keluarga penderita kusta pada 6 (enam) wilayah kerja Puskesmas yang ada di kabupaten Gresik melalui uji statistik. Cara perhitungan tersebut digunakan karena sudah sesuai dengan penggunaan rumus apapun dan tidak perlu diperhitungkan lagi sebab tidak pernah kurang dari jumlah sampel yang dibutuhkan. Dengan kata lain bahwa besar

sampel yang dihasilkan adalah yang tertinggi dan tidak mengurangi jumlah dari sampel yang diperlukan.

2) Tehnik sampling

Tehnik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *Simple Random Sampling*, yaitu tehnik yang dilakukan dengan cara mengambil sampel yang diperlukan dari sejumlah daerah di kabupaten Gresik yang dijadikan sebagai populasi.

Dalam pengambilan sampel tersebut terlebih dahulu kabupaten Gresik dibagi atas 3 (tiga) wilayah yaitu, daerah pesisir (Mentaras dan Panceng), daerah non pesisir (Cerme dan Balongpanggang) serta daerah pulau (Sangkapura dan Tambak). Keenam wilayah kerja Puskesmas tersebut merupakan populasi dalam penelitian ini karena dimaksudkan untuk memberi gambaran tentang keaneka ragaman sosial budaya yang ada di kabupaten Gresik.

Adapun cara yang digunakan untuk memilih informan yang digunakan sebagai sumber informasi kualitatif adalah dengan tehnik purposif.

3) Kriteria sampel

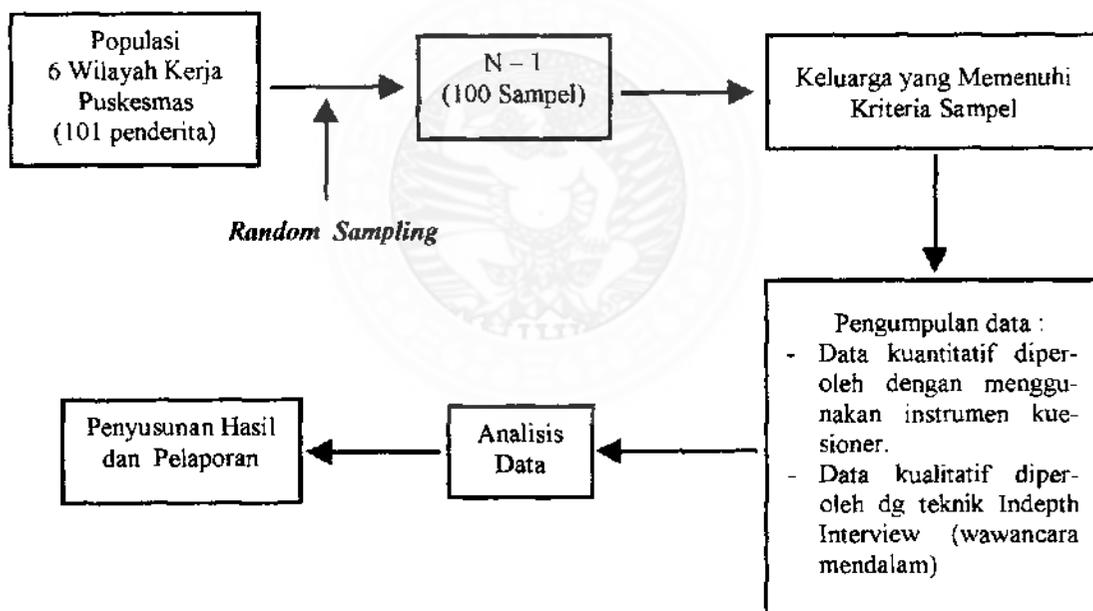
Ada beberapa kriteria sampel dalam penelitian ini, yaitu :

- (1) Bersedia diikutkan dalam kegiatan penelitian ini.
- (2) Sudah mendapatkan pengobatan MDT dari Puskesmas.
- (3) Keluarga penderita yang berdomisili di daerah endemis kusta.
- (4) Tinggal serumah dengan penderita kusta minimal 6 (enam) bulan.
- (5) Sangat berpengaruh terhadap penderita kusta, seperti suami, istri, orang tua, nenek, paman, bibi atau saudara.

4.4 Alur Penelitian

Perlu diketahui bahwa setelah populasi ditentukan dari sejumlah wilayah kerja Puskesmas yang dianggap telah mewakili struktur sosial budaya yang ada di kabupaten Gresik, maka selanjutnya populasi tersebut diambil secara random dengan tujuan agar hasil penelitian ini dapat diuji secara statistik.

Adapun proses yang dilakukan dalam penelitian ini dapat dilihat pada alur penelitian sebagai berikut :



Gambar 4.1 : Alur Penelitian tentang Faktor Sosial Budaya dalam Keluarga yang mempengaruhi Pengobatan Dini dan Keteraturan Berobat Penderita Kusta

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.5.1 Variabel penelitian

1) Variabel bebas

Pada variabel penelitian ini akan membicarakan berbagai faktor sosial budaya seperti:

- (1) Tingkat pendidikan keluarga penderita kusta
- (2) Pekerjaan keluarga penderita kusta
- (3) Kondisi ekonomi keluarga penderita kusta
- (4) Pengetahuan keluarga tentang penyakit kusta
- (5) Kepercayaan keluarga tentang penyakit kusta
- (6) Sikap keluarga terhadap penderita kusta
- (7) Nilai penderita kusta dihadapan keluarga
- (8) Kebiasaan hidup keluarga terhadap upaya pengobatan pada penderita kusta

2) Variabel terikat

Dalam variabel ini akan dianalisis tentang 2 (dua) hal, yaitu :

- (1) Pengobatan secara dini pada penderita kusta
- (2) Keteraturan berobat pada penderita kusta

4.5.2 Definisi operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala	Kategori
1.	Bebas	Yaitu variabel tentang berbagai faktor sosial budaya dalam keluarga penderita kusta, seperti :			
	Pendidikan	Yaitu tingkat Pendidikan formal responden yang terakhir ditamatkan.	Dengan menggunakan kuesioner.	Ordinal	1) Tidak sekolah s.d tamat SD = Rendah (1) 2) SMP s.d tmt S M A = Sedang (2) 3) Akademi s.d Perg. Tinggi = Tinggi (3)
	Pekerjaan	Yaitu sumber mata pencaharian responden.	Dengan menggunakan kuesioner.	Nominal	1) Tdk bekerja 2) Buruh 3) Petani 4) Nelayan 5) Dangang 6) Dll
	Kondisi ekonomi	Yaitu keadaan perekonomian keluarga penderita kusta yg diukur berdasarkan pengeluaran responden dalam sebulan.	Dengan menggunakan standar UMR Kabupaten Gresik Th 2002.	Ordinal	1) ≤ Rp.453000 = Rendah (1) 2) Rp.453001 s.d Rp.750000 = Sedang (2) 3) > Rp.750001 = Tinggi (3)
	Pengetahuan	Yaitu tingkat pemahaman keluarga penderita tentang pengertian, penyebab, dan gejala awal penyakit kusta serta upaya pencegahan dan pengobatan penyakit kusta.	Dengan menggunakan kuesioner.	Ordinal	1) Jika 1 – 4 jawaban benar = Rendah (1) 2) Jika 5 – 8 jawaban benar = Sedang (2) 3) Jika 9 – 12 jawaban benar = Tinggi (3)

	Kepercayaan	Yaitu penerimaan akan suatu ide tertentu sbg suatu pembenaran bagi seseorang tanpa mengetahui secara jelas informasi tersebut.	Dengan menggunakan kuesioner.	Ordinal	1) Jika percaya = Skor 1 2) Jika tidak percaya = Skor 2 <u>Keterangan</u> Jika skor ≤ 18 tdk mendukung (1), & jika skor >18 mendukung (2)
	Sikap	Yaitu respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus pada objek tertentu.	Dengan menggunakan kuesioner (Skala Likert)	Ordinal	1) Sangat setuju = Skor 1 2) Setuju = Skor 2 3) Tidak setuju = Skor 3 4) Sgt tdk setuju = Skor 4 <u>Keterangan</u> Dgn menggunakan rumus Suar-Sumi Arikunto, yaitu 0 - 59 % benar = sikap yg tdk mendukung, 60 - 79 % benar = sikap yg krg mendukung dan 80 - 100 % benar = sikap yg mendukung.
	Nilai	Yaitu suatu yang mempunyai arti bagi keluarga penderita kusta dan tidak dapat dikuantifikasikan.	Pedoman wawancara	-	-
	Kebiasaan	Yaitu suatu tindakan yang dilakukan oleh keluarga penderita secara berulang-ulang, sehingga menjadi suatu hal yang rutin & kadang-kadang dilakukan tanpa disadari akibatnya. Oleh yang bersangkutan.	Dengan menggunakan kuesioner	Ordinal	1) Sering kali = Skor 1 2) Kadang-kdg = Skor 2 3) Tidak pernah = Skor 3

					<p><u>Keterangan</u> Dgn menggunakan rumus Suharsini Arikunto, yaitu 0 – 59 % benar = kategori kebiasaan tdk mendukung, 60 – 79 % benar = kategori kebiasaan krg mendukung dan 80 – 100 % benar = kategori kebiasaan mendukung.</p>
2.	Terikat	Yaitu variabel yg dianggap dipengaruhi oleh sejumlah variabel bebas, seperti :			
	Pengobatan secara dini	Yaitu pengobatan yang dilakukan sec. cepat oleh kel. terhadap pdt kusta. Pengobatan sec cepat adl upaya yang dilakukan keluarga untuk membawa penderita kusta ke Puskesmas bila telah ditemukan gejala awal dari penyakit kusta yang dicurigai dan belum terjadi kecacatan kusta.	Dengan mencatat upaya pengobatan awal yang pernah dilakukan penderita kusta berdasarkan kartu monitoring pengobatan yg ada di Puskesmas.	Nominal	<p>1) Bila belum terjadi cacat (cacat tdk. 0) dikategorikan berobat dini.</p> <p>2) Bila sudah terjadi cacat (cacat tdk. 1 dan 2) dikategorikan berobat tdk dini.</p>
	Keteraturan berobat pada penderita kusta	Yaitu frekuensi berobat pasien kusta ke Puskesmas yang diukur berdasarkan ketentuan medis yang berlaku.	Dengan mencatat upaya pengobatan yang sudah dilakukan pasien berdasarkan kartu monitoring pengobatan yg ada di Puskesmas.	Nominal	<p>1) Bila penderita berobat sesuai dgn aturan medis (tipe MB dan PB telat berobat \leq 1/2 dari waktu pengobatan yang sdh ditentukan) maka dikategorikan berobat secara teratur.</p>

				2) Bila penderita berobat tidak sesuai dengan aturan medis (tipe MB dan PB telat berobat $\geq \frac{1}{2}$ dari waktu pengobatan yang sudah ditentukan) maka dikategorikan berobat secara tdk teratur.
--	--	--	--	---

4.6 Teknik Pengumpulan Data, Jenis Data dan Analisis Data

4.6.1 Teknik pengumpulan data

Untuk mendapatkan informasi yang akurat maka dalam penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

- 1) Teknik wawancara dengan kuesioner, yaitu suatu bentuk pertanyaan secara terstruktur yang digunakan untuk mengetahui pengaruh sosial budaya dalam keluarga penderita, seperti tingkat pendidikan, pekerjaan, kondisi ekonomi, pengetahuan, kepercayaan, sikap, dan kebiasaan keluarga terhadap upaya pengobatan dini dan keteraturan berobat yang dilakukan oleh penderita kusta.
- 2) Teknik wawancara mendalam (*Indepth Interview*), yaitu suatu bentuk pertanyaan secara tidak terstruktur yang dilakukan untuk mendapatkan informasi yang jelas dan akurat tentang nilai-nilai dalam keluarga terhadap penderita kusta yang tidak dapat dikuantifikasikan.

4.6.2 Jenis data

Untuk mendukung penelitian tersebut maka diperlukan informasi dari berbagai sumber data, seperti :

1) Data primer

Data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti melalui teknik wawancara dengan kuesioner, dan atau melalui teknik *Indepth Interview* pada keluarga penderita kusta yang berdomisili di kabupaten Gresik.

2) Data sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti melalui berbagai sumber data, seperti :

- (1) Data tentang jumlah penduduk di kabupaten Gresik.
- (2) Data tentang profil bidang kesehatan di kabupaten Gresik.
- (3) Data tentang standar Upah Minimum Regional di kabupaten Gresik.
- (4) Data tentang kebijakan penanggulangan kusta di kabupaten Gresik.
- (5) Data Puskesmas tentang berbagai program kegiatan kusta yang sudah dijalankan sebelumnya.
- (6) Data tentang *Prevalence Rate* (angka kejadian kusta), *Case Detection Rate* (angka penemuan penderita baru), dan proporsi cacat tingkat 2 (dua) diantara jumlah penderita baru.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Keadaan geografis

Kabupaten Gresik mempunyai luas wilayah 1191,25 km² persegi yang terdiri dari 994,98 km² persegi luas daratan dan 196,27 km² persegi luas kepulauan (Bawean). Daerah tersebut terletak di antara 7 - 8 derajat Lintang Selatan dan 112 - 113 derajat Bujur Timur dengan curah hujan di daerah tersebut rata-rata berkisar 1679,33 mm per tahun. Wilayahnya merupakan dataran rendah dengan ketinggian 2 - 12 meter di atas permukaan air laut, kecuali kecamatan Panceng yang mempunyai ketinggian 25 meter di atas permukaan air laut dan sepertiga wilayahnya merupakan daerah pesisir pantai yaitu sebagian kecamatan Kebomas, kecamatan Sidayu, kecamatan Manyar, kecamatan Bunga, dan kecamatan Ujung Pangkah (Dinkes kabupaten Gresik, 2002).

Secara administrasi kabupaten Gresik terdiri dari 18 kecamatan, yang meliputi 28 kelurahan dan 328 desa dengan komposisi wilayah kerja sebagai berikut :

- 1). Daerah utara meliputi, kecamatan Sidayu, kecamatan Bunga, kecamatan Dukun, kecamatan Panceng, dan kecamatan Ujung Pangkah
- 2). Daerah tengah meliputi kecamatan Cerme, kecamatan Benjeng, kecamatan Duduk Sampeyang, dan kecamatan Balongpanggang.
- 3). Daerah perkotaan meliputi kecamatan Gresik, kecamatan Kebomas, dan kecamatan Manyar.

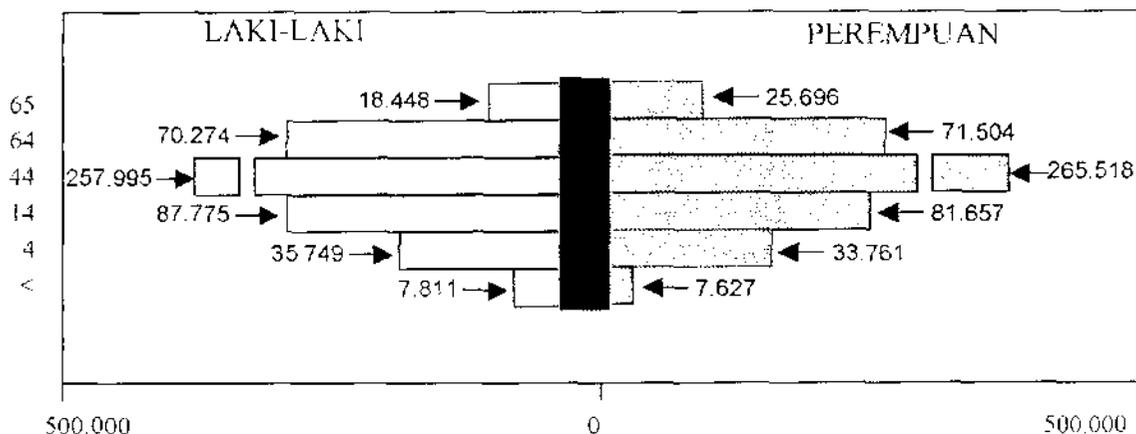
- 4). Bagian selatan meliputi kecamatan Kedamaian, kecamatan Menganti, kecamatan Driyorejo, dan kecamatan Wringin Anom
- 5). Bagian pulau meliputi kecamatan Tambak dan kecamatan Sangkapura.

5.1.2 Keadaan demografi

Berdasarkan sensus penduduk kabupaten Gresik tahun 2000 (SP 2000) jumlah penduduk kabupaten Gresik 1.005.455 jiwa, sedangkan dari hasil sensus penduduk tahun 1990 penduduk kabupaten Gresik 856.430 jiwa, sehingga dalam kurung waktu 10 tahun mengalami pertumbuhan penduduk sebesar 1,61 persen per tahun.

Menurut hasil registrasi penduduk kabupaten Gresik pada tahun 2001, jumlah penduduk adalah 963.813 jiwa, terdiri yang dari 478.053 jiwa penduduk laki-laki dan 485.763 jiwa penduduk perempuan.

Adapun jumlah penduduk kabupaten Gresik berdasarkan umur atau usia maka dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

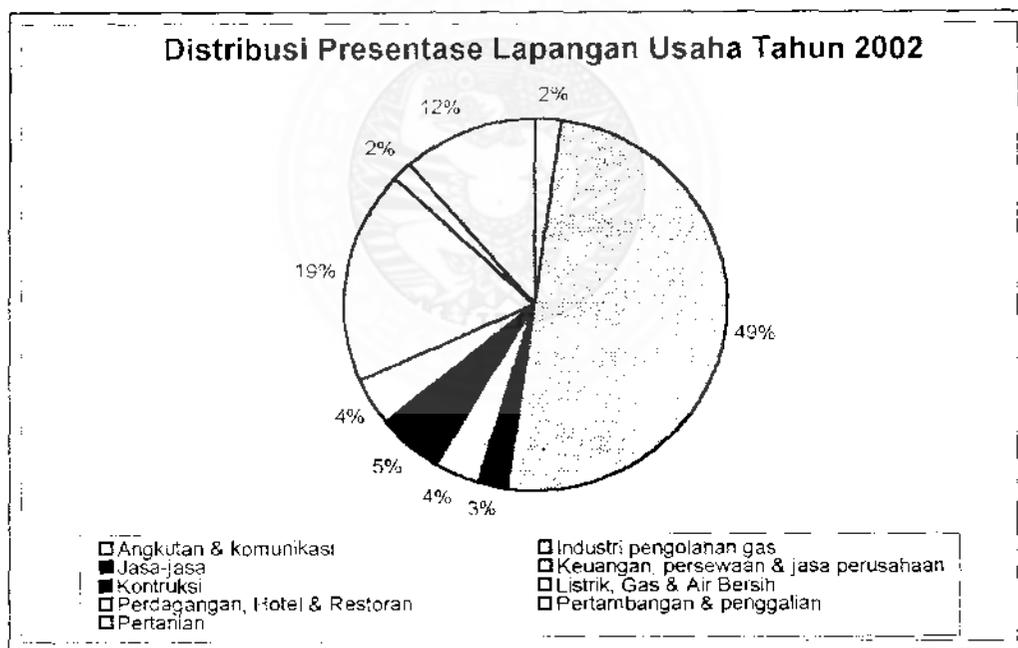


Gambar 5.1 : Jumlah penduduk berdasarkan tingkat usia, tahun 2001.

5.1.3 Sosial ekonomi dan budaya

1) Pendapatan perkapita

Pertumbuhan ekonomi kabupaten Gresik tahun 2000 sebesar 3,04 persen masih jauh lebih tinggi bila dibandingkan dengan laju pertumbuhan penduduk pada pertengahan tahun yang sama yaitu 1,02 persen, sehingga pendapatan perkapitanya menjadi lebih baik dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Hal ini tentu berdampak positif terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat berdasarkan jumlah lapangan kerja yang cukup memadai, seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 5.2 : Distribusi persentase lapangan usaha tahun 2000 (data registrasi Dinas Kesehatan kabupaten Gresik, 2002)

Meskipun demikian kondisi tersebut justru merupakan suatu masalah tersendiri bagi penderita kusta sebab mereka sulit memperoleh lapangan pekerjaan dengan segala keterbatasan yang dimilikinya (Depkes, R.I., 1998).

2) Penduduk miskin

Jumlah KK miskin di kabupaten Gresik yang mendapat alokasi dana puskesmas dan dana pelayanan kebidanan program JPS – PDPSE – BK 41.178 KK yang penyaluran dananya melalui PT. Pos Indonesia.

3) Pendidikan

Prosentasi penduduk di kabupaten Gresik yang sudah dapat membaca (bebas buta huruf) tahun 2001 sebesar 91,60 persen, kondisi ini ada kenaikan bila dibandingkan dengan tahun 2000 sebesar 88,44 persen.

5.1.4 Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang ada di kabupaten Gresik terdiri dari 1 rumah sakit pemerintah, 5 rumah sakit swasta, 29 Puskesmas, 77 Puskesmas pembantu dan 1291 posyandu.

Tenaga kesehatan Puskesmas terdiri dari 27 dokter dan 29 pengelola program kusta.

5.1.5 Pemberantasan Penyakit Kusta

Kabupaten Gresik merupakan daerah yang mempunyai angka prevalensi kusta cukup tinggi di propinsi Jatim. Namun demikian sejak tahun 2000 angka prevalensi tersebut sudah di bawah 2, yaitu sebesar 1,85 / 10.000 jumlah penduduk. Selanjutnya pada akhir Desember 2001 sudah mencapai 1,59 per 10.000 jumlah penduduk.

Meskipun demikian proporsi *child rate* dan angka kecacatan awal pada penemuan penderita baru masih cukup tinggi, yaitu diatas target nasional 10 persen. Dengan demikian maka penderita kusta terbanyak di kabupaten Gresik pada tahun 2001 adalah pada kelompok umur 15 - 44 tahun dengan jumlah 129 kasus (76,78 persen). Hal ini mengalami kenaikan dibanding dengan tahun 2000 yang hanya sebesar 67 kasus atau 45,89 persen (Dinkes kabupaten Gresik, 2002).

Kelompok umur produktif (15 tahun ke atas) merupakan kelompok sasaran penyakit kusta dimana pada tahun 2001 sebesar 87,5 persen. Dalam hal ini yang perlu diwaspadai adalah *child rate* yang masih tinggi, yaitu 12,5 persen untuk tahun 2001 dimana sebelumnya hanya 15 persen. Bila hal tersebut dibandingkan dengan target nasional yang 10 persen berarti angka tersebut masih cukup tinggi.

Penemuan penderita kusta terbanyak di kabupaten Gresik pada tahun 2001, yaitu 71 persen dan bila dibandingkan dengan tahun 2000 sebesar 87,50 persen. Hal ini menunjukkan adanya angka penurunan dengan asumsi bahwa kesadaran masyarakat untuk memeriksakan dirinya secara dini belum cukup baik.

Untuk lebih jelasnya uraian tersebut maka dapat dilihat secara rinci dalam tabel di bawah ini :

Tabel 5.1
Situasi Kusta di Kabupaten Gresik

No.	V a r i a b e l	Tahun 2000	Tahun 2001
1.	Jumlah Penduduk	967.106	970.193
2.	Jumlah desa	356	356
3.	Jumlah Puskesmas	29	29
4.	Jumlah Pusk. dengan Kusta	26	26
5.	Penderita baru	169	169
6.	Penderita terdaftar	151	151
7.	<i>Prevalence Rate</i>	1,85 / 10.000	1,56 / 10.000
8.	<i>Case Detection rate</i>	15 / 100.000	17 / 100.000
9.	Proporsi MB penderita baru	89 %	76 %
10.	Proporsi anak penderita baru	12 %	21 %
11.	Proporsi cacat Tk. II pend. Baru	14 %	16 %
12.	RFT tahunan	138	183
13.	RFT kumulatif	3.343	3.526
14.	Prevalensi > 1/10.0000	10 Kecamatan	7 Kecamatan

Sumber : Profil bidang kesehatan kabupaten Gresik tahun 2002

5.2 Hasil Penelitian

Dalam hasil penelitian ini akan dibahas pengaruh faktor sosial budaya dalam keluarga terhadap pengobatan dini dan keteraturan berobat yang dilakukan oleh penderita kusta, antara lain :

5.2.1 Faktor sosial budaya responden

1) Tingkat pendidikan keluarga penderita kusta

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa 61 persen responden berpendidikan rendah dan mereka yang berpendidikan tersebut termasuk dalam kategori tidak sekolah sampai dengan tamat Sekolah Dasar. Selain itu juga ditemukan

34 persen responden yang berpendidikan sedang dengan kategori tamat Sekolah Menengah Pertama sampai dengan tamat Sekolah Menengah Atas, sedangkan selebihnya 5 persen yang berpendidikan tinggi dengan kategori tingkat Akademik sampai dengan Perguruan Tinggi.

Untuk lebih jelasnya distribusi tingkat pendidikan formal yang ditamatkan oleh responden dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.2
**Distribusi Tingkat Pendidikan
yang Ditamatkan oleh Responden**

No.	Tingkat Pendidikan Responden	Jumlah	Persen
1.	Rendah	61	61
2.	Sedang	34	34
3.	Tinggi	5	5
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

2) Status pekerjaan keluarga penderita kusta

Dari 100 responden yang diwawancarai diketahui bahwa 41 persen diantara mereka yang tidak bekerja, dan selebihnya 23 persen responden bekerja sebagai buruh, 14 persen responden bekerja sebagai petani, 14 persen responden bekerja sebagai nelayan serta 8 persen responden bekerja lain-lain seperti pengrajin rumah tangga dan sebagainya. Diantara jenis pekerjaan responden yang paling dominan adalah tenaga buruh sebab jenis pekerjaan tersebut mencakup buruh pabrik, buruh bangunan, buruh tenung, buruh tani dan buruh tambak.

Untuk lebih jelasnya tentang status pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.3
Distribusi Status Pekerjaan Responden

No.	Tingkat Penghasilan Responden	Jumlah	Persen
1.	Tidak bekerja	41	41
2.	Buruh	23	23
3.	Petani	14	14
4.	Nelayan	14	14
5.	Lain-lain	8	8
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

3) Tingkat penghasilan keluarga penderita kusta

Berdasarkan hasil dari kuesioner diketahui bahwa 59 persen responden berpenghasilan rendah yaitu kurang dari Rp. 453.000, sedangkan 32 persen responden berpenghasilan sedang antara Rp. 453.000 sampai dengan Rp. 750.000. Adapun selebihnya 9 persen responden yang berpenghasilan tinggi lebih dari Rp.750.000. Untuk lebih jelasnya tentang tingkat penghasilan responden berdasarkan kategori yang ada, dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.4
Distribusi Tingkat Penghasilan Responden

No.	Tingkat Penghasilan Responden	Jumlah	Persen
1.	Rendah	59	59
2.	Sedang	32	32
3.	Tinggi	9	9
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

4) Tingkat pengetahuan keluarga penderita kusta

Berdasarkan hasil pengkategorian dalam penelitian ini diketahui bahwa 42 persen responden mempunyai pengetahuan rendah, yaitu mereka yang hanya dapat menjawab pertanyaan antara 1 sampai dengan 4 jawaban benar. Adapun 47 persen responden mempunyai pengetahuan sedang, yaitu mereka yang bisa menjawab antara 5 sampai dengan 8 pertanyaan benar dan 11 persen responden lainnya mempunyai pengetahuan tinggi, yaitu mereka yang mampu menjawab pertanyaan antara 9 sampai dengan 12 jawaban benar.

Untuk lebih jelasnya dari hasil tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.5

Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden

No.	Tingkat Pengetahuan Responden	Jumlah	Persen
1.	Rendah	42	42
2.	Sedang	47	47
3.	Tinggi	11	11
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

5) Tingkat kepercayaan keluarga penderita kusta

Dari 100 responden yang berhasil diwawancarai diketahui bahwa 71 persen yang mempunyai kepercayaan yang tidak mendukung, yaitu mereka yang mempunyai skor kepercayaan sebesar ≤ 18 dari total skor yang sudah ditentukan dalam penelitian ini. Sedangkan selebihnya 29 persen responden yang mempunyai kepercayaan baik, yaitu mereka yang mempunyai skor kepercayaan sebesar > 18 dari total skor tersebut.

Untuk lebih jelasnya tentang kepercayaan responden tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.6
Distribusi Tingkat Kepercayaan Responden

No.	Tingkat Kepercayaan Responden	Jumlah	Persen
1.	Tidak mendukung	71	71
2.	Mendukung	29	29
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

6) Kategori sikap keluarga penderita kusta

Berdasarkan hasil pengkategorian dalam penelitian ini diketahui bahwa tidak satu orang pun yang mempunyai sikap mendukung, sedangkan yang lainnya 49 persen responden mempunyai sikap yang tidak mendukung dan selebihnya 51 persen responden mempunyai sikap yang kurang mendukung.

Untuk lebih jelasnya tentang sikap responden tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.7
Distribusi Kategori Sikap Responden

No.	Sikap Responden	Jumlah	Persen
1.	Tidak mendukung	49	49
2.	Kurang mendukung	51	51
3.	Mendukung	0	0
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

7) Nilai-nilai yang dianut keluarga penderita kusta

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada sejumlah keluarga penderita kusta maka diketahui bahwa ada beberapa nilai tentang masalah penyakit kusta yang dianut oleh sebagian besar masyarakat. Permasalahan tentang nilai tersebut mempunyai konotasi yang hampir sama di setiap daerah di kabupaten Gresik dan dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa penyakit kusta mempunyai istilah penyebutan yang berbeda-beda pada setiap daerah. Istilah tersebut menggambarkan bahwa di masyarakat terdapat berbagai corak budaya yang mendefinisikan tentang penyakit kusta itu sendiri, seperti yang terlihat dari hasil pernyataan keluarga penderita kusta sebagai berikut :

- (1)penyakit kusta disebut buduken, karena ada luka di kulit yang mengeluarkan air, bengkak-bengkak dan menghancurkan tulang-tulang.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)penyakit kusta disebut judam, artinya jelek dan dibenci orang.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (3)Penyakit kusta di kampung ini disebut sawan atau loro siji.....artinya dagin kotor.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (4)penyakit ini disebut pete'an karena penyakit yang mengerikan dan menghinakan orang(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (5)penyakit ini disebut jube.....katanya penyakit jelek (Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

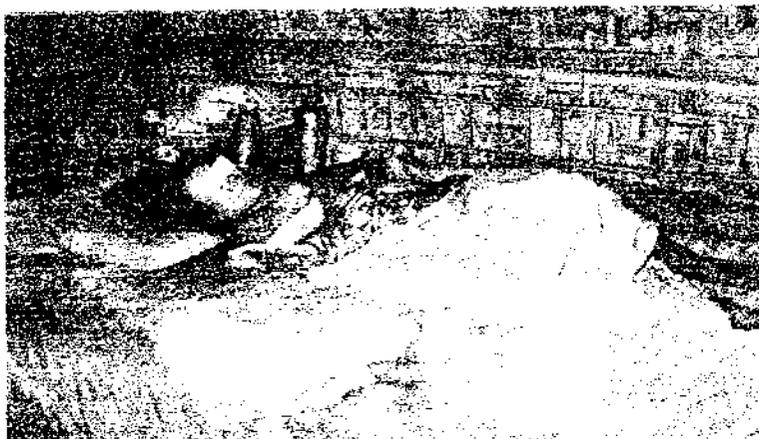
Untuk memahami istilah yang sesungguhnya tentang penyakit kusta di masyarakat maka selanjutnya akan diuraikan dengan menggunakan kertas kerja analisis domain sebagai berikut :

1. Hubungan semantik : Istilah		
2. Bentuk : X (adalah istilah untuk) Y		
Penyakit kusta mempunyai istilah tersendiri di masyarakat		
Istilah Tercakup	Hubungan semantik	Istilah pencakup
Bduken Judam Loro siji Pete'an Jube	Berbagai istilah penyakit kusta di masyarakat	Menjijikkan Menakutkan Memalukan
Pertanyaan struktural :	Apa arti yang sesungguhnya tentang istilah tersebut di masyarakat	

Istilah penyakit tersebut meskipun berbeda dari segi gramatikal bahasa namun pada intinya mempunyai nilai yang hampir sama, yaitu mereka menganggap bahwa penyakit kusta adalah penyakit yang menjijikkan, menakutkan dan memalukan.

Dikatakan menjijikkan karena ada luka di kulit yang mengeluarkan air dan menimbulkan bau busuk, bengkak-bengkak serta kadang kala menghancurkan tulang-tulang (*Deformity*). Kondisi semacam ini selanjutnya membuat setiap orang yang melihatnya merasa ketakutan sehingga mereka menjauhi penderita tersebut. Selanjutnya bila dikatakan memalukan, karena orang yang terkena penyakit tersebut dijauhi dalam pergaulan, dihinakan orang serta dianggap membawa malapetaka.

Bila berbagai istilah tersebut dianalisis secara *komponenstal* maka dapat dimengerti jika penderita semacam ini diisolir dan bahkan diasingkan dalam pergaulan sehari-hari. Hal ini sesuai dengan perlakuan keluarga terhadap penderita kusta yang ada di masyarakat seperti yang terlihat pada gambar berikut ini :



Gambar 5.3 : Penderita yang diasingkan di kecamatan Sangkapura
Foto tanggal 13 Juli 2002

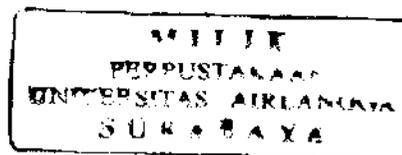
Pada gambar tersebut terlihat bahwa masih ada keluarga yang tega mengisolir atau mengasingkan saudaranya sendiri yang menderita penyakit kusta. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah *leprophobia* di masyarakat masih sangat banyak dan hal tersebut didukung oleh beberapa cuplikan dari pernyataan keluarga penderita sebagai berikut :

- (1)yach, khawatir juga pak!.....soalnya penyakit ini pak dibenci orang-orang di kampung ini.....dan jijik begitu.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (2) yach tentu minder pak!.....masalahnya keluarga saya sendiri yang menjauhi apalagi orang lain.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (3)kalau bisa “jangan didekati penderita seperti itu”.....banyak yang mengatakan seperti itu, jadi saya terpaksa membuatkan rumah di sana.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (4)penderita tidur di kamar sendiri, tapi kamar mandinya campur.....cuma airnya saja yang sendiri-sendiri. Begitu pula gelas, piring dan pakaian dipisahkan dengan keluarga lainnya, takut nular.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (5)pakaian, piring dan gelas saya pisahkan, pakaiannya saya cuci sendiri.....kalau dicampur khan kasihan, nanti saudaranya tertular.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).

- (6)jenazah disemprot dengan selang karena takut menyentuh tubuh mayat..... makam jenazah penderita buduken juga terpisah dengan makam umum.....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (7)lebih baik dibuatkan skat dan dipisahkan supaya tidak menular kepada keluarganya, kalau perlu dibuatkan rumah sendiri.....(Tn. Ks 45 Th, paman penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (8)saat sholat Jum'at di masjid, tidak ada jamaah yang mau sholat berdekatan dengan penderita kusta.....(Tn. Ks 45 Th, paman penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (9)orang mendekat saja takut, yach ada juga yang mengatakan menjijikkan.....karena timbul luka-luka dan bau.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

Berdasarkan cuplikan pernyataan keluarga penderita kusta yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam, diperoleh informasi bahwa masyarakat maupun keluarga merasa jijik dan takut terhadap penderita kusta. Mereka umumnya jijik terhadap luka-luka penderita yang menimbulkan bau yang busuk. Dengan perasaan jijik seperti itu sehingga untuk mendekat saja sangat takut, apalagi untuk bergaul. Fenomena semacam ini bahkan terjadi dalam kegiatan peribadatan sekalipun, dimana kita ketahui bahwa seseorang yang menderita kusta di kecamatan Cerme tidak mau didekati oleh para jamaah lainnya saat sholat Jum'at hanya karena menderita penyakit kusta. Kejadian serupa juga pernah terjadi di kecamatan Sangkapura, dimana ada seorang Kyai yang tidak mau lagi datang ke mesjid jika penderita kusta yang sering datang ke mesjid itu tidak disingkirkan terlebih dahulu.

Dalam hal ini keluarga dan masyarakat juga umumnya merasa takut terhadap penderita kusta sebab mereka beranggapan bahwa penyakit tersebut sangat menular dan tidak dapat disembuhkan. Perasaan semacam itu memang cukup berlebihan, terlebih setelah diketahui bahwa sampai pada masalah urusan



memandikan jenaza sekali pun mereka merasa sangat ketakutan. Hal ini terbukti setelah salah seorang penderita kusta meninggal dunia di kecamatan Balongpanggang yang jenasahnya dimandikan hanya dengan menggunakan selang dan bahkan makamnya pun dipisahkan dari pemakaman umum lainnya (informasi dari keluarga penderita kusta di kecamatan Balongpanggang). Kejadian serupa juga pernah terjadi di kecamatan Sangkapura, dimana setelah seorang penderita kusta meninggal dunia gubuknya dibakar orang-orang kampung dengan alasan bahwa takut kalau sisa-sisa gubuk penderita membawa malapetaka dan menulari orang-orang di kampung itu (informasi dari bidan desa di Puskesmas Sangkapura, 2002).

Adapun bentuk gubuk yang biasanya ditempati penderita kusta bila diasingkan oleh keluarganya dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 5.4 : Gubuk penderita yang diasingkan di kecamatan Sangkapura
Foto tanggal 13 Juli 2002

Selain itu, keluarga juga sangat merasa malu dengan orang-orang disekitarnya bila terkena penyakit kusta. Hal ini terlihat dari hasil cuplikan pernyataan keluarga penderita melalui proses wawancara berikut ini :

- (1)saya malu kalau ke Puskesmas, soalnya orang-orang di Puskesmas tahu dengan saya.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (2)yach malu pak, soalnya tetangga menjauhi kami semua.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (3)malu pak dilihat orang-orang dan lagi pula tidak ada mobil yang mau ngangkut orang yang sakit seperti Sawiyah.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (4)tidak lagi sekolah sebab anak saya malu dengan teman-temannya kalau masih sakit seperti itu.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (5)malu pak selama mantu saya tinggal di rumah ini sebab keluarga kami dianggap punya penyakit seperti itu.....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (6)yaa, hari-hari malu pak! sehingga penderita tidak pernah keluar rumah.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (7)tidak pernah berobat ke Puskesmas karena malu.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng)
- (8)keluarga tersebut akan malu dan kadang-kadang tidak mengakui kalau keluarganya menderita sakit kusta.....mereka bahkan akan marah jika keluarganya dikatakan sakit kusta.....(Tn. Ks 45 Th, paman penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (9)kami berobat ke Puskesmas lain karena malu kalau ketahuan orang-orang di kampung ini pak.....(Tn. Ks 45 Th, paman penderita Rh dari Puskesmas Cerme).

Berdasarkan pernyataan yang disampaikan oleh keluarga penderita kusta jelas bahwa mereka umumnya tidak mendukung penderita untuk berobat ke Puskesmas karena adanya perasaan malu terhadap orang-orang disekitarnya. Perasaan semacam itu muncul karena mereka tidak bisa menerima kalau ada keluarganya yang terkena penyakit kusta dan juga mereka tidak mau menerima kalau keluarganya dikatakan mempunyai keturunan yang berpenyakit kusta. Masalahnya penyakit tersebut di masyarakat diyakini sebagai penyakit karena keturunan sehingga mereka berusaha menghindar dengan berbagai cara agar keluarganya tidak dikatakan mempunyai keturunan yang berpenyakit kusta. Berbagai cara yang dilakukan oleh

keluarga seperti mengasingkan penderita, mengusir menantunya yang terkena penyakit kusta, menceraikan istrinya dan atau berobat ke Puskesmas lain merupakan suatu hal yang bertujuan untuk menjaga nama baik keluarga agar terhindar dari berbagai cemoan masyarakat yang sangat memalukan.

8) Tingkat kebiasaan keluarga penderita kusta

Dari 100 responden yang berhasil diwawancarai diketahui bahwa 33 persen responden mempunyai kebiasaan tidak baik, sedangkan selebihnya 59 persen responden yang mempunyai kebiasaan kurang baik. Adapun yang mempunyai kebiasaan baik hanya sebesar 8 persen dari total responden yang berhasil diwawancarai.

Untuk lebih jelasnya tentang kebiasaan responden tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.8

Distribusi Tingkat Kebiasaan Responden

No.	Tingkat Kebiasaan Responden	Jumlah	Persen
1.	Tidak mendukung	33	33
2.	Kurang mendukung	59	59
3.	Mendukung	8	8
Jumlah		100	100

Sumber : Data primer

5.2.2 Hubungan pengobatan dini dengan masing-masing variabel bebas

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan yang bermakna antara pengobatan dini dengan masing-masing variabel bebas maka perlu dilakukan

terlebih dahulu uji statistik regresi logistik bivariat kemudian dilanjutkan dengan uji statistik regresi logistik secara multivariat dengan hasil sebagai berikut :

1) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat pendidikan responden

Dalam penelitian ini, variabel pendidikan responden dibagi menjadi tiga kategori yaitu responden dengan tingkat pendidikan rendah, tingkat pendidikan sedang dan tingkat pendidikan tinggi. Pembagian kategori ini berdasarkan pendidikan formal tertinggi yang pernah ditempuh oleh responden, yaitu pendidikan rendah adalah responden yang tidak pernah sekolah sampai dengan tamat Sekolah Dasar atau yang sederajat, pendidikan sedang adalah responden yang tamat dari Sekolah Menengah Pertama sampai dengan Sekolah Menengah Atas sedangkan pendidikan tinggi adalah responden yang menamatkan sekolahnya minimal setingkat Diploma 1.

Berdasarkan hasil pengumpulan data tersebut diketahui bahwa dari 61 responden yang berpendidikan rendah ternyata ditemukan 21 responden atau 34,4 persen yang berobat secara dini dan selebihnya dua kali lebih besar dari jumlah tersebut yaitu 40 responden atau 65,6 persen yang tidak berobat secara dini. Selain itu untuk 34 responden yang berpendidikan sedang ditemukan 13 orang yang berobat dini atau 38,2 persen dan 21 orang atau 61,8 persen yang tidak berobat secara dini. Adapun 5 responden yang berpendidikan tinggi masing-masing 2 orang yang berobat dini atau 36 persen dan 3 orang yang berobat tidak dini atau 60 persen.

Untuk lebih jelasnya pembahasan tersebut dapat dilihat pada uraian tabel berikut ini.

Tabel 5.9
**Distribusi Pengobatan Dini
 dengan Tingkat Pendidikan Responden**

Tingkat Pendidikan	B e r o b a t				Total	%
	Dini	%	Tdk. Dini	%		
R e n d a h	21	34,4	40	65,6	61	100
S e d a n g	13	38,2	21	61,8	34	100
T i n g g i	2	40	3	60	5	100
Jumlah	36	36	64	64	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi silang di atas dapat dilihat bahwa jumlah persentase responden yang tidak berobat secara dini lebih besar pada kelompok yang berpendidikan rendah dibandingkan dengan responden yang berpendidikan sedang dan tinggi, yaitu sebesar 65,6 persen. Selain itu juga dapat dilihat bahwa prosentase berobat dini lebih banyak dilakukan pada kelompok responden yang berpendidikan tinggi yaitu sebesar 40 persen.

Selanjutnya pada tahap pertama dilakukan seleksi variabel bebas yang akan dimasukkan ke dalam analisis regresi logistik ganda melalui analisis regresi logistik sederhana (bivariat).

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel tingkat pendidikan responden terhadap pengobatan dini pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5.10
**Hasil Uji Regresi Logistik Pengobatan Dini
 terhadap Tingkat Pendidikan Responden**

Tingkat Pendidikan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pendidikan Rendah	- 0,239	0,917 0,802	- 1,270	- 0,197	- 8,202
Sedang	0,074	0,940	1,077	0,158	7,333
Tinggi	-	-	-	-	Pembanding
Konstanta	0,405	0,657	1,500	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pengobatan dini. Hal ini dikarenakan besar tingkat signifikansi adalah untuk yang berpendidikan rendah sebesar 0,802 dan untuk yang berpendidikan sedang sebesar 0,940 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$).

2) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat pekerjaan responden

Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan diketahui bahwa jenis pekerjaan responden bermacam-macam, antara lain sebagai buruh, petani, nelayan dan lain-lain (pengrajin tangan atau supir mobil). Berdasarkan jenis pekerjaan tersebut terlihat bahwa diantara 41 responden yang tidak bekerja diketahui 39 persen yang berobat dini dan 61 persen yang berobat tidak dini. Bagi yang bekerja sebagai buruh 34,8 persen berobat dini dan 65,2 persen yang berobat tidak dini. Selanjutnya yang bekerja sebagai petani 21,4 persen berobat dini dan 78,6 persen berobat tidak dini. Adapun yang bekerja sebagai nelayan 50 persen yang berobat dini dan 50 persen

yang berobat tidak dini, sementara bagi yang mempunyai profesi lain-lain 25 persen berobat dini dan 75 persen berobat tidak dini.

Untuk lebih jelasnya pembahasan tersebut dapat dilihat pada uraian tabel berikut ini :

Tabel 5.11
**Distribusi Pengobatan Dini
dengan Tingkat Pekerjaan Responden**

Tingkat Pekerjaan	B e r o b a t				Total	%
	Dini	%	Tidak Dini	%		
Tidak bekerja	16	39	25	61	41	100
Buruh	8	34,8	15	65,2	23	100
Petani	3	21,4	11	78,6	14	100
Nelayan	7	50	7	50	14	100
Lain-lain	2	25	6	75	8	100
Jumlah	36	36	64	64	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa semua jenis pekerjaan lebih banyak yang berobat tidak dini dari pada yang berobat dini, seperti 61 persen bagi responden yang tidak bekerja, 14,7 persen bagi responden yang bekerja sebagai buruh, 78,6 persen yang bekerja sebagai petani, 50 persen bagi yang bekerja sebagai nelayan dan 75 persen yang bekerja lain-lain.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel jenis pekerjaan responden terhadap pengobatan dini pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5.12

**Hasil Uji Regresi Logistik Pengobatan Dini
terhadap Tingkat Pekerjaan Responden**

Tingkat Pekerjaan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pekerjaan	-	0,563	-	-	-
Tidak bekerja	-0,652	0,457	0,521	0,093	2,906
Buruh	-0,470	0,612	0,625	0,102	3,841
Petani	0,201	0,848	1,222	0,158	9,467
Nelayan	-1,099	0,260	0,333	0,049	2,257
Lain-lain	-	-	-	-	Pembandingan
Konstanta	1,099	0,178	3,000	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan pengobatan dini. Hal ini disebabkan karena nilai signifikansi yang diperoleh 0,563 ($p > 0,25$), sehingga tidak masuk dalam pengujian secara multivariat.

3) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat penghasilan responden

Variabel tingkat penghasilan dalam penelitian ini dibagi atas tiga kategori berdasarkan standar UMR (Upah Minimum Regional) kabupaten Gresik tahun 2002 yang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Propinsi Jawa Timur. Berdasarkan kategori tersebut maka diperoleh hasil bahwa diantara 59 responden yang berpenghasilan rendah, 40,7 persen yang berobat dini dan 59,3 persen yang berobat tidak dini. Bagi yang berpendidikan sedang 31,3 persen berobat dini dan 68,8 persen yang berobat tidak dini. Selebihnya responden yang

berpenghasilan tinggi 22,2 persen berobat dini dan 77,8 persen yang berobat tidak dini.

Untuk lebih jelasnya maka hasil rekapitulasi dari penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.13
**Distribusi Pengobatan Dini
dengan Tingkat Penghasilan Responden**

Tingkat Penghasilan	B e r o b a t				Total	%
	Dini	%	Tidak Dini	%		
Rendah	24	40,7	35	59,3	59	100
Sedang	10	31,3	22	68,8	32	100
Tinggi	2	22,2	7	77,8	9	100
Jumlah	36	36	64	64	100	100

Sumber : Data primer

Dari hasil tabulasi silang di atas dapat dilihat bahwa kelompok responden dengan tingkat penghasilan rendah jauh lebih banyak jumlahnya yang berobat tidak dini, yaitu 35 orang atau 59,3 persen bila dibandingkan dengan kelompok responden yang berpenghasilan sedang, yaitu 22 orang atau 68,8 persen dan yang berpenghasilan tinggi, yaitu 7 orang atau 77,8 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel jenis penghasilan responden terhadap pengobatan dini pada penderita kusta, dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.14

**Hasil Uji Regresi Logistik Pengobatan Dini
terhadap Tingkat Penghasilan Responden**

Tingkat Penghasilan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Penghasilan	-	0,454	-	-	-
Rendah	-0,875	0,300	0,417	0,080	2,181
Sedang	-0,464	0,601	0,629	0,110	3,582
Tinggi	-	-	-	-	Pembanding
Konstanta	1,253	0,118	3,500	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan dengan pengobatan dini. Hal ini dikarenakan besar tingkat signifikansi 0,454 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$).

4) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat pengetahuan responden

Pengukuran tingkat pengetahuan responden dalam penelitian ini adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengertian penyakit kusta, penyebab, dan gejala penyakit kusta, serta tujuan dan manfaat pengobatan yang ditanyakan melalui proses *indepth interview*.

Berdasarkan hasil rekapitulasi data yang dikumpulkan melalui kuesioner diketahui bahwa 31 responden yang berpengetahuan rendah atau 73,8 persen tidak berobat dini dan 11 responden atau 26,2 persen yang berobat dini. Adapun yang berpengetahuan sedang 31 responden atau 66 persen berobat tidak dini dan 16 responden atau 34 persen yang berobat dini. Selanjutnya dari 11 responden yang

perpengetahuan tinggi ternyata diketahui 9 orang atau 81,8 persen berobat dini dan 2 orang atau 18,2 persen yang tidak berobat dini.

Untuk lebih jelasnya maka hasil rekapitulasi dari penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.15
**Distribusi Pengobatan Dini
dengan Tingkat Pengetahuan Responden**

Tingkat Pengetahuan	Berobat				Total	%
	Dini	%	Tidak Dini	%		
Rendah	11	6,2	31	73,8	42	42
Sedang	16	34	31	66	47	47
Tinggi	9	81,8	2	18,2	11	11
Jumlah	36	36	64	64	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi silang dapat dilihat bahwa semakin rendah tingkat pengetahuan maka semakin tinggi angka persentase yang tidak berobat dini, yaitu 31 responden atau 73,8 persen. Sebaliknya semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin tinggi angka prosentase untuk berobat dini yaitu 9 responden atau 81,8 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik untuk variabel tingkat pengetahuan responden dengan pengobatan dini yang dilakukan penderita kusta dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.16

**Hasil Uji Regresi Logistik Pengobatan Dini
Terhadap Tingkat Pengetahuan Responden**

Tingkat Pengetahuan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pengetahuan Rendah	-	0,012	-	-	-
Sedang	2,540	0,003	12,681	2,365	68,004
Tinggi	2,165	0,010	8,718	1,680	45,243
Konstanta	-	-	-	-	Pembanding
	-1,504	0,054	0,222	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan responden terhadap pengobatan dini, yaitu pada kategori tingkat pengetahuan rendah dan sedang. Pada kategori pengetahuan rendah, tingkat signifikansinya sebesar 0,003 ($p < 0,25$) sedangkan pada kategori tingkat pengetahuan sedang nilai signifikansinya sebesar 0,010 ($p < 0,25$), sehingga kedua kategori tingkat pengetahuan tersebut masuk dalam pengujian secara multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari pernyataan keluarga penderita kusta sebagai berikut :

(1) Pengetahuan responden tentang penyebab penyakit kusta

- a.i ya, pakaian, piring dan gelas saya pisahkan. Pakaiannya saya cuci sendiri, begitu pula piring dan gelas penderita saya cuci sendiri dengan sabun. Kalau dicampur khan kasihan.....nanti saudaranya tertular (Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- b.penyakit ini terjadi karena ulatnya meletik pada orang lain.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- c.takut pak bila menular, yaa.....siapa tahu pakl.....katanya orang kalau darahnya sama akan menular.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

(2) Pengetahuan responden tentang gejala awal penyakit kusta

- a.pertama-tama seperti panu, lalu berubah menjadi kadas dan langsung menjadi brindul-brindul seperti digigit nyamuk.....saya kira apakah itu gatal atau kadas.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- b.meh sami, drijine penyakit buduken niku nyerang sak badan.....tapi nek penyakit lepra, drijine sing sakit mrotholi (hampir sama, tapi penyakit buduken itu yang diserang sekujur tubuh, tapi kalau penyakit lepra jarinya bisa putus-putus).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- c.tanda awalnya, jika orang itu mukanya kelihatan bengkok.....ada luka dan cara jalannya agak dilempar karena tulang-tulanganya tidak sempurna... (Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).

(3) Pengetahuan responden tentang cara pengobatan penyakit kusta

- a.pernah, saat itu saya bawa ke dukun. Kata dukun.....itu penyakit gatal kemudian disuruh makan dagin kadal. Saat itu saya kaget.....biasanya yang makan dagin kadal itu adalah orang yang sakit lepra. Saat itu terfikir oleh saya..... jangan-jangan anak saya sakit lepra.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- b.tidak pernah saya bawah berobat ke Puskesmas.....tapi saya antar ke rumah pak Chamim (petugas kusta puskesmas Mentaras).....karena saya malu kalau dibawa ke Puskesmas.....nanti orang lain tahu.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- c.kebanyakan mereka berobat keluar daerahnya.....karena malu kalau ketahuan oleh orang lain.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- d.berobat ke dukun.....langsung ke kyai.....(Tn. Ml 33 Th, kakak pdt. Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- e.saya sarankan berobat ke dukun. Jarak Puskesmas jauh dan tidak ada kendaraan.....menurut saya dukun disini itu manjur dalam mengobati dan tidak perlu bayar banyak.....(Tn. Mk 50 Th, mertua pdt. Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- f.selain ke Puskesmas juga ke dukun dan mbah nya itu mengatakan penyakit tersebut bukan lepra, tapi “ sawan “.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa tingkat pengetahuan keluarga tentang penyebab penyakit kusta, gejala awal dan cara pengobatannya masih sangat kurang. Hal ini terlihat pada sejumlah keluarga yang

mengatakan bahwa penyebab penyakit kusta bisa karena melalui pakaian, piring atau gelas bekas penderita dan bisa juga terjadi karena ulatnya meleitik pada orang lain, atau karena adanya persamaan darah.

Selanjutnya pada pernyataan keluarga tentang gejala dini penyakit kusta juga umumnya salah persepsi, seperti yang mengatakan bahwa awal mulanya berupa bengkak-bengkak, luka dan cara jalannya agak dilempar atau pernyataan yang mengatakan bahwa jika penyakit buduken yang diserang adalah sekujur tubuh, tetapi pada penyakit lepra jarinya bisa putus-putus.

Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga untuk memahami penyebabnya dan melakukan upaya deteksi awal masih sangat kurang sehingga tidak mengherangkan jika banyak penderita kusta yang datang berobat ke Puskesmas sudah dalam kategori cacat tingkat 1 dan 2. Kondisi ini lebih diperparah lagi karena akibat kepercayaan yang salah sehingga kebanyakan keluarga justru mencari upaya penyembuhan pertama kali dengan berobat ke dukun. Selain itu ada juga yang berobat ke Puskesmas lain di luar daerah, atau berobatnya justru pada malam hari di rumah petugas puskesmas setempat.

Berbagai cara tersebut dilakukan karena disamping keluarga penderita belum tahu tentang cara pengobatan yang benar untuk menyembuhkan penyakit kusta, juga pada umumnya keluarga yang terkena penyakit tersebut sangat merasa malu dan khawatir bila diketahui oleh orang lain sehingga mereka melakukan upaya penyembuhan dengan cara sembunyi-sembunyi.

Semua pernyataan tersebut sangat memprihatinkan sehingga dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan responden

terhadap pengobatan dini, yaitu pada kategori tingkat pengetahuan rendah dan sedang. Sebagai konsekuensi logis dari hal tersebut maka tidak mengherankan jika proporsi tingkat kecacatan kusta pun meningkat dari 14 persen pada tahun 2000 menjadi 16 persen pada tahun 2001 di kabupaten Gresik (Dinkes kabupaten Gresik, 2002) dan bila hal tersebut dibandingkan dengan target nasional yang 10 persen maka hasilnya pun masih cukup tinggi.

5) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat kepercayaan responden

Berdasarkan hasil rekapitulasi data yang dikumpulkan melalui kuesioner diketahui bahwa 55 responden atau 77,5 persen yang mempunyai kepercayaan jelek untuk berobat tidak dini dan 16 responden atau 22,5 persen yang kepercayaannya jelek berobat secara dini. Selain itu dari 29 responden yang mempunyai kepercayaan baik, ternyata 20 orang atau 69 persen dan 9 responden atau 31 persen yang berobat tidak secara dini.

Untuk lebih jelasnya maka dapat dilihat pada hasil rekapitulasi data dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.17
**Distribusi Pengobatan Dini
dengan Tingkat Kepercayaan Responden**

Tingkat Kepercayaan	B e r o b a t				Total	%
	Dini	%	Tidak Dini	%		
Tidak mendukung	16	22,5	55	77,5	71	100
Mendukung	20	69	9	31	29	100
Jumlah	36	36	64	64	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi silang dapat dilihat bahwa semakin jelek tingkat kepercayaan responden maka semakin tinggi angka persentase yang tidak berobat dini, yaitu 55 responden atau 77,5 persen. Sebaliknya baik tingkat kepercayaan responden maka akan semakin tinggi angka prosentase untuk berobat dini yaitu 20 responden atau 69 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik untuk variabel tingkat kepercayaan responden dengan pengobatan dini yang dilakukan penderita kusta dapat dilihat dalam tabel berikut ini .

Tabel 5.18

**Hasil Uji Regresi Logistik Pengobatan Dini
terhadap Tingkat Kepercayaan Keluarga Penderita**

Tingkat Kepercayaan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Tidak mendukung	2,033	0,000	7,639	2,914	20,026
Mendukung	-	-	-	-	Pembanding
Konstanta	-0,799	0,047	0,450	-	-

Sumber : Data primer

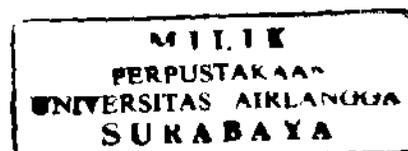
Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat kepercayaan responden terhadap pengobatan dini. Pada kategori kepercayaan tidak mendukung, tingkat signifikansinya sebesar 0,000 ($p < 0,25$), sehingga masuk dalam pengujian secara multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara antara peneliti dengan responden. Adapun kutipan dari hasil wawancara tersebut adalah sebagai berikut :

- (1)saya hanya berobat ke dukun saja untuk menanyakan penyakit anak saya dan seligus berobat.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)kalau darahnya sama khan bisa terkena penyakit judam.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (3)bisa saja karena guna-guna.....sebab orang yang berbuat salah akan dimusuhi dan kalau tidak bisa membalas dengan tangan.....yaa pakai guna-guna.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (4)i ya percaya juga berobat ke kyai, sebab ucapan dan doa kyai itu mandhi (mujarab). (Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (5)mungkin juga karena salah makan.....sebab setiap kali makan dagin ayam yang makan obat (ayam potong) kulitnya langsung muncul brindul-brindul.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (6)sering ke dukun ngobati Nur Azizah.....soalnya khawatir pak! dengan penyakit jelek itu.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (7)kadang nggih kulo saranaken berobat dateng dukun. Puskesmas tebih saking griyo.....boten wonten kendaraan. Miturut kulo.....dukun wonten mriki pinter.....mbayare bote kathah. (kadang-kadang saya sarankan berobat ke dukun. Jarak Puskesmas jauh.....dan tidak ada kendaraan. Menurut saya, dukun di sini itu manjur dalam mengobati dan tidak perlu bayar banyak)..... (Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (8)natos pak, waktu mantu kulo wonten mriki rasane kulo apes terus.....(pernah pak, semenjak menantu Saya ada di sini.....Saya terus mendapat apes).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (9)penyakit ini bisa terjadi karena kutukan Tuhan.....karena dulu bapak Saya kwalat, dia kawin lagi tanpa sepengetahuan keluarga lainnya.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (10)pernah ke dukun lalu mbah itu tanya.....apakah ada keluarga yang seperti ini?.....keuarga jawab tidak ada, lalu dukun itu mengatakan kalau penyakit tersebut bukan lepra tapi sawan...(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (11)mungkin karena keturunan, soalnya dasarnya sama...(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (12)dulu selalu berobat ke dukun dan juga kadang ke Kyai.....tapi setelah keluarga kehabisan uang untuk pengobatan ke dukun lalu dibiarka saja..... (Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (13)tapi kalau melihat keluarga yang dulu sakit begini.....menurut saya ngak ada yang bisa disembuhkan.....semuanya meninggal, pasti begitu semua.....dan tinggal Sawiyah sendiri.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa kebanyakan penderita mencari pengobatan ke dukun atau ke kyai pada awalnya karena disebabkan mereka sendiri percaya kalau penyakit tersebut terjadi karena kutukan Tuhan, karena guna-guna atau karena salah makan, dan tidak satu pun yang percaya jika penyakit tersebut terjadi karena akibat kuman. Dengan demikian maka dapat dikatakan bahwa upaya penyembuhan alternatif seperti itu dilakukan sebagai kounter terhadap sejumlah pemahaman yang keliru tentang kusta itu sendiri. Hal ini sesuai dengan pendapat Selo Soemardjan (1992 : 142 – 147) dalam buku Antropologi Kesehatan Indonesia yang menyebutkan bahwa jika kepercayaan penyakit itu bersumber dari lingkungan spritual, maka cara penyembuhannya pun harus bersifat spritual.

Dalam hal ini berbeda dengan penderita yang berobat ke Puskesmas lain atau ke rumah petugas pada malam hari. Cara tersebut dilakukan oleh penderita semata-mata karena mereka merasa malu jika orang lain mengetahui bahwa ada keluarganya yang terkena penyakit kusta. Alasannya karena perasaan semacam itu muncul karena mereka tidak bisa menerima kalau ada keluarganya yang terkena penyakit kusta dan juga mereka tidak mau menerima kalau keluarganya dikatakan mempunyai keturunan yang berpenyakit kusta. Masalahnya penyakit tersebut di masyarakat diyakini sebagai penyakit karena keturunan sehingga mereka berusaha menghindar dengan berbagai cara agar keluarganya tidak dikatakan mempunyai keturunan yang berpenyakit kusta. Berbagai cara yang dilakukan oleh keluarga seperti itu merupakan suatu hal yang bertujuan untuk menjaga nama baik keluarga agar terhindar dari berbagai cemoan masyarakat yang sangat memalukan.



6) Hubungan pengobatan dini dengan ketegori sikap responden

Dalam penelitian ini pengkategorian tingkat kebiasaan dibuat berdasarkan perhitungan Arikunto, yaitu 0 – 59 persen jawaban benar termasuk kategori tidak mendukung, 60 - 79 persen benar termasuk kategori kurang mendukung dan 80 - 100 persen benar termasuk kategori mendukung. Selanjutnya pengukuran sikap dalam hal ini dengan menggunakan Skala Likert yang rentangnya dimulai dari skala 1 sampai dengan skala 4, yaitu Sangat Setuju, Setuju, Tidak Setuju dan Sangat Tidak Setuju. Dari hasil pengumpulan data tersebut diketahui bahwa 38 responden atau 77,6 persen yang mempunyai sikap tidak mendukung berobat tidak dini dan 11 responden atau 22,4 persen yang sikapnya tidak mendukung berobat dini. Selanjutnya dari 51 yang sikapnya kurang mendukung terdapat 26 responden atau 51 persen yang berobat tidak dini dan 25 atau 49 persen yang berobat secara dini.

Untuk lebih jelasnya hasil rekapitulasi tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.19

Distribusi Pengobatan Dini dengan Kategori Sikap Responden

Kategori Sikap	B e r o b a t				Total	%
	Dini	%	Tidak Dini	%		
Tdk. Mendukung	11	22,4	38	77,6	49	100
Krg. Mendukung	25	49	26	51	51	100
Mendukung	-	-	-	-	-	-
Jumlah	36	36	64	64	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi silang dapat diketahui bahwa semakin tidak mendukung sikap responden maka semakin tinggi angka persentase yang tidak berobat dini, yaitu 38 responden atau 77,6 persen. Sebaliknya sikap responden yang semakin kurang mendukung maka akan semakin tinggi angka prosentase untuk berobat dini yaitu 25 responden atau 49 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik untuk variabel tingkat kepercayaan responden dengan pengobatan dini yang dilakukan penderita kusta dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.20

**Hasil Uji Regresi Logistik Pengobatan Dini
terhadap Kategori Sikap Responden**

Sikap	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Mendukung	-	-	-	-	Pembanding
Tidak mendukung	1,200	0,007	3,322	1,396	7,905
Konstanta	0,039	0,889	1,040	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap responden terhadap pengobatan dini. Pada kategori tingkat signifikansinya sebesar 0,007 ($p < 0,25$), sehingga masuk dalam pengujian secara multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara antara peneliti dengan responden. Adapun kutipan dari hasil wawancara tersebut adalah sebagai berikut :

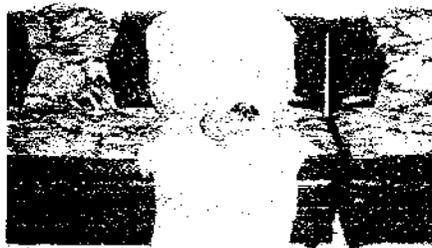
- (1) dangu-dangu kulo mboten betah, lajeng kulo usir saking mriki.....amargi ngrepotaken keluarga. Adus piyambak mboten saged.....ngrawate niku lho pak.....repot! sak niki mantu kulo wonten lamongan.....sing ngrawat nggih tiyang sepuhe, kulo mboten ngurusi. (lama-lama saya tidak betah, lalu saya suruh pulang soalnya bikin repot keluarga. Mandi sendiri saja tidak bisa, merawatnya itu lho pak bikin repot, tapi sekarang menantu saya ada di Lamongan..... yang merawat kan orang tuanya sendiri. Jadi sekarang Saya tidak mengurus lagi).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (2)penderita tidak pernah berobat ke Puskesmas karena malu bila dilihat oleh orang lain di kampung ini.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (3)lebih baik dibuatkan sekat sendiri dan dipisahkan dari keluarga agar tidak menular, kalau perlu dibuatkan rumah sendiri.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (4)semua keluarga lepas tangan untuk merawat Sawiyah lalu diasingkan seorang diri.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (5)malahan saya mau bawa Nur Azizah jauh-jauh kalau ada uang, tapi..... mau kemana pak ?.....saya ngak punyah siapa-siapa.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui dengan jelas bahwa sikap keluarga sangat tidak mendukung upaya pengobatan dini yang dilakukan oleh penderita. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan keluarga yang mengatakan bahwa selain mereka merasa malu untuk membawa penderita berobat ke Puskesmas, juga mereka tidak betah tinggal bersama dengan penderita sehingga tidak mengherangkan jika ada penderita yang diasingkan (lihat gambar 5.3) atau diusir dari rumah dan disuruh bercerai oleh mertuanya seperti yang terlihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 5.5 : Mertua yang mengusir menantunya dan menyuruh anaknya agar bercerai setelah diketahui menderita penyakit kusta di kecamatan Balongpanggang. Foto tanggal 10 Juli 2002

Kasus perceraian semacam ini tidak hanya terjadi di kecamatan Balongpanggang, tetapi juga terjadi di kecamatan Sangkapura seperti yang dialami oleh penderita dalam gambar berikut ini :



Gambar 5.6 : Penderita yang diceraikan oleh suaminya karena ketahuan terkena penyakit kusta di kecamatan Sangkapura, Foto tgl.13 Juli 2002.

Bila demikian keadaannya maka jangankan penderita akan didukung oleh keluarganya untuk berobat secara dini, bahkan mereka disuruh bercerai pun sudah merupakan suatu kenyataan pahit yang harus mereka terima bila diketahui menderita penyakit kusta.

7) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat kebiasaan responden

Dalam penelitian ini pengkategorian tingkat kebiasaan dibuat berdasarkan perhitungan Arikunto, yaitu 0 – 59 persen jawaban benar termasuk kategori jelek, 60 - 79 persen benar termasuk kategori kurang dan 80 - 100 persen benar termasuk kategori baik.

Berdasarkan perhitungan tersebut sehingga diperoleh hasil bahwa dari 33 responden yang mempunyai kebiasaan tidak baik ternyata 28 responden atau 84,8 persen yang berobat tidak dini dan 5 responden atau 15,2 persen yang melakukan pengobatan dini. Demikian pula dari 59 responden diketahui 32 orang atau 54,2 persen yang berobat tidak dini dan 27 orang atau 45,8 persen yang melakukan pengobatan secara dini. Adapun selebihnya 4 responden atau 50 persen yang berobat tidak dini dan 4 responden lainnya atau 50 persen yang melakukan pengobatan secara dini.

Untuk mengetahui lebih jelas dari hasil rekapitulasi data tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat kebiasaan responden pada kategori kebiasaan tidak baik dengan pengobatan dini dengan tingkat signifikansi sebesar 0,045 ($p < 0,25$), sehingga masuk dalam pengujian multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara antara peneliti dengan responden. Adapun kutipan dari hasil wawancara tersebut adalah sebagai berikut :

- (1)yaa masyarakat pasti menjauhi pak kalau diketahui orang itu sakit kusta.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (2)kami biasanya berobat ke tempat lain pak!.....soalnya malu bila diketahui oleh orang-orang di Puskesmas.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (3)yach, khawatir juga pak!.....soalnya penyakit ini pak dibenci orang-orang di kampung ini.....dan jijik begitu.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (4)orang mendekat saja takut, yach ada juga yang mengatakan menjijikkan.....karena timbul luka-luka dan bau.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (5)pakaian, piring dan gelas Saya pisahkan, pakaiannya saya cuci sendiri.....kalau dicampur khan kasihan, nanti saudaranya tertular.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (6) saya malu kalau ke Puskesmas, soalnya orang-orang di Puskesmas tahu dengan saya.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Dari pernyataan keluarga penderita diketahui bahwa mereka biasanya berobat dengan cara sembunyi-sembunyi dengan alasan bahwa merasa malu dan khawatir bila diketahui oleh orang lain. Dengan alasan tersebut sehingga diantara mereka ada yang biasa berobat ke rumah petugas pada malam hari atau berobatnya

justru ke Puskesmas lain meskipun di daerahnya sendiri ada fasilitas pengobatan yang juga bisa dimanfaatkan.

Selain itu juga mengenai pakaian, gelas, piring dan bahkan tempat tidur penderita biasanya dipisahkan dengan keluarga. Alasannya karena mereka takut ketularan dan ngeri terhadap penyakit tersebut.

8) Hubungan pengobatan dini dengan sikap, kepercayaan dan pengetahuan

Berdasarkan hasil pengujian statistik secara regresi logistik bivariat, diperoleh hasil bahwa ada 4 (empat) variabel yang masuk dalam pengujian secara multivariat. Adapun hasil pengujian secara multivarian dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.23

Hasil Uji Regresi Logistik Multivariat antara Pengobatan Dini dengan Sikap, Kepercayaan dan Pengetahuan Responden

Variabel bebas	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Sikap tdk dukung	1,289	0,019	3,628	1,238	10,630
Percaya tdk dukung	2,177	0,000	8,824	2,924	26,634
Pengetahuan	-	0,008	-	-	-
Pength. Rendah	3,070	0,003	21,540	2,938	157,888
Pength. Sedang	1,978	0,037	7,230	1,127	46,375
Konstanta	-3,687	0,001	0,025	-	-

Sumber : Data primer

Dari 4 (empat) variabel yang masuk dalam pengujian, ternyata hanya 3 (tiga) variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan pengobatan dini. Hal ini

dapat dilihat dari nilai signifikasinya yang dibandingkan dengan nilai alpha sebesar 0,05 antara lain :

Pertama, adalah variabel sikap yang memiliki hubungan yang bermakna terhadap pengobatan tidak dini. Pada kategori sikap yang tidak mendukung memiliki nilai signifikansinya sebesar 0,019 ($p < 0,05$).

Kedua, adalah variabel kepercayaan pada kategori kepercayaan tidak mendukung yang memiliki hubungan bermakna terhadap pengobatan tidak dini dengan nilai signifikansi sebesar 0.000 ($p < 0,05$).

Ketiga, adalah variabel pengetahuan pada kategori tingkat pengetahuan rendah dan tingkat pengetahuan sedang. Tingkat pengetahuan rendah memiliki hubungan bermakna dengan pengobatan tidak dini dengan nilai signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$). Sedangkan kelompok responden pada tingkat pengetahuan sedang memiliki hubungan yang bermakna terhadap pengobatan tidak dini dengan nilai signifikansi sebesar 0,037.

Untuk mengetahui kemungkinan penyebab responden berobat tidak dini maka dapat dilihat melalui model regresi ganda logistik (Bhisma Murti, 1997) sebagai berikut :

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_k X_k)}}$$

Dimana :

a = konstanta

b_1, b_2, \dots, b_k = koefisien regresi variabel bebas

X_1, X_2, \dots, X_k = variabel prediktor yang pengaruhnya akan diteliti

p = probabilitas untuk terjadinya "peristiwa" dari variabel tergantung

Berdasarkan nilai dari masing-masing variabel bebas yang telah dihitung melalui uji statistik regresi logistik secara multiple (ganda) maka diperoleh hasil perhitungan dari persamaan sebagai berikut :

$$p = \frac{1}{1 + e^{-\{-3,687 + 1,289(\text{sikap } 1) + 2,177(\text{percaya } 1) + 3,070(\text{tahu } 1)\}}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,72^{-\{-3,687 + 1,289 + 2,177 + 3,070\}}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,72^{-2,849}}$$

$$p = \frac{1}{1,0579}$$

$$p = 0,95 \text{ (95 persen)}$$

Dari hasil perhitungan model diatas dapat disimpulkan bahwa untuk responden yang mempunyai sikap tidak mendukung dengan kepercayaan jelek dan pengetahuan rendah maupun sedang akan mempunyai peluang untuk berobat secara tidak dini sebesar 95 persen (dengan nilai probabilitas sebesar 0,95).

5.2.3 Hubungan keteraturan berobat dengan masing-masing variabel bebas

1) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat pendidikan responden

Variabel tingkat pendidikan dalam penelitian ini dibagi menjadi tiga kategori, yaitu yang berpendidikan rendah, sedang dan tinggi. Responden yang berpendidikan rendah adalah mereka yang tidak sekolah sampai dengan tamat Sekolah Dasar, yang berpendidikan sedang adalah mereka yang telah menamatkan Sekolah Menengah Pertama sampai dengan Sekolah Menengah Atas atau sederajat, sedangkan bagi yang berpendidikan tinggi adalah responden yang minimal telah menyelesaikan pendidikan minimal setingkat D1 atau sederajat.

Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan diketahui bahwa 19 responden yang berpendidikan rendah atau 31,1 persen yang berobat tidak teratur dan 42 responden atau 68,9 persen yang berobat teratur. Selain itu 15 responden yang berpendidikan sedang atau 44,1 persen berobat tidak teratur dan 19 responden atau 55,9 persen yang berobat teratur. Adapun yang berpendidikan tinggi adalah masing-masing 2 responden atau 40,0 persen dan 3 responden atau 60,0 persen.

Untuk lebih jelasnya maka hasil dari pembahasan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5,24
**Distribusi Keteraturan Berobat
 dengan Tingkat Pendidikan Responden**

Tingkat Pendidikan	B e r o b a t				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
Rendah	42	68,9	19	31,1	61	100
Sedang	19	55,9	15	44,1	34	100
Tinggi	3	60	2	40	5	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi silang maka diperoleh gambaran bahwa jumlah responden tertinggi yang berobat teratur adalah yang berpendidikan rendah, yaitu 42 responden atau 68,9 persen sedang jumlah responden terendah yang berobat teratur adalah mereka yang berpendidikan tinggi. Demikian pula jumlah responden tertinggi yang berobat tidak teratur adalah mereka yang mempunyai tingkat pendidikan rendah yaitu 19 responden atau 31,1 persen dan jumlah responden terendah yang berobat tidak teratur adalah mereka yang berpendidikan tinggi, yaitu 2 responden atau 40 persen.

Selanjutnya pada tahap pertama dilakukan seleksi variabel bebas yang akan dimasukkan ke dalam analisis regresi logistik ganda melalui analisis regresi logistik sederhana (bivariat).

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel tingkat pendidikan responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5,25

**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
terhadap Tingkat Pendidikan Responden**

Tingkat Pendidikan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pendidikan	-	0,446	-	-	-
Pend. Rendah	-0,388	0,684	0,679	0,105	4,400
Pend. Sedang	0,169	0,862	1,184	0,175	8,021
Pend. Tinggi	-	-	-	-	Pembanding
Konstanta	-0,405	0,657	0,667	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan responden dengan keteraturan berobat. Hal ini disebabkan karena tingkat signifikansi yang ada sebesar 0,446 ($p > 0,25$) tidak masuk dalam pengujian multivariat.

2) Hubungan keteraturan berobat dengan jenis pekerjaan responden

Dari hasil pengumpulan data yang dilakukan diketahui bahwa jenis pekerjaan responden bermacam-macam, antara lain sebagai buruh, petani, nelayan dan lain-lain seperti pengrajin tangan. Diantara jenis pekerjaan tersebut terlihat bahwa diantara 41 responden yang tidak bekerja diketahui yang berobat teratur 22 responden atau 53,7 persen dan yang berobat tidak teratur 19 responden atau 46,3 persen. Bagi yang bekerja sebagai buruh 22 responden atau 14,7 persen berobat teratur dan 1 responden atau 4,3 persen yang berobat tidak teratur. Selanjutnya yang bekerja sebagai petani 7 responden atau 50 persen berobat teratur dan 7 responden atau 50 persen yang berobat tidak teratur. Adapun yang bekerja sebagai nelayan 8 responden

atau 57,1 persen yang berobat teratur dan 6 responden atau 42,9 persen yang berobat tidak teratur, sementara bagi yang mempunyai profesi lain-lain 5 responden atau 62,5 persen berobat teratur dan 3 responden atau 37,5 persen yang berobat tidak teratur.

Untuk lebih jelasnya maka hasil dari pembahasan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5,26

**Distribusi Keteraturan Berobat
dengan Jenis Pekerjaan Responden**

Jenis Pekerjaan	Berobat				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
Tidak bekerja	22	53,7	19	46,3	41	100
Buruh	22	95,7	1	4,3	23	100
Petani	7	50	7	50	14	100
Nelayan	8	57,1	6	42,9	14	100
Lain-lain	5	62,5	3	37,5	8	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Dari tabel tersebut terlihat bahwa jumlah responden yang terbanyak berobat tidak teratur adalah pada kelompok yang tidak bekerja yaitu 19 responden atau 46,3 persen sedangkan jumlah responden yang paling sedikit tidak berobat secara teratur adalah kelompok responden yang mempunyai profesi sebagai buruh yaitu 1 orang atau 4,3 persen. Selain itu jumlah responden yang terbanyak berobat secara teratur adalah kelompok yang tidak bekerja yaitu 22 responden atau 53,7 persen sedangkan jumlah responden yang paling sedikit berobat teratur adalah kelompok lain-lain yaitu 5 responden atau 62,5 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel jenis penghasilan responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5,27

**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
terhadap Jenis Pekerjaan Responden**

Jenis Pekerjaan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pekerjaan	-	0,088	-	-	-
Tidak bekerja	0,364	0,647	1,439	0,303	6,832
Buruh	-2,577	0,040	0,076	0,006	0,890
Petani	0,511	0,572	1,667	0,283	9,822
Nelayan	0,223	0,806	1,250	0,211	7,414
Lain-lain	-	-	-	-	Pembandingan
Konstanta	-0,511	0,484	0,600	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan responden yaitu buruh dengan keteraturan berobat. Nilai signifikansinya sebesar 0,040 ($p < 0,25$) sehingga masuk dalam pengujian multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara antara peneliti dengan responden. Adapun kutipan dari hasil wawancara tersebut adalah sebagai berikut :

- (1)ibu bidan yang sering bawaan obatnya pak! karena tidak ada orang..... bapaknya pergi kerja.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (2)saya kerja setiap hari.....kadang ke rumah bu Lasmi ngambil obatnya atau diantarkan ke sini.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).

- (3)suami saya kerja di Gresik pak dan obatnya kadang diambil kadang tidak.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (4)karena suami saya itu kerja pak sehingga jarang berobat ke Puskesmas.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (5)obatnya sering saya ambilkan ke rumah pak Ismail.....anu pak, kalau siang saya kerja.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa biasanya penderita tidak datang berobat ke Puskesmas disebabkan karena kesibukan pekerjaan di luar rumah. Hal seperti ini sering dilakukan oleh keluarga atau penderita sebab selain obatnya dapat diambil melalui bantuan petugas atau bidan desa, juga karena mereka lebih mengutamakan pekerjaannya yang bisa memberi penghasilan dari pada harus ke Puskesmas dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Permasalahan lainnya juga karena kemampuan ekonomi keluarga yang sangat minim sehingga mereka biasanya lebih mengutamakan penggunaan biaya tersebut untuk membantu kebutuhan keluarga sehari-hari. dari pada harus dikeluarkan hanya untuk biaya transportasi ke Puskesmas. Hal ini sesuai dengan pernyataan keluarga yang mengatakan bahwa

- (1)kami juga orang tidak punya, sebab ke Puskesmas saja harus naik omprengan dan bayar Rp. 8000 pergi pulang. Emang-emang pak.....sebab uang itu bisa digunakan untuk makan sehari-hari.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)biasanya obatnya diantarkan oleh ibu bidan. Soalnya tidak ada uang untuk ngompreng ke Puskesmas.....ongkosnya mahal.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).

Dengan demikian maka dapat diasumsikan bahwa karena kondisi ekonomi yang sangat minim sehingga keluarga atau penderita lebih mengutamakan

pekerjaannya sehingga terkadang mereka telak berobat ke Puskesmas hingga beberapa bulan.

3) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat penghasilan responden

Pengkategorian tingkat penghasilan dalam penelitian ini mengaju pada stantar UMR (Upah Minimum Regional) Tahun 2002 kabupaten Gresik yang ditetapkan berdasarkan SK. Gubernur propinsi Jawa Timur.

Dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa 32 responden atau 54,2 persen yang berpenghasilan rendah berobat teratur dan 27 responden atau 45,8 persen yang berobat tidak teratur. Demikian pula dari 32 responden yang berpenghasilan sedang, ternyata 24 responden atau 75 persen yang berobat teratur dan 8 responden atau 25 persen berobat tidak teratur. Adapun yang berpenghasilan tinggi, terdapat 8 responden atau 88,9 persen yang berobat teratur dan 1 responden atau 11,1 persen yang berobat tidak teratur.

Untuk memperjelas hasil yang sudah diperoleh dari penelitian tersebut maka dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5,28

Distribusi Keteraturan Berobat dengan Tingkat Penghasilan Responden

Tingkat Penghasilan	B e r o b a t				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
Rendah	32	54,2	27	45,8	59	100
Sedang	24	75	8	25	32	100
Tinggi	8	88,9	1	11,1	9	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi yang diperoleh diketahui bahwa jumlah responden yang paling banyak berobat tidak teratur adalah kelompok yang berpenghasilan rendah, yaitu 27 responden atau 45,8 persen, sedangkan jumlah responden yang paling sedikit berobat tidak teratur adalah kelompok responden yang berpenghasilan tinggi, yaitu 1 orang atau 11,1 persen. Selanjutnya jumlah responden terbanyak yang berobat secara teratur adalah kelompok yang berpenghasilan rendah, yaitu 32 responden atau 54,2 persen dan jumlah responden yang paling sedikit berobat teratur adalah kelompok responden yang berpenghasilan tinggi, yaitu 8 orang atau 88,9 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel jenis penghasilan responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5,29

**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
terhadap Tingkat Penghasilan Responden**

Tingkat Penghasilan	β	P	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Penghasilan	-	0,051	-	-	-
Hasil rendah	1,907	0,081	6,732	0,793	57,153
Hasil sedang	0,978	0,389	2,659	0,287	24,621
Hasil tinggi	-	-	-	-	Pembanding
Konstanta	-2,077	0,050	0,125	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan responden terhadap keteraturan berobat. Pada

kategori penghasilan rendah, tingkat signifikansinya sebesar 0,081 ($p < 0,25$), sehingga masuk dalam pengujian multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara antara peneliti dengan responden. Adapun kutipan dari hasil wawancara tersebut adalah sebagai berikut :

- (1)kami juga orang tidak punya, sebab ke Puskesmas saja harus naik omprengan dan bayar Rp. 8000 pergi pulang. Emang-emang pak.....sebab uang itu bisa digunakan untuk makan sehari-hari.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)orang lain menyuruh bapak saya agar diobatin..... tapi malah hanya didiamin saja karena tidak punya uang.....akibatnya lama-kelamaan jari-jari penderita jadi pendek-pendek (mutilasi).....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (3)karena tidak ada uang, yaa iya.....karena malu yaa iya, sehingga tidak pernah pergi berobat ke Puskesmas.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (4)biasanya obatnya diantarkan oleh ibu bidan. Soalnya tidak ada uang untuk ngompreng ke Puskesmas.....ongkosnya mahal.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa salah satu faktor yang biasanya menyebabkan penderita kusta tidak berobat secara teratur adalah karena mereka atau keluarganya tidak mempunyai biaya yang cukup untuk pergi ke Puskesmas. Dalam hal ini, meskipun obat kusta yang diperoleh secara gratis namun biaya transportasi masih merupakan suatu kendala yang membebani keluarga sehingga mereka kadang kala lebih memanfaatkan uang yang ada untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dari pada harus membiayai pengobatan penderita ke Puskesmas.

Masalah kekurangan ekonomi yang dihadapi keluarga penderita memang sangat menyedihkan sebab jangan untuk keperluan berobat, bahkan hanya untuk

keperluan makan sehari-hari saja cukup sulit. Hal ini dapat dilihat dari kondisi salah satu tempat pemukiman penderita kusta seperti dalam gambar di bawah ini :



Gambar 5.6 : Kondisi ekonomi keluarga penderita kusta di kecamatan Cerme, Foto tanggal 22 Juli 2002.

4) Hubungan keteraturan berobat menurut tingkat pengetahuan responden

Pada penelitian ini dibuat tiga kategori tingkat pengetahuan responden, yaitu pengetahuan rendah, pengetahuan sedang dan pengetahuan tinggi. Selanjutnya berdasarkan hasil pengumpulan data yang diperoleh melalui penyebaran kuesioner diketahui bahwa ada 29 responden yang berpengetahuan rendah atau 69 persen berobat teratur dan 13 responden atau 31 persen yang tidak berobat secara teratur. Selanjutnya dari 47 responden yang berpengetahuan sedang ternyata 28 orang atau 59,6 persen yang berobat teratur dan 19 orang atau 40,4 persen yang tidak berobat secara teratur. Adapun kelompok yang berpengetahuan tinggi ternyata 7 responden atau 63,6 persen yang berobat teratur sedang 4 orang lainnya atau 36,4 persen berobat tidak teratur.

Untuk lebih jelasnya hasil pengumpulan data tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.30
**Distribusi Keteraturan Berobat
dengan Tingkat Pengetahuan Responden**

Tingkat Pengetahuan	B e r o b a t				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
R e n d a h	29	69	13	31	42	100
S e d a n g	28	59,6	19	40,4	47	100
T i n g g i	7	63,6	4	36,4	11	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi silang dari data-data yang diperoleh diketahui bahwa responden yang berobat paling teratur adalah kelompok yang tingkat pengetahuannya rendah yaitu 29 atau 69 persen dan yang berobat tidak teratur paling sedikit adalah kelompok responden yang berpenghasilan tinggi yaitu sekitar 36,4 persen atau 4 orang. Walaupun demikian tetap terlihat bahwa jumlah responden yang berpengetahuan tinggi lebih banyak jumlahnya bila dibandingkan dengan responden yang berobat tidak teratur.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel tingkat pengetahuan responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5.31

**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
Terhadap Tingkat Pengetahuan Responden**

Tingkat Pengetahuan	β	P	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pengetahuan	-	0,650	-	-	-
Pength. Rendah	-0,243	0,732	0,784	0,195	3,155
Pength. Sedang	0,172	0,804	1,187	0,305	4,625
Pength. Tinggi	-	-	-	-	Pembanding
Konstanta	-0,560	0,372	0,571	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan keteraturan berobat. Hal ini dikarenakan besar tingkat signifikansi 0,650 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$).

5) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat kepercayaan responden

Dalam penelitian ini dibuat dua kategori tingkat kepercayaan responden, yaitu kepercayaan yang jelek dan kepercayaan yang baik. Dari hasil pengkodean tersebut diketahui bahwa 46 responden atau 64,8 persen yang mempunyai kepercayaan jelek dan berobat secara teratur sedangkan 25 responden atau 35,2 persen mempunyai kepercayaan jelek dan tidak berobat secara teratur. Selebihnya dari 29 responden yang mempunyai kepercayaan baik didapatkan 18 responden atau 62,1 persen yang berobat teratur dan 11 responden atau 37,9 persen yang berobat tidak teratur.

Untuk lebih jelasnya uraian tersebut dapat dilihat hasilnya dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.32
**Distribusi Keteraturan Berobat
dengan Tingkat Kepercayaan Responden**

Tingkat Kepercayaan	Berobat				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
Tdk. Mendukung	46	64,8	25	35,2	71	100
Mendukung	18	62,1	11	37,9	29	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi dari data-data yang diperoleh, diketahui bahwa responden dengan tingkat kepercayaan jelek banyak yang berobat teratur yaitu 46 orang atau 64,8 persen sedangkan yang berobat tidak teratur lebih sedikit jumlahnya pada kelompok responden yang mempunyai kepercayaan baik, yaitu 11 orang atau 37,9 persen.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel tingkat kepercayaan responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5.33
**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
terhadap Tingkat Kepercayaan Responden**

Tingkat Kepercayaan	β	P	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Mendukung	-	-	-	-	Pembandingan
Tdk mendukung	-0,117	0,797	0,889	0,364	2,175
Konstanta	-0,492	0,198	0,611	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat kepercayaan dengan keteraturan berobat. Hal ini dikarenakan besar tingkat signifikansi 0,797 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$).

6) Hubungan keteraturan berobat dengan kategori sikap responden

Pada penelitian ini dibuat tiga kategori sikap responden, yaitu tidak mendukung, kurang mendukung dan sikap mendukung. Selanjutnya berdasarkan hasil pengumpulan data yang diperoleh melalui penyebaran kuesioner diketahui bahwa hanya dua kategori sikap responden terhadap pengobatan penderita kusta, yaitu tidak mendukung, kurang mendukung dan tidak ada yang mendukung. Hal ini terlihat bahwa dari 49 responden yang mempunyai sikap tidak mendukung, 27 responden atau 55,1 persen yang berobat teratur dan 22 responden atau 44,9 persen yang berobat tidak teratur. Adapun selebihnya 37 responden atau 72,5 persen yang kurang mendukung dan berobat teratur sedangkan 14 responden atau 27,5 persen tidak berobat dengan teratur.

Untuk lebih jelasnya uraian tersebut dapat dilihat hasilnya dalam tabel berikut ini :

Tabel 5.34
Distribusi Keteraturan Berobat
dengan Kategori Sikap Responden

Kategori Sikap	Berobat				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
Tdk. mendukung	27	55,1	22	44,9	49	100
Krg. mendukung	37	72,5	14	27,5	51	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi dari data-data yang diperoleh diketahui bahwa 37 responden atau 72,5 persen dengan sikap kurang mendukung berobat teratur sedangkan 22 responden atau 44,9 persen yang tidak mendukung berobat secara tidak teratur. Hal ini menunjukkan bahwa semakin tidak mendukung sikap responden maka semakin cenderung untuk berobat tidak teratur. Begitu pula sebaliknya semakin baik sikap responden maka semakin cenderung membuat penderita berobat secara teratur.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel kategori sikap responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5.35

**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
terhadap Kategori Sikap Responden**

Kategori Sikap	β	P	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Mendukung	-	-	-	-	Pembandingan
Tdk.mendukung	0,767	0,071	2,153	0,936	4,957
Konstanta	-0,972	0,002	0,378	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap responden yang tidak mendukung terhadap keteraturan berobat.pada penderita kusta. Pada kategori sikap yang tidak mendukung, tingkat signifikansinya sebesar 0,071 ($p < 0,25$), sehingga masuk dalam pengujian secara multivariat.

Hasil uji tersebut didukung dengan data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara antara peneliti dengan responden. Adapun kutipan dari hasil wawancara tersebut adalah sebagai berikut :

- (1)tidak pernah saya bawa berobat ke Puskesmas.....tapi saya bawa berobat ke pak Chamim (petugas kusta Puskesmas Mentaras), karena saya malu kalau dibawa ke Puskesmas.....nanti orang lain jadi tahu.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)obatnya sering diminum sendiri tanpa diawasi sebab penderita juga ingin sembuh.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (3)kadang-kadang tidak mengakui keluarganya bila menderita kusta..... bahkan marah kalau keluarganya dikatakan sakit kusat.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (4)penderita pergi sendiri berobat ke Puskesmas, tidak perlu ditemanin karena sudah dewasa.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh responden dari Puskesmas Cerme).
- (5)semua saudara di atas tidak mau merawat Sawiyah lalu dipindahkan ke tempat ini.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita SW dari Puskesmas Sangkapura).
- (6)Sawiyah selama ini hanya dibawakan obatnya dengan ibu bidan, tapi tidak pernah diawasi bila minum obat.....yaa dia itu sudah besar pak.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita SW dari Puskesmas Sangkapura).
- (7)anak saya tidak pernah dibawa berobat ke Puskesmas.....malu pak bila dilihat orang dan takut jika diketahui tetangga.....jadi saya hanya ambilkan obatnya di rumah pak Ismail.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (8)saya pernah bawah ke dukun tapi tidak sering..... anak saya tidak pernah pergi berobat ke Puskesmas, tapi obatnya saya ambilkan ke rumah pak Ismail.....malu pak, orang-orang di Puskesmas tahu dengan saya..... (Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui dengan jelas bahwa sikap keluarga sangat tidak mendukung upaya berobat teratur yang dilakukan oleh penderita. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan keluarga yang mengatakan bahwa penderita hanya diobati ke rumah petugas dan bukan ke Puskesmas karena malu bila

dilihat orang. Selain itu, beberapa keluarga hanya membiarkan penderita berobat sendiri ke Puskesmas dan juga tidak berusaha mengawasi pada saat obatnya diminum dengan alasan bahwa penderita sudah dewasa dan juga ingin sembuh. Dalam kondisi semacam ini meskipun penderita pada dasarnya memang bisa melakukan hal itu, namun sebagai keluarga sudah seharusnya ikut membantu proses pengobatan yang dilakukan oleh penderita.

Selain itu mereka juga tidak menerima kalau keluarganya dikatakan menderita penyakit kusta, bahkan cenderung ditutup tutupi jika ada keluarganya yang terkena penyakit tersebut. Bagi sebagian keluarga yang diponis semacam itu, biasanya mereka tidak mau lagi berobat ke Puskesmas dan keselamatan petugas pun ikut terancam jika berani mengatakan seperti itu. Hal ini sering terjadi di beberapa daerah penelitian, bahkan pak Ismail (petugas Puskesmas kecamatan Tambak) pernah hampir dibunuh oleh keluarga penderita hanya karena mengatakan bahwa keluarganya terkena penyakit “jube” atau penyakit kusta.

Dalam hal ini perasaan takut keluarga terhadap penyakit kusta sangat berlebihan sehingga bila ketahuan ada keluarganya yang terkena penyakit kusta maka mereka tidak segang-segang menceraikan istrinya atau suaminya sekali pun, seperti yang terlihat pada gambar 5.6. Bila masalahnya sudah seperti ini maka jelas bahwa keteraturan berobat pada penderita kusta akan menemui berbagai kendala.

7) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat kebiasaan responden

Pada penelitian ini pengkategorian tingkat kebiasaan meliputi tiga hal, yaitu tidak baik, kurang baik dan kebiasaan yang baik. Berdasarkan hal tersebut maka

diketahui bahwa dari 33 responden yang mempunyai kebiasaan tidak baik, 19 orang diantaranya atau 57,6 persen yang berobat teratur sedangkan 14 orang lainnya atau 42,4 persen yang berobat tidak teratur. Selain itu dari 59 responden yang mempunyai kebiasaan yang kurang mendukung ternyata 41 diantaranya atau 69,5 persen berobat teratur dan 18 orang atau 30,5 persen yang berobat tidak teratur. Adapun selebihnya 4 responden atau 50 persen mempunyai kebiasaan mendukung yang berobat teratur sedangkan 4 orang lainnya atau 50 persen yang tidak berobat dengan teratur.

Untuk lebih jelasnya tentang hasil pembahasan tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.36
**Distribusi Keteraturan Berobat
dengan Tingkat Kebiasaan Responden**

Tingkat kebiasaan	Berobat				Total	%
	Teratur	%	T.Teratur	%		
Tdk. Mendukung	19	57,6	14	42,4	33	100
Krg. Mendukung	41	69,5	18	30,5	59	100
Mendukung	4	50	4	50	8	100
Jumlah	64	64	36	36	100	100

Sumber : Data primer

Berdasarkan hasil tabulasi dari data-data yang diperoleh diketahui bahwa 18 responden atau 30,5 persen yang mempunyai kebiasaan kurang baik berobat dengan tidak teratur sedangkan 4 responden atau 50 persen yang mempunyai kebiasaan baik berobat secara teratur.

Adapun hasil perhitungan uji regresi logistik bivariat untuk variabel kategori sikap responden terhadap pengobatan teratur pada penderita kusta dapat dilihat hasilnya pada tabel berikut ini :

Tabel 5.37

**Hasil Uji Regresi Logistik Keteraturan Berobat
Terhadap Tingkat Kebiasaan Responden**

Tingkat kebiasaan	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Kebiasaan	-	0,365	-	-	-
Tdk. Mendukung	-0,305	0,699	0,737	0,157	3,466
Krg. Mendukung	-0,823	0,280	0,439	0,099	1,953
Mendukung	-	-	-	-	Pembimbing
Konstanta	0,000	1,000	1,000	-	-

Sumber : Data primer

Dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat kebiasaan dengan keteraturan berobat. Hal ini dikarenakan besar tingkat signifikansi 0,365 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$).

8) Hubungan keteraturan berobat dengan pekerjaan, penghasilan dan sikap responden

Dari hasil pengujian statistik regresi logistik bivariat diperoleh hasil bahwa ada 3 (tiga) variabel yang memiliki hubungan yang bermakna dengan keteraturan berobat, yaitu variabel pekerjaan, penghasilan dan sikap. Hasil pengujian secara multivariat tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.38

Hasil Uji Regresi Logistik Multivariat Antara Keteraturan Berobat dengan Pekerjaan, Penghasilan dan Sikap Responden

Variabel bebas	β	p	Exp (B)	CI 95 %	
				Minimum	Maksimum
Pekerjaan	-	0,040	-	-	-
Tidak bekerja	0,690	0,438	1,993	0,349	11,391
Buruh	-2,740	0,037	0,065	0,005	0,852
P e t a n i	0,760	0,469	2,137	0,273	16,727
Nelayan	0,383	0,702	1,466	0,206	10,416
Penghasilan	-	0,011	-	-	-
Hasil rendah	2,495	0,029	12,121	1,295	113,432
Hasil sedang	1,134	0,334	3,107	0,311	31,050
Sikap tdk dukung	1,050	0,038	2,859	1,059	7,719
Konstanta	-3,135	0,026	0,044	-	-

Sumber : Data primer

Dari 3 (tiga) variabel yang masuk dalam pengujian, ternyata ke 3 (tiga) variabel tersebut memiliki hubungan bermakna dengan ketidak teraturan berobat pada penderita kusta. Hal ini dapat dilihat dari nilai signifikasinya yang dibandingkan dengan nilai alpha sebesar 0,05 sebagai berikut :

Pertama, dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan responden seperti buruh terhadap ketidak teraturan berobat pada penderita kusta dengan nilai signifikansi sebesar 0,037 ($p < 0,05$).

Kedua, dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan rendah responden terhadap ketidak teraturan berobat pada penderita kusta dengan nilai signifikansi sebesar 0,029 ($p < 0,05$).

Ketiga, dari hasil perhitungan di atas dapat dilihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap keluarga yang tidak mendukung terhadap ketidak teraturan berobat pada penderita kusta dengan nilai signifikansi sebesar 0,038 ($p < 0,05$).

Dengan demikian maka untuk mengetahui kemungkinan penyebab responden berobat secara tidak teratur maka dapat dilihat melalui persamaan regresi logistik ganda sebagai berikut :

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(a + b_1 X_1 + b_2 X_2 + \dots + b_k X_k)}}$$

Dimana :

a = konstanta

b_1, b_2, \dots, b_k = koefisien regresi variabel bebas

X_1, X_2, \dots, X_k = variabel prediktor yang pengaruhnya akan diteliti

p = probabilitas untuk terjadinya "peristiwa" dari variabel tergantung

Berdasarkan nilai dari masing-masing variabel bebas yang telah dihitung melalui uji statistik regresi logistik secara multivariat maka diperoleh hasil perhitungan dari persamaan sebagai berikut :

$$p = \frac{1}{1 + e^{-\{-3,135 - 2,740 (\text{kerja } 2) + 2,495 (\text{hasil } 1) + 1,05 (\text{sikap } 1)\}}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,72^{-\{-3,135 - 2,740 + 2,495 + 1,05\}}}$$

$$p = \frac{1}{1 + 2,72^{-2,33}}$$

$$p = \frac{1}{1,097}$$

$$p = 0,912 \text{ (91,2 persen)}$$

Dari hasil perhitungan persamaan diatas dapat disimpulkan bahwa untuk responden yang pekerjaannya sebagai buruh dengan penghasilan rendah dan mempunyai sikap yang kurang mendukung akan mempunyai peluang untuk berobat secara tidak teratur sebesar 91,2 persen (dengan nilai probabilitas sebesar 0,912).





BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Seperti diketahui bahwa masalah penyakit kusta sudah ada sejak dahulu kala dan sampai saat ini penyakit tersebut masih merupakan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis akan tetapi meluas sampai pada masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional.

Berbagai permasalahan tersebut diasumsikan sebagai pemicu terjadinya kegagalan dalam program eliminasi kusta pada tahun 2000 lalu. Hal itu disebabkan karena penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti oleh masyarakat, keluarga dan termasuk sebagian dari petugas kesehatan itu sendiri (Depkes R.I., 1998). Permasalahan tersebut terjadi karena kurangnya pengetahuan, sikap yang tidak mendukung dan kepercayaan yang keliru terhadap penyakit kusta itu sendiri.

Untuk menjawab asumsi tersebut maka dilakukan penelitian ini yang hasil-hasilnya akan diuraikan dalam pembahasan berikut ini :

6.1 Hubungan pengobatan dini dengan masing-masing variabel bebas

Dalam hal ini akan dibahas berbagai variabel yang mempengaruhi pengobatan dini pada penderita kusta, antara lain :

1) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat pendidikan keluarga

Berdasarkan teori dari Grenn (1990) yang menyatakan bahwa pendidikan merupakan salah satu unsur dari faktor predisposisi (penentu) yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Demikian pula menurut Sugeng (1991)

bahwa pendidikan akan membuat seseorang lebih berpandangan luas, bertindak dan berfikir secara rasional sehingga orang yang berpendidikan akan lebih mudah memahami informasi-informasi kesehatan (Soekidjo, 1984).

Meskipun demikian, pada penelitian ini ternyata tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan pengobatan dini. Hal itu dikarenakan besar tingkat signifikansi keluarga yang berpendidikan rendah adalah 0,802 dan untuk yang berpendidikan sedang adalah 0,940 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Gurendro (1996) tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat penderita kusta di kabupaten Nganjuk yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan tidak berpengaruh terhadap keteraturan berobat pada penderita kusta.

Hal ini diasumsikan terjadi karena pengetahuan tentang penyakit kusta, termasuk dalam hal tata cara pengobatan penderita kusta tidak pernah didapatkan pada pendidikan formal melainkan hanya diperoleh dari media massa lainnya seperti surat kabar, radio dan televisi sehingga kesadaran untuk berobat dini bisa dilakukan dengan baik tanpa harus mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi. Jadi dapat dikatakan bahwa upaya pengobatan dini dapat dilakukan oleh seluruh penderita kusta bila keluarga mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup untuk hal itu dan bukan disebabkan karena tingkat pendidikan formal yang dimiliki oleh mereka. Hal ini sesuai dengan fakta lapangan yang diketahui bahwa ada beberapa penderita yang tergolong cacat tingkat 1 dan 2 namun keluarganya termasuk berpendidikan. Selain itu ada pula beberapa penderita yang tidak cacat tetapi keluarganya termasuk berpendidikan rendah.

2) Hubungan pengobatan dini dengan jenis pekerjaan keluarga

Menurut Allport (1937) bahwa salah satu kekuatan dasar yang mempengaruhi kepribadian seseorang dalam bertindak adalah lingkungan. Para pakar teori umumnya sepakat bahwa kekuatan dan pengaruh lingkungan sangatlah penting dalam pembentukan kepribadian seseorang, misalnya dalam hal lingkungan sosial budaya dimana orang yang bersangkutan hidup dan berkembang.

Meskipun demikian kontribusi keluarga terhadap penderita seperti ini sangatlah kurang, sebab mereka biasanya merasa takut dan malu (*leprophoby*) bila ada keluarganya yang terkena penyakit kusta. Mereka kadang kala hanya membiarkan begitu saja dan seolah-olah tidak menghiraukan penderita meskipun mereka bekerja atau pun tidak bekerja. Jadi dapat dikatakan bahwa bila penderita kusta mau berobat atau tidak, itu tergantung dari kesadarannya sendiri tanpa dipengaruhi oleh kondisi keluarga yang bekerja atau tidak bekerja. Sehubungan dengan hal tersebut maka ada beberapa penderita kusta yang berobat dini tetapi keluarganya justru sibuk bekerja, dan juga ada beberapa penderita yang tidak berobat dini tetapi justru keluarganya hanya di rumah atau tidak mempunyai pekerjaan yang tetap.

Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan pengobatan dini. Alasannya karena nilai signifikansi yang diperoleh 0,563 ($p > 0,25$).

Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Yuniarti (1999) tentang faktor risiko yang mempengaruhi kecacatan penderita kusta di kotamadya Surabaya yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan tingkat kecacatan.

3) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat penghasilan keluarga

Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Propinsi Jawa Timur, Nomor 188 / 1 / KPTS / 013 / 2002, Tanggal 19 Desember 2002 tentang Penetapan Upah Minimum Kabupaten / Kota di Jawa Timur, maka selanjutnya UMR (Upah Minimum Regional) yang dijadikan sebagai standar dalam penelitian ini adalah Rp. 453.000. Bila ketetapan ini dibandingkan dengan jenis pekerjaan serta penghasilan yang dimiliki oleh keluarga penderita kusta maka umumnya tidak sesuai dengan jumlah standar tersebut.

Meskipun demikian perlu diketahui bahwa tidak selamanya orang yang berpenghasilan rendah tidak berobat secara dini, apalagi mereka hanya berobat pada awal mulanya saja dan itu pun mereka biasanya baru berobat setelah ditemukan oleh petugas kesehatan melalui kegiatan RVS (*Relief Village Survey*) atau *School Survey*.

Hal ini terbukti dari beberapa penderita kusta yang ada di masyarakat dan termasuk dalam kategori keluarga miskin namun ternyata tidak dalam kondisi cacat. Jadi dapat dikatakan bahwa cacat atau tidaknya penderita kusta tergantung dari cepat atau lambatnya penderita tersebut ditemukan lalu diobati dan bukan disebabkan karena keterbatasan ekonomi. Permasalahan semacam ini biasanya terjadi hanya karena malu datang ke Puskesmas atau tidak mengerti tanda dini penyakit kusta (Depkes R.I., 1996) sehingga keluarga penderita cenderung membiarkan begitu saja.

Masalah tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan dengan pengobatan dini. Hal ini dikarenakan tingkat signifikansi 0,454 lebih besar bila dibandingkan dengan 0,25 ($p > 0,25$).

4) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat pengetahuan keluarga

Unsur pengetahuan responden yang ingin dipahami dalam penelitian ini adalah pengertian penyakit kusta, penyebab dan tipe penyakit kusta, gejala dini dan proses penularan penyakit kusta, termasuk hal-hal yang menyangkut tentang proses pengobatan dan pencegahan penyakit kusta.

Pada kenyataannya bahwa sebagian besar kegagalan dalam pengobatan penderita disebabkan oleh faktor sikap dan perilaku seseorang yang kurang mengerti dalam upaya pengobatan yang diterimanya. Hal tersebut didasari karena tingkat pengetahuan yang sangat rendah tentang masalah kusta, terlebih karena keluarga tersebut biasanya belum pernah memperoleh informasi yang benar tentang masalah penyakit kusta. Dalam hal ini Green (1980) mengemukakan bahwa pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perilaku, karena pengetahuan merupakan salah satu unsur dari diri seseorang dalam berperilaku. Selain itu Rogers (1971) berpendapat bahwa perilaku kesehatan seseorang akan melalui suatu proses pentahapan dan salah satu tahapan tersebut adalah adanya pengetahuan sehingga dengan pengetahuan itu seseorang akan lebih mudah menerima perilaku secara sadar dari pada seseorang yang tidak mempunyai pengetahuan yang memadai tentang hal tertentu (Soekidjo, 1993).

Menurut Rosenstock (1974) dalam konsep HBM (*Health Belief Model*) bahwa orang tidak akan mencari pertolongan medis atau pencegahan penyakit bila mereka kurang mempunyai pengetahuan dan motivasi minimal yang relevan dengan kesehatannya. Selain itu menurut Kasl dan Cobb (1966) dalam tulisan Fauzi (1995 : 103) menyebutkan bahwa seseorang harus menyadari terlebih dahulu gejala

penyakit tersebut sebagai suatu masalah, kemudian mengunjungi dokter atau Puskesmas sebagai suatu tindakan yang tepat. Hal ini senada dengan pendapat Taylor (1991) yang mengatakan bahwa penentuan pengobatan pada anggota keluarga yang menderita penyakit tertentu biasanya agak terlambat karena disebabkan tidak adanya rasa sakit yang ditimbulkan, terlebih karena mereka tidak mengetahui gejala dini dari penyakit tersebut. Selain itu juga bisa disebabkan karena sudut pandang yang berbeda-beda dari keluarga dan respon subyektif dari penderita itu sendiri dan lingkungannya.

Berdasarkan teori di atas jelas bahwa keluarga penderita yang notabennya memiliki tingkat pengetahuan yang sangat rendah tentang penyakit kusta tentu tidak akan mengupayakan pengobatan dini seperti yang diharapkan apabila mereka belum memperoleh informasi yang cukup tentang penyakit kusta. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian ini yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan responden terhadap pengobatan dini, yaitu pada kategori tingkat pengetahuan rendah dan sedang. Pada kategori pengetahuan rendah, tingkat signifikansinya sebesar 0,003 ($p < 0,25$) sedangkan pada kategori tingkat pengetahuan sedang nilai signifikansinya sebesar 0,010 ($p < 0,25$).

Jika dibandingkan dengan hasil pengujian secara multivariat maka hasilnya tidak jauh berbeda. Hasil pengujian secara multivariat menunjukkan bahwa pengetahuan keluarga pada kategori tingkat pengetahuan rendah memiliki hubungan yang bermakna terhadap pengobatan dini dengan nilai signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$), sedangkan pada tingkat pengetahuan sedang memiliki hubungan yang bermakna dengan pengobatan dini dengan tingkat signifikansi sebesar 0,037.

Hal ini didukung oleh pernyataan keluarga penderita yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam sebagai berikut :

1) Pengetahuan responden tentang penyebab penyakit kusta

- a. i ya, pakaian, piring dan gelas saya pisahkan. Pakaiannya saya cuci sendiri, begitu pula piring dan gelas penderita saya cuci sendiri dengan sabun. Kalau dicampur khan kasihan.....nanti saudaranya tertular (Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- b. penyakit ini terjadi karena ulatnya meletik pada orang lain... (Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- c.takut pak bila menular, yaa.....siapa tahu pak1.....katanya orang kalau darahnya sama akan menular.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

(2) Pengetahuan responden tentang gejala awal penyakit kusta

- a.pertama-tama seperti panu, lalu berubah menjadi kadas dan langsung menjadi brindul-brindul seperti digigit nyamuk.....saya kira apakah itu gatal atau kadas..... (Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- b.meh sami, drijine penyakit buduken niku nyerang sak badan.....tapi nek penyakit lepra, drijine sing sakit mrotholi (hampir sama, tapi penyakit buduken itu yang diserang sekujur tubuh, tapi kalau penyakit lepra jarinya bisa putus-putus).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- c.tanda awalnya, jika orang itu mukanya kelihatan bengkak.....ada luka dan cara jalannya agak dilempar karena tulang-tulanganya tidak sempurna... (Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari dariPuskesmas Cerme).

(3) Pengetahuan responden tentang cara pengobatan penyakit kusta

- a. pernah, saat itu saya bawa ke dukun..... itu penyakit gatal kemudian disuruh makan dagin kadal. Saat itu saya kaget..... biasanya yang makan dagin kadal itu adalah orang yang sakit lepra. Saat itu terfikir oleh saya..... jangan-jangan anak saya sakit lepra.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- b.tidak pernah saya bawah berobat ke Puskesmas.....tapi saya antar ke rumah pak Chamim (petugas kusta puskesmas Mentaras).....karena saya malu kalau dibawa ke Puskesmas.....nanti orang lain tahu.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- c.kebanyakan mereka berobat keluar daerahnya.....karena malu kalau ketahuan oleh orang lain.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).

- d.berobat ke dukun.....langsung ke kyai.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- e.saya sarangkan berobat ke dukun. Jarak Puskesmas jauh dan tidak ada kendaraan.....menurut saya dukun disini itu manjur dalam mengobati dan tidak perlu bayar banyak.....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- f.selain ke Puskesmas juga ke dukun dan mbah nya itu mengatakan penyakit tersebut bukan lepra, tapi “ sawan “.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa tingkat pengetahuan keluarga tentang penyebab penyakit kusta, gejala awal dan cara pengobatannya masih sangat kurang. Hal ini terlihat pada sejumlah keluarga yang mengatakan bahwa penyebab penyakit kusta bisa karena melalui pakaian, piring atau gelas bekas penderita dan bisa juga terjadi karena ulatnya meletik pada orang lain, atau karena adanya persamaan darah.

Selanjutnya pada pernyataan keluarga tentang gejala dini penyakit kusta juga umumnya salah persepsi, seperti yang mengatakan bahwa awal mulanya berupa bengkak-bengkak, luka dan cara jalannya agak dilempar atau pernyataan yang mengatakan bahwa jika penyakit buduken yang diserang adalah sekujur tubuh, tetapi pada penyakit lepra jarinya bisa putus-putus.

Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan keluarga untuk memahami penyebabnya dan melakukan upaya deteksi awal masih sangat kurang sehingga tidak mengherankan jika banyak penderita kusta yang datang berobat ke Puskesmas sudah dalam kategori cacat tingkat 1 dan 2. Kondisi ini lebih diperparah lagi karena akibat kepercayaan yang salah sehingga kebanyakan keluarga justru mencari upaya penyembuhan pertama kali dengan berobat ke dukun dan setelah kondisinya parah

baru berobat ke petugas kesehatan, itu pun biasanya hanya ke rumah petugas pada malam hari atau sekaligus berobat ke Puskesmas lain di luar daerahnya sendiri.

Berbagai cara tersebut dilakukan karena disamping keluarga penderita belum tahu tentang cara pengobatan yang benar untuk menyembuhkan penyakit kusta, juga pada umumnya keluarga yang terkena penyakit tersebut sangat merasa malu dan khawatir bila diketahui oleh orang lain sehingga mereka melakukan upaya penyembuhan dengan cara sembunyi-sembunyi.

Berbagai pernyataan tersebut sangat memprihatinkan sehingga tidak mengherankan jika proporsi tingkat kecacatan kusta pun meningkat dari 14 persen pada tahun 2000 menjadi 16 persen pada tahun 2001 di kabupaten Gresik (Dinkes kabupaten Gresik, 2002) dan bila hal tersebut dibandingkan dengan target nasional yang 10 persen maka hasilnya pun masih cukup tinggi.

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Gurendro (1996) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat penderita kusta di Nganjuk yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan keteraturan berobat penderita kusta.

5) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat kepercayaan keluarga

Dalam konsep TPB (*The Theory of Planned Behavior*) diasumsikan bahwa semua faktor termasuk demografis dan lingkungan berlaku pada pola perilaku dan tidak secara terpisah mempengaruhi perilaku seseorang (Montono, 1986). Dalam konsep tersebut dianggap bahwa ada alasan yang menentukan motivasi individu untuk berperilaku. Alasan-alasan tersebut membentuk kepercayaan perilaku dan

normatif seseorang, menentukan norma sikap dan subyektifnya serta mengesampingkan apakah kepercayaannya tadi rasional, logis atau benar menurut standar obyektif.

Kosa dan Robertson (1942) mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan biologi. Kenyataannya memang demikian sebab setiap individu mempunyai cara yang berbeda-beda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan meskipun gangguan yang dialaminya adalah sama. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan oleh penderita terhadap gangguan yang dialaminya, dan merupakan bagian integral dari interaksi sosial pada umumnya.

Sejalan dengan hal di atas maka Lang (1912 : 58) dalam buku sejarah teori antropologi menyebutkan bahwa dalam jiwa manusia ada suatu kemampuan gaib yang dapat bekerja lebih kuat dengan keterbatasan daya fikir manusia secara rasional. Karena itu gejala gaib tersebut bisa bekerja lebih kuat terhadap beberapa orang yang tidak aktif dalam menggunakan fikirannya.

Dengan demikian maka sudah jelas bahwa kondisi keluarga penderita dengan berbagai pemahaman yang keliru tentang penyakit kusta tentu akan mempengaruhi pola perilakunya terhadap penderita yang bersangkutan. Hal ini sesuai dengan teori di atas yang menyebutkan bahwa unsur kepercayaan biasanya diwarnai dengan aspek budaya yang mereka anut dan terima dari lingkungan sekitarnya serta

diwariskan dari generasi ke generasi secara turun temurun (Koentjaraningrat, 1987), seperti yang dikutip dari pernyataan keluarga penderita kusta sebagai berikut :

- (1)saya hanya berobat ke dukun saja untuk menanyakan penyakit anak saya dan sekaligus berobat.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)kalau darahnya sama khan bisa terkena penyakit judam.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (3)bisa saja karena guna-guna.....sebab orang yang berbuat salah akan dimusuhi dan kalau tidak bisa membalas dengan tangan.....yaa pakai guna-guna.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (4)i ya percaya juga berobat ke kyai, sebab ucapan dan doa kyai itu mandhi (mujarab). (Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (5)mungkin juga karena salah makan.....sebab setiap kali makan dagin ayam yang makan obat (ayam potong) kulitnya langsung muncul brindul-brindul.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (6)sering ke .dukun ngobati Nur Azizah..... soalnya khawatir pak! dengan penyakit jelek itu.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (7)kadang nggih kulo saranaken berobat dateng dukun. Puskesmas tebih saking griyo.....boten wonten kendaraan. Miturut kulo.....dukun wonten mriki pinter.....mbayare bote kathah. (kadang-kadang saya sarankan berobat ke dukun. Jarak Puskesmas jauh.....dan tidak ada kendaraan. Menurut saya, dukun di sini itu manjur dalam mengobati dan tidak perlu bayar banyak)..... (Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (8)natos pak, waktu mantu kulo wonten mriki rasane kulo apes terus.....(pernah pak, semenjak menantu saya ada di sini.....saya terus mendapat apes).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (9)penyakit ini bisa terjadi karena kutukan Tuhan.....karena dulu bapak saya kwalat, dia kawin lagi tanpa sepengetahuan keluarga lainnya.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (10)pernah ke dukun lalu mbah itu tanya.....apakah ada keluarga yang seperti ini?.....keluarga jawab tidak ada, lalu dukun itu mengatakan kalau penyakit tersebut bukan lepra tapi sawan...(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (11)dulu selalu berobat ke dukun dan juga kadang ke Kyai.....tapi setelah keluarga kehabisan uang untuk pengobatan ke dukun lalu dibiarka saja..... (Tn. MI 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (12)mungkin karena keturunan, soalnya dasarnya sama.....(Tn. MI 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

- (13) Tapi kalau melihat keluarga yang dulu sakit begini.....menurut saya ngak ada yang bisa disembuhkan..... semuanya meninggal, pasti begitu semua..... dan tinggal Sawiyah sendiri.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui bahwa kebanyakan penderita mencari pengobatan ke dukun atau ke kyai pada awalnya disebabkan karena mereka sendiri percaya kalau penyakit tersebut terjadi karena kutukan Tuhan, karena guna-guna atau karena salah makan, dan tidak satu pun yang percaya jika penyakit tersebut terjadi karena akibat kuman. Dengan demikian maka dapat dikatakan bahwa upaya penyembuhan alternatif seperti itu dilakukan sebagai kounter terhadap sejumlah pemahaman yang keliru tentang kusta itu sendiri. Hal ini sesuai dengan pendapat Soemardjan (1992 : 142 – 147) dalam buku Antropologi Kesehatan Indonesia yang menyebutkan bahwa jika kepercayaan penyakit itu bersumber dari lingkungan spritual, maka cara penyembuhannya pun harus bersifat spritual.

Dalam hal ini berbeda dengan penderita yang berobat ke Puskesmas lain atau ke rumah petugas pada malam hari. Cara tersebut dilakukan semata-mata karena mereka merasa malu jika orang lain mengetahui bahwa ada keluarganya yang terkena penyakit kusta. Alasannya karena perasaan semacam itu muncul ketika mereka tidak bisa menerima kalau ada keluarganya yang terkena penyakit kusta dan juga mereka tidak mau menerima kalau keluarganya dikatakan mempunyai keturunan yang berpenyakit kusta. Masalahnya penyakit tersebut di masyarakat diyakini sebagai penyakit keturunan sehingga mereka berusaha menghindar dengan berbagai cara agar keluarganya tidak dikatakan mempunyai keturunan yang berpenyakit kusta. Berbagai cara yang dilakukan oleh keluarga seperti itu merupakan suatu hal yang bertujuan

1980). Berbagai konsekuensi sosial tersebut membuat penderita kusta seolah-olah tidak dimanusiakan lagi oleh masyarakatnya, bahkan status apapun yang disandang karena menderita penyakit kusta merupakan status yang mati secara sosial dan tidak mempunyai peranan sedikit pun dalam masyarakat.

Kondisi semacam ini bila dihubungkan dengan aspek sikap, maka menurut Secord dan Backman (1964) bahwa seseorang akan memberi reaksi dalam bentuk perasaan yang sedih (afeksi), pemikiran yang kalut (kognisi) dan tindakan yang tidak sesuai dengan yang diharapkan (konasi). Respon semacam ini disebabkan karena adanya reaksi emosional seperti kecemasan dan kekhawatiran terhadap berbagai permasalahan kusta yang sangat ditakuti oleh hampir sebagian besar masyarakat, termasuk bagi keluarga penderita itu sendiri

Sehubungan dengan itu maka berdasarkan hasil uji statistik bivariat ternyata ada hubungan yang bermakna antara sikap keluarga yang tidak mendukung terhadap pengobatan dini dengan tingkat signifikansi sebesar 0,007 ($p < 0,25$) dan dalam pengujian secara multivariat juga memiliki hubungan yang bermakna terhadap pengobatan dini dengan nilai signifikansinya sebesar 0,019 ($p < 0,05$).

Hasil uji tersebut didukung oleh data kualitatif yang diperoleh dari pernyataan beberapa keluarga penderita kusta sebagai berikut :

- (1) dangu-dangu kulo mboten betah, lajeng kulo usir saking mriki.....amargi ngrepotaken keluarga. Adus piyambak mboten saged.....ngrawate niku lho pak.....repot! sak niki mantu kulo wonten lamongan.....sing ngrawat nggih tiyang sepuhe, kulo mboten ngurusi. (lama-lama saya tidak betah, lalu saya suruh pulang soalnya bikin repot keluarga. Mandi sendiri saja tidak bisa, merawatnya itu lho pak bikin repot, tapi sekarang menantu saya ada di Lamongan..... yang merawat kan orang tuanya sendiri. Jadi sekarang Saya tidak mengurus lagi).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).

- (2)penderita tidak pernah berobat ke Puskesmas karena malu bila dilihat oleh orang lain di kampung ini.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (3)lebih baik dibuatkan sekat sendiri dan dipisahkan dari keluarga agar tidak menular, kalau perlu dibuatkan rumah sendiri.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (4)semua keluarga lepas tangan untuk merawat Sawiyah lalu ditinggalkan seorang diri.....(Tn. MI 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (5)malahan saya mau bawa Nur Azizah jauh-jauh kalau ada uang, tapi..... mau kemana pak ?..... saya ngak punya siapa-siapa.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut diketahui dengan jelas bahwa sikap keluarga sangat tidak mendukung upaya pengobatan dini yang dilakukan oleh penderita. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan keluarga yang mengatakan bahwa selain mereka merasa malu untuk membawa penderita berobat ke Puskesmas, juga mereka tidak betah tinggal bersama dengan penderita sehingga tidak mengherankan jika ada penderita yang ditinggalkan (lihat gambar 5.3) atau diusir dari rumah oleh mertua (lihat gambar 5.5) serta diceraikan oleh suaminya (lihat gambar 5.6).

7) Hubungan pengobatan dini dengan tingkat kebiasaan keluarga

Berdasarkan berbagai permasalahan kusta yang telah diuraikan di atas maka dari hasil pengujian secara bivariat tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat kebiasaan keluarga yang tidak mendukung terhadap pengobatan dini dengan tingkat signifikansi sebesar 0,045 ($p < 0,25$). Namun demikian setelah dilakukan pengujian secara multivariat ternyata tingkat kebiasaan keluarga tidak mempengaruhi pengobatan dini penderita kusta dengan tingkat signifikansi sebesar 0,488 ($p > 0,05$).

Hal ini mungkin disebabkan karena adanya faktor lain yang pengaruhnya lebih dominan terhadap variabel ini, seperti tingkat kepercayaan yang tidak mendukung, tingkat pengetahuan yang rendah dan sedang serta sikap yang tidak mendukung sehingga hasilnya tidak bermakna. Selain itu mungkin juga karena kebiasaan tampak tidak mudah diperlihatkan bagi mereka yang keluarganya menderita sakit kusta sebab mereka umumnya merasa malu dan takut bila orang lain mengetahui bahwa ada keluarganya yang menderita penyakit kusta. Dengan demikian maka informasi yang hanya diperoleh melalui hasil tanya jawab dengan kuesioner dianggap tidak cukup menggambarkan kebiasaan yang sesungguhnya (cenderung ditutup-tutupi) sebab meskipun penderita menyadari akan adanya berbagai risiko yang dapat ditimbulkan oleh penyakit kusta namun mereka selalu berusaha menyembunyikan penyakitnya karena rasa ketidakberdayaan dan kurangnya kemampuan dalam mengambil keputusan (Mutatkar, 1978). Akibatnya tidak jarang respon keluarga dalam membantu pengobatan penderita kusta justru tidak sesuai dengan apa yang diharapkan meskipun sudah diberikan informasi baru yang berlawanan dengan objek sikapnya.

Dengan demikian maka tidak mengherankan jika banyak penderita kusta yang datang berobat ke Puskesmas seleh mengalami kecacatan tingkat 1 dan 2. Hal ini sesuai dengan hasil rekapitulasi pengobatan penderita kusta yang terdaftar pada wilayah kerja Puskesmas yang diteliti (data terlampir).

8) Nilai yang dianut keluarga terhadap penderita kusta

Berbagai cara yang dilakukan oleh keluarga seperti mengasingkan penderita, mengusir menantunya yang terkena penyakit kusta, menceraikan istrinya dan atau berobat ke Puskesmas lain merupakan suatu hal yang bertujuan untuk menjaga nama baik keluarga agar terhindar dari berbagai cemoan masyarakat yang sangat memalukan.

Berbagai hal tersebut mereka lakukan sebagai konsekuensi sosial yang tidak dapat mereka terima, seperti sulitnya mencari pekerjaan, ditolak dalam pergaulan dan atau dihinakan orang (Lechat, 1980). Berbagai konsekuensi sosial tersebut membuat penderita dan keluarganya seolah-olah tidak dimanusiakan lagi oleh masyarakat, bahkan status apapun yang disandang karena menderita penyakit kusta merupakan status yang mati secara sosial dan tidak mempunyai peranan sedikit pun dalam masyarakat. Oleh karena itu meskipun keluarga atau penderita menyadari akan adanya berbagai risiko yang dapat ditimbulkan oleh penyakit tersebut, namun mereka selalu berusaha menyembunyikan penyakitnya karena rasa ketidakberdayaan dan kurangnya kemampuan dalam mengambil suatu keputusan (Mutatkar, 1978).

Dengan demikian maka meskipun variabel nilai tidak diukur secara kuantitatif, namun dari analisis hasil penelitian secara kualitatif menunjukkan bahwa ada hubungan yang sangat signifikan mempengaruhi upaya pengobatan dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta di masyarakat. Hal ini dibuktikan dari beberapa hasil dokumentasi sesuai dengan gambar 5.3 dan 5.6, serta didukung oleh beberapa pernyataan keluarga penderita kusta berikut ini :

- (1)yach, khawatir juga pak!.....soalnya penyakit ini pak dibenci orang-orang di kampung ini.....dan jijik begitu.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (2) yach tentu minder pak!.....masalahnya keluarga saya sendiri yang menjauhi apalagi orang lain.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (3)kalau bisa “jangan didekati penderita seperti itu”.....banyak yang mengatakan seperti itu, jadi saya terpaksa membuatkan rumah di sana.....(Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (4)jenasah disemprot dengan selang karena takut menyentuh tubuh mayat..... makam jenazah penderita buduken juga terpisah dengan makam umum.....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (5)lebih baik dibuatkan skat dan dipisahkan supaya tidak menular kepada keluarganya, kalau perlu dibuatkan rumah sendiri.....(Tn. Ks 45 Th, paman penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (6)saat sholat Jum'at di masjid, tidak ada jamaah yang mau sholat berdekatan dengan penderita kusta.....(Tn. Ks 45 Th, paman penderita Rh dari Puskesmas Cerme).

Berdasarkan cuplikan pernyataan keluarga penderita kusta yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam, diperoleh informasi bahwa masyarakat maupun keluarga merasa jijik dan takut terhadap penderita kusta. Mereka umumnya jijik terhadap luka-lauka penderita yang menimbulkan bau yang busuk. Dengan perasaan jijik seperti itu sehingga untuk mendekat saja sangat takut, apalagi untuk bergaul.

Dalam hal ini keluarga dan masyarakat juga umumnya merasa takut terhadap penderita kusta sebab mereka beranggapan bahwa penyakit tersebut sangat menular dan tidak dapat disembuhkan. Perasaan semacam itu memang sangat berlebihan, terlebih setelah diketahui bahwa sampai pada masalah urusan memandikan jenaza sekali pun mereka merasa sangat ketakutan. Hal ini terbukti setelah salah seorang penderita kusta meninggal dunia di Kecamatan Balongpanggang yang jenasanya dimandikan hanya dengan menggunakan selang

dan bahkan makamnya pun dipisahkan dari pemakaman umum lainnya (informasi dari keluarga penderita kusta di kecamatan Balongpanggang). Kejadian serupa juga pernah terjadi di kecamatan Sangkapura, dimana setelah seorang penderita kusta meninggal dunia gubuknya dibakar orang-orang kampung dengan alasan bahwa takut kalau sisa-sisa gubuk penderita membawa malapetaka dan menulari orang-orang di kampung itu (informasi dari bidan desa di Puskesmas Sangkapura, 2002).

Bila demikian adanya maka dapat dikatakan bahwa jika keluarga dan atau masyarakat masih mempunyai rasa takut yang berlebihan seperti ini (*leprophobia*) maka bisa dipastikan bahwa upaya pengobatan dini dan keteraturan berobat pada penderita kusta belum dapat diwujudkan secara optimal.

6.2 Hubungan keteraturan berobat dengan masing-masing variabel bebas

Dalam hal ini akan dibahas berbagai variabel yang mempengaruhi keteraturan berobat pada penderita kusta, antara lain :

1) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat pendidikan keluarga

Meskipun teori dari Grenn (1990) menyatakan bahwa pendidikan merupakan salah satu unsur dari faktor predisposisi (penentu) yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang, namun pada kenyataannya konsep tersebut tidak berlaku pada seseorang yang keluarganya menderita sakit kusta. Hal tersebut mungkin disebabkan karena selain pengetahuan tentang penyakit kusta dan tata cara pengobatan pada penderita kusta yang tidak pernah didapatkan pada pendidikan formal, juga karena keluarga yang menderita penyakit seperti ini umumnya merasa malu dan takut bila diketahui oleh orang lain sehingga mereka tidak berobat ke Puskesmas secara teratur dan terang-terangan.

Dengan demikian maka dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan keluarga dengan keteraturan berobat pada penderita kusta. Hal ini disebabkan karena tingkat signifikansi yang ada sebesar 0,446 ($p > 0,25$).

Selain itu, penelitian ini juga didukung dari hasil penelitian Gurendro (1996) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat penderita kusta di kabupaten Nganjuk yang menyebutkan bahwa tidak ada pengaruh antara tingkat pendidikan yang dimiliki keluarga terhadap keteraturan berobat pada penderita kusta.

2) Hubungan keteraturan berobat dengan jenis pekerjaan responden

Menurut Kushwah & Govila (1981) serta Noordeen (1966) bahwa pekerjaan juga diidentifikasi sebagai salah satu faktor risiko yang dapat mempengaruhi penderita kusta. Hal ini menurut peneliti cukup beralasan sebab keluarga penderita dengan tingkat ekonomi yang sangat rendah umumnya bekerja keras sebagai tenaga buruh (buruh pabrik, buruh bangunan, buruh tambak, buruh tenung, buruh tani dan buruh pelabuhan) sehingga sedikit diantara mereka yang memperhatikan upaya pengobatan yang seharusnya dilakukan oleh penderita kusta. Mereka sebagai pekerja buruh dengan tingkat penghasilan yang sangat minim terpaksa harus bekerja berat karena umumnya tidak mempunyai tingkat keterampilan yang memadai sehingga dengan segala kemampuannya dikerahkan hanya untuk mencukupi kebutuhan keluarga. Hal ini sesuai dengan pernyataan keluarga penderita melalui indepth interview berikut ini :

- (1)ibu bidan yang sering bawaan obatnya pak! karena tidak ada orang..... bapaknya pergi kerja.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (2)saya kerja setiap hari.....kadang ke rumah bu Lasmi ngambil obatnya atau diantarkan ke sini.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (3)suami saya kerja di Gresik pak dan obatnya kadang diambil kadang tidak.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (4)karena suami saya itu kerja pak sehingga jarang berobat ke Puskesmas.....(Tn. MI 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura).
- (5)obatnya sering saya ambilkan ke rumah pak Ismail.....anu pak, kalau siang saya kerja.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Selain itu berbagai kendala lainnya dirasakan sebagai faktor penghambat yang mempengaruhi penderita untuk tidak berobat secara teratur, seperti keterbatasan biaya, sulitnya transportasi dan atau karena malu (Depkes R.I., 1998).

Dengan demikian maka dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan buruh terhadap keteraturan berobat dengan nilai signifikansi sebesar 0,040 ($p > 0,25$). Demikian pula berdasarkan uji statistik secara multivariat ternyata hasilnya tidak jauh berbeda dengan hasil uji secara bivariat dengan nilai signifikansi sebesar 0,037 ($p < 0,05$).

Selanjutnya hasil penelitian ini berbeda dengan yang pernah dilakukan oleh Yuniarti (1999) tentang faktor risiko yang mempengaruhi kecacatan kusta di kotamadya Surabaya. Hal tersebut disebabkan karena responden yang digunakan sebagian besar orang dewasa yang tidak bekerja (43,4 persen) dan selebihnya adalah penderita anak-anak dan remaja yang juga tidak bekerja.

3) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat penghasilan keluarga

Berdasarkan hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa batas terendah UMR (Upah Minimum Regional) yang dijadikan sebagai standar dalam penelitian ini adalah Rp. 453.000 dan jika dibandingkan dengan jenis pekerjaan dan penghasilan yang dimiliki responden, umumnya tidak sesuai dengan jumlah standar tersebut. Hal itu berarti bahwa daya beli atau kemampuan ekonomi keluarga juga sangat rendah sehingga bila mereka disuruh berobat setiap bulan dalam kurung waktu tertentu, maka biasanya menjadi beban tersendiri bagi keluarga penderita. Alasannya karena setiap kali pergi ke Puskesmas mereka harus mengeluarkan uang yang cukup berarti bila digunakan untuk memenuhi keperluan keluarga lainnya. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan keluarga penderita melalui *indepth interview* berikut ini :

- (1)kami juga orang tidak punya, sebab ke Puskesmas saja harus naik omprengan dan bayar Rp. 8000 pergi pulang. Emang-emang pak.....sebab uang itu bisa digunakan untuk makan sehari-hari.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras).
- (2)orang lain menyuruh bapak Saya agar diobatin.....tapi malah hanya didiamin saja karena tidak punya uang.....akibatnya lama-kelamaan jari-jari penderita jadi pendek-pendek (mutilasi).....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (3)karena tidak ada uang, yaa iya.....karena malu yaa iya, sehingga tidak pernah pergi berobat ke Puskesmas.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (4)biasanya obatnya diantarkan oleh ibu bidan. Soalnya tidak ada uang untuk ngompreng ke Puskesmas.....ongkosnya mahal.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).

Berdasarkan pernyataan tersebut jelas bahwa faktor biaya juga dirasakan cukup memberatkan, terutama bagi keluarga orang-orang miskin. Mereka akan menganggap bahwa gejala tersebut tidak serius dan hal itu dijadikan sebagai alasan

karena mahal biaya pengobatan (Taylor, 1991). Permasalahan seperti ini banyak menyerang golongan masyarakat yang termasuk tingkat ekonomi rendah dan hal ini sesuai dengan rendahnya daya tahan tubuh secara umum, gizi dan lingkungan yang kurang serta kebersihan diri yang tidak baik (Jopling dan Dougal, 1996)

Berdasarkan hal tersebut maka pada penelitian ini diketahui bahwa tingkat penghasilan keluarga dalam kategori rendah memiliki hubungan yang bermakna terhadap keteraturan berobat pada penderita kusta, dengan nilai signifikansinya sebesar 0,081 ($p < 0,25$). Hasil bivariat tersebut tidak jauh berbeda dengan hasil uji secara multivariat yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat penghasilan keluarga pada kategori rendah terhadap keteraturan berobat penderita, dengan nilai signifikansi sebesar 0,029 ($p < 0,05$). Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Day di Sulawesi Selatan, Jawa Timur dan Jawa Barat yang menyebutkan bahwa kondisi sosial ekonomi keluarga umumnya rendah (lihat gambar. 5.6) dan merupakan salah satu masalah dalam upaya penanggulangan penyakit kusta yang dilakukan selama ini.

4) Hubungan keteraturan berobat menurut tingkat pengetahuan keluarga

Unsur pengetahuan keluarga yang ingin dipahami melalui penelitian ini adalah pengertian penyakit kusta, penyebab dan tipe penyakit kusta, gejala dini dan proses penularan penyakit kusta, termasuk upaya pencegahannya serta hal-hal yang menyangkut tentang proses pengobatan penyakit kusta.

Pada umumnya bahwa kegagalan dalam pengobatan penderita disebabkan oleh faktor sikap dan perilaku seseorang yang kurang mengerti dalam upaya

pengobatan suatu penyakit. Permasalahan ini biasanya terjadi pada keluarga penderita yang belum pernah memperoleh informasi sebelumnya sehingga perilaku berobatnya agak berbeda dengan keluarga yang sudah diberi informasi tentang berbagai hal.

Berkaitan dengan hal itu maka Green (1980) mengemukakan bahwa pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perilaku, karena pengetahuan merupakan salah satu unsur dari diri seseorang dalam berperilaku. Selain itu Rogers (1971) berpendapat bahwa penerimaan terhadap suatu perilaku tertentu akan melalui suatu proses pentahapan. Salah satu tahapan tersebut karena adanya pengetahuan sehingga dengan pengetahuan seseorang akan lebih mudah menerima perilaku tersebut secara sadar dari pada seseorang yang tidak mempunyai pengetahuan yang memadai tentang hal itu (Soekidjo, 1993).

Demikian pula dalam model perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh TIM Ahli WHO (1984), menyatakan bahwa pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi ataupun pengalaman orang lain yang dijadikan sebagai sumber informasi untuk melakukan suatu tindakan tertentu (Soekidjo, 1993). Berdasarkan teori tersebut maka keluarga penderita yang sudah bertobat ke Puskesmas biasanya sudah tahu berbagai permasalahan penyakit kusta dan tata cara pengobatannya sehingga mereka pada umumnya mau berobat ke Puskesmas meskipun hanya melalui perantara bidan desa atau pun petugas kesehatan lainnya.

Dengan demikian maka dari hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan keluarga dengan keteraturan berobat pada penderita kusta yang ditandai dengan nilai signifikansi 0,650 ($p > 0,25$). Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Yuniarti (1999) di kotamadya Surabaya

yang menyebutkan bahwa tidak ada pengaruh antara tingkat pengetahuan dengan kecacatan pada penderita kusta.

5) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat kepercayaan keluarga

Menurut Kosa dan Robertson (1942) bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan biologi. Bila disimak dengan baik maka kenyataannya memang demikian sebab setiap individu mempunyai cara yang berbeda-beda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pun pencegahan. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan oleh penderita terhadap gangguan yang dialaminya, dan merupakan bagian integral dari interaksi sosial pada umumnya.

Berdasarkan teori tersebut jelas bahwa unsur kepercayaan biasanya diwarnai dengan aspek budaya yang mereka anut dan diterima dari lingkungan sekitarnya. Sistem kepercayaan biasanya berwujud dalam bentuk pikiran dan gagasan manusia tentang sesuatu hal yang diwariskan dari generasi ke generasi secara turun temurun (Koentjaraningrat, 1987). Sistem kepercayaan tersebut juga menyangkut tentang sistem norma, ajaran kesusilaan dan atau ajaran doktrin lainnya yang mengatur tingkah laku manusia terhadap suatu fenomena tertentu.

Dalam kepercayaan tersebut biasanya mencakup ajaran doktrin, tafsiran mitos dan juga dongeng-dongeng secara lisan atau tertulis yang menceritakan hal-

hal tertentu. Ini sesuai dengan pendapat Widyosiswoyo (1996) yang mengatakan bahwa kepercayaan adalah suatu anggapan yang mengakui bahwa sesuatu itu memang benar dan diyakini akan adanya.

Meskipun demikian, pada penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat kepercayaan dengan keteraturan berobat dengan nilai signifikansi 0,797 ($p > 0,25$). Dalam hal ini peneliti berasumsi bahwa tingkat kepercayaan tidak berpengaruh terhadap keteraturan berobat karena keluarga yang sudah berobat telah mendapatkan informasi yang cukup berarti dari petugas kesehatan sehingga lambat laun hal-hal yang tadinya merupakan kepercayaan mereka tidak lagi diyakini akan adanya.

Selain itu mungkin juga kepercayaan mereka masih tetap seperti dulu namun karena kesigapan oleh petugas untuk memberikan obat secara rutin sehingga keluarga penderita kusta tetap berobat sesuai dengan ketentuan medis yang dianjurkan. Hal ini sesuai dengan pernyataan keluarga yang mengatakan bahwa :

- (1)ibu bidan yang sering bawakan obatnya pak! karena tidak ada orang..... bapaknya pergi kerja.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (2)Sawiyah selama ini hanya dibawakan obatnya dengan ibu bidan, tapi tidak pernah diawasi bila minum obat.....yaa dia itu sudah besar pak.....(Tn. MI 33 Th, kakak penderita SW dari Puskesmas Sangkapura).
- (3)saya pernah bawah ke dukun tapi tidak sering..... anak saya tidak pernah pergi berobat ke Puskesmas, tapi obatnya saya ambilkan ke rumah pak Ismail..... malu pak, orang-orang di Puskesmas tahu dengan saya..... (Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Berdasarkan pernyataan tersebut maka sudah jelas bahwa banyak diantara penderita yang berobat secara teratur bukan karena kesadaran dirinya tetapi justru

karena kesigapan oleh petugas untuk mengantarkan obatnya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa meskipun secara statistik tidak menunjukkan adanya hubungan antara keteraturan berobat dengan tingkat kepercayaan keluarga, namun secara kualitatif terlihat dengan jelas bahwa keteraturan berobat yang dimaksud bukan karena kesadaran dari penderita itu sendiri melainkan karena kesigapan oleh petugas untuk mendatangi penderita yang telak berobat. Hal ini berarti bahwa kepercayaan keluarga mungkin saja berpengaruh terhadap keteraturan berobat jika penderita yang sudah ditemukan oleh petugas tidak diantarkan obatnya secara rutin..

Selain dari itu, kepercayaan tidak berpengaruh juga bisa karena setelah mereka berobat ke Puskesmas hanya dikatakan sebagai penyakit MH atau penyakit kulit biasa yang dapat disembuhkan. Cara ini biasanya dilakukan oleh petugas Puskesmas sebab mereka khawatir bila dikatakan yang sebenarnya tentang penyakit tersebut maka keluarga penderita biasanya tidak menerima dan tidak mau berobat secara teratur. Hal ini sesuai dengan pernyataan Febrega dan Manning (1973) yang mengatakan bahwa konsekuensi dari julukan yang diberikan terhadap keadaan sakit sangat berpengaruh selama masa penyembuhan dan rehabilitasinya.

6) Hubungan keteraturan berobat dengan kategori sikap keluarga

Secord dan Backman (1964) mengemukakan bahwa sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Komponen kognitif merupakan representasi dari sesuatu yang dipercayai oleh seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap.

Komponen afektif menyangkut tentang masalah emosional subyektif seseorang terhadap suatu obyek sikap, sedangkan komponen konatif menunjukkan bagaimana kecendrungan berperilaku dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya (Azwar, 2000). Pada bagian lain Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 (tiga) komponen pokok, yaitu pertama kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek. Kedua kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek dan ketiga kecendrungan untuk bertindak (tend to behave). Dalam ketiga komponen sikap tersebut terdapat perbedaan tingkatan atau kadar, serta terdapat pula perbedaan kompleksitasnya. Pada suatu tingkatan sederhana, komponen afektif dari sikap seseorang dapat berarti sekedar suka atau tidak suka terhadap sesuatu, namun pada tingkat yang lebih kompleks komponen afektif itu dapat berarti adanya reaksi emosional seperti kecemasan atau kekhawatiran terhadap hal tertentu.

Permasalahan seperti ini sering terjadi pada keluarga penderita kusta sebab di masyarakat banyak pemahaman yang keliru tentang penyakit tersebut. Mereka biasanya sangat malu, cemas dan ketakutan bila ada anggota keluarganya yang terkena penyakit seperti itu sehingga mereka cenderung menutup-nutupi dan tidak menerima bila keluarganya dikatakan menderita penyakit kusta. Disisi lain banyak penderita kusta yang tidak memperoleh dukungan moril, baik dari masyarakat dilingkungannya maupun dari keluarganya sendiri sehingga banyak diantara penderita yang menghentikan atau tidak melakukan pengobatan sama sekali sehingga kondisi tersebut selain akan meningkatkan kasus penularan di masyarakat, juga cenderung menyebabkan terjadinya kecacatan kusta yang semakin mempengaruhi

timbulnya *leprophobia* di masyarakat. Hal ini cukup beralasan sebab dalam beberapa kasus tertentu sudah merupakan bencana tersendiri bagi penderita dan keluarganya bila mereka diketahui menderita penyakit kusta (WHO, 1998).

Agar bisa terbebas dari aib semacam ini maka tidak jarang keluarga justru berusaha mengasingkan atau mengisolir penderita dari kehidupan orang banyak seperti yang diketahui dari hasil *indepth interview* di bawah ini :

- (1)tidak pernah saya bawa berobat ke Puskesmas.....tapi saya bawa berobat ke pak Chamim (petugas kusta Puskesmas Mentaras), karena Saya malu kalau dibawa ke Puskesmas.....nantı orang lain jadi tahu.....(Ny. Rf 36 Th, ibu penderita Rh dari Puskesmas Mentaras)
- (2)kulo jıjik maem bareng kalih mantu. Dangu-dangu kulo bonten betah lejang kulo usir saking mriki.....soale ngrepoti keluarga. Adus piyambak boten saged.....ngrawate niku lho pak.....repot! Sak niki mantu kulo wonten lamongan.....sing ngrawat nggih tiyang sepuhe, kulo mboten ngurusi. (saya jıjik makan bareng dengan menantu saya.....lama-lama saya tidak betah, lalu saya suruh pulang soalnya bikin repot keluarga. Mandi sendiri saja tidak bisa, merawatnya itu lho pak bikin repot, tapi sekarang menantu saya ada di Lamongan..... yang merawat kan orang tuanya sendiri. Jadi sekarang saya tidak mengurusı lagi).....(Tn. Mk 50 Th, mertua penderita Tk dari Puskesmas Balongpanggang).
- (3)saya setuju kalau diasingkan, asalkan tidak jauh-jauh dan ada tempatnya. Masalahnya kalau jauh.....kasihan, karena tidak punya keluarga lagi.....(Ny. Ar 35 Th, kakak penderita Rm dari Puskesmas Panceng).
- (4)lebih baik dibuatkan sekat sendiri dan dipisahkan dari keluarga agar tidak menular, kalau perlu dibuatkan rumah sendiri.....(Tn. Ks 45 Th, bapak penderita Rh dari Puskesmas Cerme).
- (5)Sawiyah selama ini hanya dibawakan obatnya dengan ibu bidan, tapi tidak pernah diawasi bila minum obat.....yaa dia itu sudah besar pak..... (Tn. Ml 33 Th, kakak penderita Sw dari Puskesmas Sangkapura)
- (6)anak saya tidak pernah dibawa berobat ke Puskesmas.....malu pak bila dilihat orang dan takut jika diketahui tetangga.....jadi saya hanya ambilkan obatnya di rumah pak Ismail.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).
- (7)malahan saya mau bawa Nur Azizah jauh-jauh kalau ada uang, tapi..... mau kemana pak ?.....Saya ngak pernah siapa-siapa.....(Tn. As 55 Th, bapak penderita Na dari Puskesmas Tambak).

Bila pernyataan keluarga tersebut tersebut didominasi oleh komponen afektif yang kuat maka akan lebih sukar untuk berubah walaupun dimasukkan informasi baru yang berlawanan mengenai objek sikapnya.

Dengan demikian maka dari hasil pengujian secara bivariat menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara sikap keluarga yang tidak mendukung terhadap keteraturan berobat pada penderita kusta dengan nilai signifikansinya sebesar 0,071 ($p < 0,25$). Demikian juga dari hasil pengujian secara multivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap keluarga yang tidak mendukung terhadap keteraturan berobat pada penderita kusta dengan tingkat signifikansi sebesar 0,038 ($p < 0,05$).

7) Hubungan keteraturan berobat dengan tingkat kebiasaan responden

Dalam penelitian ini perlu diketahui bahwa lebih dari 50 persen penderita kusta berobat secara teratur meskipun upaya pengobatan tersebut banyak yang justru dilakukan oleh petugas kesehatan melalui bantuan bidan desa atau pun guru Sekolah Dasar. Hal ini tentu akan membuat penderita kusta berobat secara teratur meskipun pada hakekatnya termasuk dalam kategori berobat passif.

Oleh karena itu dianggap wajar jika dalam penelitian ini tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat kebiasaan keluarga dengan keteraturan berobat pada penderita. Hal ini dibuktikan dari hasil uji multivariat yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara tingkat kebiasaan keluarga dengan keteraturan berobat pada penderita kusta dengan nilai signifikansi sebesar 0,365 ($p > 0,25$).



BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

7.1.1 Pengobatan secara dini

Keluarga yang mempunyai pengetahuan rendah dan sedang serta sikap dan kepercayaan yang tidak mendukung akan mempunyai peluang dalam mempengaruhi penderita kusta untuk berobat secara tidak dini. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar penderita dapat berobat secara dini, yaitu pengetahuan yang tinggi, kepercayaan serta sikap yang mendukung dari keluarga itu sendiri.

Selain dari hal tersebut di atas, juga nilai-nilai dalam keluarga yang diperoleh melalui *indepth interview* mempengaruhi pengobatan secara tidak dini yang dilakukan oleh penderita kusta itu sendiri.

Adapun berbagai tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, kondisi ekonomi dan berbagai kebiasaan keluarga tidak mempengaruhi penderita kusta untuk berobat secara tidak dini.

7.1.2 Pengobatan secara teratur

Keluarga yang pekerjaannya sebagai buruh dengan penghasilan rendah dan sikap yang tidak mendukung akan mempengaruhi penderita kusta untuk berobat secara tidak teratur. Beberapa faktor yang memungkinkan bagi setiap penderita untuk

berobat secara teratur, yaitu jenis pekerjaan tertentu selain buruh, tingkat penghasilan yang tinggi dan sikap yang mendukung dari keluarga itu sendiri.

Selain dari hal tersebut di atas, juga nilai-nilai dalam keluarga yang diperoleh melalui *indepth interview* mempengaruhi pengobatan secara tidak teratur yang dilakukan oleh penderita kusta itu sendiri.

Adapun berbagai tingkat pendidikan dan pengetahuan, serta berbagai kepercayaan dan kebiasaan keluarga tidak mempengaruhi penderita kusta untuk berobat secara tidak teratur.

7.2 S a r a n

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, maka perlu diajukan beberapa saran sebagai berikut :

1) Dari hasil *indepth interview* diketahui bahwa banyak penderita yang berobat secara teratur justru karena petugas kesehatan yang pro aktif mengantarkan obatnya (*Devolter trising*). Kebijakan Departemen Kesehatan semacam ini memiliki kelemahan sebab keteraturan berobat pada penderita kusta tergantung dari aktifitas petugas dan bukan atas kesadaran penderita yang bersangkutan. Karena itu dari sekarang perlu difikirkan suatu cara yang tepat dan dapat dilakukan agar penderita tetap berobat dengan baik atas kesadarannya sendiri.

2) Untuk mewujudkan pencapaian dari program eliminasi kusta pada tahun 2005 maka sangat perlu dilibatkan semua elemen masyarakat, terutama bagi mereka yang termasuk tokoh agama dan tokoh adat. Alasannya karena perkataan mereka mudah

diterima oleh masyarakat, sementara dari hasil *indepth interview* diketahui bahwa para tokoh masyarakat itu sendiri masih banyak yang *leprophobia*.

3) Stigma masyarakat umumnya masih jelek terhadap penyakit kusta. Hal ini dapat dibuktikan dari hasil penelitian tersebut yang menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap dan kepercayaan keluarga mempengaruhi penderita kusta untuk tidak berobat dini. Selain itu pekerjaan, penghasilan dan sikap keluarga juga mempengaruhi penderita kusta untuk tidak berobat secara teratur. Karena itu dianggap perlu untuk lebih meningkatkan kualitas informasi tentang penyakit kusta kepada masyarakat dengan jelas, tepat serta dilakukan secara kontinyu. Berkenaan dengan hal itu maka perlu dibuat suatu program penanggulangan kusta dalam konteks sosial budaya yang melibatkan seluruh prangkat desa yang ada di kabupaten Gresik.

4) Mengingat masyarakat di kabupaten Gresik mayoritas beragama Islam, maka untuk memberikan penyuluhan yang mudah diterima oleh masyarakat perlu dicantumkan beberapa dalil (Al' Qur an dan hadist) yang bisa menjelaskan kepada mereka tentang permasalahan kusta sebagai suatu penyakit yang tidak perlu ditakuti dan dapat disembuhkan. Karena itu perlu ada suatu modul yang dibuat secara bersama antara petugas kesehatan dengan para tokoh agama dan tokoh adat yang dilibatkan dalam kegiatan tersebut.

- 5) Perlu disarankan suatu penelitian lanjutan untuk mengetahui secara jelas tentang:
- a. Apakah penderita yang datang sendiri berobat lebih cenderung untuk berobat secara teratur bila dibandingkan dengan penderita yang ditemukan oleh petugas kesehatan.
 - b. Apakah ada perbedaan sosial budaya terhadap keluarga yang berdomilisi di daerah pulau, daerah pesisir dan daerah non pesisir dalam upaya pengobatan dini dan keteraturan berobat yang dilakukan oleh penderita kusta.



DAFTAR PUSTAKA

- Abdulsyani, 1994. *Sosiologi, Skematika, Teori dan Terapan*. Jakarta : Bumi aksara
- Adhi Djuanda, dkk, 1997. *Diagnosis dan Penatalaksanaan Kusta*. Edisi 1, Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Ahmad WP, 2000. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 1, Jakarta : Raja Grafindo Persada Press.
- Bainson KA, BV Den Borne, 1998. Dimensions and Process of Stigmatization in Leprosy. *Review Article* Vol. 69, Hal. 341 – 350, Ghana Leprosy Service.
- Bart Smet, 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : Grasindo Press.
- David, Freedman, Peplan, 1995. *Psikologi Sosial (Terjemahan)*. Edisi 5, Jilid 2, Jakarta : Erlangga Press.
- David SG, 1988. *Health Behavior*. New York : Plenum Press.
- Depkes, R.I., 1996^a. *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*. Cetakan 10, Jakarta : Ditjen P2M dan PLP.
- 1999^b. *Buku Pedoman Eliminasi Kusta Tahun 2000*. Jakarta : Ditjen P2M dan PLP.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, 2000. *Profil Bidang Kesehatan Kabupaten Gresik*. Kabupaten Gresik.
- Fauzi Muzaham, 1995. *Sosiologi Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Foster Anderson, 1986. *Antropologi Kesehatan*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Gregory LW, Lynne EL, 1997. *The Sociology of Health, Healing and Illness*. Second Edition, London.
- Helen SR, Paul RM, 1980. *Theory and Practice in Health Education*. First edition, California : Mayfield Publishing Company.
- Horton PB, Hunt CL, 1999. *Sosiologi (Terjemahan)*, Edisi Enam, Jakarta : Erlangga Press.

- Irwanto, 1998. *Focus Group Discussion (FGD)*. Jakarta : PKPM, Universitas Katolik Atma Jaya.
- James P. Spradley, 1979. *The Ethnographic Interview*. New York : Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Jerry MW, 1987, *Behavioral Science*. New York : Harwal Publishing Company.
- Karen Glanz, Lewis FM, Rimer BK, 1996. *Health Behavior and Health Education*. Second edition, California : Jossey Bass Inc, Publisher.
- Koentjaraningrat, 1987^a. *Sejarah Teori Antropologi I*. Jakarta : UI Press.
-1990^b. *Pengantar Ilmu Antopologi*. Jakarta : Rineka Cipta Press.
- Leprosy Review, 1998^a. *Dimensions and Process of Stigmatization in Leprosy*. The British Leprosy Relief Association, Volume 69 : 341 – 350.
-2000^b. *The Psychosocial Needs of Leprosy Patients*. The British Leprosy Relief Association, Volume 69 : 486 – 491.
-2000^c. *Consequences of Leprosy and Socio Economic Rehabilitation* Volume 71 : 417 – 419.
- Masri S, Sofian E, 1995. *Metode Penelitian Survei*, Cetakan 2, Jakarta : Pustaka LP3ES.
- Matthew B. Miles, A. Michael Huberman, 1992. *Analisis Data Kualitatif*. Cetakan pertama, Jakarta : UI – Press.
- Marcia C. Inhorn and Peter J. Brown, 1997. *The Antropology of Infectious Disease*. Gordon and Breach Publisher, Amsterdam.
- M.T Htoon, 1998. Report of Workshop on Early Case Detection. *International Journal of Leprosy*, Vol. 66, No. 4, Hal. 573 – 574.
- Moeljono N, Latipun, 2001. *Kesehatan Mental*. Malang : Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- Muhamad Zainuddin, 2000. *Metodologi Penelitian*. Surabaya.
- Murti Bhisma, 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Jogjakarta : Gajah Mada University Press.
- Neville PJ, 1992. *A Guide to Health Education in Leprosy*. Revised Edition, Africa.

- Peter Conrad, Engene BG, 1993. *Health and health Care in Sociological Perspectives*. Philadelphia : Temple University Press.
- Robert GE, Morris LB Theodore RM, 1994. *Why are Some People Health and Others Not*. New York.
- Ross WF, Halim PW, 1989. *Penyakit Kusta Untuk Petugas Kesehatan*. Jakarta : Gramedia Press.
- Rosmini Day, 1999. *Penyakit Kusta dan Permasalahannya*. Sub Direktorat Kusta dan Frambosia, Jakarta : Dit. Jend PLP dan PPM, Depkes R.I.
- Richard P. Foa Seymour Perlin, 1999. *Ethics, Beliefs and Values*. Harwal Publishing Company, New York : 211 – 220.
- Saifuddin Azwar, 2000^a. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Second edition, Yogyakarta : Pustaka Pelajar Offset.
-2000^b. *Penyusunan Skala Psikologi*. Cetakan kedua, Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
-2000^c. *Reliabilitas dan Validitas*. Cetakan kedua, Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Selo Soemardjan, 1992. *Antropologi Kesehatan Indonesia*. Jilid 1 Pengobatan Tradisional, Jakarta : EGC.
- S.K. Gubernur Jawa Timur, 2002. *Penetapan UMR (Upah Minimum Regional)*, Nomor. 188 / 1 / KPTS / 013 / 2002, Surabaya.
- Soekidjo Notoatmodjo, 1993^a. *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Edisi 1, Yogyakarta : Andi Offset.
-1997^b. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Cetakan 1, Jakarta : Rineka Cipta Press.
- Solita Sarwono, 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Edisi 2, Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Srinivasan H, 1993. *Prevention of Disabilities in Patients With Leprosy*. England.
- Sudigdo S, Sofyan I, 1995. *Dasar-dasar mMtodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara Press.

- Sugiyono, 1999. *Statistika Untuk Penelitian*. Cetakan kedua, Bandung : Alfabeta Press.
- Thomas M. Johnson, Carolyn F. Sargent, 1990. *Medical Anthropology*. First Published, New York.
- T.O. Ihromi, 1996. *Pokok-pokok Antropology Budaya*. Edisi revisi, Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- WHO, 1996^a. *Konferensi International Kedua Tentang Penanggulangan Penyakit Kusta*, New Delhi.
-1997^b. *Expert Committee on Leprosy*. Geneva.
-1998^c. Dimensi dan proses pemberian stigma pada penderita kusta. Volume 69, New York : *Leprosy Review Journal*.
-1998^d. Integrasi ekonomi dan sosial bagi penderita kusta. Volume 66, New York : *International Journal of Leprosy*.
-1998^e. *Weekly Epidemiological Record*, Geneva : 177 – 179.
-2000^f. *Guide to Eliminate Leprosy*. First edition, New York.
- Widyosiswoyo S, 1996. *Ilmu Budaya Dasar*. Edisi revisi, Jakarta : Balai Aksara.
- Windhu Purnomo, 2000. *Bahan Kuliah Statistik*. Universitas Airlangga, Surabaya.