

KURANGNYA KONSELING DAN PENEMUAN KASUS SECARA PASIF MEMPENGARUHI KEJADIAN KECACATAN KUSTA TINGKAT II DI KABUPATEN SAMPANG

*The lack of counselling and passively case detection affecting
the occurrence of grade 2 disability in Sampang*

Muhammad Kamal¹, Santi Martini²

¹STIK Avicenna Kendari, mkamal@gmail.com

²Departemen Epidemiologi FKM UA, santi279@yahoo.com

Alamat Korespondensi: Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Univeristas Airlangga
Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

ABSTRAK

Kusta merupakan penyakit kronis yang menyerang kulit, saraf tepi, hingga organ-organ tubuh lainnya. Penyakit ini juga dapat menyebabkan cacat yang permanen yang dapat mempengaruhi kualitas hidup penderitanya. Sampang sebagai wilayah dengan rata-rata PR tertinggi pada periode 2010–2014 memiliki proporsi cacat tingkat II yaitu 13%, sedangkan standar yang ditetapkan adalah tidak lebih dari 5%. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pelayanan kesehatan terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II. Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional-analitik dengan desain *case control*. Penelitian dilaksanakan di 8 wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Sampang. Sampel adalah penderita kusta tipe MB yang terdiri dari 33 orang yang mengalami cacat tingkat II sebagai kelompok kasus dan 33 orang penderita kusta yang mengalami cacat tingkat 0 atau tingkat I sebagai kelompok kontrol. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Analisis data dilakukan secara simultan dengan uji regresi logistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode penemuan kasus secara pasif (OR = 7,334; CI 95%: 1,643–32,739), waktu diagnosis yang sangat terlambat (OR = 15,267; 95% CI: 1,447 to 161,071), kurangnya POD (OR = 7,016; 95% CI: 1,574–31,274) dan kurangnya konseling (OR=9,154; CI 95%: 1,786–46,906) mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II. Kesimpulan dari penelitian ini bahwa metode penemuan kasus, waktu diagnosis, POD dan konseling berpengaruh terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita. Disarankan agar meningkatkan penemuan kasus secara aktif dan meningkatkan kegiatan konseling.

Kata kunci: kecacatan, kusta, penemuan kasus, konseling

ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease that affects the skin, peripheral nerves, even the other of body organs. This disease can also causing permanent disability that can affect to quality of life of sufferers. Sampang as the region with the highest average of PR in 2010-2014, it has leprosy grade 2 disability proportion which is 13%, in the other words that it is higher than the specified standard that is 5% or less. This study aimed to analyze the health service factors that affecting the occurrence of leprosy grade 2 disability. This study was an observational-analytic by using case control design. This study conducted in 8 administrative territory of community health center in Sampang. Sample were 33 type MB leprosy patients with grade 2 disability (case group) and 33 with grade 0 or grade 1 disability (control group). Sample has been taken by using simple random sampling technique. Data analysis was carried out simultaneously with multiple logistic regression. The results showed that the method of passive case detection (OR=7,005; 95% CI: 1,595-30,763), a very late diagnosis (OR=15,264; 95% CI: 1,469-158,594), lack of POD (OR=7,016; 95% CI: 1,574-31,274) and the lack of counselling (OR=8,241; 95% CI: 1,747-38,847) affecting the occurrence of leprosy grade 2 disability. The conclusion that the passively case detection, a very late of diagnosis, the lack of POD and the lack of counseling affecting the occurrence of leprosy grade 2 disability at leprosy patients in Sampang. It is suggest to stakeholders to increase actively case detection, counselling.

Keywords: disability, leprosy, case detection, counselling

PENDAHULUAN

Kusta atau lepra adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Pada dasarnya penyakit ini menyerang kulit, saraf

tepi, hingga dapat menyerang organ-organ tubuh lainnya. Bakteri tersebut diduga menyebar melalui *droplet*. Penyakit ini merupakan penyakit yang dapat menyebabkan cacat permanen bahkan kematian bagi penderitanya (Sehgal, 2006).

Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Dinkesprov. Jatim) menunjukkan bahwa penyakit kusta yang juga disebut dengan nama Morbus Hansen ini dapat menyebabkan disabilitas atau keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari seperti pada manusia normal. Adanya stigma menimbulkan rasa takut berlebihan terhadap penyakit kusta (*leprophobia*). Stigma tersebut menyebabkan diskriminasi sosial, seperti kesulitan mendapatkan pekerjaan, seringkali ditolak dalam pekerjaan karena keterbatasan fisiknya, ditolak dalam pelayanan kesehatan, dijauhi oleh masyarakat bahkan keluarga, sulit dalam mendapatkan jodoh, dan lain sebagainya.

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

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

Situasi kusta di Indonesia sejak tahun 2007-2011 menunjukkan adanya peningkatan kasus baru yang mengindikasikan bahwa penyakit kusta masih menjadi masalah di Indonesia. Kasus baru pada tahun 2007 berjumlah 21.430 kasus, kemudian meningkat pada tahun 2008 dengan 21.538 kasus, namun menurun pada tahun 2009 dengan jumlah 21.062 kasus. Tahun 2010 menunjukkan penurunan lebih besar dibanding tahun sebelumnya yaitu dengan 19.741 kasus, dan kembali terjadi peningkatan pada tahun 2011 dengan jumlah kasus mencapai 23.169. Dalam kurun waktu tersebut secara umum menunjukkan tidak ada perubahan yang berarti terkait situasi penyakit kusta di Indonesia, hal tersebut juga mengindikasikan bahwa penyakit kusta di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan.

Pada tahun 2011, sedikitnya 14 provinsi (42,4%) termasuk dalam beban kusta tinggi (*high endemic*) dan 19 provinsi lainnya (57,6) termasuk dalam beban kusta rendah (*low endemic*). Pada periode tersebut dilaporkan terdapat 20.023 kasus baru kusta yang terdiri dari kusta tipe Multi Basiler (MB) dengan persentase 80,40% dan tipe Pausi Basiler (PB) dengan persentase 19,60% (Kemenkes RI, 2012).

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

Berdasarkan data Dinkes Prov. Jatim, dari tiga indikator program pemberantasan penyakit kusta di Provinsi Jawa Timur, diperoleh informasi bahwa *Prevalence Rate* (PR) kusta telah mengalami penurunan dalam lima tahun terakhir (2010-2014).

Kondisi tersebut tidak jauh berbeda dengan proporsi cacat tingkat II. Proporsi cacat tingkat II di Jawa Timur cenderung stagnan setiap tahun dalam periode 2010-2014. Proporsi cacat tingkat II yang mencapai 13% masih di atas standar nasional yang ditargetkan hanya sebesar 5% per tahun. Oleh sebab itu target dari P2 Kusta di Jawa Timur saat ini belum tercapai.

Tingginya proporsi cacat tingkat II hingga mencapai 13% tentu merupakan sebuah kesenjangan jika dikaitkan dengan salah satu indikator pencapaian nasional dalam program pengendalian kusta yaitu proporsi cacat tingkat II tidak lebih dari 5%. Standar tersebut cukup jauh dengan pencapaian saat ini sehingga perlu dilakukan peningkatan dalam melakukan pelayanan kesehatan oleh petugas kesehatan dalam menemukan penderita baru secara dini sehingga kecacatan dapat dihindari. Terkait dengan insidens dan kecacatan kusta di dunia, Richardus dan Habbema (2007) mengemukakan mengenai beban kusta di dunia, yaitu 5 juta kasus baru diperkirakan akan muncul antara tahun 2000 dan 2020. Pada tahun 2020 akan ada 1 juta orang yang mengalami cacat tingkat II.

Kecacatan pada penyakit kusta, khususnya cacat tingkat II dapat disebabkan oleh reaksi kusta yang dapat terjadi pada setiap penderita kusta dan tidak ditangani dengan baik. Reaksi tersebut berupa terjadinya radang pada tubuh yang telah terinfeksi *Mycobacterium leprae*. Reaksi kusta dapat terjadi sebelum diagnosis, pada saat diagnosis, selama pengobatan, dan setelah pengobatan. Namun di sisi lain tingginya proporsi cacat kusta tingkat II menunjukkan keterlambatan dalam penemuan kasus baru. Keterlambatan dalam penemuan kasus baru tersebut menyebabkan penderita kusta pada saat ditemukan telah berada dalam kondisi cacat yang permanen.

Masalah yang timbul terkait kecacatan kusta khususnya kecacatan tingkat II menunjukkan bahwa perlu dilakukan pengkajian terhadap masalah tersebut, sehingga dapat dijadikan sebagai dasar penyusunan strategi pencegahan kecacatan kusta secara efektif oleh para stakeholder. Jika masalah kecacatan kusta yang telah ada selama ini masih kurang mendapatkan perhatian, maka akan semakin banyak penderita kusta di daerah beban kusta tinggi yang berisiko mengalami cacat tingkat II yang berdampak pada penurunan kualitas hidupnya.

Data Dinkes Prov. Jatim menunjukkan bahwa Kabupaten Sampang merupakan wilayah *high endemic* kusta atau memiliki prevalensi kusta yang tinggi dalam 5 tahun terakhir (2010–2014) yaitu > 5/10.000 penduduk.

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 10 besar Kabupaten dengan prevalensi kusta tertinggi di Jawa Timur, Sampang merupakan kabupaten yang

memiliki rata-rata prevalensi tertinggi dalam 5 tahun terakhir. Kemudian diikuti oleh Sumenep, Bangkalan, Pamekasan, Situbondo, Probolinggo, Tuban, Lumajang, Lamongan, dan Pasuruan. Hal tersebut juga menunjukkan bahwa Kabupaten Sampang merupakan penyumbang penderita kusta terbesar di Jawa Timur dengan jumlah penderita yang terdaftar pada tahun 2014 sebanyak 479 orang. Tingginya prevalensi kusta di Sampang juga diikuti dengan tingginya proporsi cacat tingkat II yaitu 11,6%. Angka ini sangat tinggi dibandingkan target nasional yang hanya $\leq 5\%$.

Menurut Kemenkes (2012), indikator penting yang bermanfaat dalam menilai program pengendalian kusta adalah dengan melihat proporsi cacat tingkat II. Untuk proporsi cacat tingkat II, Sampang termasuk salah satu Kabupaten dengan proporsi cacat tingkat II yang tinggi dalam lima tahun terakhir dengan proporsi cacat tingkat II sebesar 11,6%.

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

Kinerja petugas kesehatan terkait program pengendalian kusta dapat mempengaruhi penderita kusta dalam memperoleh pengobatan segera karena keterlambatan dalam diagnosis. Hasil penelitian Ferreira dkk (2000) memberikan kesimpulan bahwa kecacatan kusta berhubungan dengan keterlambatan diagnosis pada penderita kusta. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya upaya penemuan penderita secara aktif, karena umumnya penemuan kasus baru hanya dilakukan dengan menunggu penderita yang datang secara sukarela di Puskesmas atau layanan kesehatan lainnya.

Upaya penemuan penderita baru secara pasif dengan kondisi proporsi cacat tingkat II yang tinggi tidak akan meningkatkan angka penemuan penderita baru. Upaya penemuan penderita baru oleh petugas Puskesmas di masyarakat dapat dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien yang baru ditemukan. Salah satu tujuan dari kunjungan tersebut adalah meningkatkan kesadaran dan dukungan anggota keluarga sehingga tidak ada diskriminasi. Dengan demikian penderita atau tersangka kusta dapat melakukan pengobatan dengan baik di Puskesmas.

Tabel 1. Kabupaten Kota dengan Rata-rata PR Tertinggi di Jawa Timur (2010–2014)

Kabupaten/Kota	Rata-rata Prevalensi/10.000 Penduduk
Sampang	5,12
Sumenep	4,83
Bangkalan	4,07
Pamekasan	3,06
Situbondo	2,36
Probolinggo	2,29
Tuban	2,25
Lumajang	1,88
Lamongan	1,81
Pasuruan	1,68

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

Umur dan jenis kelamin sebagai karakteristik individu mempengaruhi kecacatan yang disebabkan oleh kusta. Menurut Santos (2015), kecacatan kusta 2,15 kali berisiko pada pasien yang berumur 15–60 tahun dibandingkan dengan pasien di bawah 15 tahun. Sedangkan risiko kecacatan pada pasien laki-laki sebesar 1,47 kali dibanding pasien perempuan. Selain itu beban pekerjaan penderita kusta juga proses timbulnya kecacatan. Hal tersebut dikemukakan oleh Kurnianto (2002), bahwa kecacatan kusta berisiko 3,2 kali lebih besar pada penderita kusta yang memiliki pekerjaan dengan kategori berat.

Faktor pendapatan keluarga turut memengaruhi kecacatan kusta secara tidak langsung. Umumnya kusta ditemukan di daerah dengan penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan. Oleh karena itu penyakit kusta termasuk dalam kategori NTDs (*Neglected Tropical Diseases*) karena penyakit ini berkaitan dengan kemiskinan utamanya di daerah tropis. Penderita kusta dengan pendapatan keluarga yang rendah biasanya merasa ragu untuk melakukan pengobatan di Puskesmas/RS karena khawatir tidak sanggup dengan biaya yang dikeluarkan, sehingga pengobatan urung dilakukan.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas/layanan kesehatan lainnya dapat mempengaruhi kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta. Faktor yang berasal dari pelayanan kesehatan tersebut seperti metode penemuan kasus dan konseling. Metode penemuan kasus yang dilakukan dapat mempengaruhi waktu diagnosis, sebagaimana telah diterangkan bahwa penemuan kasus secara aktif memiliki efektivitas yang tinggi dalam menemukan penderita baru.

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

Menurut Kemenkes (2012), kegiatan konseling merupakan bagian dari edukasi kesehatan, sehingga perlu dilakukan untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan kebutuhan penderita terkait masalah penyakit kusta. Oleh karena itu konseling diharapkan dapat membantu dalam memberikan solusi dari masalah yang sedang dihadapi penderita. Umumnya pengetahuan penderita kusta sangat rendah sehingga berpengaruh terhadap keputusan yang akan diambil, seperti keputusan dalam minum obat MDT. Peran petugas dalam konseling ini yaitu berusaha memahami pemikiran penderita dan memberikan segala informasi tentang pengendalian kusta sehingga penderita dapat membuat keputusan yang bijak dengan menghindari hal-hal yang dapat menimbulkan cacat atau bertambahnya cacat.

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

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor dari pelayanan kesehatan yang mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian observasional-analitik yang bertujuan menjelaskan hubungan kausal beberapa variabel dengan cara pengujian hipotesis. Maksud dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pelayanan kesehatan terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta. Penelitian ini menggunakan desain *case control* untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta. Desain *case control* digunakan untuk menganalisis besarnya risiko variabel independen terhadap variabel dependen yang pengukurannya dilakukan secara retrospektif. Oleh karena itu, penelitian ini dimulai setelah munculnya penyakit/masalah kesehatan (kecacatan kusta tingkat II), kemudian ditelusuri riwayat keterpaparan terhadap faktor risiko timbulnya penyakit/masalah kesehatan tersebut.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei s/d bulan Juli 2015. Penelitian dilakukan di 8 wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Sampang, Provinsi Jawa Timur. Populasi dalam penelitian ini terdiri dari populasi kasus dan populasi kontrol. Populasi kasus adalah semua penderita kusta yang mengalami cacat tingkat II yang terdaftar pada tahun 2014 di Kabupaten Sampang yang berjumlah 65 orang. Sedangkan populasi kontrol adalah seluruh penderita kusta cacat tingkat 0 (tidak cacat) dan cacat tingkat 1 yang terdaftar pada tahun 2014 di Kabupaten Sampang yang berjumlah 414 orang.

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari sampel kasus dan sampel kontrol. Sampel kasus adalah penderita kusta yang mengalami cacat tingkat II. Sedangkan sampel kontrol adalah penderita kusta yang tidak mengalami cacat tingkat II, dalam penelitian ini termasuk dalam kelompok kontrol adalah penderita kusta yang mengalami cacat tingkat 0 dan cacat tingkat 1.

Berdasarkan rumus penentuan besar sampel oleh Lwanga dan Lemeshow (1998), diperoleh sampel sebesar 33 orang. Oleh karena itu, dengan perbandingan kasus dan kontrol adalah 1:1, maka besar sampel untuk masing-masing kelompok kasus dan kelompok kontrol adalah 33 orang. Sehingga sampel yang diteliti secara keseluruhan adalah 66 orang, dengan kriteria inklusi: 1) sedang menjalani pengobatan MDT; 2) umur ≥ 20 tahun; 3) sedang berada di lokasi penelitian; 4) bersedia dijadikan sampel dalam penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu: 1) pasien kusta dengan status RFC; 2) pasien kusta tipe PB; 3) menderita penyakit kulit yang

mirip kusta. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *simple random sampling*, melalui pengundian terlebih dahulu.

Variabel terikat yang diteliti dalam penelitian ini adalah kejadian kecacatan kusta tingkat II, yang merupakan Pasien kusta yang berdasarkan hasil pemeriksaan klinis dan fungsi saraf tepi mengalami cacat tingkat II pada mata, tangan atau kaki. Variabel independen terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan keluarga, metode penemuan kasus, waktu diagnosis, POD dan konseling.

Data sekunder dikumpulkan dengan cara melihat kartu pasien responden, sedangkan data primer ini dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner sebagai pedoman wawancara. Kuesioner tersebut merupakan instrumen dalam penelitian yang bertujuan untuk mengukur variabel yang diteliti berdasarkan item/pertanyaan yang telah disediakan.

Analisis bivariabel dengan uji *chi square* dilakukan untuk menganalisis masing-masing variabel independen dengan variabel dependen untuk mengetahui apakah sebuah variabel merupakan variabel kandidat atau bukan kandidat untuk dilanjutkan pada analisis multivariat. Untuk mengetahui suatu variabel merupakan variabel kandidat ditentukan dengan melihat nilai signifikan (p value $< 0,25$). Sedangkan analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh variabel independen yang signifikan terhadap variabel dependen. Pada tahap analisis ini digunakan uji regresi logistik ganda dengan menganalisis semua variabel kandidat secara simultan.

Penentuan ada atau tidaknya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat yaitu dengan melihat nilai p . Jika nilai p lebih kecil dari α ($p < 0,05$) berarti ada pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Selain itu digunakan nilai *odd ratio* (OR) untuk menentukan besar risiko variabel bebas terhadap variabel terikat.

HASIL

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, diperoleh distribusi responden berdasarkan karakteristik yang disajikan dalam tabel 2.

Tabel 2 menunjukkan bahwa penyakit kusta banyak diderita oleh responden yang berusia produktif yaitu usia 35-54 tahun, sebagian lainnya diderita oleh usia 20-34 tahun dan usia > 54 tahun. Jenis kelamin laki-laki lebih banyak ditemukan

Tabel 2. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	N	%
Umur		
20–34 tahun	20	30
35–54 tahun	37	56
> 54 tahun	9	14
Jenis Kelamin		
Perempuan	27	41
Laki-laki	39	59
Pendidikan		
Tinggi	3	5
Menengah	19	29
Rendah	44	67
Jenis Pekerjaan		
Ringan	15	23
Berat	51	77
Pendapatan keluarga		
Cukup	14	21
Kurang	52	79

pada penderita kusta dibanding perempuan. Selain itu penyakit kusta umumnya ditemukan pada responden dengan pendidikan rendah (tidak sekolah atau tidak tamat SD) dan menengah (SMP), hanya sebagian kecil yang berpendidikan tinggi. Jenis pekerjaan berat yang membutuhkan aktivitas

fisik berat seperti petani, nelayan, buruh, tukang becak merupakan jenis pekerjaan yang umumnya digeluti oleh responden. Sedangkan untuk penghasilan yang diperoleh, rata-rata pendapatan keluarga responden < Rp. 650.000,- per bulan. Ini menunjukkan bahwa penghasilan responden sangat jauh bila dibandingkan dengan UMR Kabupaten Sampang.

Karakteristik Responden terhadap Kecacatan Tingkat II

Hasil analisis bivariabel karakteristik terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II disajikan dalam tabel 3.

Berdasarkan tabel 3, diketahui bahwa proporsi responden yang berumur > 54 tahun pada kelompok kasus lebih besar dibandingkan proporsi pada kelompok kontrol. Sedangkan proporsi responden yang berumur 35–54 tahun pada kelompok kasus tidak berbeda dengan proporsi pada kelompok kontrol. Sebagian besar penderita kusta di Sampang berumur antara 35–54 tahun.

Proporsi responden yang berjenis kelamin laki-laki pada kelompok kasus lebih besar dibandingkan proporsi pada kelompok kontrol. Sebagian besar penderita kusta di Sampang berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 3. Karakteristik Responden terhadap Kecacatan Tingkat II

Karakteristik	Cacat Tingkat II				p
	Kasus		Kontrol		
	n	%	n	%	
Umur					
20–< 35 tahun	8	24,2	12	36,4	0,198
35–54 tahun	18	54,5	19	57,6	
> 54 tahun	7	21,2	2	6,1	
Jenis Kelamin					
Perempuan	9	27,3	18	54,5	0,027
Laki-laki	24	72,7	15	45,5	
Tingkat Pendidikan					
Tinggi	1	3,0	2	6,1	0,792
Menengah	9	27,3	10	30,3	
Rendah	23	69,7	21	63,6	
Jenis Pekerjaan					
Ringan	4	12,1	11	33,3	0,047
Berat	29	87,9	22	66,7	
Pendapatan Keluarga					
Cukup	7	21,2	8	24,2	1,000
Kurang	26	78,8	25	75,8	
Jumlah	33	100	33	100	

Berdasarkan tingkat pendidikan, diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang berarti antara proporsi responden yang berpendidikan rendah pada kelompok kasus dengan yang ada pada kelompok kontrol. Begitu pun dengan proporsi responden yang berpendidikan menengah pada kelompok kasus tidak berbeda dengan yang ada pada kelompok kontrol. Hal ini juga berarti bahwa tidak ada perbedaan antara tingkat pendidikan penderita kusta yang cacat tingkat II maupun yang tidak cacat tingkat II.

Proporsi responden dengan jenis pekerjaan yang berat pada kelompok kasus lebih besar dibandingkan yang ada pada kelompok kontrol. Secara umum, penderita kusta di Sampang adalah orang-orang yang memiliki jenis pekerjaan yang tergolong berat.

Berdasarkan pendapatan keluarga, diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang berarti antara proporsi responden yang memiliki pendapatan keluarga yang rendah pada kelompok kasus ada pada kelompok kontrol. Secara umum, semua penderita kusta di Sampang memiliki pendapatan keluarga yang tergolong rendah.

Hasil analisis bivariabel karakteristik responden terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II di Kabupaten Sampang menunjukkan bahwa karakteristik responden yang menjadi kandidat ($p < 0,25$) untuk dilanjutkan ke analisis multivariabel adalah umur ($p = 0,198$), jenis kelamin ($p = 0,027$) dan jenis pekerjaan ($0,047$).

Pelayanan Kesehatan terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Hasil analisis bivariabel pelayanan kesehatan terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II disajikan dalam tabel 4.

Metode Penemuan Kasus terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa proporsi responden yang ditemukan secara pasif pada kelompok kasus lebih besar dari proporsi responden yang ditemukan secara pasif pada kelompok kontrol. Hal ini berarti bahwa umumnya penderita kusta yang cacat tingkat II adalah penderita yang datang ke Puskesmas secara sukarela.

Umumnya penderita yang ditemukan secara aktif melalui pemeriksaan kontak serumah dengan penderita kusta tipe MB. Karena beberapa anggota keluarga tertular, oleh sebab itu banyak penderita yang ditemukan secara aktif dengan pemeriksaan kontak serumah dan kontak intensif.

Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa variabel metode penemuan kasus terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta ($p = 0,001$) menjadi variabel kandidat yang akan dimasukkan dalam analisis multivariabel.

Tabel 4. Pelayanan Kesehatan terhadap Kecacatan Tingkat II

Karakteristik	Cacat Tingkat II				p
	Kasus		Kontrol		
	n	%	n	%	
Metode penemuan kasus					
Aktif	23	69,7	9	27,3	0,001
Pasif	10	30,3	24	72,2	
Waktu diagnosis					
Tidak terlambat	6	18,2	2	6,1	0,003
Terlambat	21	63,6	11	33,3	
Sangat terlambat	6	18,2	20	60,6	
POD					
Cukup	20	60,6	9	27,3	0,008
Kurang	13	39,4	21	63,6	
Konseling					
Cukup	4	12,1	11	33,3	0,008
Kurang	29	87,9	22	66,7	
Ketersediaan obat					
Selalu tersedia	7	21,2	8	24,2	0,196
Kadang tersedia	26	78,8	25	75,8	
Jumlah	33	100	33	100	

Waktu diagnosis terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa proporsi responden yang sangat terlambat didiagnosis pada kelompok kasus lebih besar dibandingkan yang ada pada kelompok kontrol. Sedangkan proporsi responden yang terlambat didiagnosis pada kelompok kasus juga lebih besar dibandingkan dengan yang ada pada kelompok kontrol. Hal ini berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II banyak dialami oleh penderita kusta yang didiagnosis lebih dari 1 tahun sejak munculnya tanda awal kusta.

Umumnya responden didiagnosis tidak terlambat (< 1 tahun) dan terlambat (1 –< 2 tahun). Hanya sebagian kecil responden yang didiagnosis sangat terlambat (≥ 2 tahun). Hal ini berhubungan metode penemuan kasus baru. Penderita yang didiagnosis tidak terlambat umumnya ditemukan secara aktif, baik melalui pemeriksaan kontak serumah maupun melalui kampanye eliminasi kusta (LEC) yang dilakukan di desa.

Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa variabel waktu diagnosis terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta ($p = 0,003$) menjadi variabel kandidat yang akan dimasukkan dalam analisis multivariabel.

POD terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa proporsi responden yang kurang mendapatkan POD pada

kelompok kasus lebih besar dibandingkan yang ada pada kelompok kontrol. Sedangkan proporsi responden yang cukup mendapatkan POD pada kelompok kasus lebih kecil dibandingkan dengan yang ada pada kelompok kontrol. Hal ini berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II banyak dialami oleh penderita kusta yang kurang mendapatkan POD.

Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa variabel POD terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta ($p = 0,008$) menjadi variabel kandidat yang akan dimasukkan dalam analisis multivariabel.

Konseling terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Berdasarkan tabel 4, diketahui bahwa proporsi responden yang kurang mendapat konseling pada kelompok kasus lebih banyak dibandingkan yang ada pada kelompok kontrol. Hal ini berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II banyak dialami oleh penderita kusta yang kurang mendapat konseling.

Umumnya responden yang cacat tingkat II adalah penderita kusta yang kurang mendapat konseling. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kunjungan ke Puskesmas setiap bulan untuk mengambil paket obat kusta.

Hasil analisis bivariabel menunjukkan bahwa variabel konseling terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta ($p = 0,008$) menjadi variabel kandidat yang akan dimasukkan dalam analisis multivariabel.

Tabel 5. Hasil Analisis Multivariabel dengan Uji Regresi Logistik

Variabel	Kategori	β	p	OR	95% CI	
					Lower	Upper
Umur	20 – < 35			Pembanding		
	35–54	-0,259	0,753	0,771	0,154	3,869
	> 54	0,893	0,508	2,443	0,173	34,409
Jenis Kelamin	Perempuan			Pembanding		
	Laki-laki	0,085	0,921	1,088	0,206	5,741
Jenis Pekerjaan	Ringan			Pembanding		
	Berat	1,076	0,163	2,933	0,646	13,319
Metode Penemuan Kasus	Aktif			Pembanding		
	Pasif	1,947	0,010	7,005	1,595	30,763
Waktu Diagnosis	Tidak Terlambat			Pembanding		
	Terlambat	0,972	0,185	2,644	0,628	11,129
	Sangat Terlambat	2,725	0,022	15,264	1,469	158,594
POD	Cukup			Pembanding		
	Kurang	1,948	0,011	7,016	1,574	31,274
Konseling	Baik			Pembanding		
	Kurang	2,109	0,008	8,241	1,747	38,847

Pengaruh Pelayanan Kesehatan terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Analisis multivariabel dilakukan dengan memasukkan semua variabel yang memenuhi syarat, yaitu variabel kandidat berdasarkan hasil analisis bivariabel atau variabel yang memiliki nilai $p < 0,25$.

Hasil analisis multivariabel terhadap semua variabel kandidat disajikan pada tabel 5. Tabel 5 menunjukkan hasil analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda. Analisis yang dilakukan secara simultan terhadap semua variabel kandidat diperoleh hasil bahwa variabel yang berpengaruh secara bersama-sama terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II adalah variabel metode penemuan kasus, waktu diagnosis dan konseling. Sedangkan variabel umur, jenis kelamin dan jenis pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II.

Metode penemuan kasus secara pasif dengan p value sebesar 0,009 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa metode penemuan kasus merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II. Sedangkan nilai OR = 7,334 (CI 95%: 1,643–32,739) berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II berisiko 7,334 kali pada penderita yang ditemukan secara pasif dari pada penderita yang ditemukan secara aktif.

Waktu diagnosis yang sangat terlambat dengan p value sebesar 0,023 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa waktu diagnosis merupakan faktor yang mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II. Sedangkan nilai OR = 15,267 (CI 95%: 1,447–161,071) berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II berisiko 15,267 kali pada penderita yang sangat terlambat didiagnosis dari pada penderita yang tidak terlambat.

POD yang kurang dengan p value sebesar 0,011 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa POD merupakan faktor risiko kejadian kecacatan kusta tingkat II. Sedangkan nilai OR = 7,016 (95% CI: 1,574–31,274) berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II berisiko 7,016 kali pada penderita kusta yang kurang mendapatkan POD dari pada yang cukup mendapatkan POD.

Konseling yang kurang dengan p value sebesar 0,008 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa konseling merupakan faktor risiko kejadian kecacatan kusta tingkat II. Sedangkan nilai OR = 9,154 (CI 95%: 1,786–46,906) berarti bahwa kecacatan kusta tingkat II berisiko 9,154 kali pada penderita kusta yang

kurang mendapat konseling dari pada yang mendapat konseling dengan baik.

Variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II adalah waktu diagnosis yang sangat terlambat (OR = 15,264; 95% CI: 1,469–158,594), diikuti oleh konseling yang kurang (OR = 8,241; 95% CI: 1,747–38,847), POD yang kurang (OR = 7,016; 95% CI: 1,574–31,274) dan metode penemuan kasus secara pasif (OR = 7,005; 95% CI: 1,595–30,763).

Nilai R^2 yang diperoleh sebesar 0,59 (59%), artinya bahwa metode penemuan kasus secara pasif, waktu diagnosis yang sangat terlambat, POD yang kurang dan konseling yang kurang mampu memprediksi kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang sebesar 59%. Sedangkan 41% dijelaskan oleh faktor risiko lainnya.

PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Sebagian besar responden merupakan orang-orang yang berusia produktif (35–54 tahun), selain itu sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki. Tingkat pendidikan responden tergolong rendah, dan jenis pekerjaan yang digeluti sehari-hari umumnya merupakan pekerjaan dengan aktivitas berat yang berisiko terjadi kecacatan tingkat II. Selain itu dari segi kemampuan ekonomi, hampir seluruh responden termasuk dalam kategori berpendapatan keluarga rendah.

Kondisi tersebut sesuai dengan hasil penelitian Kumar dkk (2012), bahwa rata-rata umur penderita kusta adalah 43 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Hasil penelitian Sidharti (2012) juga menunjukkan bahwa sebagian besar penderita kusta di Kabupaten Sampang berpendidikan rendah. Selain itu Kemenkes RI (2012) bahwa umumnya penyebaran penyakit kusta berkaitan dengan umur, jenis kelamin dan sosial ekonomi masyarakat.

Pengaruh Metode Penemuan Kasus terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh metode penemuan kasus terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II di Kabupaten Sampang. Artinya semakin baik metode penemuan kasus (secara aktif) maka semakin kecil kemungkinan untuk terjadi kecacatan tingkat II pada penderita kusta. Berdasarkan hasil wawancara, sebagian responden

ditemukan secara pasif (sukarela). Karena kurangnya pengetahuan tentang kusta, banyak penderita yang tidak tahu bahwa mereka menderita kusta. Mereka tidak mengetahui tanda-tanda awal penyakit kusta seperti adanya bercak putih atau kemerahan di kulit. Ketika memiliki tanda-tanda tersebut biasanya tidak ada upaya untuk memeriksakan diri ke puskesmas atau sarana kesehatan lainnya. Tidak adanya rasa sakit yang berarti dan tidak adanya keluhan pada bercak yang timbul juga menjadi alasan untuk tidak berobat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Rachmalina dan Suzanti (1997), bahwa pengetahuan tentang kusta di daerah endemis kusta tergolong rendah.

Metode penemuan kasus yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat dibagi menjadi dua, yaitu secara pasif dan aktif. Penderita yang mengalami cacat tingkat II umumnya ditemukan secara pasif, artinya bahwa penderita datang ke Puskesmas dengan sukarela. Namun pada saat didiagnosis sudah mengalami kelainan kulit yang parah dan sering telah mengalami cacat tingkat II. Penemuan kasus secara aktif lebih efektif dalam menemukan penderita sedini mungkin, karena semakin lama kasus ditemukan semakin besar risiko terjadi kecacatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Cardona dan Castro (2013), bahwa keterlambatan dalam penemuan kasus memberikan peluang terjadinya angka kecacatan sebesar 30%. Selain itu penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Zainuddin (2005), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara metode penemuan kasus dengan tingkat kecacatan pada penderita kusta.

Menurut Kemenkes RI (2012), beberapa cara dalam usaha menemukan penderita baru secara aktif di lapangan yaitu dengan pemeriksaan kontak serumah, pemeriksaan kontak intensif, dan penyelenggaraan kegiatan LEC (*Leprosy Elimination Campaign*) yang dilakukan di desa. Penemuan kasus baru kusta secara aktif merupakan suatu tindakan yang penting jika melihat tingkat pendidikan penderita kusta yang tergolong rendah sehingga tidak mengetahui tanda-tanda awal kusta. Dengan upaya-upaya penemuan secara aktif, peluang untuk menemukan penderita baru lebih baik dan kecacatan dapat dihindari.

Pengaruh Waktu Diagnosis terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Waktu diagnosis dapat mempengaruhi terjadinya cacat tingkat II pada penderita kusta. Hal ini berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan

bahwa kejadian kecacatan kusta tingkat II berisiko 15,264 kali pada penderita yang sangat terlambat didiagnosis dari pada penderita yang tidak terlambat didiagnosis. Adanya pengaruh waktu diagnosis terhadap kejadian kecacatan kusta tingkat II di Kabupaten Sampang, dengan kata lain bahwa semakin terlambat penderita kusta didiagnosis maka semakin besar kemungkinan mengalami cacat tingkat II.

Sebagian besar responden terlambat atau sangat terlambat didiagnosis sehingga terlambat mendapatkan pengobatan. Menurut Kemenkes RI (2012), hal ini disebabkan oleh kurangnya pengetahuan responden dalam mengenali tanda-tanda awal kusta. Tidak adanya rasa sakit pada lesi yang muncul di kulit juga merupakan alasan yang membuat responden merasa tidak perlu memeriksakan diri ke Puskesmas. Penderita biasanya akan datang ke Puskesmas jika merasa kondisinya semakin parah atau merasa ada kelainan pada anggota tubuhnya sehingga pada saat didiagnosis sudah mengalami cacat tingkat II.

Kerusakan saraf yang terjadi kurang dari 6 bulan dan diobati dengan cepat dan tepat tidak akan menyebabkan kecacatan yang permanen. Diagnosis penderita kusta sedini mungkin sangat penting agar jika terdapat kerusakan saraf segera dapat diobati untuk mencegah kecacatan permanen (kecacatan tingkat II). Oleh karena itu semakin lama waktu sejak saat pertama ditemukan tanda awal kusta-kusta hingga dimulainya pengobatan, semakin besar risiko timbulnya kecacatan akibat terjadinya kerusakan saraf yang progresif. Jika penyakit kusta diabaikan dan tidak diobati dengan segera kemungkinan dapat disertai reaksi kusta merupakan salah satu penyebab terjadinya kerusakan akut fungsi saraf. Reaksi kusta yang tidak didiagnosis dan diobati secara cepat dan tepat dapat merugikan penderita/pasien. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan jika reaksi mengenai saraf tepi karena menyebabkan gangguan fungsi saraf (Kemenkes RI, 2012). Terlebih lagi bahwa sebagian besar responden memiliki pekerjaan yang tergolong berat yang dapat menyebabkan kelelahan fisik. Kelelahan fisik ini menurut Prawoto (2008) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi timbulnya reaksi kusta dan berisiko terjadi kecacatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Susanto (2006) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara waktu diagnosis dengan tingkat kecacatan pada penderita kusta. Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Rambey (2010) yang menyimpulkan bahwa penderita kusta

dengan waktu diagnosis > 1 tahun berisiko 9,74 kali mengalami kecacatan kusta tingkat II dibandingkan penderita dengan waktu diagnosis < 1 tahun.

Ada beberapa hal yang menyebabkan penderita terlambat di diagnosis oleh petugas kesehatan. Diantaranya adalah cara penderita ditemukan apakah secara aktif atau secara pasif. Jika penderita ditemukan secara aktif maka kemungkinan dapat di diagnosis lebih dini atau belum lama menderita kusta (< 1 tahun) sehingga belum mengalami cacat yang terlihat. dalam kondisi seperti ini dapat dilakukan upaya pencegahan untuk menghindari kondisi yang lebih parah dengan pengobatan MDT yang teratur, POD di Puskesmas yang teratur serta melakukan perawatan diri. Namun jika penderita ditemukan secara pasif, kemungkinan di diagnosis dengan status terlambat karena penderita datang ke Puskesmas pada saat merasa kondisinya menjadi lebih parah.

Keterlambatan dalam diagnosis juga disebabkan oleh sikap penderita yang sulit menerima kenyataan bahwa dirinya menderita kusta. Ketika konseling sedang berlangsung antara petugas kusta dengan tersangka kusta, terkadang petugas telah berusaha meyakinkan dengan memberikan semua informasi tentang kusta namun mereka tidak percaya dan tidak mau diberi MDT. Pada kasus seperti ini petugas tidak dapat mendiagnosis dan tidak dilaporkan sebagai penderita. Biasanya mereka lebih memilih berobat kepada tokoh agama seperti Kyai atau Ustadz. Tidak jarang pula mereka berobat pada paranormal atau dukun. Namun ketika kondisi penyakit menjadi lebih parah karena tidak mendapatkan pengobatan yang tepat, baru kemudian mereka datang sendiri ke Puskesmas dan pada saat di diagnosis sudah mengalami cacat tingkat II.

Kusta dapat menyebabkan kelainan kepribadian pada penderitanya. Orang yang menderita kusta cenderung menutup diri dari lingkungan sosialnya. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, umumnya mereka jarang berinteraksi dengan lingkungan sosial karena merasa malu dan memandang rendah bentuk atau kondisi tubuhnya akibat kusta. Hal ini membuat mereka selalu berusaha menutupi penyakitnya dari orang-orang di lingkungan sosialnya. Situasi yang sama dikemukakan oleh Soedarjatmi dkk. (2009) tentang efek stigma terhadap penderita kusta bahwa mereka sering merasa takut jika orang lain mengetahui penyakitnya, sehingga mereka cenderung membatasi dan menutup diri. Oleh karena itu penderita kusta selalu berusaha menyembunyikan penyakitnya

dengan berbagai cara seperti menggunakan pakaian yang tertutup, serta tidak menceritakan tentang kondisinya dengan siapa pun. Karena perasaan malu, banyak penderita merasa malu berinteraksi dengan lingkungannya meskipun untuk berobat di puskesmas.

Pengaruh POD terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Upaya pencegahan terhadap kecacatan kusta tingkat II (termasuk kecacatan tingkat I) utama dilakukan dengan penemuan kasus sedini mungkin dan pengobatan segera. Selain itu juga dapat dilakukan POD yang terdiri dari dua komponen khusus yaitu deteksi dini kecacatan dan penanganan reaksi dan kerusakan saraf oleh pelayanan kesehatan (Brakel, 2007).

POD merupakan suatu pelayanan kesehatan yang bermanfaat untuk mendeteksi ada atau tidaknya kecacatan yang diakibatkan kusta pada penderitanya. POD ini dilakukan melalui pemeriksaan fungsi saraf secara rutin oleh petugas kesehatan di puskesmas minimal sebulan sekali pada saat pasien datang mengambil obat. Hal ini agar pemantauan kecacatan pada pasien tersebut bisa dideteksi dengan adanya reaksi kusta. Menurut (Duerksen, 1993), mendeteksi kerusakan saraf secara dini merupakan kunci dalam pencegahan kecacatan kusta. Oleh karena itu, pasien harus mengambil obat sendiri secara rutin di puskesmas dan tidak boleh diwakilkan agar dapat langsung dilakukan pemeriksaan fungsi saraf.

Pemeriksaan yang dilakukan dalam kegiatan POD dapat menyimpulkan apakah pasien mengalami reaksi berat atau tidak. Apabila pasien mengalami reaksi berat maka harus segera ditangani oleh petugas kesehatan dengan tata laksana reaksi yang tepat. Penanganan reaksi antara lain (Kemenkes RI, 2012): 1) Istirahat di rumah; 2) Pemberian analgetik/ antipiretik, obat penenang bila perlu; 3) Jika masih menjalani MDT tetap diteruskan dengan dosis tetap; 4) Menghindari faktor pencetus; 5) Bila terjadi reaksi berat, berikan prednison dengan *tapering ring off*.

Kemampuan petugas kesehatan dalam mendeteksi reaksi kusta sangat penting. Bila petugas tidak bisa mendeteksi adanya reaksi berat yang dialami pasien dan tidak ditangani dengan baik, maka bisa mengakibatkan cacat tingkat II yang sifatnya permanen (bila kejadian reaksi >6 bulan).

Hasil analisis menunjukkan bahwa POD berpengaruh terhadap kejadian kecacatan tingkat II pada penderita kusta. Hal ini sesuai dengan penelitian yang Richardus dkk. (1996) yang

menyatakan bahwa kegiatan POD yang dilakukan dapat mencegah kecacatan pada penderita kusta.

Pada kegiatan POD, pemeriksaan fungsi saraf dilakukan pada saraf-saraf tepi yang paling sering terlibat dalam penyakit kusta dan dapat diraba seperti saraf *facialis*, *auricularis magnus*, *ulnaris*, *medianus*, *radialis*, *peroneus communis* dan *tibialis posterior*. Kegiatan ini sangat penting dilakukan terutama pada pasien yang datang berobat sehingga dapat diperkirakan kemungkinan apakah pasien tersebut akan mengalami kerusakan saraf atau tidak. Hal ini berdasarkan informasi yang diperoleh pada saat anamnesis dilakukan. Jika telah terjadi kerusakan saraf kurang dari 6 bulan, maka dapat diobati dengan cepat dan tepat untuk mencegah kecacatan permanen (Kemenkes RI, 2012).

Pengaruh Konseling terhadap Kecacatan Kusta Tingkat II

Konseling yang juga merupakan bagian dari upaya-upaya promosi kesehatan di masyarakat termasuk pada penderita kusta merupakan hal penting yang perlu dilakukan baik sebelum maupun setelah terjadinya penyakit kusta. Kegiatan konseling di masyarakat maupun di puskesmas dimaksudkan untuk membantu klien memahami pemikirannya sehingga dapat membuat keputusan yang bijak terkait upaya-upaya penyembuhan (Kemenkes RI, 2012). Dengan konseling penderita akan mendapatkan informasi tentang penyakit kusta, cara pengobatan benar dan bagaimana mencegah kecacatan. Dalam konseling tersebut juga penderita akan mendapatkan dukungan sosial dari petugas konseling sehingga mereka menjadi termotivasi untuk sembuh.

Rendahnya tingkat pendidikan penderita kusta di Kabupaten Sampang dapat mempengaruhi pengetahuan tentang kusta, atau dengan kata lain adalah pengetahuan yang rendah. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sidharti (2012), bahwa sebagian besar penderita kusta di Sampang memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit kusta. Kurangnya pengetahuan ini juga dapat disebabkan oleh kurangnya kegiatan konseling yang diterima oleh penderita. Pengetahuan yang kurang baik tentang kusta akan mempengaruhi pencarian pengobatan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa kejadian kecacatan kusta tingkat II berisiko 9,154 kali pada penderita yang kurang mendapat konseling dari pada penderita yang cukup mendapat konseling. Sesuai

dengan rekomendasi Kemenkes RI (2012) bahwa konseling sebagai salah satu kegiatan dalam upaya pencegahan cacat pada penderita kusta. Konseling yang dilakukan baik di puskesmas maupun di rumah penderita sangat diperlukan untuk memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang cara pengendalian kusta. Kegiatan konseling selain bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan pasien kusta, juga dapat menjadi sumber motivasi penderita untuk sembuh dengan melakukan pengobatan dan perawatan diri secara teratur.

Konseling tidak hanya sekedar dilakukan dengan memberikan pengetahuan dan motivasi, hal yang perlu diperhatikan adalah bagaimana agar apa yang disampaikan petugas kesehatan dapat diterima dengan baik oleh pasien. Oleh karena itu menurut Kemenkes RI (2012), komunikasi interpersonal yang baik serta rasa empati sebaiknya dimiliki oleh petugas konseling. Komunikasi interpersonal yang baik antara petugas kesehatan dengan pasien kusta sangat penting, karena ikut berperan dalam menentukan proses penyembuhan dan pencegahan kecacatan.

Proses komunikasi yang baik pada saat konseling membuat pasien kusta lebih termotivasi untuk meminum obat secara teratur, sesuai dengan dosis yang telah ditentukan. Motivasi ini muncul ketika pasien telah mendapatkan informasi dari petugas konseling bahwa penyakit kusta dapat menyebabkan kecacatan dan dapat menular kepada anggota keluarganya, namun dapat disembuhkan dengan minum obat secara teratur serta memantau gejala-gejala yang perlu diwaspadai (Kemenkes RI, 2012).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Umumnya penderita kusta di Kabupaten Sampang merupakan orang-orang yang berusia produktif dan berjenis kelamin laki-laki. Tingkat pendidikan penderita kusta di Sampang tergolong rendah dengan jenis pekerjaan berat yang dilakukan sehari-hari seperti petani, nelayan, buruh, tukang becak dan pembantu rumah tangga. Pendapatan keluarga penderita kusta di bawah UMR dan tergolong pendapatan kurang.

Karakteristik responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan pendapatan keluarga) tidak mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang.

Pelayanan kesehatan (metode penemuan kasus, waktu diagnosis, POD dan konseling) secara bersama-sama mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II pada penderita kusta di Kabupaten Sampang. Sedangkan POD dan ketersediaan obat tidak mempengaruhi kejadian kecacatan kusta tingkat II.

Saran

Saran yang dapat diberikan dari penelitian ini diantaranya Meningkatkan upaya-upaya dalam penemuan kasus baru secara aktif, seperti pemeriksaan kontak serumah dan pemeriksaan kontak intensif yang merupakan metode efektif dalam menemukan kasus kusta lebih dini untuk mencegah kecacatan khususnya kecacatan tingkat II.

Meningkatkan kegiatan konseling dan penyuluhan sebagai pendekatan alternatif untuk mendukung partisipasi masyarakat dalam upaya pengendalian kusta di Kabupaten Sampang.

Diharapkan agar pasien mengambil obat langsung ke puskesmas, dan kepada petugas kesehatan agar melakukan pemeriksaan POD pada pasien kusta secara rutin (setiap bulan) dan bisa menyimpulkan hasil pemeriksaan POD tersebut serta mengambil tindakan-tindakan penanganan yang diperlukan.

REFERENSI

- Brakel, W.H. 2007. Disability and Leprosy: The Way Forward, *Annals Academy of Medicine*, Vol. 36, no. 1, January, pp. 86–87.
- Cardona, N. and Castro. 2013. Leprosy in Colombia: Post Elimination Stage?, *Lepr Rev*, 84, September, pp. 238–274.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012.
- Duerksen. 1993. Workshop 10: management of physical disability, *International Journal of Leprosy*, pp. 748–749.
- Ferreira, J., Mengue, S., Wagner, M., and Duncan, B. 2000. Estimating hidden prevalence in hansen's disease through diagnosis and grade of disability at time of diagnosis, *International Journal of Leprosy*, vol. 68, no. 4, December, pp. 464–473.
- Josep, G. dan Rao, S. 1999. Impact of leprosy on the quality of life, *World Health Organization*, vol. 7, no. 6, pp. 515–517.
- Kamal, M. 2015. Pengaruh Pelayanan Kesehatan terhadap Kejadian Kecacatan Kusta Tingkat II di Kabupaten Sampang, *Tesis*, Universitas Airlangga Surabaya.
- Kemenkes RI. 2012a. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Kusta*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. 2012b. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*, Jakarta: Kemenkes RI.
- Kumar, A., Girdhar, A. and Girdar B. K. 2012. Risk of developing disability in pre and post-multidrug therapy treatment among multibacillary leprosy: agra mb cohort study, *BMJ Open*, vol. 2.
- Kurnianto, J. 2002. Faktor-faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kecacatan Penderita Kusta di Kabupaten Tegal, *Tesis*, Universitas Diponegoro Semarang.
- Lwanga, S. K. and Lemeshow, S. 1998. *Sample Size Determination in Health Studies, a Practical Manual*, Geneva: WHO.
- Prawoto (2008) Faktor-faktor Risiko yang Berpengaruh Terhadap Terjadinya Reaksi Kusta (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Brebes), *Tesis*, Universitas Diponegoro Semarang.
- Rachmalina dan Suzanti. (1999). Penanggulangan penyakit kusta pada daerah endemis dengan pendekatan sosial budaya di kabupaten bangkalan (suatu tinjauan kualitatif), *Media Litbang Kesehatan*, vol. 9, no. 3, hal. 24-28
- Rambey, M.A. 2012. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Cacat Tingkat 2 pada Penderita Kusta di Kabupaten Lamongan Tahun 2012, *Tesis*, Univeristas Indonesia.
- Richardus, J.H. dan Habbema, J. Dik F. 2007. The Impact of Leprosy Control on the Transmission of M. Leprae: is Elimination Being Attained?, *Leprosy Review*, 78, September, pp. 330–337.
- Richardus, J.H., Finlay, K.M., Croft, R.P., dan Smith, W.C. 1996. Nerve function impairment in leprosy at diagnosis and at completion of mdt: a retrospective cohort study of 786 patients in Bangladesh, *Leprosy Review*, 67, April, pp. 297–305.
- Santos, V., Matos, A., Oliveira, L., Lemos, L., Gurgel, R., Reis, F., Santos, V., et al. 2015. Clinical variables associated with disability in leprosy cases in Northeast Brazil, *The Journal of Infection in Developing Countries*, vol. 9, no. 3, pp. 232–238.
- Sehgal, A. 2006. *Deadly diseases and epidemics: leprosy*, Philadelphia: Chelsea House.
- Sidharti. 2012. Pengembangan Indikator Prediktif Keteraturan Berobat pada Penderita Kusta

- dan Hubungan dengan Hasil Pemeriksaan Bakteriologi di Kabupaten Sampang, *Tesis*, Universitas Airlangga Surabaya.
- Susanto, N. (2006). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan penderita kusta (kajian di kabupaten sukoharjo)*, Tesis, Universitas Gadjah Madah.
- Soedarjatmi, Istiarti, T., Widagdo L. 2009. Faktor-faktor yang Melatarbelakangi Persepsi Penderita terhadap Stigma Penyakit Kusta, *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, vol. 4, no. 1, pp. 18–24.
- WHO. 2013. Global leprosy: Update on the 2012 Situation, *Weekly Epidemiological Record (WER)*, vol. 88, no. 35, Agustus, pp. 365–380.