

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhan-mu Memaklumkan , "Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan Menambah (Nikmat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (Nikmat-Ku , maka sesungguhnya Azab-Ku sangat pedih. "

(Q.S Ibrahim ayat 7)

"Dan Kami turunkan dari al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang beriman"

(Q.S Al Isra ayat 82)

Dari laporan WHO tahun 1997, Indonesia menempati urutan ketiga negara dengan penderita kusta terbanyak di dunia setelah India dan Brasil. Pada tahun 2001, Indonesia sudah lebih baik kondisinya karena urutannya turun menjadi urutan ke 4 setelah India, Brazil dan Nepal.

Meski Indonesia termasuk dalam negara urutan ke-4 berdasarkan jumlah penderitanya, namun Indonesia masih dapat dikategorikan masuk dalam level *elemated* (dalam kategori tidak terlalu besar) karena sebagian besar daerah kasus kustanya di bawah 1 per 10.000. Sedangkan yang di atas 1 per 10.000 hanya 13 propinsi dan 111 kabupaten dari 30 propinsi seperti disampaikan Yusuf Kalla

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat yang membacakan sambutan Wakil Presiden Hamzah Haz pada Hari Kusta Se-Dunia di Istana Merdeka Selatan, Jakarta, Jumat 16 Januari 2004.

Propinsi tersebut antara lain Nangroe Aceh Darussalam, DKI Jakarta, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Papua, Maluku Utara dan Gorontalo, dengan jumlah penderita terbesar di Jawa Timur yaitu 4.856 orang.

Menurut Menteri Kesehatan, Achmad Sujudi, 2004, dalam kurun waktu 12 tahun (1990-2002) salah satu keberhasilan yang patut dibanggakan adalah Indonesia telah berhasil menurunkan kasus kusta dengan jumlah penurunan yang cukup signifikan menjadi hampir hanya seperenamnya, yaitu dari 107.271 pada tahun 90-an menjadi 19.805 pada Desember tahun 2002 dengan penderita baru selama tahun 2003 sebanyak 16.239 orang. Padahal suatu negara dikatakan bebas kusta apabila jumlah penderitanya kurang dari 1 per 10.000 penduduk.

Dari data DepKes yang dibagikan pada peringatan Hari Kusta se-Dunia ke-51 di Istana Wapres, Jakarta, Jumat, 16 Januari 2004, menyebutkan jumlah orang yang diketahui memiliki gejala penyakit kusta dan berhasil disembuhkan selama program dari tahun 1990 sampai 2003 mencapai 286.313 orang. Sedangkan berdasarkan data dalam satu dekade di Subdit Kusta Ditjen P2M & PI DepKes dan Kesos hingga Juni 2000 tinggal 20.736 kasus yang masih dalam

Walaupun penyakit kusta di Indonesia saat ini jumlahnya tidak banyak, hanya sekitar 19.805 orang, tetapi keberadaannya tetap dirasakan mengganggu sehingga penyakit kusta tetap mendapat perhatian meski sebenarnya Indonesia secara nasional telah mencapai eliminasi kusta sejak pertengahan tahun 2000, yang artinya angka prevalensinya kurang dari 1 per 10.000 penduduk, dan ditargetkan pada tahun 2020 atau 2025 nanti Indonesia akan bebas kusta. Sedangkan Menko Kesra pada Pencanaan Eliminasi kusta di RS Kusta Sumber Glagah Mojokerto, Jawa Timur, 2004, mencanangkan Indonesia sendiri paling lambat tahun 2009 sudah bebas dari penyakit kusta.

Sedangkan Direktur Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (PPM-PL) Departemen Kesehatan (Depkes), Umar Fachmi Ahmadi, 2004, menyatakan bahwa Jawa Barat dan Jawa Tengah pada tahun 2004 juga dimasukkan dalam daftar provinsi yang harus diintensifkan pencarian penderita baru kusta meskipun angka prevalensinya sudah di bawah 1 per 10.000 penduduk. Di kedua provinsi itu terdapat lebih dari 1.000 penderita kusta. Sementara itu Gubernur Jawa Timur, Imam Utomo, 2003, mengatakan jumlah penderita kusta di Jatim mencapai 1,39 per 10.000 penduduk. Dicanangkan pada tahun 2005 Jawa Timur bebas dari kusta.

Penyakit kusta sekarang ini dapat disembuhkan dalam setiap tahap penyakit, tergantung dari tipe penyakit dan cepatnya deteksi. Hal ini dimungkinkan sejak ditemukannya obat kusta yaitu dapson yang digunakan sejak tahun 1941. Kemudian dengan dikombinasikan dengan rifampisin dan lemprane

yang kemudian dikenal sebagai *Multy Drug Therapy* atau MDT (Soeparanto, 2003)

Tujuan penanggulangan kusta di Indonesia adalah mencapai angka prevalensi kurang dari satu per 10.000 penduduk di semua kabupaten atau kota pada tahun 2005. Selain melalui deteksi dini juga diupayakan pemberian obat kombinasi yang sering disingkat MDT (*Multy Drug Treatment*). Ahmadi, 2004, mengatakan peran serta semua pihak, termasuk masyarakat, dalam program eliminasi kusta sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah kusta.

Pencapaian target eliminasi di seluruh kota dan provinsi masih dirasa sangat berat. Itu antara lain disebabkan masih adanya rasa takut yang berlebihan terhadap penyakit kusta (leprofobia), pengertian yang keliru tentang penyakit kusta, kantong-kantong penderita kusta yang sebagian besar terletak di daerah yang sulit, berpenduduk padat serta relatif miskin dan banyaknya masalah kesehatan sehingga dana pemerintah sangat terbatas untuk memberantas kusta (Ahmadi, 2004).

Juga saat ini yang perlu diperangi adalah stigma negatif masyarakat terhadap kusta. Ahmadi (2004) kepada wartawan di Jakarta pada peringatan Hari Kusta Sedunia pada minggu terakhir Januari dengan tema tahun ini, "Indonesia Bebas Kusta Tanggung Jawab Kita Bersama" menyampaikan bahwa stigma sosial terhadap penyandang kusta membuat mereka terkucil serta dijauhi oleh lingkungannya. Sehingga seringkali menjadi salah satu penyebab terdapat

terhadap keberhasilan eliminasi kusta berkaitan dengan pelaksanaan program pengobatan.

Masyarakat diminta agar tidak membedakan atau stigmasi bagi penderita kusta dan segera diperiksakan ke puskesmas atau rumah sakit untuk dapat diobati. Saat ini pelayanan penderita kusta di rumah sakit digabungkan dengan penderita penyakit lain untuk mencegah stigmasi tersebut.

Wisnu (2004), Ketua Kerja Eliminasi Kusta Nasional menyampaikan bahwa kusta adalah penyakit infeksi menular yang paling tidak menular. Namun, di tengah masyarakat yang masih sangat tinggi leprofobianya, penderita penyakit kusta cenderung mengalami kecacatan.

Berdasarkan peta situasi kusta, pencapaian target eliminasi kusta untuk semua propinsi dan kabupaten masih sangat berat karena ada masalah lain yang merupakan hambatan yang antara lain telah disebutkan di atas ditambah masih kurangnya partisipasi masyarakat yang mengakibatkan penemuan dan penyembuhan penderita menjadi terhambat pula. Oleh karena itu, penyuluhan di bidang kusta harus meningkatkan peran serta masyarakat terhadap program eliminasi sangat penting dan perlu ditingkatkan. Mengingat stigmasi terhadap penyakit kusta sebagaimana telah disebutkan di atas juga merupakan salah satu faktor penghambat pendeteksian dini penderita untuk segera menjalani pengobatan maupun berkaitan dengan kontinuitas penderita yang telah terdaftar untuk menyelesaikan pengobatannya secara lengkap (Suindi, 2003).

Keluarga merupakan salah satu organisasi terbatas dalam masyarakat (Khairuddin, 1985 *cit.* Simin, 1996). Perbedaan organisasi keluarga dengan organisasi biasa terletak pada sistem hubungan antar personalnya yang lebih intim dan terjalin dalam bentuk kasih sayang. Sedangkan pada organisasi biasa hubungan antar personalnya bersifat sementara dan tidak ada ikatan batin. Dengan kesamaan hubungan masing-masing anggota tersebut, dapat saling membutuhkan tanpa rasa pamrih. Bahkan secara otomatis timbul rasa tanggung jawab untuk membantu dalam segala hal (Simin, 1996).

Keluarga juga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Keluarga berperan dalam menentukan cara dan asuhan yang diperlukan klien di rumah (Keliat, 1996 *cit.* Sukardi, 2002).

Namun ketika peran tersebut tidak terlaksana, akan berpengaruh pula pada motivasi klien dalam menjalani pengobatan karena faktor yang mempengaruhi klien untuk taat berobat antara lain adalah pribadi (jenis kelamin pria, usia lanjut, sosial ekonomi lemah, pendidikan rendah), pengaruh akibat penyakit dan pengobatan, pengaruh lingkungan dan keluarga, hubungan penderita dengan dokter yang merawatnya dan stigma sosial. Dalam tinjauan ini stigma sosial dianggap mempengaruhi lingkungan yang mana dalam hal ini yang dimaksud adalah lingkungan sosial terutama keluarga.

Sedangkan dari sistem pendukung keluarga yang mempengaruhi antara lain, jumlah anggota keluarga yang sehat dan fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan seperti fasilitas fisik, psikologis dan sosial (dukungan

masyarakat setempat). Disini fasilitas psikologis sebagai salah satu faktor pembentuk motivasi dianggap dipengaruhi oleh fasilitas sosial yang bisa diartikan bahwa stigmatisasi masyarakat memberikan pengaruh kepada keluarga mengenai cara bersikap ataupun perlakuan terhadap anggota keluarganya yang menderita penyakit kusta. Baik dalam keseharian maupun dalam perilaku pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga.

Penelitian Markaento, 2003, menemukan bahwa pada subjek yang ada dukungan berobat 96,67 % teratur berobat dan 33,33 % teratur berobat walaupun kurang mendapat dukungan dari keluarga. Sedangkan pada subjek yang tidak teratur berobat 75 % ada dukungan dan 8 % kurang dukungan. Dari analisis bivariat menunjukkan ada hubungan dan meningkatkan resiko 9 kali terhadap ketidakteraturan berobat pada subjek yang kurang mendapat dukungan yang mana secara statistik cukup bermakna.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan dengan mengamati data penderita kusta yang ditangani program P2M kusta Puskesmas Kemlagi, didapatkan data jumlah penderita baik yang masih menjalani pengobatan, status RFT dan RFC dari tahun 1991 hingga 2004 adalah sejumlah 76 orang. Pendataan dimulai dari tahun 1991 karena program pengobatan menggunakan metode MDT di Puskesmas Kemlagi, Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur baru dimulai tahun 1991. Dan semenjak pergantian metode pengobatan tersebut jumlah penderita yang ditemukan menurun cukup signifikan. Bahkan ketika dilakukan *survey case finding* pada tahun 2001 tidak ditemukan penderita

Namun populasi yang diambil hanya yang tercatat mendapatkan pengobatan hingga tahun 2004 saja karena peningkatan jumlah penemuan penderita baru yang cukup tinggi pada tahun 2004 mulai bulan Januari hingga bulan Juli yaitu sejumlah 6 orang yang dengan sukarela memeriksakan diri ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan. Padahal sejak tahun 2000 penemuan penderita hanya berkisar 2 orang atau tidak sampai lebih dari 3 orang setiap tahunnya. Dari sejumlah penderita baru tersebut beberapa diantaranya merupakan kontak serumah dengan penderita lama.

Terkait dengan masih adanya stigma negatif masyarakat bahwa penyakit kusta adalah penyakit “*gedhe*” (berbahaya), menimbulkan ketakutan-ketakutan yang irrasional di kalangan masyarakat awam yang berpendidikan rendah. Ketakutan-ketakutan tersebut berimbas pada perlakuan yang tidak semestinya kepada penderita seperti pengucilan (isolasi sosial) dan tidak terlaksananya tugas kesehatan keluarga yang berakibat penderita tidak mendapatkan *support system* yang memadai dalam proses pengobatan dan pemeliharaan kesehatannya. Padahal kesembuhan penderita dan pencegahan dini kecacatan sangat erat kaitannya dengan kepatuhan menjalani prosedur pengobatan. Sehingga biasanya penderita yang memeriksakan diri sudah dalam keadaan stadium lanjut atau bahkan mengalami kecacatan yang sulit dilakukan rehabilitasi dan rekonstruksi.

Dengan adanya stigma negatif pula karena kurangnya informasi mengenai penyakit kusta dan prosedur pengobatannya, penderita cenderung menyembunyikan penyakitnya sehingga terjadi peningkatan resiko penularan

akibat kontak serumah dan tidak mengetahui tindakan prevensi terhadap penyakit kusta, penderita tidak segera memeriksakan diri untuk mendapatkan pengobatan dan penderita tidak mendapatkan dukungan keluarga yang semestinya sehingga dapat berakibat pada kecacatan permanen dan peningkatan prevalensi penderita. Hal tersebut akan menghambat target eliminasi yang telah dicanangkan pemerintah, baik di tingkatan internasional (urutan negara dengan penderita kusta terbanyak), nasional maupun provinsi, yang dalam hal ini adalah Provinsi Jawa Timur.

Dengan demikian peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap dukungan keluarga penderita kusta dalam kepatuhan penderita menjalani pengobatan MDT di Puskesmas Kemlagi, Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur karena dari data Dinas Kesehatan TK II Kabupaten Mojokerto prevalensi kusta di di puskesmas ini meningkat dari 1,2 pada tahun 2003 menjadi 2,2 pada tahun 2004 dengan ditemukannya sejumlah penderita baru, dimana Jawa Timur sendiri ternyata juga termasuk dari 13 propinsi yang belum mencapai angka eliminasi. Angka prevalensinya masih 1,39 per 10.000 penduduk.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah bahwa keluarga mempunyai peranan dan tanggung jawab yang penting dalam perawatan anggota keluarganya maka peneliti mengajukan rumusan masalah : **“Apakah Terdapat Hubungan yang Signifikan antara Dukungan Keluarga Penderita Kusta**

Dengan Kepatuhan Menjalani Pengobatan Penyakit Kusta Metode MDT Di Puskesmas Kemlagi Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur ?” Peneliti mengangkat masalah ini karena kesembuhan dan resiko kecacatan yang akan dialami oleh penderita kusta terutama tipe MB sangat bergantung pada kepatuhan penderita itu sendiri dalam menjalani paket pengobatan MDT. Juga adanya resiko penularan yang tinggi pada kontak serumah dengan penderita MB.

C. TUJUAN PENELITIAN

Dengan memperhatikan rumusan masalah di atas, maka tujuan penelitian ini antara lain adalah :

1. Tujuan umum

Diketuinya hubungan dukungan keluarga penderita kusta dengan kepatuhan menjalani pengobatan penyakit kusta metode MDT di Puskesmas Kemlagi Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya tingkat dukungan keluarga penderita kusta terhadap penderita
- b. Diketuinya tingkat kepatuhan penderita kusta menjalani pengobatan MDT

D. MANFAAT PENELITIAN

Manfaat yang dapat diambil dari penelitian ini antara lain adalah :

1. Bagi Puskesmas Kemlagi, Mojokerto

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pengelolaan program P2 kusta di Puskesmas Kemlagi, Mojokerto dalam merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan strategis pengobatan penyakit kusta sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan puskesmas sekaligus memberikan sumbangan pemikiran untuk mencari alternatif upaya dan penanganan program pemberantasan penyakit kusta yang lebih efektif sehingga mencapai tujuan yang diharapkan

2. Bagi masyarakat

Meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya dukungan keluarga terhadap kepatuhan berobat dimana kepatuhan berobat itu sendiri sangat berpengaruh terhadap pencegahan kecacatan atau bahkan kesembuhan

3. Bagi Ilmu Keperawatan

Terkait dengan Ilmu Keperawatan Keluarga, dapat digunakan sebagai dasar pengembangan dari Keperawatan Komunitas dengan mengoptimalkan peran keluarga dalam tugas kesehatan keluarga yang merupakan salah satu strategi promosi kesehatan yang diupayakan Departemen Kesehatan RI

4. Bagi peneliti

Sebagai wahana untuk menerapkan ilmu yang didapat dan memperluas wawasan peneliti dalam program pemberantasan penyakit kusta khususnya

5. Bagi peneliti lainnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk penelitian selanjutnya terutama mengenai jenis dukungan keluarga yang paling efektif dalam mempengaruhi kepatuhan berobat

E. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kemlagi, Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur karena terdapat peningkatan prevalensi penemuan penderita kusta yang cukup tinggi dari 1,2 menjadi 2,2 setelah sebelumnya menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto, Kecamatan Kemlagi menempati urutan ketiga jumlah penderita kusta terbanyak setelah Kecamatan Puri dan Manduro. Apalagi sejumlah penderita baru merupakan kontak serumah dengan penderita lama.

Peneliti melakukan penelitian di Puskesmas Kemlagi karena medan yang lebih mudah dicapai daripada Kecamatan Manduro serta merupakan daerah asal peneliti sehingga selain secara kultural dan bahasa memudahkan mendapat informasi yang jelas. Sedangkan waktu yang dibutuhkan peneliti adalah selama bulan Juli 2004 dimana diantara waktu tersebut sudah cukup untuk melabukan

penderita kusta yang dicross cek dengan keluarga dan petugas kesehatan pengelola program P2M Kusta. Sedangkan Simin menggunakan populasi kepala keluarga dan wakilnya yang serumah dengan penderita kusta yang masih dalam proses pengobatan.

2. Gatot Aryantoro, 1992

Judul tesis : Hubungan Ketaatan Berobat dengan Terjadinya Cacat Lepa selama Pengobatan. Pendekatan *cohort* dengan sampelnya adalah penderita kusta yang berobat MDT di RS Sardjito dari 1 Januari 1988 sampai 31 Desember 1991. Menggunakan uji statistik *chi square* dan dianalisis dengan menghitung angka resiko relatif. Hasilnya dapat disimpulkan bahwa ketaatan berobat memperkecil kemungkinan terjadinya cacat berat kusta dengan angka resiko relatif 2,6. Perbedaannya, kepatuhan berobat yang menjadi variabel bebas, sedangkan dalam penelitian ini kepatuhan berobat menjadi variabel terikat.

3. Sukardi, 2002

Judul penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Frekuensi Kekambuhan Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Subjek penelitian adalah keluarga tempat penderita tinggal sebelum penderita dirawat di RSJD Surakarta sebanyak 30 orang dengan frekuensi kambuh minimal 2 kali untuk setiap penderita yang dirawat minimal untuk kedua kalinya. Pengumpulan data dengan *medical record* dan angket yang teruji keahliannya. Uji statistik menggunakan analisis metode *multiple regression*

F. KEASLIAN PENELITIAN

Sebatas pengetahuan peneliti, belum ada penelitian mengenai pengaruh dukungan keluarga penderita kusta dengan kepatuhan berobat metode MDT di Puskesmas Kemlagi, Kabupaten Mojokerto, Jawa Timur. Namun dijumpai beberapa penelitian yang memiliki kesamaan variabel dengan penelitian ini, antara lain :

1. Simin, 1996

Judul tesis : Hubungan Sikap Dukung Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat di Kotamadya Yogyakarta. Jenis penelitian adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional*, dengan unit analisisnya seluruh kepala keluarga dan wakilnya yang serumah dengan penderita yang masih dalam proses pengobatan di Kotamadya Yogyakarta. Dari hasil analisis menggunakan uji regresi dua jalur menunjukkan bahwa apabila dilihat keempat komponen sikap secara bersama ternyata tidak bermakna. Demikian pula dengan interkorelasinya hanya sikap penerimaan keluarga terhadap penderita dan proses pengobatannya dengan kepatuhan minum berobat. Perbedaannya, peneliti membagi dukungan keluarga berdasarkan jenis dukungan yang diberikan yaitu dukungan emosional, informasi, evaluasi, dan instrument, sedangkan Simin membagi berdasarkan sikap dukung yaitu sikap penerimaan keluarga terhadap penderita, sikap keluarga terhadap kerentanan penyakit, sikap keluarga terhadap tujuan pengobatan dan sikap keluarga terhadap pengawasan proses pengobatan. Populasi yang digunakan peneliti adalah

Disimpulkan bahwa dukungan keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap frekuensi kekambuhan kembali penderita skizofrenia dengan nilai $r = -0,648$ dengan tingkat signifikansi 0,000. Pengaruh bersifat negatif, artinya semakin tinggi dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada penderita skozofrenia maka akan semakin kecil resiko kekambuhan. Oleh karena itu sangat diperlukan dukungan keluarga untuk melanjutkan terapi yang telah diberikan oleh RS. Perbedaannya, yang menjadi variabel terikat adalah kepatuhan berobat penderita kusta dengan metode MDT.

4. Penelitian lain tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat penderita kusta pernah dilakukan oleh Putra (1996) di Kabupaten Nganjuk dan oleh Indriyanti (2000) di Kabupaten Blora. Perbedaannya, di Blora merupakan daerah endemis kusta dan untuk mendapatkan penderita dilakukan dengan melalui surat, sedangkan pada penelitian di Mojokerto bukan daerah endemis dan prevalensi kusta secara keseluruhan masih di bawah standar sehingga untuk mendapatkan penderita kusta dilakukan dengan mencatat alamat penderita yang terdaftar di register Puskesmas dan melakukan