

**BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN
DENGAN PRAKTIK PENDERITA KUSTA DALAM
PENCARIAN PENGOBATAN DI PUSKESMAS KUNDURAN
KABUPATEN BLORA**

TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S-2
Program Studi Magister Promosi Kesehatan**



| |
|--------------------------|
| UPT-PUSTAK-UNDIP |
| No. Daft.: 6328/T/MPK/C1 |
| Tgl. : 11-6-2008 |

**Oleh :
DIAN NUGRAHENI
NIM : E4C003043**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

Tesis

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTEK
PENDERITA KUSTA DALAM PENCARIAN PENGOBATAN DI
PUSKESMAS KUNDURAN KABUPATEN BLORA

Dipersiapkan dan Disusun oleh
Dian Nugraheni
E.4C003043

Promosi Kesehatan
Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 15 Desember 2005

Menyetujui
Dewan Penguji

Pembimbing I



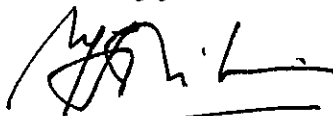
Dra. VG. Tinuk Istiarti
NIP.130.764.483.

Pembimbing II




DR. Laksmono Widagdo, SKM, MHPEd
NIP. 130.422.787

Penguji I



Dr. Harbandinah Pietojo, SKM
NIP.130.354.865

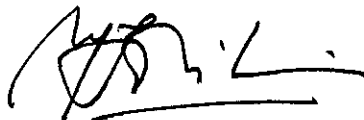
Penguji II



dr. M. Sakundarno Adi, MSc.
NIP.131.875.459

Tesisi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar
Magister kesehatan

Ketua Program Studi
Magister Promosi Kesehatan



Dr. Harbandinah Pietojo, SKM
NIP.130.354.865.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan.

Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, 15 Desember 2005

Dian Nugraheni

RIWAYAT HIDUP

Nama : Dian Nugraheni
Tempat dan Tanggal lahir : Semarang, 22 Desember 1965
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Alamat : Jl. H. Adam Malik – Sumber Beji
Rantauprapat –Labuhan batu
Sumatera Utara

Riwayat Pendidikan :

- ~ Lulus SD Negeri Juwangi Tahun 1977
- ~ Lulus SMP N Juwangi Tahun 1980/1981
- ~ Lulus SMA Purusatama Semarang 1983/1984
- ~ Lulus DIII APK "HAKLI" Semarang Tahun 1987
- ~ Lulus FKM USU Medan Tahun 2000

Riwayat Pekerjaan :

- ~ Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Labuhanbatu Tahun 1988 sampai dengan sekarang.
- ~ Staf Pengajar AKPER Pemkab Labuhanbatu dari tahun 1988 sampai dengan sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa yang telah melimpahkan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PAKTIK PENDERITA KUSTA DALAM PENCARIAN PENGOBATAN DI PUSKESMAS KUNDURAN KABUPATEN BLORA “.

Tesis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Master Kesehatan (MKes) dari Program Pasca Sarjana Program Studi Promosi Kesehatan Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini tidak terlepas dari bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu dengan segala kerendahan hati dan pernyataan yang tulus, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Prof. DR.dr. Suharyo Hadisaputro, SpPD, selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang beserta staf, yang telah memberikan fasilitas dan bantuan berupa kelancaran kegiatan perkuliahan.
2. dr. Harbandinah Pietojo, SKM, selaku Ketua Program Studi Magister Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang, yang sekaligus berkenan sebagai penguji utama dalam penyusunan tesis ini.
3. Dra. VG. Tinuk Istiarti, MKes, selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya penyusunan tesis ini.
4. DR.Laksmono Widagdo, SKM, MHPEd, selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu dan membimbing dalam penyusunan tesis ini.
5. dr. M. Sakundarno Adi, MSc, yang telah bersedia sebagai penguji pendamping dalam penyusunan tesis ini.

7. dr. Soni Suharsono, selaku Kepala Puskesmas Kunduran beserta staf yang telah memberi kemudahan selama pengambilan data dan informasi yang penulis perlukan untuk penyusunan tesis ini.
8. Kedua orang tua, keluarga besar penulis, suami tercinta Tugiyo,SKM dan ketiga buah hati tercinta, mbak Kembar dan dik Heru yang dengan kesabaran selalu mendampingi penulis dalam mengikuti pendidikan ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebut satu persatu yang telah banyak membantu hingga penyusunan tesis ini selesai.

Semoga segala kasih dan pengorbanan yang diberikan kepada penulis mendapat berkah dari Tuhan Yang Maha Esa.

Dalam penyusunan tesis ini tentunya masih ada kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik membangun dari pembaca untuk kesempurnaan tesis ini. Harapan penulis semoga tesis ini dapat bermanfaat.

Semarang, Desember 2005.

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|---------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN..... | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN..... | iii |
| RIWAYAT HIDUP..... | iv |
| KATA PENGANTAR..... | v |
| DAFTAR ISI..... | vii |
| DAFTAR TABEL..... | ix |
| DAFTAR GAMBAR..... | x |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xi |
| ABSTRAK..... | xii |
| ABSTRACT..... | xiii |
| | |
| BAB I. PENDAHULUAN..... | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Perumusan Masalah..... | 8 |
| C. Tujuan Penelitian | 9 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 10 |
| E. Ruang Lingkup Penelitian | 11 |
| F. Keaslian Penelitian..... | 11 |
| | |
| BAB II. TINJAUAN PUSTAKA..... | 13 |
| A. Penyakit Kusta | 13 |
| B. Konsep Perilaku | 24 |
| C. Kerangka Teori..... | 42 |
| | |
| BAB III. METODA PENELITIAN..... | 48 |
| A. Kerangka Konsep..... | 48 |
| B. Hipotesis Penelitian..... | 48 |
| C. Variabel Penelitian..... | 49 |
| D. Definisi Operasional..... | 50 |
| E. Jenis Penelitian..... | 55 |
| F. Proses Pengumpulan Data..... | 56 |
| G. Lokasi Populasi dan Sampel | 57 |
| H. Uji Validitas dan Reliabilitas | 58 |
| I. Pelaksanaan..... | 67 |
| J. Analisa Data | 68 |
| | |
| BAB IV. HASIL PENELITIAN..... | 72 |
| A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian..... | 72 |
| B. Kelemahan dan kekuatan Penelitian..... | 73 |
| C. Karakteristik Responden..... | 75 |

| | |
|--|-----|
| D. Perilaku Responden Dalam Pencarian Pengobatan..... | 77 |
| E. Dukungan Keluarga Dalam Pencarian Pengobatan | 90 |
| F. Analisa Hubungan..... | 92 |
| G. Analisa Multivariat..... | 101 |
| BAB V. PEMBAHASAN | 104 |
| A. Hubungan Antara Umur Dengan Praktik Pencarian Pengobatan | 112 |
| B. Hubungan Antara Jenis Kelamin Dengan Praktik Pencarian Pengobatan..... | 113 |
| C. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Dengan Praktik Pencarian Pengobatan | 114 |
| D. Hubungan Antara Pendapatan Dengan Praktik Pencarian Pengobatan..... | 115 |
| E. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Praktik Pencarian Pengobatan | 116 |
| F. Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Praktik Pencarian Pengobatan..... | 117 |
| G. Hubungan Antara Sikap Terhadap Praktik Pencarian Pengobatan..... | 118 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN | |
| A. Kesimpulan | 120 |
| B. Saran..... | 122 |
| DAFTAR PUSTAKA | 123 |
| LAMPIRAN - LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | | | |
|-----|------------|---|-----|
| 1. | Tabel 2.1 | Perbedaan Kusta Tipe PB dan MB..... | 16 |
| 2. | Tabel 2.2 | Penentuan Tingkat Cacat..... | 22 |
| 3. | Tabel 3.1 | Hasil Uji Validasi Variabel Pengetahuan Rahap 2..... | 61 |
| 4. | Tabel 3.2 | Hasil Uji Validasi Variabel Sikap Tahap 2..... | 63 |
| 5. | Tabel 3.3 | Hasil Uji Validasi Variabel Praktik Tahap 2..... | 65 |
| 6. | Tabel 3.4 | Hasil Uji Validasi Variabel Dukungan Keluarga Tahap 2..... | 66 |
| 7. | Tabel 4.1 | Distribusi Responden Menurut Karakteristik..... | 73 |
| 8. | Tabel 4.2 | Distribusi Pengetahuan Responden Mengenai Pencarian Pengobatan Kusta di Puskesmas..... | 74 |
| 9. | Table 4.3 | Distribusi Jawaban Responden Tentang Pengetahuan..... | 75 |
| 10. | Tabel 4.4 | Distribusi Sikap Responden Terhadap Pencarian Pengobatan Kusta..... | 79 |
| 11. | Tabel 4.5 | Distribusi Jawaban Responden Tentang Prkatik..... | 80 |
| 12. | Tabel 4.6 | Distribusi Praktik Responden Dalam Mencari Pengobatan Kusta di Puskesmas..... | 84 |
| 13. | Tabel 4.7 | Distribusi Jawaban Responden Tentang Praktik..... | 85 |
| 14. | Tabel 4.8 | Distribusi Dukungan Keluarga Dalam Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 88 |
| 15. | Tabel 4.9 | Distribusi Jawaban Responden Tentang Dukungan Keluarga Dalam Pencarian Pengobatan..... | 88 |
| 16. | Tabel 4.10 | Hubungan Antara Umur Responden Dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 90 |
| 17. | Tabel 4.11 | Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 91 |
| 18. | Tabel 4.12 | Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 92 |
| 19. | Tabel 4.13 | Hubungan Pendapatan Responden Dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 93 |
| 20. | Tabel 4.14 | Hubungan Dukungan Keluarga Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 94 |
| 21. | Tabel 4.15 | Hubungan Pengetahuan Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 96 |
| 22. | Tabel 4.16 | Hubungan Sikap Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas..... | 97 |
| 23. | Tabel 4.17 | Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Dalam Mencari Pengobatan di Puskesmas..... | 98 |
| 24. | Tabel 4.18 | Rangkuman Hasil Uji Chi Square antara Variabel Bebas dengan Variabel Terikat..... | 99 |
| 25. | Tabel 4.19 | Ringkasan Hasil Analisis Multivariat Menggunakan Regresi Logistik Metoda Backward Stepwise..... | 101 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|------------|---|----|
| Gambar 2.1 | Hubungan Antara Keyakinan, Sikap dan Niat (Montano, 1997)..... | 32 |
| Gambar 2.2 | Teori Perubahan Perilaku Menurut Fishbein M and Ajzen (1975)..... | 44 |
| Gambar 2.3 | Perilaku Dalam Kerangka PRECE DE (Green, 1991) | 45 |
| Gambar 2.4 | Perilaku dalam Kerangka Health Belief Modern (Beeker dan Rosenstoch, 1974)..... | 45 |
| Gambar 2.5 | Kerangka Teori..... | 47 |
| Gambar 3.1 | Kerangka Konsep..... | 48 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian**
- Lampiran 2 : Hasil Uji Validitas dan Uji Reliabilitas Kuesioner**
- Lampiran 3 : Hasil Uji Statistik**
- Lampiran 4 : Surat Permohonan Ijin Penelitian**
- Lampiran 5 : Surat Rekomendasi Research/Survey**

ABSTRACT

Dian Nugraheni

Factors Related To the Practice of Leprosy Patients to Seek for Treatment at Puskesmas (Public Health Center) Kunduran, the District of Blora

xii + 124 pages + 25 tables + 5 attachments

Leprosy is a contagious disease spreading throughout the world. Indonesia is the most leprosy patients, in 2003 the number of patients were 16.799 patients. The height of prevalence figure at Puskesmas Kunduran in 2004 was 1,44 per 1.000 inhabitants. It is beyond the range determined by WHO (<1 per 10.000 inhabitants), the highest one for the District of Blora. Based on the new case finding in 2004, the leprosy cases in children was 13.0 %. It was the case on children and the 13,0 % with second level disability, beyond the range determined by WHO. It reflects the delay for patients to get medication by combination drugs / MDT (Multi Drug Therapy). This research was aimed to analyze the factors concerning the practice to seek for medical treatment in the region of Puskesmas (Public Health Center) Kunduran, the District of Blora.

The research type was explanatory research using the survey method and cross sectional approach. The research sample was all leprosy patients who got treatment at Puskesmas (Public Health Center) Kunduran in August, 2005 (50 patients were examined altogether). The data was obtained by in-depth interview using questionnaire (quantitative), analyzed in univariant, bivariant, and multivariant. The in-depth interview (qualitative) was also conducted to 5 respondents.

The research results indicated that there was correlation between education and the practice to seek for treatment at Puskesmas (Public Health Center) Kunduran (p 0,001). Whereas, the variables with no correlations were age (p 0,001), sex (p 0,106), income (p 0,266), knowledge (p 0,059), family support (p 0,709) and attitude (p 0,820). The factor, with the most significant correlation to the practice to seek for leprosy treatment at Puskesmas (Public Health Center), was education with p 0,001.

The conclusion was that the hypotheses related to the practice to seek for treatment at Puskesmas (Public Health Center) Kunduran were education and age.

It was recommended to the Leprosy Control Officer at Puskesmas (Public Health Center) Kunduran to enhance counseling to public on the early symptoms of Leprosy and to socialize leprosy medication in Puskesmas (Public Health Center). Dasa Wisma (Ten Houses) Group included the discussion activity on leprosy and the seeking for medication in Puskesmas (Public Health Center) and gave support to patients.

Key Words: Attitude, Treatment Seeking, Leprosy.

Bibliography: 32 (Year 1975 - 2005).

ABSTRAK

Dian Nugraheni

Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Penderita Kusta
Dalam Pencarian Pengobatan Di Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora

xiii + 124 halaman + 25 tabel + 5 lampiran.

Penyakit kusta termasuk penyakit menular yang tersebar di seluruh dunia. Indonesia menempati urutan ke-3 terbanyak penderita kusta, tahun 2003 jumlah penderita tercatat 16.799 penderita. Besarnya angka prevalensi di puskesmas kunduran tahun 2004 sebesar 1,44 per 10.000 penduduk, melebihi batas yang ditetapkan WHO (< 1 per 10.000 penduduk), tertinggi untuk kabupaten Blora. Hasil penemuan penderita baru tahun 2004 diketahui 13,0 % merupakan kasus anak dan 13,0 % dengan cacat tingkat dua, melebihi angka batas yang ditetapkan oleh WHO dan hal ini menggambarkan adanya keterlambatan penderita mendapatkan pengobatan dengan obat kombinasi / MDT (*Multidrug therapy*). Penelitian ini bertujuan menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora.

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research*, dengan metoda penelitian *survey* menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah semua penderita kusta yang sedang mengikuti pengobatan di Puskesmas Kunduran pada bulan Agustus 2005 (total 50 orang diteliti). Data diperoleh dengan cara wawancara mendalam menggunakan kuesioner (kuantitatif), dianalisis secara univariat, bivariat, dan multivariat. Juga dilakukan wawancara mendalam (kualitatif) terhadap 5 responden.

Hasil penelitian, menunjukkan adanya hubungan antara pendidikan dengan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas Kunduran ($p < 0,001$). Adapun variabel yang tidak berhubungan adalah umur ($p > 0,120$), jenis kelamin ($p > 0,106$), pendapatan ($p > 0,266$), pengetahuan ($p > 0,059$), dukungan keluarga ($p > 0,709$) dan sikap ($p > 0,820$). Faktor yang paling berhubungan secara signifikan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas adalah pendidikan dengan $p < 0,001$.

Kesimpulan, hipotesis yang terbukti berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas Kunduran adalah pendidikan.

Saran, bagi petugas Pemberantasan Penyakit (P2) Kusta Puskesmas Kunduran, lebih meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat tentang tanda-tanda dini kusta, dan mensosialisasikan pengobatan kusta di Puskesmas. Bagi kelompok Dasa Wisma, menyisipkan kegiatan diskusi tentang penyakit kusta dan pencarian pengobatan di Puskesmas serta memberi dukungan pada penderita.

Kata kunci: Perilaku, Pencarian Pengobatan, Kusta
Daftar Pustaka : 32 (Tahun, 1975 – 2005)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dalam Sistem Kesehatan Nasional disebutkan bahwa tujuan Pembangunan Nasional bidang kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional, maka upaya kesehatan masyarakat terus ditingkatkan antara lain melalui pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.¹⁾

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang saraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya.²⁾ Kerusakan kulit dapat berupa infiltrasi, bercak, tonjolan datar dan tonjolan bulat. Apabila saraf tepi sampai terkena dapat berakibat tuna rasa, pengecilan otot, lumpuh dan borok karena terganggunya peredaran zat. Syaraf tepi yang mengalami kerusakan, baik karena kuman kusta maupun karena terjadinya peradangan sewaktu keadaan reaksi lepra, maka penderita kusta dapat mengalami cacat. Keadaan cacat ini menjadi halangan bagi penderita kusta dalam kehidupan bermasyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonomi, juga tidak dapat berperan serta dalam pembangunan bangsa dan negara,³⁾ Agar jangan sampai ada cacat yang timbul

atau bertambah berat, maka penyakit ini perlu penanganan yang serius dan sedini mungkin.

Klasifikasi penyakit kusta sesuai anjuran *World Health Organization* (WHO) tahun 1997, penyakit kusta dibagi menjadi dua tipe, pertama tipe basah atau sering disebut dengan tipe *Multi bacillary* (MB). Penyakit kusta tipe ini dapat menular kepada orang lain, maka penderita dengan tipe MB harus berobat secara teratur sampai selesai seperti yang ditetapkan. Kedua, tipe kering atau sering disebut dengan *Pauci bacillary* (PB). Penyakit kusta tipe PB kurang atau tidak menular.⁴⁾

Penyakit kusta tersebar di seluruh dunia dengan endemisitas yang berbeda-beda. Pada tahun 2000 diketahui berjumlah 738.284 kasus. Dan pada tahun yang sama WHO menemukan 91 negara endemis penyakit kusta, dari negara tersebut 70 % terbanyak adalah India, Myanmar dan Nepal.⁵⁾

Prevalensi kusta di Indonesia dari tahun ke tahun semakin menurun. Pada tahun 2000 prevalensi penyakit kusta sebesar 1,9 per 10.000 penduduk, menurun menjadi 1,2 per 10.000 penduduk pada tahun 2001 dan menjadi 1,05 per 10.000 penduduk pada tahun 2002.⁶⁾ Jumlah penderita kusta yang ada di Indonesia pada akhir Juni 2003 tercatat 16.799 penderita dan merupakan negara ke 3 (tiga) setelah India dan Brazil.⁷⁾ Walaupun ada kecenderungan prevalensi kusta dari tahun ke tahun menurun, namun bila dilihat dari jenis kusta, tampak jenis penyakit kusta menular MB terlihat adanya peningkatan dari 46,8% pada tahun 1993 menjadi 80,7% pada 1994, dan menjadi 84,2% pada tahun 1995.⁶⁾ Peningkatan ini diduga erat kaitannya dengan jangka waktu

pengobatan 12 – 18 bulan, sedangkan pada kusta jenis PB memerlukan waktu 6 – 9 bulan. Diperkirakan waktu pengobatan yang cukup lama dari jenis kusta MB menyebabkan penderita masih dapat menularkan kepada orang lain. Walaupun ada penurunan yang cukup dramatis dari jumlah kasus terdaftar, namun sesungguhnya jumlah penemuan kasus baru (*new case detection*) tidak berkurang sama sekali. Oleh karena itu selain angka prevalensi, angka penemuan kasus baru juga merupakan indikator yang harus diperhatikan.

Menurut hasil laporan kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Kusta tahun 2004 dari Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah terlihat adanya peningkatan angka prevalensi yaitu sebesar 0,60 per 10.000 penduduk pada tahun 2003 dan 0,62 per 10,000 penduduk pada tahun 2004. Jumlah penderita kusta baru ditemukan pada tahun 2003 sebesar 1.805 penderita yang terdiri dari 330 penderita jenis kusta PB dan 1.475 penderita jenis MB. Untuk tahun 2004 sebesar 1.915 orang yang terdiri dari kusta PB sebesar 230 penderita dan MB sebesar 1.685 penderita dengan prevalensi 0,60 per 10.000 penduduk. Terjadi kenaikan dari tahun sebelumnya.⁹⁾

Kabupaten Blora menempati urutan ke-6 (enam) dari 35 kabupaten di Propinsi Jawa Tengah yang memiliki kasus kusta, dan memiliki angka prevalensi diatas batas angka yang ditetapkan WHO yaitu sebesar 1,62 per 10.000 penduduk. Hampir setiap tahun ditemukan kasus baru. Untuk tahun 2004 ditemukan 100 penderita baru yang terdiri dari 18 penderita tipe PB dan 82 penderita tipe MB. Jumlah penderita terdaftar yang diobati pada tahun 2004 berjumlah 132 penderita, terdiri atas 20 penderita tipe PB dan 112

penderita tipe MB. Data lain yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blora untuk tahun 2003 menyebutkan adanya proporsi cacat tingkat 2 untuk tahun 2000 sebesar 12,86 %, tahun 2001 sebesar 16,22 % dan tahun 2002 sebesar 22,54 %. Proporsi kasus anak tahun 2000 sebesar 12,66 %, tahun 2001 5,41 %, dan tahun 2002 sebesar 1,41 %. Data diatas memperlihatkan bahwa cacat tingkat 2 mengalami peningkatan, sedangkan proporsi kasus kusta pada anak mengalami penurunan tetapi masih di atas 1 %.

Sehubungan dengan peningkatan penderita kusta dengan cacat tingka 2 menggambarkan adanya keterlambatan penderita mendapatkan pengobatan kusta dengan obat kombinasi, hal ini dapat diasumsikan karena program pengobatan kusta di Kabupaten Blora belum dapat menjangkau seluruh penderita yang ada di wilayah Kabupaten Blora. Untuk itu, upaya peningkatan pengelolaan Program Pemberantasan Penyakit (P2) Kusta di Kabupaten Blora masih sangat diperlukan, sehingga diharapkan angka prevalensi dapat turun hingga <1 per 10.000 penduduk, proporsi cacat tingkat 2 kurang dari 10 %, kasus kusta pada anak 0 (nol) % dan kabupaten Blora tidak lagi termasuk daerah endemis tinggi untuk penyakit kusta.¹⁰⁾

Program pemberantasan penyakit kusta di kabupaten Blora dengan regimen MDT (*Multidrug Therapy*) telah dilaksanakan sejak tahun 1988 di 14 Puskesmas, kemudian berkembang hingga saat ini di seluruh Puskesmas yaitu sebanyak 26 Puskesmas. Kegiatan Pemberantasan Penyakit Kusta (P2 Kusta) dilaksanakan secara integrasi dengan kegiatan-kegiatan Puskesmas, artinya pemeriksaan penderita dan pengobatannya dilaksanakan Puskesmas serta

penderita tidak diisolasi. Tujuan jangka pendek program P2 kusta yakni menemukan kasus baru dan pemberian MDT untuk semua kasus serta menurunkan angka kecacatan. Untuk tujuan jangka menengah yaitu eliminasi kusta dengan menurunkan angka kesakitan kusta menjadi 1 per 10.000 penduduk.

Dari 26 Puskesmas yang tersebar di 16 wilayah Kecamatan, rata-rata 1 Kecamatan terdapat 2 Puskesmas dan hampir semua Puskesmas di Kabupaten Blora terdapat penderita kusta. Puskesmas Kunduran merupakan Puskesmas yang memiliki angka penderita kusta dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Blora, yaitu sebesar 1,44 per 10.000 penduduk. Jumlah penderita kusta yang mendapat pengobatan dengan MDT (*Multidrug Therapy*) pada tahun 2004 sejumlah 46 penderita, dengan tipe PB sejumlah 19 penderita dan tipe MB sejumlah 27 penderita. Hasil penemuan penderita kusta baru pada tahun 2004 berjumlah 23 penderita, dan diketahui 3 penderita (13,0%) adalah kasus pada anak dan 3 penderita (13%) dengan cacat tingkat 2.¹⁰⁾ Jumlah di atas melebihi jumlah yang ditetapkan oleh WHO yaitu 0% untuk kasus anak dan < 10% untuk cacat tingkat 2. Dengan ditemukannya penderita baru dengan cacat tingkat 2 menggambarkan adanya keterlambatan dari penderita mendapatkan pengobatan secara dini dengan menggunakan obat kombinasi / MDT (*Multidrug Therapy*) atau keterlambatan petugas menemukan penderita. Keterlambatan ini dapat menimbulkan resiko kecacatan.

Penderita yang mempunyai resiko mendapat cacat antara lain adalah penderita yang terlambat berobat dengan obat kombinasi/MDT.

Keterlambatan penderita mendapatkan pengobatan kombinasi/MDT di Puskesmas secara teratur dapat dikarenakan penderita tidak merasa terganggu dengan gejala-gejala yang timbul, ataupun penderita tidak tahu bahwa gejala tersebut merupakan gejala awal dari penyakit kusta.

Gejala-gejala penyakit kusta menunjukkan kemiripan dengan banyak penyakit kulit lain, sebaliknya banyak penyakit kulit menunjukkan gejala yang mirip dengan penyakit kusta. Oleh karena itu, dibutuhkan kemampuan untuk mendiagnosis penyakit kusta secara tepat.

Cacat kusta terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan dan kaki penderita. Proses terjadinya cacat adalah karena kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) menyerang kulit dan syaraf tepi manusia dan kemudian mengakibatkan kerusakan fungsi saraf tepi pada saat terjadinya peradangan/ neuritis sewaktu keadaan reaksi kusta.⁸⁾

Berdasarkan teori, faktor-faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya :

1. Tidak mengerti tanda dini kusta
2. Malu datang ke Puskesmas
3. Adanya Puskesmas yang belum siap
4. Tidak tahu bahwa obat tersedia Cuma-Cuma di Puskesmas
5. Jarak penderita ke Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya terlalu jauh.¹¹⁾

Sedangkan munculnya kasus kusta pada anak dapat disebabkan penderita atau keluarga tidak mengetahui cara penularan penyakit kusta,

antara lain dapat melalui kontak secara langsung untuk waktu yang lama. Kebiasaan orang tua yang menderita kusta menggendong anaknya atau tidur bersama dalam waktu yang lama merupakan salah satu contoh cara penularan penyakit kusta. Untuk menekan penyebaran penyakit kusta lebih luas, perlu diterapkan program pencegahan.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang dilakukan oleh penulis pada bulan Maret 2005, pada beberapa penderita di wilayah Puskesmas Kunduran, semua penderita maupun keluarga menyatakan tidak mengetahui bahwa gejala yang dirasakan seperti bercak kemerahan di beberapa bagian tubuhnya selama beberapa tahun, ternyata merupakan tanda-tanda awal dari penyakit kusta. Penderita mencoba mengobati dengan memberi salep kulit yang dibeli dari toko obat atau warung. Penderita menafsirkan bahwa bercak kemerahan tersebut adalah akibat pengaruh sinar matahari pada saat bekerja. Penderita mula-mula tidak merasa terganggu dengan gejala yang timbul. Dan akhirnya penderita memilih berobat ke fasilitas kesehatan (Puskesmas Kunduran) setelah penyakit yang dirasakan sangat mengganggu aktivitasnya, karena di beberapa bagian tangan dan kaki telah mati rasa dan adanya kelemahan pada otot tangan dan kaki, penderita mengalami kesulitan untuk melakukan beberapa aktivitas. Penderita juga mendapat saran dari petugas.

Dari hasil pengamatan pendahuluan kepada penderita, menggambarkan bahwa perilaku sakit (*illnes behaviour*) seperti merasakan dan mengenal kesehatannya atau rasa sakit, kemampuan atau pengetahuan

untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab serta usaha-usaha untuk mencegah penyakit tersebut belum dimiliki oleh penderita kusta secara baik.

Untuk mengetahui perilaku yang mendorong penderita kusta mencari pengobatan kusta ke fasilitas kesehatan (Puskesmas Kunduran) masih perlu dilakukan penelitian secara seksama. Sehingga dalam memahami masalah tersebut perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku penderita kusta dalam pencarian pengobatan di puskesmas Kunduran.

Sejalan dengan program pemberdayaan masyarakat, program pengobatan kusta mengharapkan masyarakat dapat proaktif mencari pertolongan pengobatan penyakit kusta sedini mungkin, maka pada penelitian ini dipilih perilaku penderita dalam mencari pengobatan bukan pada peran petugas dalam penemuan penderita.

B. Perumusan Masalah

Di Puskesmas Kunduran, angka prevalensi kusta masih melebihi angka yang diperbolehkan WHO yaitu 1,44 per 10.000 penduduk, proporsi penderita kusta tipe MB masih cukup tinggi (58,7%), pada penemuan penderita baru ditemukan kasus anak dengan jumlah relatif tinggi (13,0%), tingkat kecacatan 2 sebesar 13,0% dan pengetahuan penderita tentang tanda-tanda dini penyakit kusta masih kurang yang mengakibatkan keterlambatan penderita dalam mencari pengobatan. Berkaitan dengan hal-hal tersebut di atas dapat dirumuskan permasalahan yaitu “Apakah ada hubungan antara faktor

karakteristik penderita, pengetahuan, sikap, dan dorongan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran “

C. Tujuan Penelitian

1. Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk menganalisa hubungan antara faktor karakteristik, pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan kusta di wilayah Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora.

2. Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik penderita kusta yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan keluarga di wilayah Puskesmas Kunduran.
- b. Mengidentifikasi pengetahuan penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
- c. Mengidentifikasi sikap penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
- d. Mengidentifikasi Praktik penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah puskesmas Kunduran.
- e. Mengidentifikasi dukungan keluarga penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
- f. Menganalisa hubungan antara karakteristik penderita kusta yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan keluarga

dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.

- g. Menganalisa hubungan antara pengetahuan penderita kusta dengan sikap pencarian pengobatan di wilayah puskesmas Kunduran.
- h. Menganalisa hubungan pengetahuan penderita kusta dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
- i. Menganalisa hubungan sikap penderita kusta dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
- j. Menganalisa hubungan dukungan keluarga penderita kusta dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
- k. Menganalisa faktor yang paling berperan terhadap praktik penderita dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Puskesmas

Sebagai masukan petugas Pemberantasan Penyakit (P2) Kusta tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran sehingga dapat digunakan sebagai acuan dalam kegiatan sosialisasi pengobatan kusta di wilayah kerjanya.

2. Bagi Program Studi Magister Promosi Kesehatan Masyarakat

Untuk menambah wacana penelitian dan wahana kajian di bidang promosi kesehatan khususnya penyakit kusta.

3. Bagi Penulis

Sebagai pengalaman belajar dan latihan dalam mengkaji teori di bangku pendidikan dengan keadaan di lapangan.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Masalah

Permasalahan dalam penelitian dibatasi pada kajian hubungan antara faktor karakteristik, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga penderita kusta terhadap perilaku mencari pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora.

2. Lingkup Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah semua penderita kusta yang sedang mengikuti pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.

3. Lingkup Wilayah

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora.

4. Lingkup Waktu

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli 2005.

5. Lingkup Metode

Penelitian ini menggunakan metode survei dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Jenis penelitian *Explanatory Research*.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang penyakit kusta telah banyak dilakukan antara lain :

1. Penelitian Emy Ratnawati, (2003), yang meneliti tentang hubungan persepsi mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepatuhan berobat pasien kusta di Puskesmas Kab. Blora, dengan hasil ada hubungan antara mutu pelayanan kesehatan dengan tingkat kepatuhan berobat pasien kusta di Puskesmas Kab. Blora).
2. Penelitian Warijan (2004), yang meneliti tentang factor-faktor yang berhubungan dengan perilaku guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak sekolah dasar di Kabupaten Blora, dengan hasil ada hubungan yang bermakna antara pendapatn dan peranan petugas kesehatan dengan praktek guru UKS dalam deteksi dini penderita kusta pada anak SD di Kabupaten Blora.

Adapun penelitian ini dilakukan untuk melihat sisi lain dari program penanggulangan penyakit kusta di wilayah Puskesmas Kunduran, yang sepengetahuan penulis masih layak untuk dilakukan penelitian sampai saat ini , yaitu melihat praktik penderita kusta dalam upaya mencari pengobatan di Puskesmas dan menganalisa faktor- faktor yang berhubungan dengan praktik penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam tinjauan pustaka akan di paparkan dua teori yang akan memberikan gambaran dalam kerangka penelitian ini. Teori yang pertama menjelaskan tentang penyakit kusta, mulai dari pengertian, penyebab sampai pengobatan yang perlu diikuti oleh seorang penderita kusta. Teori ke dua menjelaskan tentang beberapa teori perilaku yang memberi gambaran perilaku seseorang dalam pencarian pengobatan. Secara jelas akan diuraikan dibawah ini.

A. Penyakit Kusta

1. Pengertian

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang kulit dan syaraf tepi (Ditjen P2M2PL, 2001). Berkembang lambat dengan masa tunas rata-rata 3 tahun. Kusta dapat menyerang semua umur dan semua jenis kelamin^{11,12)}

2. Penyebab

Penyebab penyakit kusta adalah kuman kusta, yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-8 micron, lebar 0,2-0,5 micron biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (BTA).¹¹⁾

3. Cara Penularan

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe Multi basiler (MB) kepada orang lain dengan cara penularan langsung. Cara

penularan yang pasti belum diketahui, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit.^{11,13)}

Timbulnya penyakit kusta bagi seseorang tidak mudah, dan tidak perlu ditakuti tergantung dari beberapa faktor antara lain:

a. Faktor Sumber Penularan:

Sumber penularan adalah penderita kusta tipe MB. Penderita MB tidak akan menularkan kusta, apabila berobat secara teratur.

b. Faktor Kuman Kusta:

Kuman kusta dapat hidup diluar tubuh manusia antara 1-9 hari tergantung pada suhu atau cuaca, dan diketahui hanya kuman kusta yang utuh (solid) saja yang dapat menimbulkan penularan.

c. Faktor Daya Tahan Tubuh:

Sebagian besar manusia kebal terhadap penyakit kusta (95%). Dari hasil penelitian menunjukkan gambaran sebagai berikut:

Dari 100 orang yang terpapar; 95 orang tidak menjadi sakit, 3 orang sembuh tanpa obat, 2 orang menjadi sakit, hal ini belum lagi memperhitungkan pengaruh pengobatan.¹¹⁾

4. Diagnosa

Yang disebut penderita kusta adalah orang yang mempunyai satu atau lebih dari tanda pasti (*cardinal sign*) kusta yang ditemukan pada waktu pemeriksaan klinis.¹²⁾

Tanda pasti kusta (*cardinal sign*) adalah:

- a. Adanya kelainan kulit dapat berupa hipopigmentasi (seperti panu); bercak eritem (kemerah-merahan); infiltrate (penebalan kulit); nodul (benjolan).
- b. Berkurang sampai hilang rasa pada kelainan kulit tersebut di atas.
- c. Penebalan syaraf tepi.
- d. Adanya kuman tahan asam di dalam korekan jaringan kulit (BTA positif).¹¹⁾

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat sekurang-kurangnya dua dari tanda-tanda pokok diatas.

Bila ragu-ragu orang tersebut dianggap sebagai kasus dicurigai (suspek) dan diperiksa ulang setiap 3 bulan sampai diagnosa dapat ditegakkan kusta atau penyakit lain.

Untuk melakukan diagnosa secara lengkap dilaksanakan hal-hal sebagai berikut:

- a. Anamnase.
- b. Pemeriksaan klinis yaitu:
 - Pemeriksaan kulit.
 - Pemeriksaan syaraf tepi dan fungsinya.
- c. Pemeriksaan bakteriologis.
- d. Pemeriksaan histopatologis.
- e. Immunologis.¹¹⁾

5. Klasifikasi Penderita

Setelah membuat diagnosa, perlu diklasifikasikan penderita sesuai dengan klasifikasi menurut WHO.^{8,11)}, yang dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 2.1. Perbedaan Kusta Jenis PB dan MB.

| Kelainan kulit dan hasil pemeriksaan bakteriologis | Pausi Basiler (PB) | Multi Basiler (MB) |
|--|---|--|
| 1. Bercak (Macula) a. Jumlah b. Ukuran c. Distribusi d. Konsistensi e. Batas f. Kehilangan rasa pada bercak. g. Kehilangan kemampuan berkeringat, bulu rontok pada bercak | 1-5 Kecil dan besar Unilateral atau bilateral, asimetris Kering dan kasar Tegas Selalu ada dan jelas Bercak tidak berkeringat | Banyak Kecil-kecil Bilateral dan asimetris Halus, berkilat Kurang tegas Biasanya tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut Bercak masih berkeringat, Bulu tidak rontok. |
| 2. Infiltrat a. Kulit b. Membrana mukosa (hidung tersumbat, pendarahan di hidung) | Tidak ada, kadang-kadang ada. Tidak pernah ada | Ada, kadang-kadang tidak ada. Ada, kadang tidak ada |
| 3. Ciri-ciri khusus | "Central healing" Penyembuhan ditengah. | 1. Punched out lesion 2. Madarosis 3. Ginekomastia 4. Hidung pelana 5. Suara sengau |
| 4. Nodusus | Tidak ada | Kadang-kadang ada- |
| 5. Penebalan syaraf tepi | Lebih sering terjadi dini, Asimetris | Terjadi pada yang lanjut Biasanya lebih dari Satu Dan simetris. |
| 6. Deformitas (cacat) | Biasanya asimetris, Terjadi Dini | Terjadi pada stadium lanjut. |
| 7. Apusan | BTA negative | BTA Positif |

6. Pengobatan Penderita

a. 5 (lima) langkah sederhana memulai Pengobatan Kombinasi / MDT, yaitu :

- 1) Hitung jumlah bercak di kulit agar dapat menggolongkan tipe kusta ke dalam PB (1-5 bercak) atau MB (lebih dari 5 bercak). Jika meragukan, klasifikasikan sebagai MB
- 2) Jelaskan pada penderita dan orang yang mengantarnya tentang penyakit dan pengobatannya. Anjurkan mereka untuk bertanya dan hilangkan keragu-raguannya.
- 3) Berikan obat dosis pertama pada penderita di Puskesmas. Jelaskan kepadanya tentang obat dalam kemasan blister MDT yang harus diminum sebulan sekali dan yang diminum tiap hari.
- 4) Berikan kepada penderita kemasan blister yang cukup sampai kunjungan berikutnya. Rencanakan waktu dan tempat kunjungan. Jika sulit untuk mereka datang ke Puskesmas, berikan dosis pengobatan secara lengkap.
- 5) Isi kartu penderita.^{8,11)}

b. Pengobatan penderita sesuai dengan klasifikasinya. Rejimen obat kombinasi / MDT sebagai berikut:

Setiap kemasan blister berisi pengobatan untuk 4 minggu.

1) Pengobatan PB dewasa:

- Sebulan sekali: Hari pertama
 - 2 kapsul Rifampicin (300 mg x 2)
 - 1 tablet DDS (100 mg)

- Setiap hari: Hari ke 2-28
 - 1 tablet DDS (100 mg)
 - Dosis lengkap: 6 kemasan blister
- 2) Pengobatan MB dewasa:
- Sebulan sekali: Hari pertama
 - 2 kapsul Rifampicin (300 mg x 2)
 - 3 kapsul Lampren (100 mg x 3)
 - 1 tablet DDS (100 mg)
 - Setiap hari: Hari ke 2-28
 - 1 kapsul Lampren (50 mg)
 - 1 tablet DDS (100 mg)
 - Dosis lengkap: 12 kemasan blister
- 3) Pengobatan PB anak (10-14 tahun)
- Sebulan sekali: Hari pertama
 - 2 kapsul Rifampicin (300 mg + 150 mg)
 - 1 tablet DDS (50 mg)
 - Setiap hari: Hari ke 2-28
 - 1 tablet DDS (50 mg)
 - Dosis lengkap: 6 kemasan blister
- 4) Pengobatan MB anak (10-14 tahun)
- Sebulan sekali: Hari pertama
 - 2 kapsul Rifampicin (300 mg + 150 mg)
 - 3 kapsul Lampren (50 mg x 3)
 - 1 tablet DDS (50 mg)

- Setiap hari: Hari ke 2-28
 - 1 kapsul Lampren, dua hari sekali (50 mg)
 - 1 tablet DDS (50 mg)
- Dosis lengkap: 12 kemasan blister

Untuk penderita berumur kurang dari 10 tahun, dosis harus disesuaikan dengan berat badan.¹³⁾

7. Penemuan Penderita

a. Penemuan penderita secara pasif (sukarela)

Penemuan penderita yang dilakukan terhadap orang yang belum pernah berobat kusta yang datang sendiri atau atas saran orang lain ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya.¹¹⁾

Faktor-faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya :

- 1) Tidak mengetahui tanda dini kusta.
- 2) Malu datang ke Puskesmas.
- 3) Adanya Puskesmas yang belum siap.
- 4) Tidak tahu bahwa ada obat tersedia cuma-cuma di Puskesmas.
- 5) Jarak penderita ke Puskesmas/sarana kesehatan lainnya terlalu jauh.¹¹⁾

b. Penemuan secara aktif.

Penemuan penderita secara aktif dapat dilaksanakan dalam beberapa kegiatan :

1) Pemeriksaan kontak serumah (survai kontak)

Tujuan pemeriksaan kontak serumah adalah mencari penderita baru yang mungkin sudah lama ada dan belum berobat maupun mencari penderita baru yang mungkin ada.

2) Pemeriksaan anak sekolah SD/Taman Kanak-kanak atau disebut survei sekolah.

Tujuan kegiatan ini adalah mendapatkan kasus baru secara dini dan memberikan penyuluhan kepada murid dan guru.

3) "Chase Survey"

Maksud dari survei ini adalah mencari penderita baru dalam suatu lingkup kecil misalnya Desa atau kelurahan sambil membina partisipasi masyarakat.

Tujuan kegiatan ini adalah mencari penderita baru dalam lingkup kecil dan membina partisipasi masyarakat.

4) Survai Khusus

Kegiatan survai khusus antara lain survai Fokus (lingkup sasaran lebih kecil) dan Random Sample Survey (Survey Prevalensi).¹¹⁾

8. Pencegahan cacat

a. Pengertian Cacat

Cacat kusta adalah cacat yang terjadi akibat gangguan fungsi saraf pada mata, tangan dan kaki penderita kusta. Penderita yang mempunyai resiko mendapat cacat adalah :

- 1) Penderita yang terlambat berobat MDT
- 2) Penderita dengan reaksi terutama reaksi reversal
- 3) Penderita dengan banyak tanda/bercak dikulit
- 4) Penderita dengan nyeri saraf tepi atau ada pembesaran saraf

b. Proses terjadinya cacat

M Lepra menyerang kulit dan syaraf tepi pada tubuh manusia. Terjadinya cacat pada kusta disebabkan oleh kerusakan fungsi syaraf tepi. Kerusakan fungsi syaraf tepi ini dapat disebabkan oleh kuman kusta itu sendiri atau karena terjadi peradangan/neuritis sewaktu keadaan reaksi kusta. Terjadinya cacat tergantung dari luasnya / gangguan fungsi syaraf, baik fungsi sensorik, motorik maupun otonom.

1) Apabila fungsi sensorik yang terganggu, akan menyebabkan kurang rasa/mati rasa pada :

- Kornea → menyebabkan refleksi kedip berkurang → kornea mata kering → mudah teriritasi → infeksi → buta
- Tangan dan kaki → mudah luka karena tidak merasa jika terjadi trauma → infeksi → mutilasi, absorpsi tulang

2) Apabila fungsi motorik yang terganggu akan menyebabkan :

- Mata → kelopak → mata logophthalmus → mata mudah teriritasi → infeksi → buta
- Tangan dan kaki → tangan dan kaki lemah atau lumpuh, jari-jari bengkok/kaku → mutilasi dan absorpsi

- Apabila fungsi otonom yang terganggu, akan terjadi :

Kelenjar keringat, kelenjar minyak dan aliran darah terganggu → kulit kering dan pecah → mudah luka → infeksi

c. Tingkat cacat menurut WHO :

Ini suatu sistem untuk mengukur cacat akibat kerusakan saraf, sebagai resiko penyakit kusta. Cacat yang terjadi bukan akibat kusta, tidak dihitung. Tingkat cacat menurut WHO dibagi atas 3 bagian yaitu : 0, 1, 2 . Penentuan tingkat cacat menurut WHO dapat dilihat pada tabel 2.2 sebagai berikut :

Tabel 2.2 Penentuan Tingkat cacat

| Tingkat | Mata | Telapak tangan/kaki |
|---------|--|--|
| 0 | Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta | Tidak ada cacat akibat kusta. |
| 1 | Ada kelainan mata akibat kusta tetapi tidak kelihatan. Dan visus sedikit berkurang akibat kusta. | Ada anstiesi tetapi tidak ada cacat / kerusakan yang kelihatan akibat kusta. |
| 2 | Ada lagophthalmus, visus sangat terganggu akibat kusta. | Ada cacat/kerusakan yang kelihatan akibat kusta, misalnya ulkus dari kiting kaki semper. |

d. Pencegahan cacat

Dalam pencegahan cacat dikenal :

- 1) Pencegahan cacat dini / cacat yang belum terjadi
- 2) Pencegahan cacat lanjut / cacat yang sudah terjadi

Dikenal 3 (tiga) tingkatan pencegahan, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

1. Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*), ditujuka pada kelompok masyarakat yang beresiko tinggi (*high risk*), dengan tujuan agar mereka tidak jatuh sakit atan terkena penyakit.
2. Pada pencegahan tingkat dua (*secondary prevention*) upaya yang dilakukan adalah menghentikan proses penyakit pada permulaan sehingga tidak akan menjadi lebih parah. Upaya ini berupa diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and propt treatment*). Pada tahap ini “kuman kusta “ sudah masuh kedalam tubuh individu dan mulai bersarang, mengadakan penggandaan dan mungkin mulai menyebabkan kerusakan jaringan atau fungsi organ, bahkan dapat juga menulari orang lain. Sementara individu, pada tahap ini belum mengeluh sakit secara jelas sehingga belum berupaya mencari pertolongan pengobatan. Ini juga menjadi salah satu penyebab penderita kusta sering terlambat mencari pengobatan tetapi telah menulari kepada keluarga/orang lain.
3. Sedangkan pencegahan tingkat tiga (*tertiary prevention*) ditujukan untuk pasien yang baru sembuh dari suatu penyakit, dengan tujuan supaya tidak menjadi cacat atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin.

B. Konsep Perilaku, Perilaku Kesehatan dan Perilaku Pencarian Pengobatan

1. Konsep Perilaku.

Menurut Green (1980), perilaku (*behavior*) adalah suatu tindakan yang mempunyai frekuensi, lama, dan tujuan khusus, baik yang dilakukan secara sadar maupun tanpa sadar. Perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berbicara, berjalan bereaksi berpakaian dan lain sebagainya. Sehingga dapat dirumuskan bahwa perilaku adalah apa yang dikerjakan oleh organisme, baik yang diamati secara langsung ataupun yang dapat diamati secara tidak langsung.¹⁴⁾

Menurut Solita (1993) perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktek atau tindakan. Sedangkan Notoatmodjo (1993) melihat perilaku dari tiga aspek, yaitu aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti: pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat.

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (1993) disebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotor diukur melalui tindakan (praktek) yang dilakukan. Dalam proses pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi

oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya.

Perilaku seseorang yang terukur dari pengetahuan, sikap dan praktik dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Pengetahuan

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, seperti media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Menurut Notoatmodjo (1993), pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden.¹⁴⁾

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak.¹⁴⁾

Menurut Gibson (1991) sikap merupakan faktor penentu perilaku karena sikap berhubungan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi. Sikap merupakan suatu kecenderungan jiwa atau perasaan yang reaktif terhadap kategori tertentu dan objek orang atau situasi.

Green (1991) menyatakan bahwa sikap berhubungan dengan motivasi individu atau kelompok dalam melakukan sesuatu. Menurut Ancok (1989) orang yang mempunyai sikap positif terhadap suatu hal akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan. Sikap yang positif terhadap nilai-nilai kesehatan, diharapkan akan terwujud dalam tindakan nyata walaupun hal tersebut tidak selalu terjadi

c. Praktik (Tindakan)

Menurut *Theory of Reasoned Action* (Smet, 1994) praktik dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subjektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subjektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.¹⁴⁾

Praktek individu terhadap suatu objek dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan objek, kerentanan, faktor sosiopsikologi, faktor sosio demografi, pengaruh media masa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dari praktek tersebut (Kartono, 1990). Praktik ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan,

khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu objek.

Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Notoatmodjo (1993) menyatakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.¹⁴⁾

Ajzen dan *Fishbein* menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan prakteknya.¹⁵⁾ Sebagai contoh keikutsertaan seorang penderita kusta berobat ke pelayanan kesehatan/Puskesmas, adanya pengetahuan terhadap manfaat pelayanan kesehatan/Puskesmas selama pengobatan akan menyebabkan orang tersebut mempunyai “sikap” yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi “niat” untuk ikut serta dalam kegiatan pengobatan di pelayanan kesehatan/Puskesmas. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya dilakukan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut dengan perilaku.

Bila hubungan keempat konsep di atas diterapkan pada praktik pencarian pengobatan penderita kusta ke pelayanan kesehatan/Puskesmas, maka proses seorang penderita kusta untuk ikut

serta atau tidak ikut serta mengikuti pengobatan ke pelayanan kesehatan/Puskesmas melalui beberapa tahap. Pertama, penderita harus tahu tempat pengobatan penyakit kusta yang tepat/benar. Bila penderita telah mengetahui hal tersebut, selanjutnya harus ada pemikiran tentang segi positif dan negatif dari pelayanan pengobatan tersebut.

Pengetahuan tentang segi positif dari pelayanan pengobatan tersebut akan menentukan “sikap” penderita kusta terhadap pelayanan pengobatan kusta di Puskesmas. Secara teoritik apabila segi positif pelayanan di Puskesmas lebih banyak dari segi negatif maka sikap yang positiflah yang akan muncul. Sebaliknya apabila segi negatif dari pelayanan di puskesmas lebih banyak dari segi negatifnya, maka sikap yang negatiflah yang akan muncul. Apabila sikap positif terhadap pelayanan pengobatan kusta di puskesmas telah tumbuh maka besar kemungkinan bahwa seorang penderita kusta akan mempunyai “niat” untuk mengikuti pelayanan pengobatan kusta di Puskesmas.

Kebalikannya dapat terjadi, apabila sikap negatif yang tumbuh maka akan kecil kemungkinannya seorang penderita kusta memiliki “niat” untuk melakukan pengobatan di Puskesmas. Apakah niat ini selanjutnya akan menjadi kenyataan masih tergantung pada beberapa faktor lainnya.

d. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Praktik

Peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun hubungan positif antara kedua variabel ini telah

diperlihatkan oleh Cartwright (1981) dan Inanta (1997), yang dilakukan dalam tiga komunitas di bidang kesehatan. Pengetahuan tertentu tentang kesehatan penting sebelum sesuatu tindakan pribadi terjadi tindakan kesehatan yang diharapkan mungkin tidak akan terjadi kecuali apabila seseorang mendapat isyarat yang kuat untuk memotivasinya bertindak atas dasar pengetahuan yang dimilikinya.

Sikap merupakan salah satu diantara kata yang paling samar namun paling sering digunakan dalam kamus ilmu perilaku. Sikap merupakan perasaan yang lebih tetap, ditunjukkan terhadap sesuatu objek yang melekat ke dalam struktur sikap yaitu evaluasi dalam dimensi baik dan buruk.

Hubungan perilaku dengan sikap, keyakinan dan nilai tidak sepenuhnya dimengerti, namun bukti adanya hubungan tersebut cukup banyak. Analisis akan memperlihatkan misalnya bahwa sikap sampai tingkat tertentu merupakan penentu, komponen dan akibat dari perilaku. Hal ini merupakan alasan yang cukup untuk memberikan perhatian terhadap sikap, keyakinan dan nilai sebagai faktor predisposisi.

Adanya hubungan yang erat antara sikap dan perilaku didukung oleh pengertian sikap yang menyatakan bahwa sikap merupakan kecenderungan untuk bertindak. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Warner dan De Fleur (1969) didefinisikan bahwa adanya 3 (tiga) hubungan antara sikap dan praktik sebagai berikut :

1) Keajegan (*Consistency*).

Sikap verbal merupakan alasan yang masuk akal untuk menduga apa yang akan dilakukan oleh seseorang bila dihadapkan dengan objek sikapnya. Dengan kata lain ada hubungan langsung antara sikap dengan tingkah laku (praktik).

2) Katidak ajegan (*Inconsistency*)

Alasan ini yang membantah adanya hubungan yang konsisten antara sikap dengan tingkah laku (praktik). Sikap dan tingkah laku adalah dimensi individual yang berbeda dan terpisah. Demikian pula sikap dan tingkah laku adalah tidak tergantung satu sama lain.

3) Keajegan yang tidak tertentu (*Consistency contingent*)

Alasan ini mengusulkan bahwa hubungan antara sikap dan tingkah laku tergantung pada faktor-faktor situasi tertentu pada variabel antara. Pada situasi tertentu diharapkan adanya hubungan antara sikap dan tingkah laku, dalam situasi yang berbeda hubungan itu tidak ada. Hal ini lebih dapat menerangkan hubungan sikap dan tingkah laku (praktik).

2. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.¹⁴⁾

Perilaku manusia yang sesuai dengan norma-norma kesehatan merupakan keluaran dari proses pendidikan kesehatan, namun perubahan

perilaku tidak hanya dapat dicapai dengan pendidikan saja. Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yang sangat kompleks dari faktor-faktor sosial, budaya, ekonomi dan sebagainya.¹⁴⁾

Respon atau reaksi manusia, dapat bersifat pasif maupun bersifat aktif. Sedangkan stimulus atau rangsangan disini terdiri dari 4 (empat) unsur pokok, yaitu : sakit, penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan. Secara terperinci perilaku kesehatan mencakup :

- a. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia itu berespon balik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan di luar dirinya), maupun secara aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut.
- b. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional.
- c. Perilaku terhadap makanan, adalah respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan.
- d. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan, adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Becker (1979) mengklasifikasikan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan sebagai berikut :

- a. Perilaku sehat (*health behaviour*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

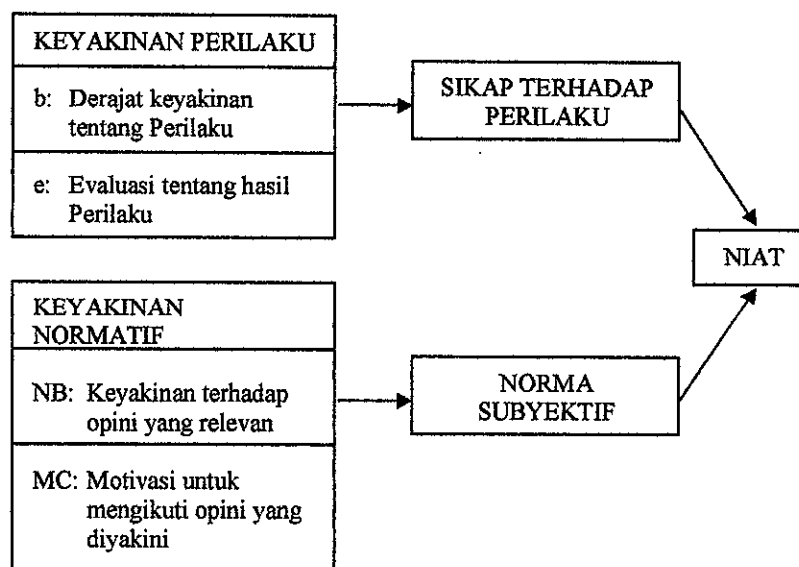
- b. Perilaku sakit (*illness behaviour*) yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit, termasuk kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab serta usaha-usaha untuk mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behaviour*), yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain.

3. Beberapa Teori Perubahan Perilaku

a. *Theory of Reasoned Action* (TRA)

“*Theory of Reasoned Action*” (TRA) atau teori aksi beralasan adalah teori yang dikembangkan oleh Azjen dan Fishbein, 1975 adalah teori yang menegaskan peran dan niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat.¹⁶⁾

Menurut Montano (1997), Teori ini berhubungan dengan keyakinan (*beliefs*), sikap (*attitude*), niat (*intention*) dan perilaku (*Behavior*). Niat merupakan prediktor terbaik perilaku. Jika ingin mengetahui apa yang akan dilakukan seseorang, cara terbaik untuk meramalkannya adalah mengetahui niat orang tersebut. Teori tersebut terdapat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2.1 :Hubungan antara keyakinan, sikap dan niat (Montano, 1997).

Niat ditentukan oleh keyakinan perilaku yang meliputi derajat keyakinan seseorang terhadap hasil perilaku, dan evaluasi tentang hasil perilaku, digabungkan dengan keyakinan normatif yang meliputi: keyakinan terhadap opini pihak yang sesuai dan motivasi untuk mengikuti opini yang diyakini tersebut. Hal tersebut dapat dirumuskan sebagai berikut.

$$B = \sum b.e + \sum NBMC$$

Keterangan:

B = *Behavior Intention* (Niat untuk berperilaku)

b = *Behavior beliefs* (derajat keyakinan tentang perilaku)

e = *Evaluation of behavior out comes* (evaluasi hasil perilaku).

NB = *Normative beliefs* (keyakinan terhadap opini pihak yang relevan)

MC = *Motivation to Comply* (motivasi untuk mengikuti, opini yang diyakini)

Keyakinan akan suatu perilaku adalah komponen yang berisikan derajat keyakinan tentang hasil perilaku dan evaluasi keyakinan hasil perilaku. Keyakinan perilaku di sini adalah opini tentang sesuatu yang belum tentu sesuai dengan kenyataan.

Komponen sikap adalah sikap terhadap perilaku dimana terbentuknya sikap positif atau sikap negatif tergantung pada segi positif atau segi negatif dari komponen keyakinan perilaku. Makin banyak segi positif dari komponen tersebut maka makin positif sikap yang terbentuk, begitu pula sebaliknya. Keyakinan normatif adalah komponen yang berisikan keyakinan tentang opini dari pihak yang relevan, dan motivasi untuk mengikuti opini yang diyakini tersebut.

Komponen norma subjektif adalah merupakan hasil interaksi antara keyakinan normatif seseorang (terhadap pihak-pihak yang relevan) dengan motif-motifnya, untuk mengikuti atau sejalan dengan keyakinan normatif tersebut.

Komponen niat adalah niat untuk melakukan sesuatu perilaku. Terbentuknya niat tersebut ditentukan oleh interaksi antara kedua komponen sebelumnya, yaitu sikap terhadap perilaku dan norma subjektif tentang sesuatu perilaku.

Keuntungan teori ini adalah memberi pegangan untuk menganalisa komponen perilaku dalam item yang operasional. Fokus sasaran adalah predeksi dan pengertian perilaku yang dapat diamati secara langsung dan dibawah kendali seseorang, artinya bahwa perilaku sasaran harus diseleksi dan diidentifikasi secara jelas. Tuntutan ini berdasarkan pertimbangan mengenai :tindakan (*action*), sasaran (*target*), konteks (*context*), waktu (*time*). Hal yang sama juga terjadi bagi seleksi dan identifikasi komponen lain dalam model : intensi, sikap, norma subyektif dan keyakinan. Lebih lanjut konsep penting dalam teori ialah fokus perhatian (*sailence*) .Pengarang mengacu pada nilai dan norma-norma dalama kelompok sosial yang diselidiki, sebagai indikator penting untuk memprediksikan perilaku yang diukur. Pengetahuan awal tentang aspek sosial dan antropologis merupakan aspek penting.

Kelemahan dari teori TRA antara lain intensi tidak selalu menuju pada perilaku itu sendiri.Ini mungkin prediktor terbaik, tetapi sering hambatan-hambatan mencampuri antara intensi dengan perilaku (Van Oost, 1991). Kelemahan lain, menurut Sarafino (1990), adalah bahwa model Fishbein tidak mempertimbangkan pengalaman sebelumnya dengan perilaku., artinya bahwa sejarah seseorang di masa lampau tentang perilaku kesehatan, merupakan prediktor kuat untuk perilaku di masa mendatang.

b. Model Kepercayaan Kesehatan (*The Health Belief Models*)

Becker (1974) mengatakan bahwa apabila individu atau seseorang akan bertindak melawan atau mengobati suatu penyakit, maka ada 4 (empat) variabel yang terlibat dalam tindakan tersebut. Adapun empat variabel kunci dalam model Kepercayaan Kesehatan adalah sebagai berikut :

1). Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*)

Agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakit, ia harus merasakan bahwa ia rentan (*susceptible*) terhadap penyakit tersebut. Hal ini yang membuat model kepercayaan kesehatan bergantung dari persepsi individu.

2). Keseriusan yang dirasakan (*Perceived Seriousness*)

Seseorang akan melakukan tindakan pengobatan atau pencegahan bila diancam oleh penyakit yang dirasakan lebih serius bila dibandingkan dengan penyakit yang dirasa kurang serius.

3). Manfaat dan rintangan yang dirasakan (*Perceived benefit and barriers*)

Tindakan yang dilakukan akan tergantung pada manfaat yang dirasakan dan rintangan-rintangan yang ditemukan dalam mengambil tindakan tersebut. Pada umumnya manfaat tindakan lebih menentukan daripada rintangan-rintangan yang mungkin ditemukan dalam melakukan tindakan tersebut.

4). Isyarat atau tanda-tanda

Diperlukan isyarat-isyarat berupa faktor-faktor eksternal untuk mendapat tindakan penerimaan yang benar. Faktor-faktor eksternal tersebut misalnya adalah pesan-pesan, nasehat atau anjuran kawan-kawan dan anggota keluarga lain dari yang sakit dan sebagainya.

Kelebihan dari teori HBM adalah fokus asli adalah perilaku pencegahan yang berkaitan dengan dunia medis dan mencakup berbagai macam perilaku. HBM telah banyak digunakan dalam kebiasaan seseorang dan sifa-sifat yang dikaitkan dengan perkembangan dari kondisi kronis. Penekanan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit telah diganti kontrol dan resiko, dan HBM telah diterapkan pada perilaku yang lebih penting, untuk mencegah perubahan dalam perilaku. (Kirscht,1988). Teori HBM sesuai untuk pendekatan pada penderita kusta karena pada penelitian tentang terjadinya gejala (*symptom occurrence*) dan respon terhadap gejala (*symptom response*) menggambarkan secara lebih lengkap bagaimana orang-orang menginterpretasikan tubuh dan bagaimana perilaku selektif. Lebih lanjut variabel-variabel ini digunakan untuk meramalkan berilaku berikut.

Disamping memiliki kelebihan, HBM memiliki kelemahan antara lain secara teoritis, HBM tidak terlalu baik, HBM

didasarkan lebih pada penelitian terapan dalam permasalahan terapan dalam permasalahan pendidikan kesehatan daripada penelitian akademis (Kirscht,1988). HBM didasarkan atas beberapa asumsi yang dapat diragukan, seperti pemikiran bahwa setiap pilihan perilaku selalu berdasarkan rasional. Tidak hanya dapat disangsikan rasionalitas tersebut, tetapi HBM juga tidak memberikan spesifikasi yang tepat terhadap kondisi dimana orang-orang membuat pertimbangan tertentu (Sarafino,1990).

c. Model Lawrence W. Green

Lawrence W Green (1980) mengidentifikasi bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor sebagai berikut.¹⁶⁾

1). Faktor pemudah (*Predisposing Factors*)

Faktor ini mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya. Faktor ini merupakan faktor antesenden terhadap, perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku.

2). Faktor pendukung (*Enabling Factors*)

Faktor pendukung merupakan faktor antesenden terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Faktor ini mencakup potensi dan sumber daya yang ada di masyarakat dalam wujud lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas atau sarana kesehatan.

Hal ini juga, menyangkut keterjangkauan berbagai sumber daya, seperti biaya, jarak, ketersediaan transportasi, keterampilan petugas dan lain-lain.

3). Faktor penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat merupakan faktor penyerta. Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas, keluarga, teman atau kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Faktor ini lebih ditekankan pada siapa-siapa yang dapat mempengaruhi individu untuk mendukung pelayanan kesehatan.

4. Perilaku Pencarian Pengobatan (*health seeking behavior*).

Menurut Young (1980), studi mengenal perilaku pencarian pengobatan umumnya menyangkut tiga pertanyaan pokok, yaitu:

- a. Sumber pengobatan apa yang menurut anggota masyarakat mampu mengobati sakitnya.
- b. Kriteria apa yang dipakai untuk memilih salah satu dan beberapa sumber pengobatan yang ada.
- c. Bagaimana proses pengambilan keputusan untuk memilih sumber pengobatan tersebut.

Menurut Notoatmojo (1997), perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) adalah perilaku seseorang melakukan pencarian pengobatan dalam upaya menyembuhkan penyakitnya. Perilaku tersebut bermacam-macam, misalnya usaha mengobati sendiri, atau mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan modern (puskesmas, rumah sakit, dokter

praktek, mantri, dan sebagainya) maupun ke fasilitas kesehatan tradisional. Tipping and Segall (1995), merinci determinan perilaku pencarian pengobatan di negara sedang berkembang

- a. Sosio ekonomi (tingkat pendidikan, pekerjaan ibu, status perkawinan dan status ekonomi).
- b. Usia dan Jenis kelamin.
- c. Biaya pelayanan kesehatan dan elastisitas harga dan kebutuhan.
- d. Status sosial dari wanita.
- e. Tipe dan beratnya atau parahnya penyakit.
- f. Jarak dan akses secara fisik.
- g. Kualitas dari pelayanan yang dirasakan.

Anderson and Newman menetapkan model-model pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Model demografi atau kependudukan

Dalam model ini variabel-variabel yang dipakai adalah umur, seks, status perkawinan dan besarnya keluarga. Karakteristik demografi juga berhubungan dengan karakteristik sosial (perbedaan sosial dan jenis kelamin mempengaruhi berbagai tipe dan ciri-ciri sosial).

- b. Model struktur sosial (*social structure models*)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variabel-variabel ini mencerminkan

keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Penggunaan pelayanan kesehatan juga merupakan salah satu aspek dari gaya hidup seseorang atau keluarga, yang ditentukan oleh lingkungan dan sosial, fisik dan psikologis. Pendekatan struktur sosial ini didasarkan pada asumsi bahwa orang-orang dengan latar belakang struktur sosial tertentu akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang tertentu pula.

c. Model sosial psikologis (*Sociopsychological models*)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah ukuran sikap dan keyakinan individu, meliputi pengertian kerentanan terhadap penyakit, pengertian secara keseluruhan dari penyakit, keuntungan yang diharapkan dari pengambilan tindakan dalam menghadapi penyakit, dan kesiapan terhadap tindakan individu.

d. Model sumber keluarga (*family resource models*)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendapatan keluarga, sebagai anggota asuransi kesehatan dan pihak yang membiayai pelayanan kesehatan keluarga. Karakteristik ini digunakan untuk mengukur kesanggupan dari individu atau keluarga untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Dengan demikian model sumber keluarga adalah berdasarkan model ekonomis.

e. Model sumber daya masyarakat (*community resource models*)

Pada model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan pelayanan kesehatan dan sumber-sumber di masyarakat. dan

ketercapaian dari pelayanan kesehatan yang tersedia dan sumber-sumber kesehatan pada masyarakat setempat. Dengan demikian model ini memindahkan pelayanan dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

f. Model organisasi (*organization models*)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah:

- 1) Gaya (*style*) praktek pengobatan (sendiri, rekan atau grup).
- 2) Sendiri (*nature*) dari pelayanan tersebut (membayar langsung atau tidak).
- 3) Letak dan pelayanan kesehatan (praktek swasta, puskesmas, rumah sakit, klinik).
- 4) Petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, bidan, mantri).
- 5) Model sistem kesehatan, model ini mengintegrasikan keenam model di atas ke dalam model yang lebih sempurna.¹⁴⁾

C. Kerangka Teori

1. Perilaku Menurut Fishbein dan Ajzen.

Konsep pengetahuan, sikap, niat dalam kaitannya dengan sesuatu kegiatan biasanya mempunyai anggapan sebagai berikut :

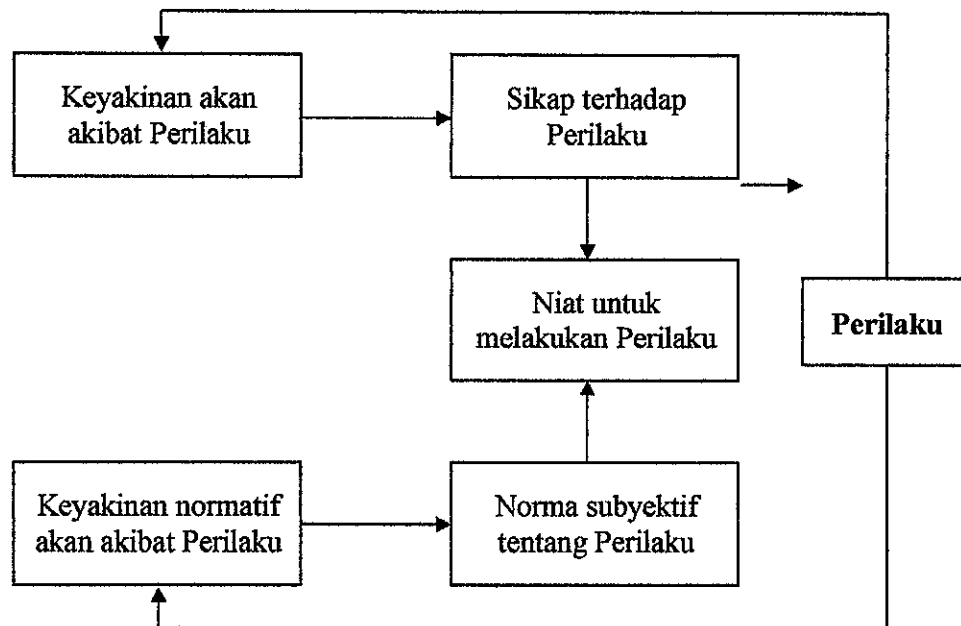
Adanya pengetahuan tentang manfaat suatu hal, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut, selanjutnya sikap positif akan

mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan hal tersebut. Niat untuk ikut serta dalam kegiatan akan menjadi tindakan apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas. Kegiatan inilah yang disebut dengan perilaku.

- a. Keyakinan akan akibat perilaku adalah komponen yang berisikan aspek pengetahuan tentang akibat positif dari perilaku. Harus diingat bahwa pengetahuan yang dimaksud tidak selalu sesuai dengan fakta yang sebenarnya. Pengetahuan yang dimaksud hanyalah opini tentang suatu yang belum tentu sesuai dengan kenyataan.
- b. Sikap terhadap perilaku adalah komponen sikap yang berbentuk apakah sikap yang positif atau negatif tergantung dari segi manfaat atau tidaknya komponen pengetahuan. Makin banyak manfaat yang diketahui semakin positif pula sikap yang terbentuk.
- c. Keyakinan *normative* akibat perilaku adalah komponen pengetahuan, berbeda dengan keyakinan akibat perilaku, komponen ini merupakan persepsi individu tentang bagaimana pendapat orang lain yang berpengaruh terhadap dirinya, misalnya orang tua, pejabat, alim ulama atau orang tertentu jika ia berperilaku positif.
- d. Norma subyektif terhadap perilaku adalah keputusan yang dibuat oleh individu serta mempertimbangkan pandangan orang-orang yang mempengaruhi norma subyektif terhadap perilaku. Sejauh mana individu dapat terpengaruh atau tidak tergantung pada kekuatan kepribadian individu dalam menghadapi kehendak orang lain.

- e. Niat untuk melakukan perilaku secara teoritis terbentuk oleh interaksi antara kedua komponen yang mendukungnya yaitu sikap terhadap perilaku dan norma subyektif tentang ketidak serasian antara kedua komponen mungkin saja terjadi perilaku tergantung pula kepada beberapa faktor lain, misalnya ketersediaan dan keterjangkauan sarana.
- f. Perilaku yaitu niat yang sudah direalisasikan dalam bentuk tingkah laku atau tindakan yang nampak.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada skema sebagai berikut :

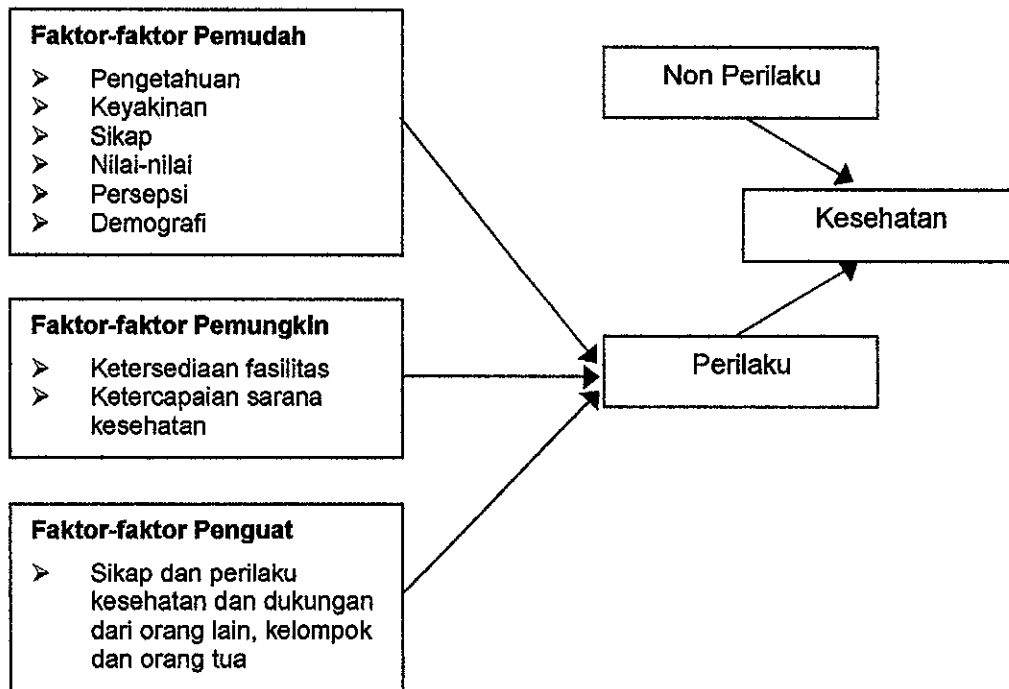


Gambar 2.3. Teori Perubahan Perilaku menurut Fishbein, M, and Ajzen (1975)

2. Perilaku Menurut Green.

Berdasarkan uraian kepustakaan di atas, disimpulkan landasan-landasan teori penelitian yang berhubungan dengan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap perilaku pencarian pengobatan penderita kusta sebagaimana disebutkan oleh Green (1991), dimana perilaku pencarian

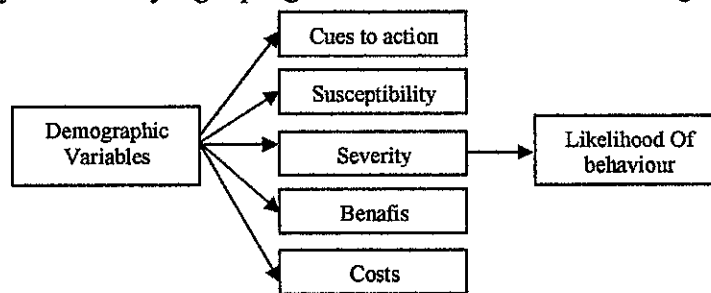
fasilitas kesehatan merupakan suatu kerangka kerja PRECEDE (*predisposing, reinforcing, enabling cause in educational diagnosis and evaluation*). Kerangka *Precede* tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.4: Perilaku dalam kerangka PRECEDE (Green, 1991)

3. Menurut Health Belief Model (Becker dan Rosenstock),

Kecenderungan perilaku dipengaruhi oleh satu set keyakinan-kenyakinan inti yang dipengaruhi oleh faktor – faktor demografi :



Gambar 2.5 : Perilaku dalam kerangka Health Belief Model (Becker dan Rosenstock)

Dalam kerangka teori dapat dimasukkan pengertian beberapa variabel penelitian meliputi :

1. Karakteristik Responden

Merupakan faktor pertama yang mempengaruhi praktik responden dalam upaya pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran Kabupaten Blora. Karakteristik responden meliputi : umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan.

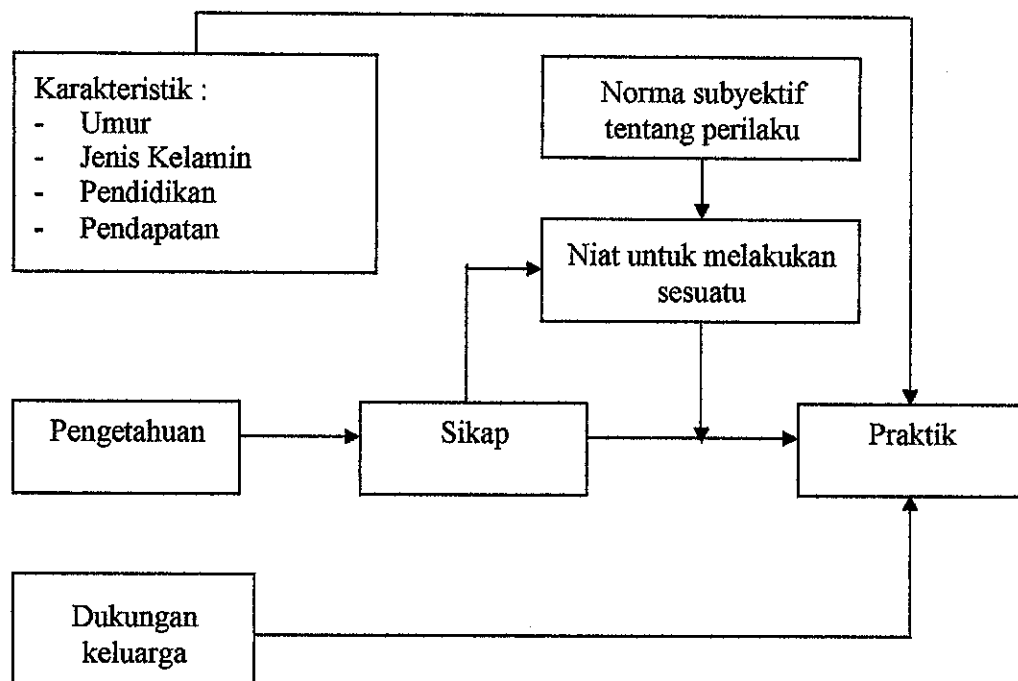
2. Pengetahuan, Sikap dan Praktik

Adanya pengetahuan responden tentang manfaat upaya pencarian pengobatan kusta, akan mempunyai sikap positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap positif responden akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan yang berkaitan dengan upaya pencarian pengobatan kusta. Niat untuk melakukan perilaku terbentuk oleh interaksi antara kedua komponen yang mendukungnya, yaitu sikap terhadap perilaku dan norma subyektif tentang perilaku. Niat untuk ikut dalam upaya pencarian pengobatan kusta akan menjadi tindakan (praktik), apabila mendapat dukungan sosial dan tersedianya fasilitas.

3. Dukungan Keluarga

Merupakan salah satu faktor Penguat / mendorong (*Reinforcing Factors*) terjadinya perubahan perilaku responden dalam upaya pencarian pengobatan kusta di wilayah Puskesmas Kunduran.

Gambaran mengenai kerangka teori penelitian adalah sebagai berikut :

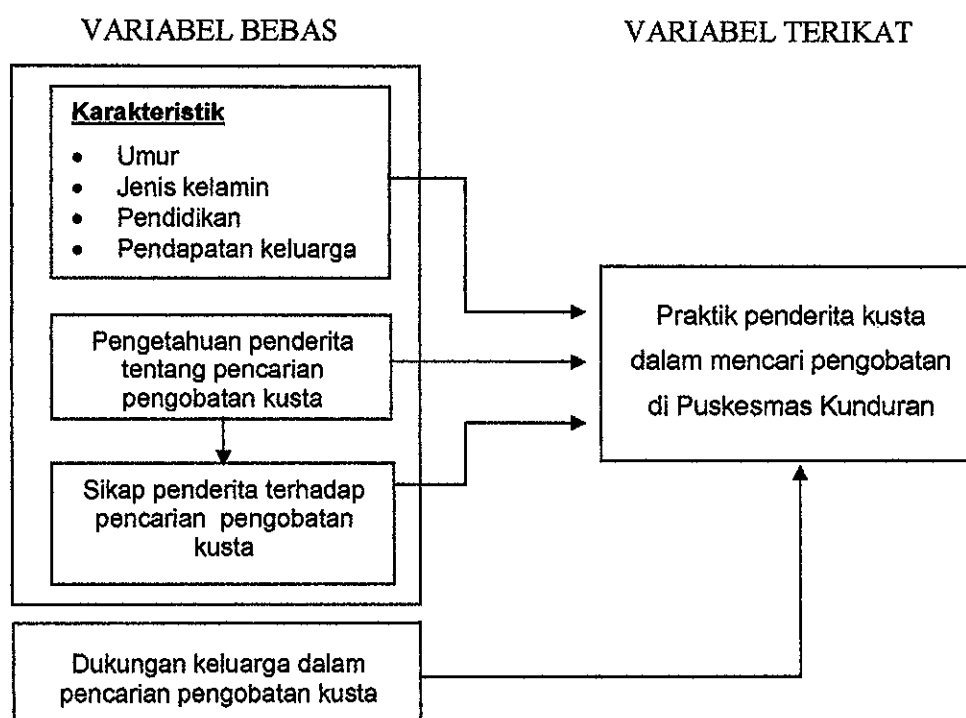


Gambar 2.6 Teori modifikasi Fishbein, M., and Ajzen (1975), teori Green L.W., & Kreuter, M.W. (1991). dan teori Becker & Rosenstock (1974)

BAB III
METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori *PRECEDE PROCEDE*, Teori *Health Believe Model* dan Teori TRA (*Theory of Reasoned Action*) maka dapat dibuat kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar3.1. Kerangka konsep Penelitian

B. Pernyataan Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan keluarga) dengan praktik penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
2. Ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah puskesmas Kunduran.
3. Ada hubungan antara pengetahuan penderita kusta dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
4. Ada hubungan antara sikap penderita kusta dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
5. Ada hubungan antara dukungan keluarga penderita kusta dengan praktik pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.
6. Faktor pengetahuan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap praktik penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.

C. Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas dalam penelitian adalah :

- a. Karakteristik responden
 - 1). Umur
 - 2). Jenis kelamin
 - 3). Pendidikan
 - 4). Pendapatan keluarga

- b. Pengetahuan
- c. Sikap
- d. Dukungan keluarga

2. Variabel terikat (*Dependent Variable*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah praktik penderita kusta dalam pencarian pengobatan di wilayah Puskesmas Kunduran.

D. Definisi Operasional

1. Penderita Kusta

Adalah orang yang mempunyai satu atau lebih dari tanda pasti kusta (*cardinal sign*) kusta yang ditemukan pada pemeriksaan klinis dan sampai saat penelitian masih mengikuti pengobatan dengan MDT di Puskesmas Kunduran.

2. Umur

Adalah penggolongan usia responden, dalam satuan tahun dihitung mulai dari kelahirannya sampai dengan pada saat wawancara. Data umur dikategorikan menurut Warijan (1991).

Skala pengukuran : Rasio

Untuk kepentingan analisis, maka umur dikategorikan menjadi :

- 1. Muda (≤ 30 tahun)
- 2. Dewasa (> 30 tahun)

3. Jenis kelamin

Adalah penggolongan responden berdasarkan jenis kelamin yang tercantum dalam KTP

Skala : Nominal

Untuk analisis, maka jenis kelamin akan dikategorikan menjadi :

1. Laki – laki
2. Perempuan

4. Pendidikan

Adalah pendidikan formal tertinggi yang dicapai oleh responden, di peroleh dari keterangan responden dan ditunjukkan dengan bukti ijazah atau kartu keluarga. Data pendidikan dikategorikan mengikuti cara yang ditentukan oleh Bennet (1987).

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk kepentingan analisis, pendidikan dikategorikan menjadi :

1. Rendah 0 – 6 tahun
2. Menengah 7 - 12 tahun
3. Tinggi > 12 tahun

5. Pendapatan

Adalah jumlah rupiah yang diperoleh atau dihasilkan oleh responden atau kepala keluarga responden, rata-rata dalam sebulan untuk mencukupi kebutuhan sehari hari. Berdasarkan ketetapan Badan Statistik Propinsi Jawa Tengah tahun 2004, Upah Minimum Kabupaten (UMK) di Kabupaten Blora ditetapkan sebesar Rp. 390.100,- per bulan.(Untuk tahun 2004 S/d Nov 2005)

Skala pengukuran : Rasio

Untuk kepentingan analisis, pendapatan dikategorikan menjadi :

1) Pendapatan rendah : \leq Rp. 390.100,-

2) Pendapatan sedang : $>$ Rp. 390.100,-

6. Pengetahuan mengenai pencarian pengobatan.

Adalah pemahaman responden terhadap penyakit dan cara pengobatan penyakit kusta yang dihitung dengan angka yang didapat dengan menjawab pertanyaan yang meliputi pengertian penyakit kusta, tanda-tanda kusta, penyebab, cara penularan, dan pengobatan penyakit kusta di Puskesmas, yang dimiliki oleh responden dalam menjawab semua pertanyaan yang diajukan.

Terdapat 42 pertanyaan pengetahuan yang terdiri dari 20 pertanyaan *favorable* dan 22 pertanyaan *unfavorable*. Skor yang diberikan pada pertanyaan *favorable* adalah satu (1) untuk jawaban Ya dan 0 untuk jawaban tidak. Sebaliknya untuk pertanyaan *unfavorable* nilai 1 untuk jawaban tidak dan 0 untuk jawaban Ya.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk kepentingan analisis, pengetahuan dikategorikan menjadi :

Rendah, bila total skor 1 – 21

Tinggi, bila total skor 22 - 42

7. Sikap dalam pencarian pengobatan

Adalah tanggapan atau respon responden terhadap pengobatan kusta yang tepat. Nilai sikap didapat dari penjumlahan jawaban responden dari sejumlah pertanyaan tentang pengobatan penyakit kusta yang

meliputi: sikap responden terhadap tanda-tanda kusta, penyebab, cara penularan dan pengobatan kusta di Puskesmas. Pengukuran skala sikap berdasarkan skala likert, yaitu :

- 1) Setuju
- 2) Tidak setuju

Terdapat 20 pertanyaan sikap yang terdiri dari 7 pertanyaan *favorable* dan 13 pertanyaan *unfavorable*.

Skala : Ordinal

Untuk kepentingan analisis, sikap dikategorikan menjadi :

Tidak tepat, bila total skor 1 – 10

Tepat, bila total skor 11 - 20

8. Dukungan keluarga

Adalah dukungan, pengertian dan bantuan dari keluarga yang diberikan pada penderita kusta untuk melakukan tindakan berupa mencari pengobatan ke Puskesmas Kunduran.

Terdapat 10 pertanyaan dukungan yang terdiri dari 8 pertanyaan *favorable* dan 2 pertanyaan *unfavorable*. Akan tetapi yang wajib dilakukan skor ada 6 (enam) pertanyaan (nomor 1-6). Sedangkan 4 (empat) pertanyaan berikutnya (nomor 7-10) tidak wajib dilakukan skor (sebagai pelengkap data). Skor yang diberikan pada pertanyaan *favorable* adalah 1 untuk jawaban Ya dan 0 untuk jawaban tidak. Sebaliknya, untuk pertanyaan *unfavorable* skor 1 untuk jawaban tidak dan 0 untuk jawaban Ya.

Skala pengukuran : Ordinal

Untuk kepentingan analisa, dukungan keluarga dikategorikan menjadi :

Tidak mendukung, bila total skor 1 – 3

Mendukung, bila total skor 4 – 6

9. Praktik pencarian pengobatan

Adalah tindakan yang dilakukan / tidak dilakukan oleh responden untuk mencari pengobatan kusta ke Puskesmas setelah mengetahui adanya gejala-gejala atau tanda-tanda penyakit kusta.

Terdapat 7 pertanyaan praktik yang terdiri dari 7 *favorable* dan 0 *unfavorable*. Akan tetapi yang wajib dilakukan skor ada 5 (lima) pertanyaan (nomor 1-5). Sedangkan 2 (dua) pertanyaan berikutnya (nomor 6 dan 7) tidak wajib dilakukan skor (sebagai pelengkap data). Skor yang diberikan pada masing-masing pertanyaan sebagai berikut :

- a. Pertanyaan nomor 1 (satu) → Skor 3 untuk jawaban a; 2 untuk jawaban b ; 1 untuk jawaban c ; dan 0 untuk jawaban d.
- b. Pertanyaan nomor 2 (dua) → Skor 2 untuk jawaban a dan 1 untuk jawaban b.
- c. Pertanyaan nomor 3 (tiga) → Skor 0 untuk jawaban a dan 1 untuk jawaban b (Puskesmas).
- d. Pertanyaan nomor 4 (empat) → Skor 0 untuk jawaban a dan c dan skor 1 untuk jawaban b.
- e. Pertanyaan nomor 5 (lima) → Skor 1 untuk jawaban a dan 0 untuk jawaban b dan c.

Skala : Ordinal

Untuk kepentingan analisis, praktik penarian pengobatan dikategorikan

menjadi : Tidak baik, bila total skor 1 – 4

Baik, bila total skor 5 – 8

E. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan penelitian *Explanatory Research* yang menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat melalui pengujian hipotesa yang telah dirumuskan²⁴⁾,

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana subjek hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan secara kuantitatif maupun kualitatif terhadap karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan²⁰⁾ Penjelasan hasil-hasil penelitian dengan menyoroti pengaruh variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat serta dengan menguji hipotesa.

F. Pengumpulan Data

1. Data Primer

a. Data kuantitatif

Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung kepada 50 responden dengan menggunakan kuesioner yang telah dirancang dan sebelumnya telah diuji validitas serta reliabilitasnya. (Aswar,200).

Kuisisioner penelitian ini meliputi :

- 1) Karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan.)
- 2) Pengetahuan responden dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.
- 3) Sikap responden terhadap pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran
- 4) Praktik responden dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.
- 5) Dukungan keluarga responden dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

Pengumpulan data primer dilakukan oleh peneliti dibantu 1 orang enumerator (tenaga pewawancara) yaitu seorang lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat, yang telah dilatih terlebih dahulu oleh peneliti sehingga dapat menghindari kesalahan selama pengisian kuesioner.

b. Data Kualitatif.

Untuk mengetahui kedalaman data penelitian, maka dilakukan juga wawancara mendalam (*Indepth interview*), terhadap 5 orang responden yang dipilih secara random dari 50 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan cara mendatangi ke alamat responden di wilayah Puskesmas Kunduran.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan bulanan atau tahunan Puskesmas Kunduran, DKK Blora maupun Dinas Kesehatan Propinsi. data demografi dan geografi wilayah Puskesmas Kunduran.

G. Lokasi, Populasi dan Sampel

1. Lokasi
2. Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Kunduran, Kabupaten Blora Jawa Tengah.
3. Populasi dan Sampel

Penelitian ini menggunakan total populasi sebagai sampel yaitu semua penderita kusta yang sedang mengikuti pengobatan kombinasi/MDT di Puskesmas Kunduran sebanyak 50 penderita , dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Penderita kusta yang masih mengikuti pengobatan di Puskesmas Kunduran, tanpa membedakan jenis PB (*Pausi bacillary*) ataupun MB (*Multi bacillary*)
- b. Lama pengobatan tidak lebih dari 4 (empat) bulan, dengan pertimbangan bahwa waktu 4 bulan masih memungkinkan bagi responden untuk mengingat hal-hal yang dilakukan setelah mengetahui tanda-tanda kusta pada dirinya sampai pengobatan di Puskesmas.
- c. Untuk wawancara mendalam diambil secara random sebanyak 5 orang penderita kusta yang sedang mengikuti pengobatan di Puskesmas. Selain itu, sebagai *cross check* terhadap kondisi responden pada saat

pengobatan di Puskesmas, juga dilakukan pengamatan data responden yang ada di Puskesmas Kunduran.

H. Uji validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan sebelum penelitian, untuk melihat sejauhmana alat ukur (kuesioner) dapat dipercaya dan dapat diandalkan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Untuk itu perlu dilakukan uji coba. (Arikunto,2002)

Uji coba alat pengumpul data dilaksanakan pada bulan Juni 2005 pada responden selain subyek penelitian, yaitu pada Puskesmas Todanan, dan Puskesmas Karangawen kabupaen Blora sebanyak 30 orang.

1. Uji Validitas

Uji ini dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan dan kecermatan suatu alat dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu tes atau instrument memiliki validitas tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukurnya sesuai dengan maksud dilakukannya test tersebut. Suatu alat ukur yang valid tidak sekedar mampu mengungkapkan data dengan tepat tetapi juga memberikan gambaran yang cermat mengenai data tersebut (Aswar. 2000)..

Dalam uji validitas, setiap butir pertanyaan dilakukan uji validitas terhadap total skor seluruh pertanyaan dengan menggunakan uji *Pearson Product Moment*.

Langkah-langkah analisa validitas :

a) Menentukan Hipotesis

H_0 = Skor butir berkorelasi positif dengan skor faktor.

H_1 = Skor butir tidak berkorelasi positif dengan skor faktor.

b) Menentukan nilai r tabel

Nilai r tabel ditentukan berdasarkan df (jumlah kasus - 2), dalam hal ini $df = 30 - 2 = 28$. Pada tingkat signifikan 5% didapat angka 0,239. Jika hipotesis menunjukkan arah positif, maka uji yang dilakukan adalah satu arah.

c) Menentukan r hasil

Nilai r hasil untuk tiap-tiap butir diperoleh dari hasil *output analisis* pada kolom *Corrected item-total correlation*.

d) Mengambil keputusan

Dasar pengambilan keputusan adalah : Jika r hasil positif serta $r \text{ hasil} > r \text{ tabel}$, maka butir tersebut valid. Sebaliknya jika r hasil tidak positif atau $r \text{ hasil} < r \text{ tabel}$, maka butir tersebut tidak valid. Jika ada butir pertanyaan yang tidak valid, maka butir pertanyaan tersebut dikaji kembali dengan cara memperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden dan dilanjutkan uji validitas. Bila hasilnya tetap tidak valid, maka butir pertanyaan tersebut dihilangkan atau dikeluarkan dari instrument pengumpul data, dengan catatan tidak mengurangi tujuan penelitian yang ingin dicapai oleh peneliti.

2. Uji Reliabilitas

Pengukuran reliabilitas adalah mengukur sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil yang relative sama, selama aspek yang diukur dalam diri subyek belum berubah.

Reliabilitas alat ukur disini saat berkaitan dengan *error of measurement*. Langkah-langkah analisis reliabilitas :

a) Menentukan hipotesis

H_0 = skor butir berkorelasi positif dengan komposif faktornya

H_1 = skor butir tidak berkorelasi positif dengan komposif faktornya.

b) Menentukan r tabel

Nilai r tabel ditentukan berdasarkan df (jumlah kasus - 2), dalam hal ini $df = 30 - 2 = 28$. Pada tingkat signifikan 5% didapat angka 0,239. Jika hipotesis menunjukkan arah positif, maka uji yang dilakukan adalah satu arah.

c) Menentukan r hasil

Nilai r hasil adalah angka *Alpha* yang terdapat pada akhir output analisis

d) Mengambil keputusan

Dasar pengambilan keputusan adalah: jika r *Alpha* serta r *Alpha* > r tabel, maka butir tersebut reliabel. Jika r *Alpha* positif dan r

$Alpha < r$ tabel, maka butir tersebut tidak reliabel. Jadi jika $r Alpha > r$ tabel tetapi bertanda negative, H_0 tetap akan ditolak.

3. Validitas dan Reliabilitas tiap-tiap Variabel.

a. Variabel Pengetahuan.

Diawali dengan uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan seluruh butir pernyataan pengetahuan kedalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 50 butir pernyataan, sebanyak 35 butir pernyataan dinyatakan valid dan 15 butir dinyatakan tidak valid. Lima belas butir yang dinyatakan tidak valid adalah nomor 4, 5, 7, 17, 19, 23, 25, 31, 35, 36, 40, 44, 46, 48, dan 49. Selanjutnya ke lima belas butir pernyataan tersebut diperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden yang sama dan dilakukan uji validitas. Hasilnya 10 butir (nomor 5, 7, 17, 19, 23, 25, 31, 35, 36, dan 44) menjadi valid, dan 5 butir (nomor 4, 40, 46, 48, dan 49) tetap tidak valid. Kelima butir pernyataan tersebut dikeluarkan dari instrumen pengumpul data (tidak diikutkan uji validitas tahap 2)

Seluruh butir pernyataan pengetahuan yang valid (46 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan kedalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel : 3.1. Hasil Uji Validitas Variabel Pengetahuan Tahap 2

| No | Butir Pernyataan | .r hasil | .r table | Keterangan |
|----|------------------|----------|----------|------------|
| 1 | 1 | 0,4788 | 0,2390 | Valid |
| 2 | 2 | 0,5307 | 0,2390 | Valid |
| 3 | 3 | 0,3518 | 0,2390 | Valid |
| 4 | 5 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |

| | | | | |
|----|----|--------|--------|-------|
| 5 | 6 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 6 | 7 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 7 | 8 | 0,3518 | 0,2390 | Valid |
| 8 | 9 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 9 | 10 | 0,4788 | 0,2390 | Valid |
| 10 | 11 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 11 | 12 | 0,6990 | 0,2390 | Valid |
| 12 | 13 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 13 | 14 | 0,7905 | 0,2390 | Valid |
| 14 | 15 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 15 | 16 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 16 | 17 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 17 | 18 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 18 | 19 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 19 | 20 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 20 | 21 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 21 | 22 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 22 | 23 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 23 | 24 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 24 | 25 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 25 | 26 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 26 | 27 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 27 | 28 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 28 | 29 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 29 | 30 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 30 | 31 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 31 | 32 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 32 | 33 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 33 | 34 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 34 | 35 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 35 | 36 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 36 | 37 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 37 | 38 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 38 | 39 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 39 | 41 | 0,8641 | 0,2390 | Valid |
| 40 | 42 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 41 | 43 | 0,3651 | 0,2390 | Valid |
| 42 | 44 | 0,3651 | 0,2390 | Valid |
| 43 | 45 | 0,6805 | 0,2390 | Valid |
| 44 | 47 | 0,4617 | 0,2390 | Valid |
| 45 | 50 | 0,3651 | 0,2390 | Valid |

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Item = 50

Alpha = 0,9629

Sesuai dengan hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1 – 45) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variable pengetahuan.

Dari hasil reliabilitas diperoleh angka Alpha 0.9629, sehingga butir-butir pernyataan tersebut dinyatakan reliable.

b. Variabel Sikap.

Dimulai dengan uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan seluruh butir pernyataan sikap kedalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 20 butir pernyataan sikap, sebanyak 15 butir dinyatakan valid dan 5 butir dinyatakan tidak valid. Kelima butir pernyataan yang tidak valid adalah nomor 56, 59, 60, 67, dan 68. Selanjutnya kelima butir tersebut diperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden yang sama dan dilakukan uji validitas. Hasilnya 5 butir pernyataan (nomor 56, 59, 60, 67 dan 68) menjadi valid

Seluruh butir pernyataan sikap yang valid (20 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan kedalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.2. Hasil Uji Validitas Variabel Sikap Tahap 2

| No | Butir Pernyataan | .r hasil | .r tabel | Keterangan |
|----|------------------|----------|----------|------------|
| 1 | 51 | 0,7540 | 0,2390 | Valid |
| 2 | 52 | 0,3630 | 0,2390 | Valid |
| 3 | 53 | 0,5374 | 0,2390 | Valid |
| 4 | 54 | 0,6974 | 0,2390 | Valid |
| 5 | 55 | 0,4777 | 0,2390 | Valid |
| 6 | 56 | 0,8248 | 0,2390 | Valid |
| 7 | 57 | 0,3630 | 0,2390 | Valid |

| | | | | |
|----|----|--------|--------|-------|
| 8 | 58 | 0,4777 | 0,2390 | Valid |
| 9 | 59 | 0,7199 | 0,2390 | Valid |
| 10 | 60 | 0,5374 | 0,2390 | Valid |
| 11 | 61 | 0,2809 | 0,2390 | Valid |
| 12 | 62 | 0,8066 | 0,2390 | Valid |
| 13 | 63 | 0,2615 | 0,2390 | Valid |
| 14 | 64 | 0,2980 | 0,2390 | Valid |
| 15 | 65 | 0,5374 | 0,2390 | Valid |
| 16 | 66 | 0,8066 | 0,2390 | Valid |
| 17 | 67 | 0,6974 | 0,2390 | Valid |
| 18 | 68 | 0,7885 | 0,2390 | Valid |
| 19 | 69 | 0,3566 | 0,2390 | Valid |
| 20 | 70 | 0,7028 | 0,2390 | Valid |

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Item = 20

Alpha = 0,9137

Berdasarkan hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1 – 20) dinyatakan valid dan butir – butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variable sikap.

Uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,9137, angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan r table yaitu sebesar 0,2390, sehingga butir-butir pernyataan tersebut dinyatakan reliabel .

c. Variabel Praktik.

Seluruh butir pernyataan praktik dilakukan uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan ke dalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 32 butir pernyataan, Selanjutnya seluruh butir pernyataan praktik (32) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu memasukkan ke dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut : dari 32 pernyataan, sebanyak 20 butir dinyatakan valid dan 12 butir dinyatakan tidak valid. Ke dua belas butir yang dinyatakan tidak valid adalah nomor 77,81,

82, 83, 91, 92, 93, 95, 96, 99, 100, dan 101. Selanjutnya duabelas butir pernyataan tersebut diperbaiki redaksinya, kemudian diujicobakan lagi kepada responden yang sama dan dilakukan uji validitas. Hasilnya 10 butir (nomor 77, 81, 82, 83, 91, 93, 99, 100, dan 101) menjadi valid, dan 2 butir (95, dan 96) tetap tidak valid. Butir pernyataan yang tidak valid dikeluarkan dari instrument pengumpul data (tidak diikutkan uji validitas tahap 2).

Seluruh butir pernyataan praktek yang valid (30 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasukkan kedalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.3. Hasil Uji Validitas Variabel Praktik Tahap 2.

| No | Butir Pernyataan | .r hasil | .r table | Keterangan |
|----|------------------|----------|----------|------------|
| 1 | 71 | 0,4745 | 0,2390 | Valid |
| 2 | 72 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 3 | 73 | 0,7150 | 0,2390 | Valid |
| 4 | 74 | 0,3146 | 0,2390 | Valid |
| 5 | 75 | 0,4745 | 0,2390 | Valid |
| 6 | 76 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 7 | 77 | 0,2661 | 0,2390 | Valid |
| 8 | 78 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 9 | 79 | 0,7150 | 0,2390 | Valid |
| 10 | 80 | 0,3146 | 0,2390 | Valid |
| 11 | 81 | 0,2779 | 0,2390 | Valid |
| 12 | 82 | 0,3708 | 0,2390 | Valid |
| 13 | 83 | 0,3880 | 0,2390 | Valid |
| 14 | 84 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 15 | 85 | 0,7150 | 0,2390 | Valid |
| 16 | 86 | 0,3146 | 0,2390 | Valid |
| 17 | 87 | 0,5337 | 0,2390 | Valid |
| 18 | 88 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 19 | 89 | 0,7150 | 0,2390 | Valid |
| 20 | 90 | 0,3146 | 0,2390 | Valid |
| 21 | 91 | 0,2412 | 0,2390 | Valid |
| 22 | 92 | 0,7488 | 0,2390 | Valid |

| | | | | |
|----|-----|--------|--------|-------|
| 23 | 93 | 0,3125 | 0,2390 | Valid |
| 24 | 94 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 25 | 97 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |
| 26 | 98 | 0,7150 | 0,2390 | Valid |
| 27 | 99 | 0,3146 | 0,2390 | Valid |
| 28 | 100 | 0,4745 | 0,2390 | Valid |
| 29 | 101 | 0,3297 | 0,2390 | Valid |
| 30 | 102 | 0,7054 | 0,2390 | Valid |

Reliability Coefficients

N of Cases = 30,0

N of Items = 32

Alpha = 0,9185

Sesuai dengan hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1 – 32) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variable praktik

Dari uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,9185. angka ini lebih besar dari r table yaitu sebesar 0,2390, sehingga butir-butir pernyataan tersebut dinyatakan reliabel.

d. Variabel Dukungan keluarga.

Langkah pertama yang dilakuakn adalah uji validitas tahap 1, yaitu dengan memasukkan seluruh butir pernyataan dukungan keluarga ke dalam perhitungan, dan diperoleh hasil : dari 15 pernyataan dinyatakan valid.

Selanjutnya seluruh butir pernyataan dimasukkan (15 butir) dilakukan uji validitas tahap 2, yaitu dengan memasuk ke dalam perhitungan kembali dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 3.4 Hasil Uji Validitas Dukungan Keluarga

| No | Butir Pernyataan | .r hasil | .r table | Keterangan |
|----|------------------|----------|----------|------------|
| 1 | 103 | 0,7313 | 0,2390 | Valid |
| 2 | 104 | 0,7313 | 0,2390 | Valid |
| 3 | 105 | 0,4655 | 0,2390 | Valid |
| 4 | 106 | 0,5348 | 0,2390 | Valid |
| 5 | 107 | 0,5541 | 0,2390 | Valid |
| 6 | 108 | 0,2496 | 0,2390 | Valid |
| 7 | 109 | 0,5305 | 0,2390 | Valid |
| 8 | 110 | 0,4057 | 0,2390 | Valid |
| 9 | 111 | 0,891 | 0,2390 | Valid |
| 10 | 112 | 0,8751 | 0,2390 | Valid |
| 11 | 113 | 0,5022 | 0,2390 | Valid |
| 12 | 114 | 0,3893 | 0,2390 | Valid |
| 13 | 115 | 0,6548 | 0,2390 | Valid |
| 14 | 116 | 0,7656 | 0,2390 | Valid |
| 15 | 117 | 0,2186 | 0,2390 | Valid |

,Reliability Coefficients,N of Cases = 15.0

N of Items = 15

Alpha = 0,8869

Sesuai hasil perhitungan ternyata keseluruhan butir (1 – 15) dinyatakan valid dan butir-butir tersebut yang nantinya dipakai dalam variabel dukungan keluarga.

Dari uji reliabilitas diperoleh angka Alpha 0,8869. angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan r table yaitu sebesar 0,2390, sehingga butir-butir pernyataan tersebut dinyatakan reliabel.

I. Pelaksanaan

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus 2005. Pengisian instrument kuesioner dilakukan oleh peneliti di Bantu satu orang enumerator yang telah dilatih sebelumnya.

J. Analisa Data

1. Data Kuantitatif

Setelah data terkumpul dari lapangan maka dilakukan pengolahan data, yaitu *coding* dan *entry* dengan menggunakan komputer perangkat lunak paket statistik SPSS 10,00. Jawaban responden pada setiap pertanyaan diberi skor kemudian nilai skor dijumlah menurut kategori pertanyaan. Selanjutnya data dianalisis secara *univariat*, analisis *bivariat* dan analisis *multivariate* ²⁵⁾

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran secara umum dari masing-masing variabel, seperti karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), pengetahuan, sikap, praktik dan dukungan keluarga. Analisa data responden menggunakan analisa presentase, disajikan secara diskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

b. Analisa Bivariat

1) Tabulasi Silang

Tabulasi silang (*cross tab*) pada prinsipnya untuk menyajikan data dalam bentuk tabel yang meliputi baris dan kolom. Analisa ini dilakukan untuk mengetahui pola atau kecenderungan hubungan dua variabel yang diteliti yaitu variabel bebas seperti karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), pengetahuan, sikap dan

dukungan keluarga dengan variabel terikat (praktik pencarian pengobatan di Puskesmas).

Dilakukan dengan uji regresi logistik sederhana, untuk mengetahui kebermaknaan dari hasil pengujian tersebut dilihat dari *significance constants*. Bermakna bila lebih kecil dari *cut value* 0,05.

2) Uji Hipotesis

Analisa ini dilakukan dengan analisa statistik *Chisquare*. Tujuan analisa ini adalah untuk mengetahui ada hubungan yang signifikan antara masing-masing variabel terikat. Hipotesa meliputi

Ho = tidak ada hubungan (korelasi) antara dua variabel.

Ha = ada hubungan (korelasi) antar dua variabel.

Dasar pengambilan keputusan (berdasarkan tingkat kemaknaan)

a) Jika tingkat kemaknaan $> 0,05$ maka Ho diterima.

b) Jika tingkat kemaknaan $< 0,05$ maka Ho ditolak.

d. Analisa Multivariat

Analisis *Multivariat* dilakukan untuk menganalisa hubungan variabel bebas yang meliputi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan), pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga secara bersama-sama terhadap variabel terikat, serta untuk memprediksi variabel terikat apabila terjadi perubahan atas variabel bebas. Disamping itu dalam analisis *multivariat* dapat diketahui besar sumbangan/faktor yang paling dominan dari variabel bebas terhadap

variabel terikat. Analisis yang digunakan adalah *Multiple Regression Logistic Analysis*.²⁷⁾

Persamaan regresi logistik untuk terjadinya atau tidaknya suatu peristiwa adalah sbb ;

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta x)}}$$

Keterangan :

P = Probabilitas terjadinya suatu peristiwa

1+e = probabilitas tidak terjadinya suatu peristiwa

α = koefisien regresi logistik

β = variabel independen

2. Data Kualitatif

Analisa dilakukan dengan diskripsi, meliputi proses pemilihan dan pemusatan perhatian terhadap permasalahan yang akan diteliti lebih lanjut, pengorganisasian data dan pembuatan ringkasan hasil pengumpulan data sehingga data siap untuk dianalisa. Langkah-langkah dalam analisa data setelah dikumpulkan adalah :

- a. Pengkodean; data yang telah dikumpul di dikelompokkan dalam berbagai katagori seperti pengertian kusta, tanda-tanda kusta, cara penularan dan pencarian pengobatan yang telah dilakukan oleh responden. Setiap topik dibuat kode yang menggambarkan cakupan makna topik.
- b. Penyortiran data; pengelompokan data yang telah diberi kode tertentu sebelumnya ke dalam kelompok/satuan data yang kodenya sesuai.

- c. Penyajian data ; hasil wawancara mendalam yang telah dikelompokkan disajikan untuk kepentingan analisa.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Kunduran merupakan salah satu dari 5 Puskesmas Perawatan di Kabupaten Blora. Batas wilayah kerja Puskesmas Kunduran sebagai berikut :

1. Sebelah Utara berbatasan dengan Puskesmas Todahan
2. Sebelah Timur dengan Puskesmas Ngawen
3. Sebelah Barat dengan Puskesmas Ngaringan (Kabupaten Grobogan) dan
4. Sebelah Selatan dengan Puskesmas Sono Kidul.

Secara administrasi wilayah kerja Puskesmas Kunduran terdiri dari 17 desa, dengan jumlah penduduk 40.229 jiwa. Sebagian besar penduduk bekerja di pertanian dan sebagai buruh.

Adapun gambaran mengenai jumlah tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas Kunduran berjumlah 46 orang dengan latarbelakang pendidikan sebagai berikut : 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 6 orang bidan, 16 orang keperawatan, 1 orang perawat gigi, 1 orang tenaga gizi, dan 19 orang pendidikan Umum (SMA).

Program Pemberantasan Penyakit Kusta dipegang oleh seorang petugas dengan latarbelakang pendidikan Keperawatan. Kegiatan yang dilaksanakan berupa pengobatan penderita dan penemuan penderita. Kegiatan pengobatan penderita dilakukan setelah penderita di diagnosis dan diklasifikasikan berdasarkan gejala yang ada pada penderita. Kegiatan ini untuk menentukan jenis kusta dan sekaligus jenis obat yang harus diminum oleh seorang penderita baru.

Untuk penemuan penderita, petugas puskesmas melakukan beberapa kegiatan yaitu penemuan penderita secara pasif artinya penemuan yang dilakukan kepada penderita baru yang datang sendiri ke puskesmas; dan penemuan penderita secara aktif yaitu dengan melakukan kegiatan :

- Pemeriksaan kontak seluruh rumah ;
Pemeriksaan yang dilakukan pada keluarga penderita yang tinggal satu rumah dengan penderita.
- Pemeriksaan anak sekolah
Pemeriksaan yang dilakukan terhadap siswa SD dan SMP. Kegiatan ini dilakukan petugas Puskesmas bersama-sama dengan petugas Kusta dari Kabupaten (Wasor).
- *Chase survey*
Pemeriksaan yang dilakukan petugas didaerah / dusun yang banyak terdapat penderita kusta seperti di desa Karang Geneng, dan desa Pentil.

Selain penemuan penderita, di Puskesmas Kunduran juga di bentuk “**Kelompok Perawatan Diri**” (KPD), beranggotakan penderita kusta yang masih mengikuti pengobatan maupun telah selesai pengobatan (RFT). Kegiatan KPD berupa pemberdayaan anggota untuk mampu melakukan perawatan diri, sehingga cacat yang diderita tidak semakin meluas dan merangsang fungsi syaraf untuk kembali normal.

B. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kunduran, Kabupaten Blora. Dalam penelitian ini tidak terlepas dari faktor kelemahan/penghambat dan faktor kekuatan/pendukung. Adapun kelemahan dalam penelitian ini adalah :

1. Kelemahan Penelitian.

- a. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif, mempunyai kelemahan pada daya ingat responden. Pengumpulan data dilakukan setelah penderita mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran, sehingga untuk pengetahuan responden tentang penyakit kusta dan pengobatannya dapat dipengaruhi oleh penyuluhan yang telah diterima dari petugas Puskesmas. Sedangkan untuk praktik penderita diukur berdasarkan praktik penderita sebelum mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran. Sehingga dapat menyebabkan bias pada jawaban responden.
- b. Item pertanyaan dalam kuesioner yang digunakan untuk wawancara dengan responden belum menggunakan item pertanyaan standar, misalnya tentang sikap dan praktik responden yang seharusnya peneliti ambil dari penelitian sejenis sebelumnya atau pertanyaan yang dibuat oleh ahli perilaku, namun dalam penelitian ini peneliti mencoba membuat sendiri berdasarkan tinjauan pustaka, sehingga item pertanyaan masih lemah. Untuk menghindari bias maka sebelum peneliti melakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen.
- c. Penelitian ini memerlukan waktu yang relatif lama karena banyaknya responden yang berpendidikan rendah, sehingga dalam proses wawancara memerlukan kejelasan yang sejelas-jelasnya agar bisa dimengerti oleh responden.

2. Kekuatan Penelitian.

Disamping faktor kelemahan, peneliti ini memiliki faktor kekuatan/pendukung adalah sebagai berikut :

- a. Sambutan dan penerimaan yang baik dari responden pada saat dilakukannya wawancara sehingga terjadi komunikasi yang baik antara peneliti dengan responden, sehingga responden dapat memberikan jawaban yang jujur tanpa ada rasa terpaksa atau tekanan.
- b. Sambutan , penerimaan dan dukungan yang baik dari instansi yang terkait dalam penelitian ini sehingga tidak ditemukan kesulitan selama pelaksanaan pengambilan data, baik data primer maupun data sekunder.
- c. Tersedianya buku-buku, literatus mengenai penyakit kusta dan buku lain yang mendukung dalam penulisan ini.

C. Karakteristik Responden

Tempat tinggal responden menyebar hampir di seluruh desa diwilayah cakupan Puskesmas Kunduran, kecuali desa Karang Geneng yang memiliki jumlah penderita terbanyak. Jumlah responden adalah sebanyak 50 orang. Karakteristik responden yang diteliti meliputi: umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan, yang disajikan dalam tabel 4.1 sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Responden menurut karakteristik.

| No | Karakteristik | Frekuensi | Prosentasi |
|----|---------------------------|-----------|------------|
| 1 | Umur | | |
| | Muda (≤ 30 th) | 34 | 68,0 |
| | Dewasa (>30 th) | 16 | 32,0 |
| 2 | Jenis Kelamin | | |
| | Laki-laki | 28 | 56,0 |
| | Perempuan | 22 | 44,0 |
| 3 | Tingkat Pendidikan | | |
| | Rendah (0-6th) | 41 | 82,0 |
| | Menengah (7-12th) | 9 | 18,0 |
| 4 | Pendapatan | | |
| | Rendah (≤ 390.100) | 24 | 48 |
| | Sedang (>390.100) | 26 | 52,0 |

Kelompok umur dibagi menjadi dua kategori, yaitu kelompok muda (≤ 30 tahun) dan kelompok dewasa (>30 tahun). Dari hasil penelitian menunjukkan umur responden sebagian besar pada kelompok umur muda dan hanya sebagian kecil pada kelompok umur dewasa .

Berdasarkan tabel di atas, terlihat bahwa dari 50 responden, sebagian besar responden yang mengikuti pengobatan di Puskesmas adalah laki-laki.

Tingkat pendidikan responden dikelompokkan menjadi 2 yaitu tingkat pendidikan rendah (0 – 6 tahun), pendidikan menengah (7 – 12 tahun) , hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan rendah, sebagian kecil berpendidikan menengah dan tidak ada yang berpendidikan tinggi.

Pengelompokan tingkat pendapatan responden dibedakan menjadi 2 kategori yaitu pendapatan rendah (\leq Rp.390.100,-) dan pendapatan sedang ($>$ Rp.390.100,-). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian kecil responden berpenghasilan rendah dan sebagian besar memiliki penghasilan tinggi atau diatas Upah Minimum Kabupaten Blora.

D. Perilaku (Pengetahuan, Sikap, Praktik) Responden Dalam Pencarian Pengobatan di Puskesmas Kunduran.

1. Pengetahuan

Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran. Tingkat pengetahuan responden dinyatakan rendah apabila dapat menjawab pernyataan kurang dari sama dengan 21 dengan benar (1-21) dan tingkat pengetahuan responden dinyatakan tinggi apabila dapat menjawab lebih dari 21 pernyataannya secara benar (22-42). Distribusi pengetahuan responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.2 Pengetahuan Responden Mengenai Pencarian Pengobatan Kusta di Puskesmas

| No. | Pengetahuan | Jumlah | Prosentase |
|-----|-------------------------|--------|------------|
| 1. | Rendah (Skor \leq 21) | 17 | 34,0 |
| 2. | Tinggi (Skor $>$ 21) | 33 | 66,0 |
| | | 50 | 100 |

Hasil penelitian menjelaskan bahwa responden yang memiliki pengetahuan tinggi lebih banyak dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan kurang , yang hanya sebagian kecil (34,0%). Dapat diasumsikan

bahwa pengetahuan responden tentang penyakit kusta dan pengobatannya sudah cukup baik.

Dalam item pertanyaan pengetahuan antara lain tentang pengetahuan responden mengenai pencarian pengobatan kusta seperti : Pengertian penyakit kusta, tanda-tanda kusta, penyebab, cara penularan, dan pengobatan kusta di Puskesmas. Distribusi frekuensi jawaban responden tentang pengetahuan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3 Pengetahuan Responden, dalam Pencarian Pengobatan Kusta di Puskesmas

| No | Item Pertanyaan | Jawaban Responden | | | |
|-----|---|-------------------|------|-----|------|
| | | Ya | % | Tdk | % |
| 1. | Yang dimaksud dengan penyakit kusta adalah penyakit kulit. | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 |
| 2. | Yang dimaksud dengan penyakit kusta adalah penyakit menular | 21 | 42,0 | 29 | 58,0 |
| 3. | Yang dimaksud dengan penyakit kusta adalah penyakit keturunan | 23 | 46,0 | 27 | 54,0 |
| 4. | Penyebab penyakit kusta adalah kurangnya kebersihan diri | 8 | 16,0 | 42 | 84,0 |
| 5. | Penyebab penyakit kusta adalah kuman kusta | 34 | 68,0 | 16 | 32,0 |
| 6. | Penyebab penyakit kusta adalah keturunan | 38 | 76,0 | 12 | 24,0 |
| 7. | Bagian tubuh yang diserang penyakit kusta adalah kulit | 36 | 72,0 | 14 | 28,0 |
| 8. | Bagian tubuh yang diserang penyakit kusta adalah syaraf | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 |
| 9. | Bagian tubuh yang diserang penyakit kusta adalah tulang | 22 | 44,0 | 28 | 56,0 |
| 10. | Gejala awal penyakit kusta adalah bercak putih pada kulit | 32 | 64,0 | 18 | 36,0 |
| 11. | Gejala awal penyakit kusta adalah mati rasa | 29 | 58,0 | 21 | 42,0 |
| 12. | Gejala awal penyakit kusta adalah bercak kemerahan pada kulit | 30 | 60,0 | 20 | 40,0 |
| 13. | Gejala awal penyakit kusta adalah adanya benjolan pada kulit | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 |
| 14. | Gejala awal penyakit kusta adalah adanya kecacatan pada jari-jari tangan dan kaki | 15 | 30,0 | 35 | 70,0 |
| 15. | Gejala awal penyakit kusta adanya rasa gatal | 32 | 64,0 | 18 | 36,0 |

| | | | | | |
|-----|---|----|------|----|------|
| 16. | Tindakan yang dilakukan apabila ditemukan gejala kusta pada tubuh adalah tidak segera memberi pengobatan | 30 | 60,0 | 20 | 40,0 |
| 17. | Tindakan yang dilakukan bila ditemukan gejala kusta pada tubuh adalah segera mencari pengobatan | 26 | 52,0 | 24 | 48,0 |
| 18. | Tindakan yang dilakukan apabila ditemukan gejala kusta pada tubuh adalah mencari tau tentang gejala-gejala tersebut | 33 | 66,0 | 17 | 34,0 |
| 19. | Pengobatan yang dilakukan segera apabila ditemukan gejala kusta adalah mengolesi bagian kulit dengan salep | 22 | 44,0 | 28 | 56,0 |
| 20. | Pengobatan yang dilakukan segera apabila ditemukan gejala kusta adalah minum obat tradisional | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 |
| 21. | Pengobatan yang dilakukan segera apabila ditemukan gejala kusta adalah disuwuh | 35 | 70,0 | 15 | 26,0 |
| 22. | Pengobatan yang dilakukan segera apabila ditemukan gejala kusta adalah periksa ke mantri kesehatan / dokter | 41 | 82,0 | 9 | 18,0 |
| 23. | Pengobatan yang dilakukan segera apabila ditemukan gejala kusta adalah periksa ke puskesmas | 39 | 78,0 | 11 | 22,0 |
| 24. | Tujuan mengobati penyakit kusta secara dini adalah tidak dikucilkan dari teman/tetangga | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 |
| 25. | Tujuan mengobati penyakit kusta secara dini adalah tidak menularkan kepada orang lain | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 |
| 26. | Tujuan mengobati penyakit kusta secara dini adalah menghilangkan bercak di kulit | 28 | 56,0 | 22 | 44,0 |
| 27. | Tujuan mengobati penyakit kusta secara dini adalah tidak menimbulkan resiko kecacatan | 33 | 66,0 | 17 | 34,0 |
| 28. | Akibat dari penyakit kusta yang tidak segera diobati adalah resiko kecacatan. | 32 | 64,0 | 18 | 36,0 |
| 29. | Akibat dari penyakit kusta yang tidak segera diobati adalah kelumpuhan | 21 | 42,0 | 29 | 58,0 |
| 30. | Akibat dari penyakit kusta yang tidak segera diobati adalah kematian | 29 | 58,0 | 21 | 42,0 |
| 31. | Penderita kusta yang meninggal, dapat disebabkan karena kuman kusta | 32 | 64,0 | 18 | 36,0 |
| 32. | Penderita kusta yang meninggal, dapat disebabkan karena penyakit lain (infeksi) karena adanya luka | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 |
| 33. | Tempat memperoleh obat kusta adalah petugas kesehatan | 42 | 84,0 | 8 | 16,0 |
| 34. | Tempat memperoleh obat kusta adalah praktek dokter | 38 | 76,0 | 12 | 24,0 |

| | | | | | |
|-----|--|----|------|----|------|
| 35. | Tempat memperoleh obat kusta adalah Puskesmas | 39 | 78,0 | 11 | 22,0 |
| 36. | Obat penyakit kusta yang paling tepat untuk menyembuhkan penyakit kusta adalah obat kombinasi dari puskesmas | 34 | 68,0 | 16 | 32,0 |
| 37. | Obat penyakit kusta yang paling tepat untuk menyembuhkan penyakit kusta adalah salep kulit | 17 | 34,0 | 33 | 66,0 |
| 38. | Obat penyakit kusta yang paling tepat untuk menyembuhkan penyakit kusta adalah ramuan tradisional | 38 | 76,0 | 12 | 24,0 |
| 39. | Cara mengobati penyakit kusta yang tepat adalah cara tradisional | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 |
| 40. | Obat penyakit kusta yang paling tepat untuk menyembuhkan penyakit kusta adalah cara medis | 31 | 62,0 | 19 | 38,0 |
| 41. | Cara penularan penyakit kusta dapat melalui air mandi | 27 | 54,0 | 23 | 46,0 |
| 42. | Cara penularan penyakit kusta dapat melalui bersinggungan secara terus menerus untuk waktu yang lama | 23 | 46,0 | 27 | 54,0 |

Dari kajian jawaban tersebut diatas sebagian besar responden menjawab salah antara lain :

- ▶ Penyakit kusta penyakit kulit (38,0%)
- ▶ Penyakit tidak menular (58,0%)
- ▶ Penyakit keturunan (76,0%)
- ▶ Bagian tubuh yang diserang penyakit kusta adalah bagian tulang (56,0%)
- ▶ Gejala awal pada penyakit kusta adalah adanya kecacatan pada jari-jari tangan dan kaki (70,0%),
- ▶ Tindakan yang dilakukan apabila ditemukan gejala kusta pada tubuh adalah tidak segera mencari pengobatan (64,0%)
- ▶ Pengobatan yang dilakukan segera apabila ditemukan gejala kusta adalah mengolesi bagian kulit dengan salep (66,0%)
- ▶ Akibat penyakit kusta yang tidak segera diobati adalah resiko kecacatan (34,0%), kelumpuhan (64,0%) dan kematian (42,0%)
- ▶ Obat penyakit kusta yang paling tepat adalah obat tradisional (72,0,0%)

- ▶ Cara penularan penyakit kusta melalui bersinggungan secara terus menerus untuk waktu yang lama (54,0%)

Dari 12 butir pertanyaan yang sebagian dijawab salah oleh responden dan terbagi dalam beberapa item pertanyaan yaitu; 3 butir dari pengertian penyakit kusta; 1 butir dari bagian tubuh yang diserang kusta; 1 butir dari gejala awal kusta; 1 butir pada tindakan mencari pengobatan; 1 butir pada pengobatan kusta; 3 butir dari akibat dari penyakit kusta yang tidak segera diobati; 1 butir dari jenis obat kusta dan 1 butir dari cara penularan.

Kajian lebih lanjut mengenai pengetahuan responden yang didapat melalui wawancara mendalam terhadap lima responden adalah sebagai berikut

:Kotak 1

Menurut saya yang dimaksud dengan penyakit kusta :

- "...Penyakit kulit.. soalnya yang diserang kulitnya..." (R1, 30 tahun)
- "...Tidak tau... la wong yang bilang saya sakit itu Ibu Un (nama petugas kusta di Puskesmas) sebelumnya ya tidak tahu..." (R2, 55 tahun)

*) R adalah nomor responden .

Dari pernyataan dua responden tersebut diatas menunjukkan bahwa mereka belum memahami pengertian penyakit kusta secara benar, sedangkan tiga responden yang lain memberi pemahaman mengenai penyakit kusta sebagai berikut :

- "... Penyakit yang mengenai (menyerang) bagian kulit juga saraf tangan dan kaki katanya menular makanya satu rumah ikut diperiksa..." (R3, 28 tahun)
- "... Penyakit yang gejalanya ada tanda putih di bagian kaki seperti ini (sambil menunjuk bagian kakinya) ... bisa menular kalau tidak diobati..." (R4, 40 tahun)
- "... Ya .. salah satu jenis penyakit yang gejalanya berwarna merah di bagian kaki tidak sakit .. dan munculnya lama ... katanya menular, makanya istri saya juga kena..." (R5, 60 tahun)

Pernyataan responden tersebut diatas menunjukkan bahwa mereka sudah memahami pengertian penyakit kusta, walaupun karena mendapat pengertian dari petugas atau menyimpulkan dari tindakan petugas Puskesmas.

2. Sikap

Sikap responden yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan pencarian pengobatan kusta di Puskesmas. Katagori tingkat sikap responden dinyatakan kurang tepat apabila dapat menjawab ≤ 10 pertanyaan secara benar dan tingkat sikap dinyatakan tepat apabila responden dapat menjawab > 10 pertanyaan secara benar.. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada distribusi frekuensi sikap responden pada tabel 4.4. berikut ini ;

Tabel 4.4 Sikap Responden Terhadap Pencarian Pengobatan Kusta

| No. | Sikap | Jumlah | Prosentase |
|-----|--------------------------------|--------|------------|
| 1. | Kurang tepat (Skor ≤ 10) | 4 | 8,0 |
| 2. | Tepat (Skor >10) | 46 | 92,0 |
| | | 50 | 100 |

Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa hampir keseluruhan responden memiliki sikap tepat terhadap pencarian pengobatan kusta di Puskesmas, dan hanya sebagian kecil (8,0%) memiliki sikap kurang tepat.

Sikap responden yang sudah tepat terhadap pengobatan kusta dapat disebabkan oleh pemahaman yang telah didapat dari petugas kesehatan setelah mengikuti pengobatan di Puskesmas. Dapat juga hasil dari pengalaman pada diri sendiri maupun lingkungan atau tetangga. Pemahaman yang sudah baik akan membentuk sikap yang tepat terhadap pengobatan kusta.

Dalam item pertanyaan sikap antara lain ditanyakan sikap responden terhadap pencarian pengobatan kusta seperti ; sikap terhadap tanda-tanda awal kusta, sikap terhadap penularan kusta dan sikap terhadap pencarian pengobatan kusta di puskesmas. Distribusi frekuensi jawaban responden tentang sikap pencarian pengobatan adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5 .Sikap Responden Terhadap Pengobatan Kusta

| No | Item Pertanyaan | Jawaban Responden | | | |
|----|---|-------------------|----|--------------|----|
| | | Setuju | % | Tidak Setuju | % |
| 1. | Bagaimana pendapat anda bila seorang penderita penyakit kusta pada awalnya merasakan kelainan pada bagian kulit. | 41 | 82 | 9 | 18 |
| 2. | Bagaimana pendapat anda bila seseorang dengan adanya bercak putih dan tidak gatal pada kulitnya tidak curiga akan kusta | 21 | 42 | 29 | 58 |
| 3. | Bagaimana pendapat anda apabila orang meyakini bahwa penyakit kusta karena menanggung dosa orang tua | 17 | 34 | 33 | 66 |
| 4. | Bagaimana pendapat anda apabila seseorang meyakini bahwa penyakit kusta karena gangguan kekuatan jahat | 16 | 32 | 34 | 68 |
| 5. | Bagaimana bila seseorang meyakini penyakit kusta karena kuman kusta | 24 | 48 | 26 | 52 |

| | | | | | |
|-----|--|----|----|----|----|
| 6. | Bagaimana pendapat anda pada teman / saudara yang tidak mau diajak bersalaman oleh seorang penderita kusta dengan alasan takut ketularan | 27 | 54 | 23 | 46 |
| 7. | Bagaimana pendapat anda bila seorang penderita kusta tidak menolak tidur bersama dengan anggota keluarga yang lain secara terus menerus. | 34 | 68 | 16 | 32 |
| 8. | Bagaimana menurut anda mencari pengobatan setelah mengetahui ada tanda-tanda kusta pada tubuhnya | 38 | 76 | 12 | 24 |
| 9. | Bagaimana pendapat anda apabila pengobatan penyakit kusta mula-mula dilakukan dengan cara minum jamu / ramuan tradisional | 17 | 34 | 33 | 66 |
| 10. | Bagaimana pendapat anda apabila pengobatan penyakit kusta mula mula dilakukan dengan mengolesi salep kulit | 36 | 72 | 14 | 28 |
| 11. | Bagaimana pendapat anda apabila pengobatan penyakit kusta mula-mula dilakukan dengan minum obat kombinasi dari puskesmas. | 37 | 74 | 13 | 26 |
| 12. | Bagaimana pendapat anda apabila keluarga tidak menganggap perlu mencari pengobatan penyakit kusta. | 15 | 30 | 35 | 70 |
| 13. | Bagaimana pendapat anda apabila seseorang tidak berobat jika tidak dijemput petugas kesehatan | 19 | 38 | 31 | 62 |
| 14. | Bagaimana pendapat anda apabila ada seseorang penderita kusta yang merasa malu untuk berobat. | 36 | 72 | 14 | 28 |
| 15. | Bagaimana pendapat anda bahwa pengobatan kusta yang dilakukan di Puskesmas memerlukan waktu pengobatan terlalu lama | 35 | 70 | 15 | 30 |
| 16. | Bagaimana pendapat anda bahwa pengobatan kusta di puskesmas memerlukan biaya yang mahal | 15 | 30 | 35 | 70 |
| 17. | Bagaimana pendapat anda bahwa pengobatan kusta di puskesmas menyembuhkan penyakit kusta secara total | 38 | 76 | 12 | 24 |
| 18. | Bagaimana pendapat anda apabila pengobatan kusta hanya cukup dilakukan dengan pengobatan | 12 | 24 | 38 | 76 |

| | | | | | |
|-----|---|----|----|----|----|
| 19. | alternatif Bagaimana pendapat anda bahwa penyakit kusta hanya dapat disembuhkan dengan obat kombinasi dari puskesmas | 39 | 78 | 11 | 22 |
| 20. | Bila ada seorang yakin bahwa penyakit kusta tidak bisa disembuhkan | 34 | 68 | 16 | 32 |

Dari rincian jawaban responden tersebut di atas terlihat adanya beberapa responden yang mempunyai sikap kurang tepat dalam memberikan tanggapan diantaranya adalah : adanya bercak putih dan tidak gatal tidak curiga akan kusta (42,0%) dan penderita kusta tidak menolak tidur bersama dengan anggota keluarga yang lain secara terus menerus (32,0%). Berdasarkan kajian mendalam hasil wawancara mendalam didapatkan suatu tanggapan beberapa responden terhadap tanda-tanda kusta sebagai berikut :

- "... Ya sudah lama lihat ada bercak putih di lengan seperti panu saya kira ya panu kemudian saya beri kalpanak ..." (R2,55 Thn)
- "... Memang benar saya melihat bercak merah di bagian kaki ini, tapi waktu itu saya sama sekali tidak mengira kalau itu tanda-tanda penyakit kusta..." (R5. 60 Thn)
- "... Sudah lama (kira-kira 2 tahun) saya melihat bercak warna merah di tangan dan punggung saya. Saya biarkan saja tidak tahu klo merah-merah itu karena kena penyakit kusta..." (R1, 30 thn)

Pernyataan responden yang menunjukkan sikap yang kurang tepat setelah mengetahui adanya tanda-tanda kusta disampaikan oleh beberapa responden sebagai berikut :

- "... Ada bercak merah di bagian kaki. Kemudian bagian tangan waktu itu (lebih kurang 6 bulan setelah melihat tanda-tanda kusta) saya berobat ke dokter, katanya saya alergi... tapi obatnya habis saya tidak sembuh. Setelah kebetulan Ibu Un (Petugas Puskesmas) ke rumah saya diberitahu kalau saya sakit kusta..." (R3, 28 thn)
- "... Iya saya melihat ada putih-putih di bagian betis... saya kira kena kadas, ya saya coba gosok pakai lengkuas, maksudnya biar hilang ... tidak tau kalau itu tanda-tanda saya kena kusta..." (R4, 40 thn)

Dari pernyataan responden tersebut menunjukkan bahwa mereka tidak mencurigai bercak putih seperti panu atau bercak kemerah-merahan yang tidak gatal di kulit ternyata merupakan tanda-tanda awal dari penyakit kusta. Alasan tidak mencurigai adanya tanda-tanda terkena penyakit kusta berbeda-beda, disebabkan karena ada yang belum pernah mendengar tanda-tanda kusta, ada yang mengira penyakit panu / kadas dan ada yang menduga karena alergi. Pernyataan sebagian responden seperti dikutip di bawah ini :

- "... Selama ini saya memang tidak pernah membaca, mendengar secara jelas tentang penyakit kusta... kalau melihat orang sakit kusta ya pernah.. tapi gejalanya yang bagaimana saya tidak tahu..." (R5, 60 thn)
- "... La wong bentuknya sama seperti panuan ya saya kira saya juga kena panu..." (R2, 55 thn)
- "... Saya tidak tahu, kata dokter saya alergi... ya saya percaya..." (R3, 28 thn)

Sebagian responden juga mempunyai sikap kurang tepat dalam penularan penyakit kusta, mereka tidak menolak tidur bersama dengan anggota keluarga yang lain secara terus menerus. Alasan responden adalah karena tidak tahu bahwa penyakit kusta termasuk penyakit menular, apalagi

dengan tidur bersama dapat menularkan pada orang lain. Tanggapan sebagian responden seperti dikutip sebagai berikut :

- "... Saya tidak tahu kalau penyakit kusta itu menular ... ya tidak kuatir saya tidur dengan keluarga saya..." (R5, 60 thn)
- "... Menurut saya tidak menular, saya biasa gendong anak saya.... tidurnya ya sama saya..." (R1, 30 thn)
- "... Kalau saya ketularan dari mana terus lewat apa ya kalau saya ingat – ingat masih bingung..." (R3, 28 thn)

3. Praktik

Praktik pencarian pengobatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tindakan yang dilakukan oleh responden untuk mengobati penyakit kusta. Hal ini terlihat pada kemampuan responden dalam menjawab pertanyaan terhadap 7 butir pertanyaan. Responden dikatakan mempunyai praktik kurang baik apabila hanya menjawab ≤ 4 pertanyaan dengan benar dan dikategorikan praktik baik apabila dapat menjawab > 4 pertanyaan dengan benar. Distribusi praktik responden dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.6 Praktik Responden Dalam Mencari Pengobatan Kusta ke Puskesmas

| No | Praktek | Jumlah | Prosentase |
|----|------------------------------|--------|------------|
| 1 | Tidak baik (Skor ≤ 4) | 35 | 70,0 |
| 2 | Baik (Skor > 4) | 15 | 30,0 |
| | Total | 50 | 100 |

Dalam penelitian diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden (70,0%) memiliki tingkat praktik tidak baik terhadap pencarian pengobatan kusta di Puskesmas dan hanya sebagian kecil responden yang memiliki praktik baik (30,0 %).

Dalam item pertanyaan pratik antara lain dinyatakan dalam tindakan responden mencari pengobatan kusta ke Puskesmas setelah

mengetahui adanya gejala-gejala penyakit kusta. Distribusi jawaban responden mengenai praktik mencari pengobatan kusta ke Puskesmas adalah sebagai berikut:

Tabel 4.7 Praktik Responden Dalam Mencari Pengobatan Kusta ke Puskesmas

| No | Item Pertanyaan | Jawaban Responden | | | |
|----|--|-------------------|----|-----|----|
| | | Ya | % | Tdk | % |
| 1 | Tanda-tanda kusta yang anda alami pada tubuh adalah : | | | | |
| | a. Bercak putih sprt panu,tdk gatal | 28 | 56 | 22 | 44 |
| | b. Bercak merah dengan mati rasa | 12 | 24 | 38 | 66 |
| | c. Adanya kelemahan pada otot tangan, kaki dan mata. | 8 | 16 | 42 | 84 |
| | d. Terjadi kiting pada jari tangan/ Kaki | 2 | 4 | 48 | 96 |
| 2 | Anda mencari pengobatan kusta karena | | | | |
| | a. Merasa terganggu dengan gejala yang di timbulkan | 20 | 40 | 30 | 60 |
| | b. Mendapat saran dari keluarga/ petugas kesehatan | 30 | 60 | 20 | 40 |
| 3 | Pengobatan yang anda lakukan pertamanya untuk menghilangkantanda kusta adalah ; | | | | |
| | a) Memberi obat alternatif (jika responden menjawab salep kulit, ramuan, obat panu,disuwuk) | 42 | 84 | 8 | 16 |
| | b) Pengobatan medis (jika responden menjawab berobat ke RS,pusk, dokter atau pelayanan kesehatan. | 8 | 16 | 42 | 84 |
| 4 | Setelah anda mengetahui bahwa cara pengobatan yang telah dilakukan belum berhasil, anda melanjutkan pengobatan ke: | | | | |
| | a. Rumah sakit | 12 | 24 | 38 | 76 |
| | b. Puskesmas | 8 | 16 | 42 | 84 |
| | c. Praktek Petugas Kesehatan | 30 | 60 | 20 | 40 |
| 5 | Berapa lama jarak waktu antara timbulnya tanda awal Kusta sampe dengan anda mencari pengobatan ke Puskesmas | | | | |
| | a. 1 minggu – 1 bulan | 6 | 12 | 44 | 88 |
| | b. 1 bulan – 3 bulan | 6 | 12 | 44 | 88 |
| | c. > 3 bulan | 38 | 76 | 12 | 24 |

Dari rincian jawaban responden di atas, terdapat jawaban responden yang tidak tepat terhadap praktik pencarian pengobatan, antara lain alasan sebagian besar responden (60.0%) mencari pengobatan kusta karena mendapat saran dari keluarga/petugas kesehatan. Melalui wawancara mendalam dapat diketahui beberapa pendapat responden tentang alasan mencari pengobatan, sebagai berikut :

- "...Ibu saya yang memaksa saya mencoba berobat ke Puskesmas..padahal saya mau balik kerja ke Jakarta ..." (R3, 28 tahun)
- "...Sebenarnya saya itu tidak merasakan apa-apa..Cuma istri saya yang menyuruh saya berobat..dia ngeri kalo melihat saya sedang *kumat*..." (R5,60 tahun)
- "...Kebetulan ibu saya pasien bu Un (petugas Puskesmas)..trus pada waktu bu Un ke sini ibu saya cerita mengenai penyakit saya, ..saya diperiksa..besuknya saya ke puskesmas ambil obat..." (R1,30 tahun)

Dari hasil penelitian diketahui, sebagian besar responden membiarkan saja setelah melihat tanda-tanda kusta pada tubuh, dan hanya sebagian kecil yang langsung mengobati. Kebanyakan dari responden merasa tidak menyadari maupun terganggu dengan adanya tanda-tanda awal dari kusta. Mereka tetap melakukan aktivitas seperti biasanya, bekerja, berkumpul dengan tetangga dan keluarganya. Sebagian responden juga menafsirkan tanda putih atau merah dikulit adalah karena alergi terhadap matahari atau pekerjaan. Melalui wawancara mendalam dapat diketahui alasan mengapa responden tidak segera mencari pengobatan :

- "...Pertamanya itu saya ya tidak tau bu kalo ada putih di punggung saya...trus ada merah juga dipipi saya...saya kira alergi matahari, kerja saya kan dibangunan setiap hari kena matahari..ya tidak saya apa-apakan, sampai paha saya tidak sakit kena rokok..ya belum saya obatkan..." (R3, 28 tahun).
- "...Awalnya saya melihat merah dikit dikaki sini...saya biarkan *la wong* tidak sakit...tapi setelah saya jatuh waktu main Batminton.. saya merasakan kulit saya tambah merah...mungkin karena cedera...takut kenapa-napa istri menyuruh saya memeriksakan...malah kena kusta .." (R5, 60 tahun)

Aspek praktik yang lain dalam pencarian pengobatan yang dilihat adalah pengobatan yang dilakukan pertama-tama untuk menghilangkan tanda-tanda kusta. Dari hasil penelitian diketahui sebagian besar responden (84,0) memberi pengobatan alternatif seperti salep kulit, ramuan, obat panu maupun dusuwuk.. Adapun alasan sebagian responden memilih pengobatan alternatif seperti dikemukakan sebagai berikut :

- "...Tadi saya sudah *matur* awalnya saya melihat ada putih-putih di lengan sini saya malah mikir ..lo saya kok panuan..trus saya olesi pakai obat panu itu lo bu..kalpanak..." (R2, 55 tahun)

E. Dukungan Keluarga Dalam Pencarian Pengobatan

Dukungan keluarga dinyatakan kurang apabila responden dapat menjawab ≤ 3 pertanyaan dengan benar dan dinyatakan baik bila responden dapat menjawab > 3 pertanyaan dengan benar.

Hasil selengkapnya dapat dilihat pada distribusi frekuensi dukungan keluarga dalam pencarian pengobatan penyakit kusta di Puskesmas berikut ini.

Tabel 4.8 Dukungan keluarga dalam pencarian Pengobatan di Puskesmas Kunduran

| No | Dukungan Keluarga | Jumlah | Prosentase |
|----|-------------------|--------|------------|
| 1 | Tidak Mendukung | 28 | 56,0 |
| 2 | Mendukung | 22 | 44,0 |
| | | 50 | 100 |

Hasil penelitian diketahui responden yang tidak mendapat dukungan keluarga dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas lebih besar (56,0%) dari responden yang mendapat dukungan keluarga (44,0%).

Dalam item pertanyaan dukungan keluarga antara lain berisi saran atau petunjuk yang dilakukan keluarga responden untuk melakukan tindakan mencari pengobatan ke Puskesmas.

Tabel. 4.9 Dukungan Keluarga Dalam Pencarian Pengobatan

| No | Item Pertanyaan | Jawaban Responden | | | |
|----|--|-------------------|----|-------|----|
| | | Ya | % | Tidak | % |
| | Selain anda, tidak ada orang lain yang mengetahui adanya tanda-tanda pada bagian tubuh anda | 7 | 14 | 43 | 86 |
| 2 | Selain anda, apakah keluarga juga mengetahui adanya tanda-tanda kusta pada tubuh anda ? | 30 | 60 | 20 | 40 |
| 3 | Setelah keluarga anda mengetahui tanda-tanda kusta tindakan yang dilakukan oleh keluarga anda adalah mendukung anda mencari pengobatan | 23 | 46 | 27 | 54 |
| 4 | Setelah keluarga anda mengetahui tanda-tanda kusta tindakan yang dilakukan oleh keluarga anda adalah membiarkan saja | 27 | 54 | 23 | 46 |
| 5 | Keluarga mula-mula mendukung anda untuk melakukan pengobatan dengan obat alternatif | 28 | 56 | 22 | 44 |
| 6 | Pengobatan medis yang disarankan oleh keluarga adalah dengan pergi ke Puskesmas | 5 | 10 | 45 | 90 |

Dari rincian jawaban responden diatas, masih terlihat kurangnya dukungan dari keluarga responden, baik dalam pencarian pengobatan maupun dalam proses mengikuti pengobatan. Tindakan tersebut terlihat pada pertanyaan sebagai berikut:

Setelah mengetahui tanda-tanda kusta, tindakan yang dilakukan keluarga sebagian besar adalah membiarkan saja , keluarga mula-mula mendukung untuk melakukan pengobatan dengan pengobatan alternatif (56,0 %), dan pengobatan medis yang disarankan keluarga adalah pergi kepuskesmas hanya sebagian kecil (10,0 %). Melalui wawancara mendalam dapat diketahui gambaran besarnya dukungan keluarga yang diberikan kepada beberapa responden :

- ▶ "... Istri saya yang tau ada putih-putih di punggung saya..dia mikir putih-putih itu panu..gak bilang apa-apa.. tapisudah lama tidak hilang dia jugayang membelikan obat panu ..." (R1,30 tahun)
- ▶ "...Ibu saya, keluarga saya semua tau...ya awalnya mereka tidak menyarankan apa-apa...setelah merah ditangan saya bertambah...ibu saya yang menyarankan berobat ke dokter spesialiskulit ..." (R3,28tahun)
- ▶ "...Ibuk (menunjuk istrinya) tau ada kemerahan di bagian kaki saya ini..mula-mula ya tidak bilang apa-apa, paling tanya gatal apa tidak..barusetelah saya jatuh dan tampak tambah merah, istrisaya menyuruh saya berobat ke bu Un..." (R5, 60 tahun)

F. ANALISA HUBUNGAN

1. Hubungan Antara Umur Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

Analisa hubungan faktor karakteristik yang meliputi umur responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas disajikan sebagaiberikut :

Tabel 4.10. Hubungan Antara Umur Responden dengan Praktek Pencarian Pengobatan di Puskesmas

| Umur | Praktek Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|------------------------|------------------------------|------|------|------|--------|-----|
| | Tidak baik | | Baik | | N | % |
| | n | % | n | % | | |
| Muda (≤ 30 th.) | 20 | 58,8 | 14 | 41,2 | 34 | 100 |
| Dewasa (> 30 th.) | 15 | 93,8 | 1 | 36,3 | 16 | 100 |
| Total | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,12$$

Ho = diterima

Tabel 4.10 memperlihatkan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik pada kelompok umur dewasa (> 30 th), adalah 93,8%, lebih besar dari kelompok umur muda (58,8%). Sebaliknya prosentase praktik Pencarian Pengobatan baik pada kelompok umur muda (≤ 30 th) adalah 41,2% lebih besar dari kelompok umur dewasa (6,3%)

Hasil Uji Analisis dengan uji *Chi-Square* diperoleh hasil bahwa $p = 0,12$ yang berarti $p > 0,05$ menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan praktik pencarian pengobatan kusta ke Puskesmas Kunduran.

2. *Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas.*

Untuk melihat hubungan antara jenis kelamin responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di puskesmas Kunduran disajikan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 4.11. Hubungan Antara Jenis Kelamin Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

| Jenis Kelamin | Praktek Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|---------------|------------------------------|-------|------|------|--------|-----|
| | Tidak baik | | Baik | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Laki-laki | 17 | 60,7 | 11 | 39,3 | 28 | 100 |
| Perempuan | 18 | 81,8 | 14 | 18,2 | 22 | 100 |
| Total | 35 | 70,00 | 15 | 30,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,106$$

Ho = diterima

Pada tabel 4.11 memperlihatkan bahwa prosentase praktik Pencarian Pengobatan tidak baik pada responden dengan jenis kelamin perempuan adalah 81,8%. Lebih besar dari responden dengan jenis kelamin laki-laki (60,7%), sementara pada praktik pencarian pengobatan baik pada jenis kelamin laki-laki sebesar 39,3% lebih besar dari jenis kelamin perempuan (18,2%).

Hasil uji Analisis dengan *Chi-Square* (x^2) diperoleh hasil $p = 0,106$, yang berarti $p > 0,05$, menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

3. Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan responden lebih banyak (82,0%) pada tingkatan 0 – 6 tahun. Dan hanya sebagian kecil responden (18,0%) yang memiliki pendidikan menengah. Untuk

mengetahui analisa hubungan antara pendidikan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di puskesmas, disajikan sebagai berikut ;

Tabel 4.12 Hubungan Antara Pendidikan Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

| Pendidikan | Praktik Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|------------|------------------------------|------|------|------|--------|-----|
| | Tidak baik | | Baik | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Rendah | 34 | 82,9 | 7 | 17,1 | 41 | 100 |
| Menengah | 1 | 11,1 | 8 | 88,9 | 9 | 100 |
| Total | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,001$$

Ha = diterima

Tabel 4.12 memperlihatkan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik pada responden berpendidikan rendah adalah 82,9%, lebih besar dari responden yang berpendidikan menengah (11,1%). Sebaliknya prosentase praktik pencarian pengobatan baik pada responden dengan pendidikan menengah adalah 88,9%, lebih besar dari pendidikan rendah (17,1%).

Hasil uji analisa hubungan dengan uji *Chi-Square* (χ^2) diperoleh hasil bahwa $p = 0,001$ artinya bahwa $p < 0,05$, menunjukkan hipotesa diterima atau Ha diterima artinya ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

4. Hubungan Pendapatan Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan Penyakit Kusta di Puskesmas

Analisa hubungan antara praktik pencarian pengobatan responden di puskesmas dengan pendapatan responden disajikan sebagai berikut :

Tabel 4.13 Hubungan Pendapatan Responden dengan Praktek Pencarian Pengobatan Penyakit Kusta di Puskesmas

| Pendapatan | Praktik Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|---------------------------|------------------------------|------|------|------|--------|------|
| | Tidak baik | | Baik | | | |
| | n | % | n | % | N | % |
| Rendah \leq Rp. 390.100 | 15 | 62,5 | 9 | 37,5 | 24 | 100 |
| Sedang $>$ Rp. 390.100 | 20 | 76,9 | 6 | 23,1 | 26 | 100 |
| Total | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 | 50 | 100. |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,266$$

Ho = diterima

Tabel 4.13 menjelaskan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik pada kelompok responden yang memiliki pendapatan tinggi (\geq Rp. 390.000) adalah 76,9%, lebih besar dari kelompok responden yang memiliki pendapatan rendah (62,5%). Sebaliknya prosentase praktik pencarian pengobatan yang baik pada kelompok responden yang memiliki pendapatan rendah sebesar 37,5% lebih besar dari kelompok pendapatan tinggi (23,1%).

Hasil uji analisa hubungan dengan uji *Chi-Square* (x^2) diperoleh hasil bahwa $p = 0,266$ yang berarti $p > 0,05$ maka Ho diterima atau tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

5. Hubungan Dukungan Keluarga Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

Analisa hubungan antara Dukungan keluarga sebagai faktor pendorong (*renforcing factor*) bagi responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran, tersaji pada tabel 4.14 berikut.

Tabel 4.14 Hubungan Dukungan Keluarga Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

| Dukungan keluarga | Praktik Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|-------------------|------------------------------|------|------|------|--------|-----|
| | Tidak baik | | Baik | | N | % |
| | n | % | n | % | | |
| Tidak mendukung | 19 | 67,9 | 9 | 32,1 | 28 | 100 |
| Mendukung | 16 | 72,7 | 6 | 27,3 | 22 | 100 |
| Total | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,709$$

Ho = diterima

Tabel 4.14 memperlihatkan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik pada kelompok responden yang mendapat dukungan keluarga sebesar 72,7% lebih besar dari responden yang tidak mendapat dukungan keluarga (67,9%), namun prosentasi praktik pencarian pengobatan yang baik, pada kelompok responden yang tidak mendapat dukungan sebesar 32,1% lebih besar dari kelompok responden yang mendapat dukungan keluarga (27,3%).

Hasil uji analisa hubungan dengan uji *Chi-Square* (X^2) diperoleh hasil bahwa $p = 0,709$ yang berarti bahwa $p > 0,005$ maka Ho diterima atau tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

6. Hubungan Pengetahuan Responden dengan Praktek Pencarian Pengobatan di Puskesmas

Penilaian pengetahuan responden terhadap pencarian pengobatan kusta dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan kepada penderita kusta yang sedang mengikuti pengobatan di Puskesmas Kunduran. Jawaban yang diterima dibagi dalam dua katagori, yaitu pengetahuan rendah dan

pengetahuan tinggi. Analisa hubungan antara pengetahuan responden dengan praktik pencarian pengobatan di puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.15. di bawah ini.

Tabel 4.15 Hubungan Pengetahuan Responden dengan Praktek Pencarian Pengobatan di Puskesmas

| Pengetahuan | Praktek Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|-------------|------------------------------|------|------|------|--------|-----|
| | Tidak baik | | Baik | | N | % |
| | n | % | n | % | | |
| Rendah | 9 | 52,9 | 5 | 47,1 | 17 | 100 |
| Tinggi | 26 | 78,8 | 7 | 21,2 | 33 | 100 |
| Total | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,59$$

Ho = diterima

Tabel 4.15 memperlihatkan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik pada pengetahuan tinggi 78,8% lebih besar dari pengetahuan rendah (52,9%). Sebaliknya prosentase praktik pencarian pengobatan baik pada responden dengan pengetahuan rendah sebesar 47,1% lebih besar dari pengetahuan tinggi (21,2%).

Hasil uji analisa hubungan dengan uji *Chi-Square* (X^2) diperoleh hasil bahwa $p = 0,59$ yang berarti $p > 0,005$ maka Ho diterima atau ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

7. Hubungan Antara Sikap Responden dengan Praktik Pencarian pengobatan di Puskesmas

Sikap diukur dari tanggapan responden terhadap pengobatan kusta di puskesmas, yaitu dengan memberikan beberapa pertanyaan kepada

responden mengenai pengobatan kusta . Jawaban yang diterima dibagi dalam dua katagori, yaitu kurang tepat dan tepat. Analisa hubungan antara sikap dengan praktik pencarian pengobatan kusta di puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.16.

Tabel 4.16 Hubungan Antara Sikap Responden dengan Praktik Pencarian Pengobatan di Puskesmas

| Sikap | Praktik Pencarian Pengobatan | | | | Jumlah | |
|-------------|------------------------------|------|------|------|--------|-----|
| | Tidak baik | | Baik | | N | % |
| | n | % | n | % | | |
| Tidak tepat | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 4 | 100 |
| Tepat | 32 | 69,6 | 14 | 30,4 | 46 | 100 |
| Total | 35 | 70,0 | 15 | 30,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,820$$

Ho = diterima

Dari tabel 4.16. memperlihatkan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik pada responden yang memiliki sikap tidak tepat adalah 75,0%, lebih besar dari responden yang memiliki sikap tepat (69,6%), sebaliknya, prosentase praktik pencarian pengobatan baik pada responden yang memiliki sikap tepat adalah 30,4% lebih besar dari responden yang memiliki sikap tidaktepat (25,0%).

Hasil uji analisa hubungan dengan uji *Chi-Square* (X^2) diperoleh hasil bahwa $p = 0,820$ yang berarti bahwa $p > 0,05$ maka Ho diterima atau tidak ada hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

8. Hubungan Antara Pengetahuan dengan Sikap Responden dalam Mencari Pengobatan di Puskesmas

Analisa hubungan antara pengetahuan dengan sikap responden dalam mencari pengobatan kusta di puskesmas tersaji dalam tabel 4.17 sebagai berikut ;

Tabel 4.17 Hubungan Antara Pengetahuan dengan Sikap Responden dalam Mencari Pengobatan di Puskesmas

| Pengetahuan | Katagori Sikap | | | | Jumlah | |
|-------------|----------------|-----|-------|------|--------|-----|
| | Tdk Tepat | | Tepat | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Rendah | 1 | 5,9 | 16 | 94,1 | 17 | 100 |
| Tinggi | 3 | 9,1 | 30 | 90,9 | 33 | 100 |
| Total | 4 | 8,0 | 46 | 92,0 | 50 | 100 |

$$X^2 = 0,05$$

$$p \text{ value} = 0,692$$

Ho = diterima

Tabel 4.17 memperlihatkan bahwa prosentase sikap pencarian pengobatan tidak tepat pada responden yang memiliki pengetahuan tinggi sebesar 9,1% lebih besar dari responden yang memiliki pengetahuan rendah (5,9%). Sebaliknya, prosentase sikap pencarian pengobatan yang tepat pada pengetahuan responden yang rendah sebesar 94,1% lebih dari responden yang memiliki pengetahuan tinggi (90,9%).

Hasil uji analisa hubungan dengan uji *Chi-Square* (X^2) diperoleh hasil bahwa $p = 0,692$ yang berarti $p > 0,05$ maka Ho diterima atau tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan sikap responden dalam pencarian pengobatan kusta di puskesmas.

Dari 7 (tujuh) variabel bebas yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga setelah dilakukan uji hubungan seperti tersebut diatas, terdapat 1 (satu) variabel yang terbukti memiliki hubungan yang signifikan dengan variabel terikat yaitu variabel pendidikan dengan praktik pencarian pengobatan di puskesmas dengan nilai $p < 0,05$ yaitu pada $p = 0,001$. Secara jelas hasil uji hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat tersaji sebagai berikut :

Tabel 4.18 Rangkuman hasil uji Chi Square antara variabel bebas dengan variabel terikat.

| No | Variabel bebas | Variabel terikat | X ² | Nilai p | Keterangan |
|----|-------------------|------------------|----------------|---------|--------------------|
| 1 | Umur | Praktik | 6,320 | 0,12 | Tidak ada hubungan |
| 2 | Jenis kelamin | Praktik | 2,613 | 0,106 | Tidak ada hubungan |
| 3 | Pendidikan | Praktik | 18,125 | 0,001 | Ada hubungan |
| 4 | Pendapatan | Praktik | 1,236 | 0,266 | Tidak ada hubungan |
| 5 | Pengetahuan | Praktik | 3,569 | 0,059 | Tidak ada hubungan |
| 6 | Sikap | Praktik | 0,152 | 0,820 | Tidak ada hubungan |
| 7 | Dukungan keluarga | Praktik | 0,139 | 0,709 | Tidak ada hubungan |

Dapat dijelaskan bahwa penderita kusta dalam praktik pencarian pengobatan di Puskesmas tidak dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, pendapatan, pengetahuan, dukungan keluarga maupun sikap terhadap pengobatan kusta. Sedangkan faktor pendidikan mempunyai pengaruh terhadap praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas. Hasil uji hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dapat

diasumsikan bahwa, responden yang memiliki pendidikan menengah akan melakukan pengobatan kusta ke Puskesmas Kunduran, tidak membedakan umur, jenis kelamin, pendapatan maupun dukungan keluarga.

G. Analisa Multivariat

Analisa Multivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel bebas yaitu pengetahuan, sikap, dan variabel luar yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan dan dukungan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan.

Dengan melakukan analisis secara simultan antara variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pengetahuan, dengan praktik pencarian pengobatan dengan menggunakan metoda *Backward Stepwise*, dilakukan analisa multivariat, melalui 2 tahap pengujian. Tahap pertama dengan memasukan semua variabel bebas yang memiliki p value $< 0,25$ yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pengetahuan dengan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas Kunduran.

Dari hasil analisa 4 variabel, pada tahap ke 1 terjadi pengurangan 1 variabel yaitu variabel pengetahuan (tidak di ikutkan pada analisa tahap ke 2). Analisa tahap ke 2 terdapt 3 variabel yang masih tersisa yaitu variabel umur, jenis kelamin dan pendidikan. Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama maka diperoleh hasil tingkat signifikansi variabel bebas pendidikan (0,001) yang berarti mempunyai tingkat signifikansi $\leq 0,005$, variabel umur (0,101) dan jenis kelamin (0,88) yang berarti tidak mempunyai tingkat signifikansi $> 0,005$.

Dari nilai koefisien regresi variabel pendidikan (0,001) lebih dominan / kuat hubungannya bila dibandingkan dengan variabel umur dan jenis kelamin.

| No | Variabel | B | SE | Wald | df | Sig | Exp(B) | 95,0% C.I f for EXP (B) | |
|----|----------|--------|-------|-------|----|------|--------|----------------------------|----------|
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| 1 | Umur | -2,696 | 1,642 | 2,695 | 1 | ,101 | ,067 | ,003 | 1,686 |
| 2 | JNSKL | -2,070 | 1,215 | 2,903 | 1 | ,088 | ,126 | ,012 | 1,365 |
| 3 | PDDK | 4,295 | 1,416 | 9,204 | 1 | ,002 | 73,312 | 4,573 | 1175,243 |
| | Constant | -0,100 | 2,259 | 0,002 | 1 | ,965 | ,905 | | |

Dari tabel di atas terlihat bahwa responden yang memiliki pendidikan menengah mempunyai kemungkinan 73,312 kali (95% C.I = 4,573 - 1175,243) lebih baik dalam praktek pencarian pengobatan kusta di Puskesmas, bila dibandingkan dengan responden yang memiliki pendidikan rendah.

Variabel pendidikan apabila dimasukkan dalam perhitungan regresi, sehingga diperoleh persamaan regresi sebagai berikut :

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta)}}$$

Keterangan :

β = Pendidikan

$$P(x) = \frac{1}{1 + 2,7182818^{-(0,100 + 4,295)}}$$

Dengan keterangan $P(x)$ adalah probabilitas untuk terjadinya praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran dengan katagori baik atau tidak baik

.Keterangan :

1 = simbul untuk terjadinya praktik baik

0 = simbul terjadinya praktik tidak baik

Bila angka tersebut di atas dimasukan ke dalam persamaan regresi logistik dengan pendidikan menengah (1) didapat probabilitas kejadian praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran sebagai berikut :

$$P(x) = \frac{1}{1 + 2,7182818^{-(-0,100 + 4,295)}} \\ = 0,36100 \text{ (36,10\%)}$$

Dengan hasil seperti tersebut di atas apabila secara bersama-sama variabel pendidikan dalam katagori baik maka probabilitas untuk terjadinya praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran dengan katagori baik adalah 36,10%.

BAB V

PEMBAHASAN

Pengobatan penyakit kusta di Puskesmas Kunduran dengan menggunakan regimen MDT (*Multi drug therapy*) atau obat kombinasi yang telah dimuali tahun 1988, ternyata belum dimanfaatkan secara meluas oleh penderita kusta di wilayah Puskesmas Kunduran. Hanya sebagian kecil (16 %) dari penderita yang memanfaatkan pelayanan pengobatan kusta di Puskesmas setelah mengetahui dirinya terdapat tanda-tanda kusta, sebagian besar (84 %) penderita mencoba mengobati penyakit kusta dengan memberikan salep kulit maupun pengobatan alternatif lainnya. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi praktik penderita kusta untuk mencari pengobatan di Puskesmas Kunduran. Faktor tersebut meliputi karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan dan pendapatan), pengetahuan, sikap maupun dukungan keluarga.

Hasil penelitian ini, secara umum sudah dapat menjawab pertanyaan penelitian sesuai dengan tujuan penelitian, kerangka konsep, kerangka teori maupun hipotesa. Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di wilayah Puskesmas Kunduran. Setelah dilakukan uji statistik bivariat didapatkan hasil bahwa pendidikan terbukti memiliki hubungan terhadap praktik pencarian pengobatan di Puskesmas Kunduran. Sedangkan variabel karakteristik seperti umur, jenis kelamin, dan pendapatan, tidak memiliki hubungan terhadap praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

Dari hasil uji multivariat secara bersama-sama antara variabel bebas dan variabel terikat yang diduga berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran, ternyata hanya pendidikan yang signifikan berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas Kunduran. Dengan demikian perkiraan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas Kunduran ditentukan oleh tingkat pendidikan yang dimiliki oleh penderita. Secara umum tujuan khusus penelitian ini juga sudah terjawab, meskipun hanya satu variabel yaitu pendidikan yang mempunyai hubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

Dari enam hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini, hanya satu yang terbukti atau dapat diterima secara statistik, yaitu ada hubungan antara pendidikan dengan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas. dengan demikian hanya pendidikan yang merupakan faktor yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

Untuk variabel pengetahuan diketahui bahwa prosentase terbanyak terdapat pada responden yang mempunyai pengetahuan tinggi mengenai pengobatan kusta yaitu sebesar 66,0%. Pengukuran tentang nilai pengetahuan pengobatan kusta diukur melalui pemahaman responden tentang penyakit kusta dan pencarian pengobatan kusta di Puskesmas, menunjukkan hasil yang cukup baik.

Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang positif bermakna ($p = 0,059$) antara pengetahuan dengan praktik pencarian pengobatan kusta. Dengan asumsi bahwa pengetahuan yang baik maka akan baik

pula praktik pencarian pengobatan kusta. Namun hasil penelitian ini (tabel 4.15) menunjukkan bahwa prosentase praktik pencarian pengobatan tidak baik dimiliki oleh responden dengan pengetahuan tinggi (78,8%) dibandingkan responden yang memiliki pengetahuan rendah (52,9%). Sebaliknya, prosentase praktik pencarian pengobatan baik dimiliki oleh responden dengan pengetahuan rendah sebesar 47,1% lebih besar dari responden yang mempunyai pengetahuan yang tinggi (21,2%).

Hasil penelitian ini tidak mendukung pendapat *Green*, bahwa suatu perilaku akan dipengaruhi antara lain oleh faktor predisposisi seperti pengetahuan dari responden. Demikian pula pendapat *Ancok*, menandakan bahwa pengetahuan seseorang yang baik terhadap suatu kegiatan akan menyebabkan mereka memiliki sikap positif yang tercermin dalam keaktifan mereka mengikuti kegiatan itu.

Namun, penelitian ini sesuai dengan pendapat *Aswar*, yang menandakan bahwa tingkat pengetahuan seseorang yang baik terhadap suatu obyek tidak mutlak akan diikuti oleh suatu tindakan yang positif atau langgeng (*Aswar*, 1993).

Dalam penelitian ini, responden yang telah memiliki pengetahuan yang tinggi tentang penyakit kusta dan pencarian pengobatan kusta ke Puskesmas justru termasuk pada kelompok yang memiliki praktik yang tidak baik dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran, dapat dikarenakan pengetahuan responden tentang pencarian pengobatan kusta dimiliki setelah penderita mengikuti pengobatan kusta di puskesmas.

Kemungkinan diatas didukung kajian mendalam hasil *indept interview*, diketahui bahwa pengetahuan responden tentang penyakit kusta dan pencarian pengobatan kusta ke Puskesmas Kunduran diperoleh dari penjelasan atau penyuluhan yang diberikan oleh petugas kusta Puskesmas Kunduran pada waktu penderita mulai mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas. Pernyataan sebagian responden seperti dikutip dibawah ini :

- ▶”...Saya itu tahu kalau saya terkena penyakit kusta ya dari bu Un itu..sewaktu saya disuruh datang ke Puskesmas ambil obat...la di situ (Puskesmas) saya dijelaskan sama bu Un..gimana ngobati kusta yang bener...”(R2, 55 tahun).
- ▶”... Secara jelas saya bisa faham penyakit kusta sewaktu saya sudah berobat di Puskesmas...dulu, sewaktu saya berobat ke spesialis, malah dibilang saya alergi...” (R3,28 tahun).

Faktor-faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat ke Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya dapat disebabkan oleh faktor lain diluar pengetahuan tentang penyakitnya, yaitu rasa malu diketahui orang lain, tidak tahu bahwa tersedia cuma-cuma obat kombinasi di Puskesmas dan jarak penderita ke Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya terlalu jauh.¹¹ Seperti pernyataan seorang responden berikut ini ;

- ▶”...Setelah saya dijelaskan kalau saya tertular kusta dari bapak (suami), saya jadi malu klo harus datang mengambil obat ke Puskesmas...nanti tetangga pada tahu kalau saya terkena kusta....” (R2, 55 tahun)

Menurut Notoatmojo, pengetahuan merupakan hasil dari “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap sesuatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan yang dicakup mempunyai enam tingkatan yaitu : 1). Tahu; 2). Memahami; 3). Aplikasi; 4). Analisis; 5). Sintesa; 6). Evaluasi.

Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terbentuknya sebuah perilaku baru, untuk mendapatkan pengetahuan yang cukup tentang pencarian pengobatan kusta diperlukan adanya informasi yang terus menerus dan berkesibambungan. Hal ini sesuai dengan pendapat Solita Sarwono (1997) yang mengatakan bahwa secara umum upaya mengubah perilaku dapat digolongkan menjadi 3 (tiga) macam yaitu : 1) Menggunakan kekerasan; 2) Memberikan informasi; 3) Diskusi dan Partisipasi. Dari ketiga cara itu diketahui bahwa cara yang kedua dan ketiga akan mendapatkan hasil yang baik daripada cara yang pertama. Oleh karena itu untuk meningkatkan pengetahuan penderita dan keluarga tentang penyakit kusta dan pengobatannya, diperlukan adanya pendidikan kesehatan yang dapat berupa pemberian informasi, diskusi kelompok tentang cara pencarian pengobatan kusta yang benar atau tepat..

Apabila dikaitkan dengan hasil wawancara mendalam terhadap beberapa responden, diperoleh hasil bahwa sebagian responden menyatakan bahwa pengetahuan tentang pengobatan kusta secara benar selain diperoleh dari petugas puskesmas setelah mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas, juga didapat dengan melihat keluarga atau tetangga yang sebelumnya telah mengikuti pengobatan kusta di puskesmas.

Berdasarkan uji statistik di atas, maka hipotesa yang diambil bahwa ada hubungan antara pengetahuan mengenai pencarian pengobatan kusta dengan praktik pencarian pengobatan kusta ini tidak terbukti.

Pada variabel sikap, dari hasil perhitungan uji univariat menunjukkan bahwa prosentase sikap responden tepat terhadap pencarian pengobatan kusta sebesar 92,0 %, lebih besar dari sikap responden yang tidak tepat (8%). Namun tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna terhadap praktik pencarian pengobatan kusta dengan $p = 0,820$ lebih besar dari $p = 0,05$.

Sikap menurut Azwar (1988) adalah suatu kecenderungan untuk memberikan suatu respon terhadap suatu obyek atau sekumpulan obyek dalam bentuk perasaan memihak (*favourable*) maupun tidak meihak (*unfavourabel*) melalui suatu proses interaksi komponen-komponen sikap yaitu kognitif (pengetahuan), efektif (perasaan) dan konatif (kecenderungan bertindak).

Dengan demikian sikap responden yang tepat terhadap pengobatan kusta dapat diasumsikan bahwa responden memihak terhadap pengobatan kusta di Puskesmas. Sikap responden terhadap pengobatan kusta di Puskesmas ini terbentuk setelah responden mengikuti pengobatan di Puskesmas Kunduran.

Dari hasil wawancara mendalam pada beberapa responden didapatkan tanggapan terhadap pencarian pengobatan kusta adalah sebagian besar setuju (mendukung) pengobatan kusta di Puskesmas dengan bermacam alasan salah satunya adalah sudah mempunyai pengalaman pengobatan yang benar di Puskesmas. Tanggapan dari beberapa responden dapat disajikan sebagai berikut :

- ▶ "...Saya sekarang setuju...kalau sudah tahu ada sakit kusta ..ya berobatnya ke Puskesmas, tidak usah diberi ini... itu (salep kulit), *wong* ya tidak sembuh bu ..." (R1,30 tahun).
- ▶ "... Menurut saya..untuk penyakit kusta yang benar ya berobat ke Puskesmas, soalnya saya sudah ke dokter, rumah sakit ya tidak sembuh..saya itu tiap 6 bulan periksa kesehatan..heran saya kok tidak ketahuan ya bu...setelah berobat ke Puskesmas ini saya baru tahu..obat kusta yang cocok ternyata di Puskesmas..." (R3,28 tahun)

Sikap menurut teori *Green* merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terbentuknya suatu perilaku baru. Oleh karena itu, untuk mendapatkan sikap yang benar dalam pencarian pengobatan kusta, kepada penderita dan masyarakat perlu diberikan informasi atau penyuluhan secara rutin tentang pencarian pengobatan kusta di Puskesmas dari petugas kesehatan.

Pada variabel praktik, hasil uji univariat menunjukkan bahwa prosentase responden yang mempunyai praktik pencarian pengobatan kusta tidak baik sebesar 70,0 % lebih besar dari responden yang mempunyai praktik baik (30,0%)

Pengukuran praktik dalam penelitian ini adalah upaya responden menghilangkan tanda-tanda kusta atau tindakan pengobatan kusta mulai dari munculnya tanda-tanda kusta sampai mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas. Jadi praktik pencarian pengobatan responden diukur sebelum responden mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

Tidak baiknya praktik responden dalam pencarian pengobatan kusta dapat dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan responden tentang penyakit kusta dan pencarian pengobatan sebelum mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas. Pemahaman responden tentang penyakit kusta dan pencarian pengobatan sebelum mendapat penyuluhan dari petugas Puskesmas sangat kurang.

Keadaan ini didukung oleh hasil dari wawancara mendalam pada beberapa responden yang menjelaskan bahwa praktik tidak baik dalam memilih pengobatan kusta pada awalnya dikarenakan responden tidak mengetahui penyakit kusta dan pengobatannya secara benar sebelum mengikuti pengobatan di puskesmas. Praktik pengobatan yang banyak dilakukan responden sebelum

mengikuti pengobatan kusta di Puskesmas adalah dengan memberi saleb kulit atau obat panu serta obat tradisional. Pernyataan sebagian responden seperti dikutip sebagai berikut :

- ▶”...Saya melihat ada putih seperti panu ditangan saya..saya malah mikir kalo saya panuan...trus saya olesi memakai obat panu...itu lo bu kalpanan...” (R2, 55 tahun)
- ▶”...Iya saya melihat ada putih-putih dibagian betis saya kira kena kadas, saya gosok dengan lengkuas, maksud saya biar hilang tidak tahu kalau itu tanda-tanda saya kena kusta ...” (R4, 40 tahun)

Praktik atau perilaku menurut Kwik dalam Notoatmojo 1997 adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati bahkan dapat dipelajari. Selanjutnya disebutkan bahwa perilaku dapat dibagi ke dalam tiga domain yaitu : 1) Kawasan kognitif; 2) Kawasan afektif; 3) Kawasan psikomotor.

Praktik berkaitan dengan sikap dan keyakinan seseorang terhadap sesuatu objek yang dalam hal ini pencarian pengobatan kusta secara benar. Bila seorang penderita kusta sudah mempunyai keyakinan yang positif tentang pengobatan kusta, pencarian pengobatan kusta akan dilakukan bila ada indikasi medis dan tidak membahayakan diri sendiri, maka diharapkan akan mempunyai sikap yang positif pula dalam melakukan pengobatan di puskesmas, walaupun hal ini tidak dapat dipastikan.

Menurut Azrul Saefudin disebutkan bahwa diantara hasil penelitian memperlihatkan adanya indikasi hubungan yang kuat antara sikap dan perilaku. Oleh karena itu untuk terciptanya praktik pencarian pengobatan kusta yang aman,

diperlukan adanya informasi dan komunikasi dengan berbagai sumber khususnya petugas kesehatan yang terus menerus dan berkesinambungan.

Dengan gambaran seperti diatas, perlu di kaji lebih lanjut kemungkinan-kemungkinan yang menyebabkan faktor karakteristik seperti umur, jenis kelamin, pendapatan maupun sikap dan dukungan keluarga yang tidak merupakan faktor yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan, maupun pendidikan merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

A. Hubungan antara Umur dengan Praktik Pencarian pengobatan kusta

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa prosentase umur responden yang mempunyai praktik baik pada kelompok muda sebanyak 41,2% , lebih besar bila dibandingkan dengan umur dewasa yang hanya sebesar 6,3%. Berdasarkan hasil uji X^2 dengan nilai p 0,12 ($> 0,05$) maka tidak terbukti ada hubungan yang signifikan antara umur responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas. Hal ini kemungkinan disebabkan karena responden yang masih usia muda memiliki gambaran diri yang lebih baik , bila dibandingkan dengan responden yang sudah termasuk usia dewasa, sehingga keinginan untuk mencari pengobatan di pelayanan kesehatan juga lebih baik.

Hasil penelitian tidak sesuai dengan teori *Health Belief Model* dan *Green*, Pada teori *Green*, umur termasuk faktor pemudah (*predisposing factor*), faktor ini dapat berpengaruh langsung terhadap terjadinya perilaku

seseorang., artinya semakin bertambah usia akan diikuti oleh praktik yang semakin baik.

Menurut teori *Health Belief Model*, umur termasuk pada variabel demografi dimana variabel demografi ini sangat berpengaruh terhadap perilaku seseorang. Variabel demografi akan mempengaruhi ancaman, keseriusan, ketidak-kekebalan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian yang dirasakan oleh seseorang. Hal ini mengacu pada sejauh mana seorang berfikir penyakit atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman kepada dirinya. Asumsinya adalah bahwa bila ancaman yang dirasakan tersebut meningkat maka perilaku pencegahan juga meningkat. Menurut teori ini seharusnya umur dewasa memiliki pandangan yang lebih baik terhadap pengobatan karena telah memiliki pengalaman yang lebih dari usia muda.

B. Hubungan antara Jenis kelamin dengan praktik pencarian pengobatan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (56,0%) adalah laki-laki dan sebagian lagi (44,0%) adalah perempuan. Responden yang mempunyai praktik baik, lebih banyak pada kelompok laki-laki sebesar 39,3% lebih besar bila dibanding kelompok perempuan sebesar 18,2%. Berdasarkan hasil uji X^2 dengan nilai P 0,106 ($> 0,05$) terbukti tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori *Green* (1991) yang menjelaskan bahwa jenis kelamin termasuk *factor predisposing* untuk terjadinya perubahan diri. Hasil penelitian ini menggambarkan meskipun

jumlah penderita kusta sebagian besar adalah laki-laki, akan tetapi dalam praktek pencarian pengobatan kusta di puskesmas justru kelompok perempuan yang memiliki praktik baik.

Keadaan tersebut menunjukkan adanya persamaan kedudukan antara laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan mempunyai kesempatan yang sama, termasuk dalam pengobatan kusta di puskesmas.

C. Hubungan antara tingkat pendidikan dengan praktik pencarian pengobatan kusta.

Hasil penelitian ini diketahui, tingkat pendidikan responden yang melakukan praktik pencarian pengobatan kusta baik terbesar adalah pada kelompok pendidikan menengah atau antara 10 - 12 tahun yaitu sebesar 88,9%. Berdasarkan hasil uji X^2 dengan nilai p 0,001 ($< 0,05$) artinya terbukti ada hubungan yang signifikan antara pendidikan responden dengan praktik pencarian pengobatan di Puskesmas. Hal ini dapat diasumsikan bahwa dengan tingkat pendidikan yang menengah akan memudahkan responden untuk memahami informasi yang diterima responden tentang program pengobatan kusta yang ada di Puskesmas. Dengan pendidikan yang dimiliki, responden mencari informasi tentang pengobatan kusta. Responden juga lebih memilih pengobatan kusta secara medis. Artinya responden yang memiliki tingkat pendidikan menengah, dan telah mendapat informasi tentang pengobatan kusta yang benar, maka perilaku pencarian pengobatan kusta dilakukan segera di Puskesmas.

Penelitian ini sesuai dengan teori *Health Belief Model*, dimana pada teori ini tingkat pendidikan termasuk pada variabel demografi yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang untuk mendapatkan pengobatan. Artinya semakin tinggi tingkat pendidikan responden, akan semakin baik praktik pencarian pengobatan, yaitu pengobatan di Puskesmas Kunduran.

D. Hubungan antara pendapatan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di puskesmas.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mempunyai praktik baik pada kelompok responden dengan pendapatan rendah atau \leq Rp 390.100,- yaitu sebesar 31,6 % lebih banyak bila dibandingkan responden dengan pendapatan tinggi (29,0%). Berdasarkan hasil uji X^2 dengan nilai p 0,849 ($> 0,05$) menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pendapatan responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas. Dalam penelitian ini responden yang memiliki pendapatan tinggi akan memiliki kemampuan atau biaya untuk mencari pengobatan, baik pembelian salep kulit, pengobatan ke dokter atau rumah sakit. Namun karena tempat pengobatan yang dipilih tidak langsung pengobatan ke Puskesmas, maka praktik pencarian pengobatan tidak menunjukkan praktik pencarian pengobatan yang baik.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori *Health Belief Model*, dimana pada teori ini status pekerjaan termasuk pada variabel demografi yang berpengaruh terhadap perilaku seseorang untuk mencari pengobatan. Artinya

semakin baik status pekerjaan dan pendapatan, akan menyebabkan perilaku pengobatan yang lebih baik.

E. Hubungan antara dukungan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan kusta di puskesmas.

Hasil analisis dari hubungan antara dukungan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan ini diketahui bahwa dukungan keluarga tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas., dimana $p\text{-value} = 0,736$ ($> 0,05$). Dukungan keluarga merupakan faktor pendorong bagi responden untuk melakukan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas. Semakin besar dukungan yang diterima responden, akan semakin baik praktik responden dalam pencarian pengobatan.

Dari wawancara diketahui bahwa dukungan keluarga yang diberikan pada responden sebagian besar adalah pengobatan alternatif (56,0%), dan hanya sebagian kecil (10,0%) yang memberi saran untuk pencarian pengobatan ke Puskesmas. Artinya dukungan keluarga yang diberikan akan mempengaruhi praktik responden dalam pencarian pengobatan kusta.

Penelitian ini sesuai dengan teori *Green*, dimana pada dukungan keluarga merupakan faktor pendorong (*reinforcing*) yang berpengaruh terhadap perilaku khusus seseorang.

F. Hubungan antara pengetahuan dengan praktik pencarian pengobatan di puskesmas

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas pada katagori baik sebagian besar dimiliki oleh kelompok responden yang berpengetahuan rendah yaitu sebesar 47,1%. Hasil analisis dengan uji X^2 didapatkan p - value = 0,059 ($> 0,05$) terbukti tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas

. Pada hasil penelitian diketahui, kelompok responden yang memiliki pengetahuan rendah justru responden yang memiliki praktik baik Hal ini kemungkinan disebabkan pada kelompok responden yang pengetahuannya rendah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan tentang program pengobatan kusta pada waktu mencari pengobatan kusta dan adanya dukungan keluarga, petugas dan masyarakat untuk mengikuti pengobatan penyakit kusta di Puskesmas .

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori *Health Belief Model*, dan *Green*, dimana dalam teori *Green* pengetahuan termasuk faktor predisposing yang berpengaruh langsung terhadap sikap dan praktik khusus seseorang, artinya semakin baik pengetahuan seseorang akan membentuk praktik yang baik juga. Namun dalam penelitian ini, pengetahuan yang tinggi tidak mempengaruhi praktik responden dalam pencarian pengobatan kusta ke puskesmas. Hal ini dapat dikarenakan pengetahuan yang dimiliki oleh

responden diperoleh dari penyuluhan petugas Puskesmas setelah responden mengikutidari menurut pengobatan kusta di Puskesmas.

Dalam teori *Health Belief Model* dijelaskan bahwa terbentuknya praktik seseorang dalam pencarian pengobatan dipengaruhi adanya ancaman dari penyakit tersebut serta untung dan rugi dalam mendapatkan pengobatan tersebut. Artinya semakin tinggi pengetahuan responden tentang ancaman dari penyakit kusta dan untung serta kerugian responden melakukan pengobatan di Puskesmas akan membentuk praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

G. Hubungan antara sikap responden terhadap praktik pencarian pengobatan kusta dengan praktik pencarian pengobatan kusta di puskesmas.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui, praktik pencarian pengobatan kusta pada katagori baik sebagian besar pada kelompok responden yang memiliki sikap tepat (mendukung) yaitu sebesar 30,4%. Dapat diasumsikan bahwa responden yang mempunyai sikap yang tepat terhadap pencarian pengobatan kusta di Puskesmas, juga memiliki praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

Berdasarkan hasil analisa statistik dengan uji X^2 diketahui nilai $p = 0,820 (> 0,05)$ artinya tidak terbukti ada hubungan yang signifikan antara sikap responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

Dari hasil wawancara mendalam dapat diketahui, bahwa sikap responden tentang pencarian pengobatan kusta terbentuk setelah responden mendapat penyuluhan dari petugas Puskesmas pada waktu awal mengikuti

pengobatan kusta di Puskesmas. Dapat juga terbentuk karena rasa cemas merasakan reaksi dari penyakit kusta, sehingga mendorong responden untuk melakukan pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

Menurut pendapat *De Fleur* salah satu bentuk hubungan antara sikap dengan praktik, diantaranya adalah ketidak ajegan antara hubungan sikap dan praktik, dimana sikap dan tingkah laku merupakan dimensi yang individual yang berbeda dan terpisah.

Penelitian ini tidak sesuai dengan teori *Green* , karena dalam teori ini, sikap termasuk faktor predisposisi yang berpengaruh terhadap praktik seseorang., artinya sikap seseorang akan mempengaruhi praktik dari orang tersebut, sikap penderita kusta terhadap pencarian pengobatan, akan berpengaruh pada prktik penderita kusta dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Berdasarkan karakteristik responden dapat diketahui bahwa umur responden sebagian besar (68,0%) pada kelompok muda (≤ 30 th), sebagian besar (56,0%) jenis kelamin laki-laki, pendidikan rendah (≤ 6 tahun) dimiliki sebagian besar responden (82,0%) dan sebagian besar (52,0%) memiliki pendapatan lebih dari Rp. 390.100.
2. Pengetahuan, sikap, praktik responden dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran pada umumnya sudah cukup baik, responden yang berpengetahuan tinggi sebanyak 66,0%, sedangkan responden yang mempunyai sikap tepat sejumlah 92,0% dan responden yang mempunyai praktik kurang baik dalam pencarian pengobatan kusta di Puskesmas masih lebih banyak yaitu sebesar 70,0%.
3. Sebagian besar responden tidak mendapat dukungan keluarga yaitu sebesar 56,0%, dan masih ditemukan dukungan yang diberikan tersebut berupa pengobatan alternative bukan pengobatan ke Puskesmas.
4. Tidak ada hubungan antara :
 - a. Karakteristik umur responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta dengan p value = 0,13

- b. Karakteristik jenis kelamin responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta dengan p value = 0,110
 - c. Karakteristik pengetahuan responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta dengan p value = 0,61
 - d. Karakteristik pendapatan responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta dengan p value = 0,271
 - e. Pengetahuan dengan sikap pencarian pengobatan kusta dengan p value = 0,695
 - f. Sikap responden dengan praktik pencarian pengobatan kusta dengan p value = 0,822
 - g. Dukungan keluarga dengan praktik pencarian pengobatan dengan nilai p value = 0,712
5. Ada hubungan yang bermakna antara :
 - a. Pendidikan responden dengan praktik pencarian pengobatan dengan p value = 0,001
 6. Dari Analisa statistik dapat diketahui bahwa terdapat hubungan dan pengaruh yang signifikan antara pendidikan responden terhadap praktik pencarian pengobatan kusta di Puskesmas Kunduran.
 7. Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan praktik pencarian pengobatan kusta adalah pendidikan dengan p value = 0,001.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI; *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta, 2004.
2. Direktorat P2ML, *Pedoman Eliminasi Kusta tahun 2000*, Ditjen PPM & PLP, 1999.
3. -----; *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*, Cetakan IX, Ditjen PPM & PLP, Jakarta, 1995.
4. -----; *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman, Jakarta, 1993.
5. Hasibuan Y., *Highlight of the National Lepracy Elimination Programme in Indonesia, the Second International Conference in Elimination of Lepracy*, Directorate General CDC & EH, Moh. Republic of Indonesia, 1996.
6. Departemen Kesehatan RI; *Pemberantasan Penyakit Kusta*, Ditjen PPM & PLP, Jakarta, 1996.
7. -----; *Buletin Penelitian Kesehatan, Volume 26*, Jakarta, 1999.
8. Pusat Latihan Kusta Nasional Makassar, *Modul Bagi Petugas Pengelola Program P2 Kusta Tingkat Propinsi/Kabupaten*, 2004.
9. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, *Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah*, Semarang, 2003.
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, *Hasil Kegiatan Program PPM & PLP*, Blora, 2004.
11. Departemen Kesehatan RI; *Buku Pedoman Pemberantasan Penyakit Kusta*, Ditjen PPM & PLP, Jakarta, 1998.
12. -----; *Buku Pedoman Program P2 Kusta bagi Petugas Puskesmas*, Ditjen PPM & PLP, Jakarta, 2001.
13. WHO, *Eliminasi Kusta Mengatasi Masalah Kesehatan Masyarakat*, cetakan versi Indonesia, Jakarta, 2001.
14. Tjokronegoro, A, dkk, *Kusta*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, 2003.

15. Notoadmodjo Soekidjo, *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta Yogyakarta, 2003.
16. Fishben M. and Ajzen, *Introduction to Theory and Research*, Massachusetts, Adison Weshly Publishing, 1975.
17. Judith A. Graff dkk, *Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1996.
18. Green, L W. and Kreuter M W., *Health Promotion Planning: An Education and Environment Approach*, Mayfield Publishing Company, Toronto, London, 1991.
19. Robbins, S P, *Perilaku Organisasi*, edisi delapan, Jakarta, 2001.
20. Blum, HL., dalam *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Program Pascasarjana Kesehatan Masyarakat, UNDIP, Semarang, 2000.
21. Notoatmodjo, S, *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*, Rineka Cipta Yogyakarta, 2002.
22. Shaluhiah, Z, dkk, *Pedoman Penulisan Tesis*, Magister Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana UNDIP, Semarang, 2005.
23. Istiarti T, *Menanti Buah Hati*, Kaitan antara kemiskinan dan kesehatan, Media Pressindo, Yogyakarta, 2000.
24. IKIP Bandung, *Psikologi Pendidikan*, Fakultas Ilmu Pendidikan, IKIP, Bandung, 1991.
25. Singarimbun M, *Metodologi Penelitian Survey*, LP3, Jakarta 1989.
26. Azwar S, *Metode Penelitian*, Pustaka Pelajar 30, (Anggota IKAPI), Cetakan III, Yogyakarta 2001.
27. Santosa S, *SPSS for Window Release 10,0*, PT Elek Media Komputindo, Gramedia, Jakarta 2000.
28. Sugiono, *Statistik Nonparametrik untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Bandung 1999.
29. Junadi Purnawan, *Pengantar Analisis Data*, Rineka Cipta, Yogyakarta 1994.
30. Sulaiman W, *Jalan Pintas Menguasai SPSS 10*, Andi, Yogyakarta, 2002
31. Azwar S. *Reliabilitas dan Validitas*, Cetakan V, Yogyakarta 2004

32. Solita, *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta 1993