

GAMBARAN FAKTOR YANG MELATARBELAKANGI PENDERITA KUSTA DALAM MELAKUKAN PRAKTIK PENCARIAN PENGOBATAN KUSTA (Studi Pada Penderita Kusta Baru Tahun 2016 di Kabupaten Blora)

Ria Nur Madyasari, Lintang Dian Saraswati, Mateus Sakundarno Adi,
M. Arie Wuryanto

Bagian Epidemiologi dan Penyakit Tropik, Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Diponegoro

Email : riamadya94@gmail.com

Abstract

Multi Drug Therapy (MDT) for leprosy patient is an efforts to prevent transmission and disability of leprosy. Data of Health Department Office in Blora District in 2015 showed that multibacillary cases have a high proportion than paucibacillary and there found grade 2 disability on new case, this condition may indicates delay treatment of leprosy. This research aimed to describe factors that related to health seeking behaviour of leprosy. This study type was descriptive observational with cross sectional design. Subject of this study were 59 people that recorded as new leprosy patient in 2016 in Blora District. These results indicated the proportion of health seeking behaviour of leprosy with bad category was higher in leper with non productive age (75,0%), male (42,9%), low educational level (50,0%), poor knowledge (52,2%), low income (45,8%), bad attitude (48,3%), poor perception of susceptibility and seriousness of the disease (56,0%), good family support (46,2%) and difficult transportation access (53,6%). This research concluded that proportion of health seeking behaviour of leprosy with bad category found higher in leper with non productive age, male, having low education, having poor knowledge, having low income, having bad attitude, having poor perception of susceptibility and seriousness of the disease, having good family support and having difficult transportation access. PHCs are expected to give more counseling in community about signs, mode of transmission and impact if leprosy untreated, it can be useful to improve health seeking behaviour of leprosy in a good way.

Keyword : Leprosy, MDT, Health Seeking Behaviour

PENDAHULUAN

Kusta merupakan penyakit infeksi menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*¹⁻³. Kuman kusta bersifat sangat infeksiif tetapi memiliki patogenisitas dan virulensi yang rendah dengan masa inkubasi yang panjang⁴. Penularan kusta dapat terjadi apabila *Mycobacterium leprae*

yang bersifat solid (hidup) yang keluar dari droplet pernafasan penderita masuk kedalam tubuh manusia sehat lainnya melalui saluran pernafasan, selain itu penularan juga dapat terjadi apabila terdapat kontak langsung secara berulang antara penderita dengan orang sehat lainnya dalam kurun waktu yang lama^{5,6}. *Mycobacterium*

leprae yang telah masuk kedalam tubuh manusia akan mengalami proses perkembangbiakan selama 2–3 minggu dengan masa inkubasi 2-5 tahun hingga timbulnya gejala⁷. Adapun tanda utama dari penyakit kusta adalah ditemukannya lesi kulit yang disertai dengan gangguan fungsi saraf sensoris, motoris, dan saraf otonom serta ditemukannya basil tahan asam (BTA) pada hasil kerokan jaringan kulit (*slit skin smear*)².

Berdasarkan data WHO tahun 2015 diketahui bahwa prevalensi kusta dunia adalah sebesar 0,31 per 10.000 penduduk dengan CDR 3,78 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus baru kusta pada tahun 2015 adalah sebesar 213.899 kasus dimana Indonesia merupakan negara dengan jumlah kasus baru terbesar ketiga setelah negara India dan Brazil^{8,9}. Jumlah kasus baru kusta yang ditemukan di Indonesia pada tahun 2015 adalah sebesar 17.202 kasus, dengan proporsi kasus MB sebesar 84,5%¹⁰. Tingginya proporsi kasus MB dibandingkan dengan kasus PB mengindikasikan bahwa tingkat penularan kusta di tengah masyarakat masih cukup tinggi.

Kabupaten Blora merupakan salah satu kabupaten beban tinggi kusta yang terdapat di Provinsi Jawa Tengah. Jumlah penemuan kasus baru di Kabupaten Blora pada periode Bulan Januari-November 2016 adalah sebesar 63 kasus dengan proporsi kasus MB sebesar 89%. Dari 63 jumlah kasus baru yang ditemukan 11% diantaranya merupakan kasus cacat tingkat 2¹¹. Tingginya proporsi kasus MB dan kejadian cacat pada kasus baru kusta mengindikasikan rendahnya kesadaran penderita dalam melakukan praktik pencarian pengobatan sedini mungkin sejak

pertama kali merasakan gejala kusta. Pada kejadian kusta, perilaku pencarian pengobatan yang baik merupakan salah satu strategi yang tepat dalam mengendalikan penyakit kusta. Dengan pengobatan sedini mungkin maka tingkat penularan dan kecacatan pada penderita dapat dicegah².

Berdasarkan masalah diatas peneliti tertarik untuk menggambarkan faktor yang melatarbelakangi penderita dalam melakukan praktik pencarian pengobatan kusta. Faktor yang akan diteliti diantaranya terdiri dari umur, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, persepsi, dukungan keluarga serta akses transportasi yang secara teori dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam melakukan praktik pencarian pengobatan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan dengan metode kuantitatif dan desain studi *cross sectional*. Penelitian ini berlokasi di Kabupaten Blora, Jawa tengah dengan subjek penelitian yang terdiri dari 59 orang penderita kusta baru tahun 2016 yang telah memenuhi kriteria inklusi maupun eksklusi. Kasustersebut terdistribusi pada 18 wilayah kerja Puskesmas yang terdapat di Kabupaten Blora. Variabel yang diteliti pada penelitian ini terdiri dari praktik pencarian pengobatan kusta, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, tingkat pendapatan, sikap, persepsi, tingkat dukungan keluarga dan akses transportasi. Sumber data penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder yang diperoleh dengan menggunakan metode observasi dan wawancara. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan

bivariat deskriptif untuk menggambarkan faktor yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta pada penderita kusta baru di Kabupaten Blora.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini adalah gambaran praktik pencarian pengobatan kusta, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, tingkat pendapatan, sikap, persepsi kerentanan dan keseriusan penyakit, dukungan keluarga dan akses transportasi yang dimiliki oleh responden yang menjadi subjek dalam penelitian ini.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Praktik Pencarian Pengobatan Kusta

		Kategori	(f)	(%)
Praktik Pencarian Pengobatan Kusta	Buruk		22	37,3
	Baik		37	62,7
Total			59	100,0

Tabel 2 Tabulasi Silang Faktor-faktor yang berhubungan dengan Praktik Pencarian Pengobatan Kusta

No.	Variabel	Praktik Pencarian Pengobatan Kusta				Total
		Buruk		Baik		
		F	%	f	%	
1.	Usia					
	Non Produktif	3	75,0	1	25,0	100,0
	Produktif	21	38,2	34	61,8	100,0
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	16	38,1	26	61,9	100,0
	Perempuan	6	35,3	11	64,7	100,0
3.	Tingkat Pendidikan					
	Rendah	15	44,1	19	55,9	100,0
	Tinggi	7	28,0	18	72,0	100,0
4.	Tingkat Pengetahuan					
	Rendah	11	47,8	12	52,2	100,0
	Tinggi	11	30,6	25	69,4	100,0
5.	Tingkat Pendapatan Keluarga					
	Rendah	20	41,7	28	58,3	100,0
	Tinggi	2	18,2	9	81,8	100,0
6.	Sikap					
	Buruk	13	44,8	16	55,2	100,0
	Baik	9	30,0	21	70,0	100,0

7.	Persepsi Kerentanan dan Keseriusan Penyakit					
	Buruk	12	48,0	13	52,0	100,0
	Baik	10	29,4	24	70,6	100,0
8.	Dukungan Keluarga					
	Tidak Mendukung	5	25,0	15	75,0	100,0
	Mendukung	17	43,6	22	56,4	100,0
9.	Akses Transportasi					
	Sulit	13	46,4	15	53,6	100,0
	Mudah	9	29,0	22	71,0	100,0

Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa persentase responden yang melakukan praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori baik lebih tinggi jika dibandingkan dengan responden yang melakukan praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori buruk.

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa Praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori buruk memiliki proporsi lebih tinggi pada kelompok umur non produktif, responden berjenis kelamin laki-laki, responden dengan tingkat pendidikan rendah, responden dengan tingkat pengetahuan buruk, responden dengan tingkat pendapatan rendah, responden dengan sikap buruk, responden dengan persepsi buruk terhadap kerentanan dan keseriusan penyakit yang dideritanya, responden dengan dukungan keluarga baik, responden dengan akses transportasi sulit.

Usia, bertambahnya usia seseorang akan terjadi perubahan baik secara fisik maupun psikologis. Aspek psikologis ini kemudian yang akan mempengaruhi seseorang dalam berpikir hingga dapat berpengaruh pada perilaku¹². Kondisi di lapangan menunjukkan seluruh responden pada kelompok usia non produktif pada penelitian ini telah menderita kusta tipe MB saat pertama kali ditemukan. Faktor yang mendasari responden dengan usia non produktif pada penelitian ini

memiliki praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori buruk, diantaranya adalah sikap acuh responden terhadap gejala kusta (bercak mati rasa) yang dialaminya.

Jenis Kelamin memiliki kaitan yang erat dalam menentukan sikap dan perilaku seseorang. Perbedaan status dan peran sosial antara laki-laki dan perempuan mengakibatkan munculnya pola perilaku yang berbeda diantara keduanya^{12,13}. Hasil penelitian ini menunjukkan dari 71% responden berjenis kelamin laki-laki, 42,9% diantaranya memiliki praktik pencarian pengobatan yang buruk. Keterbatasan waktu untuk mencari pengobatan akibat bekerja menjadi salah satu alasan mengapa responden berjenis kelamin laki-laki pada penelitian ini tidak melakukan pengobatan kusta sedini mungkin sejak awal ditemukannya gejala.

Pendidikan merupakan salah satu aspek pencapaian status sosial ekonomi yang dimulai sejak masa anak-anak hingga dewasa. Beberapa hasil penelitian sebelumnya menyebutkan, rendahnya tingkat pendidikan berpengaruh dalam pemanfaatan layanan kesehatan^{14,15}. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 57,6% responden memiliki tingkat pendidikan yang rendah dengan 23,7% diantaranya tidak tamat SD. Rendahnya tingkat pendidikan menyulitkan responden dalam

memahami gejala, penyebab maupun pengobatan kusta. Hal ini mengakibatkan rendahnya kesadaran responden akan pentingnya melakukan pengobatan sedini mungkin untuk mencegah penularan dan terjadinya kecacatan akibat kusta.

Pengetahuan merupakan domain kognitif yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu ketika melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 39% responden memiliki tingkat pengetahuan rendah dengan 52,2% diantaranya memiliki praktik pencarian pengobatan yang buruk. Beberapa penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa perbedaan tingkat pengetahuan seseorang terhadap suatu jenis penyakit akan berakibat pada perbedaan intervensi dan pemanfaatan fasilitas kesehatan dalam merespon gejala yang dialami¹⁶⁻¹⁸.

Pendapatan merupakan salah satu faktor yang berperan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan¹³. Pendapatan akan menentukan corak permintaan terhadap berbagai kebutuhan barang dan jasa. Semakin tinggi tingkat pendapatan seseorang, maka pemanfaatan pelayanan kesehatan akan semakin baik. Kondisi dilapangan menunjukkan pengobatan MDT Kusta yang dilakukan di Puskesmas tidak dipungut biaya, hal ini tentu tidak memberatkan responden secara finansial dalam melakukan pengobatan. Namun sulitnya diagnosis terhadap penyakit kusta berakibat pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh responden dalam melakukan pencarian pengobatan.

Sikap merupakan komponen yang sangat penting dalam perilaku kesehatan. Sikap seringkali diasumsikan memiliki hubungan langsung dengan perilaku seseorang. Pada penelitian ini responden dengan sikap buruk cenderung memberikan respon negatif pada pernyataan mengenai pengobatan kusta yang harus dilakukan sedini mungkin, manfaat pengobatan, biaya pengobatan yang mahal serta pengobatan kusta yang dapat dilakukan secara non medis.

Persepsi membantu seseorang dalam memahami keadaan diri maupun keadaan lingkungan di sekitarnya. Persepsi sakit yang dimiliki seseorang akan berbeda pada tiap kelompok masyarakat. Dua orang atau lebih yang diketahui menderita suatu jenis penyakit yang sama akan memiliki persepsi yang berbeda terhadap gejala yang dialaminya. Data yang diperoleh dilapangan menunjukkan pengobatan awal kusta dilakukan karena responden merasa gejala kusta yang dialami telah mengganggu aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan oleh responden. Hal ini dapat ditunjukkan dengan sebesar 67,8% responden memberikan respon positif pada pernyataan yang menyatakan bahwa kelainan kusta yang dialami telah mengganggu aktivitas sehingga pengobatan kusta harus dilakukan.

Dukungan keluarga merupakan faktor penguat yang dapat mendorong seseorang untuk melakukan perilaku kesehatan dalam hal ini praktik pencarian pengobatan¹³. Pada penelitian ini diketahui sebesar 55% responden melakukan pengobatan awal kusta atas saran yang diberikan oleh istri maupun anak mereka. Namun seringkali inisiasi pengobatan oleh keluarga dilakukan terlambat.

Sebesar 79,5% responden dengan dukungan keluarga yang baik telah mengalami keterlambatan pengobatan lebih dari satu tahun. Hal ini menunjukkan pengobatan kusta tidak dilakukan sejak awal ditemukannya bercak mati rasa pada tubuh responden, pengobatan baru dilakukan ketika responden telah mengalami keluhan berupa gangguan pada saraf seperti kesemutan maupun mati rasa pada permukaan kulit. Ketidakterbukaan responden pada keluarga terhadap gejala awal kusta berupa bercak mati rasa, menjadi salah satu faktor yang mendasari hal ini. Selain itu rendahnya pengetahuan keluarga terhadap gejala kusta yang dialami responden juga mendukung pada praktik pencarian pengobatan buruk yang dilakukan oleh responden.

Akses transportasi yang sulit serta jam pelayanan Puskesmas yang menurut beberapa responden tidak sesuai dengan jam kerja mereka mengakibatkan responden memilih untuk melakukan pengobatan awal di klinik swasta terdekat. Sulitnya diagnosis penyakit kusta mengakibatkan gejala kusta yang dialami oleh responden tidak mendapatkan penanganan yang tepat. Hal ini juga mengakibatkan responden harus memeriksakan diri secara berulang hingga akhirnya responden terdiagnosis kusta dan menjalani pengobatan kusta di Puskesmas. Situasi ini menjadi salah satu faktor yang mendasari mengapa responden mengalami keterlambatan pengobatan dan praktik pencarian pengobatan yang buruk. Hasil serupa ditunjukkan pada penelitian di Nigeria, penelitian tersebut menyebutkan keterbatasan akses transportasi menjadi alasan dengan proporsi terbesar mengapa responden pada penelitian tersebut

tidak melakukan pemanfaatan fasilitas kesehatan di Puskesmas¹⁹.

KESIMPULAN

1. Berdasarkan hasil wawancara dan observasi kartu penderita pada penelitian ini diperoleh persentase praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori baik sebesar 62,7% dan praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori buruk sebesar 37,3%.
2. Praktik pencarian pengobatan kusta dengan kategori buruk memiliki proporsi lebih tinggi pada kelompok umur non produktif, responden berjenis kelamin laki-laki, responden dengan tingkat pendidikan rendah, responden dengan tingkat pengetahuan buruk, responden dengan tingkat pendapatan rendah, responden dengan sikap buruk, responden dengan persepsi buruk terhadap kerentanan dan keseriusan penyakit yang dideritanya, responden dengan dukungan keluarga baik, responden dengan akses transportasi sulit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sehgal A. *Leprosy*. Philadelphia: Chelsea House Publishers; 200
2. Kementerian Kesehatan RI. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: kementerian kesehatan RI; 2012.
3. Northern Territory Government. *Leprosy (Hansen's Disease)*. 2013. [cited 2016 April 22]. Available from : www.nt.gov.au/health
4. Ramos-e-Silva M, Rebello PF. *Leprosy*. *Am J Clin Dermatol*.

- 2001;2(4):203-211. [cited 2016 April 14]. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00128071-200102040-00001>
5. Boggild AK, Keystone JS, Kain KC. Leprosy: a primer for Canadian physicians. *CMAJ*. 2004;170(1):71-78. [cited 2016 April 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14707226>
 6. Bhat RM, Prakash C. Leprosy: An overview of pathophysiology. *Interdiscip Perspect Infect Dis*. 2012;2012.
 7. Kementerian Kesehatan RI. Infodatin:Kusta [Internet]. 2015.[cited 2016 April 12]. Available from : <http://www.depkes.go.id>.
 8. World Health Organization. Global leprosy update, 2013; reducing disease burden. 2014;89(36):389-400. [cited 2016 April 15]. Available from :<http://www.who.int/wer/2014/wer8936/en/><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25202781>.
 9. World Health Organization. Global leprosy update, 2014: need for early case detection. *Wkly Epidemiol Rec*. 2015;(36):No. 36, 2015, 90, 461-476. [cited 2016 April 15]. Available from : <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf>.
 10. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2014. Jakarta. 2015
 11. Dinas Kesehatan Kabupaten Blora. RR elektronik Kusta Kabupaten Blora. Blora; 2016.
 12. Deeks A, Lombard C, Michelmore J, et al. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*. 2009;9(1):213.
 13. Soekidjo Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
 14. Ihaji E, Gerald EU, Helen C, Ogwuche E. Educational Level, Sex and Church Affiliation on Health Seeking Behaviour among Parishioners in Makurdi Metropolis of Benue State. *J Educ Policy Entrep Res* www.iiste.org. 2014;1(2):311-316. <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEPER/index>. Accessed December 18, 2016.
 15. Andrew J Karter, Mark R Stevens, Arleen F Brown OKD, Edward W Gregg, Tiffany L Gary, Gloria L Beckles C-WT, et al. Educational disparities in health behaviours among patients with diabetes : the Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) Study. *BMC Public Health*. 2007;7.
 16. Henry M, GalAn N, Teasdale K, et al. Factors Contributing to the Delay in Diagnosis and Continued Transmission of Leprosy in Brazil – An Explorative, Quantitative, Questionnaire Based Study. Small PLC, ed. *PLoS Negl Trop Dis*. 2016;10(3):e0004542.
 17. Singh S, Sinha AK, Banerjee BG, Jaswal N. Knowledge , Beliefs and Perception of Leprosy. *Disabil CBR Incl Dev*. 2012;23(4):67-75. doi:10.5463/DCID.v23i4.179.
 18. Singh S, Sinha AK, Banerjee BG, Jaswal N. The Health-Seeking Behavior of Leprosy

- Patients: An explanatory model. *Heal Cult Soc.* 2013;4(1):52-65.
19. Chukwuneke F, Ezeonu C, Onyire B, Ezeonu P, Ifebunandu N, Umeora M. Health Seeking Behaviour and Access to Health Care Facilities at the Primary level in Nigeria: our experience. *Ebonyi Med J.* 11(1-2):51-57.

