

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Penyakit Kusta

a. Definisi

Penyakit Kusta adalah penyakit menular yang menahun yang disebabkan oleh kuman Kusta (*Mycobacterium leprae*) yang menyerang syaraf tepi dan kulit. (Dep.Kes. RI, 2006)

b. Etiologi

Penyebab penyakit Kusta adalah kuman Kusta yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1 – 8 mic, lebar 0,2 – 0,5 mic biasanya berkelompok dan ada yang tersebar satu-satu, hidup dalam sel dan bersifat tahan asam (BTA). Masa belah diri kuman Kusta adalah memerlukan waktu yang sangat lama dibanding dengan kuman lain, yaitu 12-21 hari. Hal ini merupakan salah satu penyebab masa tunas yang lama yaitu rata-rata 2 – 5 tahun (Dep. Kes. R.I, 2007).

c. Epidemiologi

Sampai saat sekarang epidemiologi penyakit Kusta belum sepenuhnya diketahui secara pasti. Indonesia telah mencapai eliminasi sesuai dengan target WHO pada pertengahan tahun 2000. Pada tahun 2006, distribusi Kusta di Indonesia pada akhir tahun 2003 adalah sebagai berikut : Penderita terdaftar sebanyak 22.763 orang terdiri dari 19.802

Multibaciler (MB), dan 2961 Pauci Baciler (PB) dengan prevalensi rate diatas 0,80 per 10.000 penduduk terdapat di 11 provinsi yaitu : Jawa Tengah, Jawa Timur, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, Papua, NAD, DKI Jakarta, Sulawesi Utara, Maluku Utara, Nusa Tenggara Timur, dan Gorontalo. (PLKN, Makassar 2009). Kejadian penyakit Kusta menunjukkan adanya perbedaan distribusi dapat dilihat karena faktor geografi. Namun jika diamati dalam satu negara atau wilayah yang sama kondisi lingkungannya ternyata perbedaan distribusi dapat terjadi karena faktor etnik. Di Indonesia etnik Madura dan Bugis lebih banyak menderita Kusta dibandingkan etnik Jawa atau Melayu (Dep.Kes.RI 2006). Faktor sosial ekonomi juga berperan penting dalam kejadian kusta. Hal ini terbukti pada negara-negara di Eropa. Dengan adanya peningkatan sosial ekonomi, maka kejadian kusta sangat cepat menurun bahkan hilang. Kasus kusta impor pada negara tersebut ternyata tidak menularkan kepada orang yang sosial ekonominya tinggi. Kebanyakan penelitian melaporkan distribusi penyakit kusta menurut umur berdasarkan prevalensi, hanya sedikit yang berdasarkan insiden karena pada saat timbulnya penyakit sangat sulit diketahui. Dengan kata lain kejadian penyakit sering terkait pada umur pada saat diketemukan dari pada saat timbulnya penyakit. Kusta dapat mengenai laki-laki dan perempuan. Menurut catatan sebagian besar Negara di dunia kecuali di beberapa Negara di Afrika menunjukkan bahwa laki-laki lebih banyak terserang dari pada wanita. Relative rendahnya kejadian kusta pada

perempuan kemungkinan karena faktor lingkungan atau faktor biologi. Seperti kebanyakan penyakit menular lainnya laki-laki lebih banyak terpapar dengan faktor resiko sebagai akibat gaya hidupnya.(Dep. Kes RI. 2006).

d. Faktor-faktor yang menentukan terjadinya sakit kusta

1. Penyebab

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycobacterium leprae*. *M. Leprae* hidup intraseluler, waktu pembelahannya sangat lama yaitu 2-3 minggu. Diluar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kuman kusta dari secret nasal dapat bertahan sampai 9 hari. (Dep. Kes. RI, 2006)

2. Sumber Penularan

Hanya manusia satu-satunya sampai saat ini yang dianggap sebagai sumber penularan. (Dep.Kes. RI, 2006)

3. Cara keluar dari Pejamu (*Host*)

Mukosa hidung telah dikenal sebagai sumber dari kuman, dan telah terbukti bahwa saluran napas bagian atas dari penderita tipe lepromatous merupakan sumber kuman yang terpenting di dalam lingkungan.

4. Cara Penularan

Kuman kusta mempunyai masa inkubasi selama 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga bertahun-tahun. Penularan terjadi apabila *M. Leprae* yang utuh (hidup) keluar dari tubuh penderita dan masuk kedalam

tubuh orang lain. Belum diketahui secara pasti bagaimana cara penularan penyakit kusta. Secara teoritis penularan ini dapat terjadi dengan cara kontak yang lama dengan penderita. Penderita yang sudah minum obat sesuai dengan regimen WHO tidak menjadi sumber penularan bagi orang lain.

5. Cara masuk kedalam pejamu

Tempat masuk kuman kusta kedalam tubuh penjamu sampai saat ini belum dapat dipastikan. Diperkirakan cara masuknya adalah melalui saluran pernapasan bagian atas dan melalui kontak kulit yang tidak utuh.

6. Penjamu (Tuan rumah=*Host*)

Hanya sedikit orang yang akan terjangkit kusta setelah kontak dengan penderita, hal ini disebabkan karena adanya imunitas. *M. Leprae* termasuk kuman obligat intraseluler dan system kekebalan yang efektif adalah system kekebalan seluler. Sebagian besar (95 %) manusia kebal terhadap kusta, hanya sebagian kecil yang dapat ditulari (5 %). Dari 5 % yang tertular tersebut, sekitar 70 % dapat sembuh sendiri dan hanya 30 % yang menjadi sakit. (Dep.Kes. RI, 2006)

e. Tanda dan gejala

Tanda-tanda tersangka Kusta (Suspek)

1). Tanda-tanda pada kulit

a. Bercak/kelainan kulit yang merah atau putih dibagian tubuh

- b. Kulit mengkilap
- c. Bercak yang tidak gatal
- d. Adanya bagian-bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut
- e. Lepuh tidak nyeri

2). Tanda-tanda pada saraf

- a. Rasa kesemutan atau tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka
- b. Gangguan gerak anggota badan atau bagian muka
- c. Adanya cacat (*deformitas*)
- d. Luka (*ulkus*) yang tidak mau sembuh

Tanda tanda tersebut merupakan tanda-tanda tersangka kusta, jangan digunakan sebagai dasar diagnosis penyakit kusta. Untuk menetapkan diagnosis penyakit kusta perlu dicari tanda utama atau *Cardinal sign*, yaitu:

1). Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa

Kelainan kulit/ lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erithematous*) yang mati rasa (*anesthesia*).

2). Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf.

Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (*neuritis perifer*).

Gangguan fungsi saraf ini bisa berupa :

- a. Gangguan fungsi sensoris : mati rasa
 - b. Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot (*parese*) atau kelumpuhan (*paralise*).
 - c. Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak-retak.
- 3). Adanya bakteri tahan asam (BTA) didalam kerokan jaringan kulit (BTA positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas. Pada dasarnya sebagian besar kasus dapat didiagnosis dengan pemeriksaan klinis. Namun demikian pada kasus yang meragukan dapat dilakukan pemeriksaan kerokan kulit.

f. Klasifikasi

Setelah seseorang didiagnosis menderita kusta, maka tahap selanjutnya harus ditetapkan tipe atau klasifikasinya.

1. Dasar Klasifikasi

Penyakit kusta dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal yaitu:

- a. Manifestasi klinis, yaitu jumlah lesi kulit, jumlah lesi kulit, jumlah saraf yang terganggu.
- b. Hasil pemeriksaan bakteriologis, yaitu skin smear basil tahan asam (BTA) positif atau negatif. Pemeriksaan laboratorium hanya dilakukan bila diagnosis meragukan.

2. Tujuan

Klasifikasi/ tipe penyakit kusta penting untuk menentukan :

- a. Jenis dan lamanya pengobatan penyakit

b. Waktu penderita dinyatakan RFT

c. Perencanaan logistik

3. Jenis Klasifikasi

Pada tahun 1982 sekelompok ahli WHO mengembangkan klasifikasi untuk memudahkan pengobatan dilapangan. Dalam klasifikasi ini seluruh penderita kusta hanya dibagi dalam 2 tipe yaitu tipe *Pauci Bacillary* (PB) dan *Multi Bacillary* (MB). Dasar dari klasifikasi ini adalah gambaran klinis dan hasil pemeriksaan BTA skin smear

Tabel 1. Pedoman utama untuk menentukan klasifikasi/tipe penyakit kusta menurut WHO.

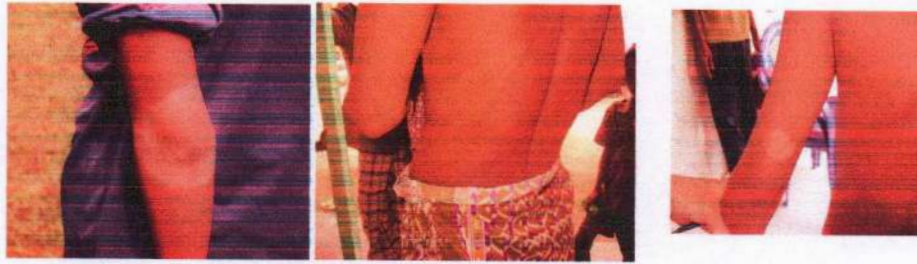
Tanda Utama	PB	MB
Bercak kusta	Jumlah 1 s/d 5	Jumlah > 5
Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi (gangguan fungsi bias berupa kurang/matirasa atau kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang bersangkutan)	Hanya satu saraf	Lebih dari satu saraf
Sediaan apusan	BTA negatif	BTA positif

Sumber: Dep. Kes. RI, 2006

Tabel 2. Tanda lain yang dapat dipertimbangkan dalam penentuan klasifikasi penyakit kusta

Kelainan kulit & hasil pemeriksaan	PB	MB
1. Bercak (macula)matirasa		
a. Ukuran	Kecil dan besar	Kecil-kecil
b. Distribusi	Unilateral atau bilateral asimetris	Bilateral simetris
c. Konsistensi	Kering dan kasar	Halus dan berkilat
d. Batas	Tegas	Kurang tegas
e. Kehilangan rasa pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada terjadi pada yang sudah lanjut
f. Kehilangan kemampuan berkeringat rambut rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jika ada, terjadi pada yang sudah lanjut
2. Infiltrat		
a. Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
b. Membran mukosa (hidung tersumbat, perdarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
3. Ciri-ciri	Central healing (penyembuhan tengah)	-Paunched out lesion (lesi bentuk seperti donat) -Madarosis -Ginkomasti -Hidung pelana -Suara sengau
4. Nodulus	Tidak ada	Kadang-kadang ada
5. Deformitas	Terjadi dini	Biasanya simetris terjadi lambat

Sumber: Dep. Kes. RI 2006

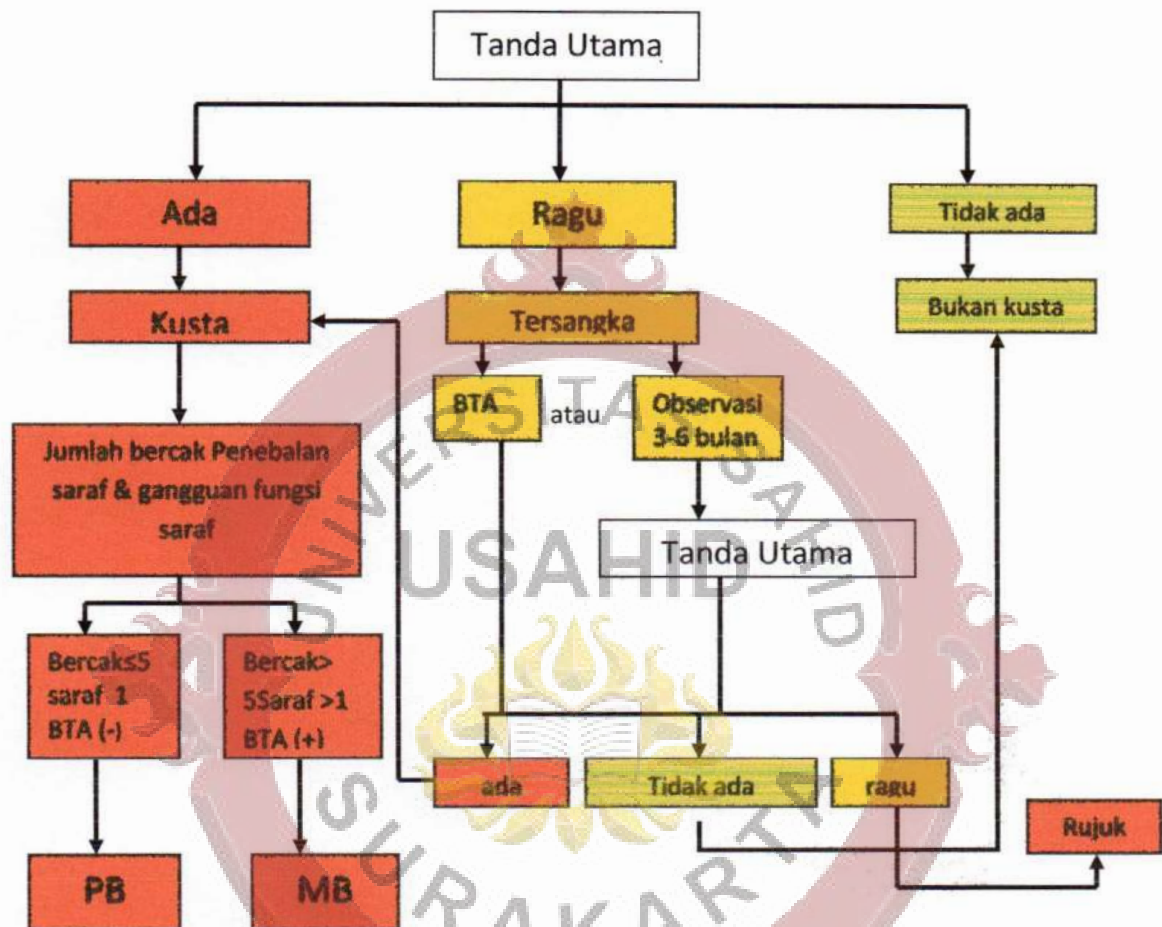


Gambar 1. Kusta tipe PB (*Paucy Baciler*)



Gambar 2. Kusta MB (*Multi Baciler*)

g. Alur diagnosis dan klasifikasi Kusta



Gambar 3. Alur Diagnosis dan Klasifikasi Kusta

h. Pengobatan

Pengobatan penyakit kusta bertujuan untuk :

- 1). Memutus mata rantai penularan
- 2). Menyembuhkan penyakit penderita
- 3). Mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan.

Pengobatan kusta menggunakan MDT (*Multy Drug Therapy*) yaitu kombinasi dua atau lebih obat anti Kusta, yang salah satunya harus terdiri atas Rifampisin sebagai anti Kusta yang sifatnya bakterisid kuat dengan obat anti Kusta lain yang bisa bersifat bakteriostatik. Regimen pengobatan MDT di Indonesia sesuai dengan regimen pengobatan yang direkomendasikan oleh WHO regimen tersebut adalah sebagai berikut :

1). Penderita *Paucy Baciler* (PB) Dewasa

Pengobatan bulanan : hari pertama (dosis yang diminum di depan petugas) yaitu : - 2 kapsul Rifampicin @ 300 mg (600 mg)
- 1 tablet dapsone/DDS 100 mg

Pengobatan harian : hari ke 2-28 yang diminum dapson/ DDS 100 mg 1 blister untuk satu bulan, lama pengobatan : 6 blister diminum selama 6-9 bulan.

2). Penderita *Multi Baciler* (MB) Dewasa

Pengobatan bulanan : hari pertama (dosis yang diminum di depan petugas) yaitu: - 2 kapsul Rifampicin @ 300 mg (600 mg)

- 3 tablet Lampren @ 100 mg (300 mg)
- 1 tablet Dapson/DDS 100 mg

Pengobatan harian : hari ke 2-28 yang diminum yaitu :

- 1 tablet lampren 50 mg
- 1 tablet Dapson/DDS 100 mg

1 blister untuk 1 bulan, lama pengobatan 12 blister diminum selama 12-18 bulan.

3). Dosis MDT (*Multy Drug Therapi*) Menurut Umur

Bagi dewasa dan anak usia 10-14 tahun tersedia paket dalam bentuk blister. Dosis anak disesuaikan dengan berat badan.

- Rifampisin : 10 mg/kgBB
- DDS : 2 mg/kgBB
- Clofazimin : 1 mg/kgBB

Tabel 3. Pedoman Praktis dosis MDT (*Multi Drug Therapi*) bagi penderita Kusta tipe PB (*Pausy Baciler*)

Jenis Obat	< 5 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	> 15 tahun	keterangan
Rifampisin	Berdasarkan BB	300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS	Berdasarkan BB	25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di depan petugas
DDS	Berdasarkan BB	25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum dirumah

Sumber : Dep. Kes. RI. (2006)

Tabel 4. Pedoman Praktis dosis MDT (*Multi Drug Therapy*) bagi penderita Kusta tipe MB (*Multi Baciler*)

Jenis obat	< 5 tahun	5-9 tahun	10-14 tahun	>15 tahun	Keterangan
Rifampisin	Berdasarkan berat badan	300 mg/bln	450 mg/bln	600 mg/bln	Minum di depan petugas
DDS	Berdasarkan BB	25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di depan petugas
DDS	Berdasarkan BB	25 mg/hari	50 mg/hari	100 mg/hari	Minum di rumah
Clofazimin	Berdasarkan BB	100 mg/bln	150 mg/hari	300 mg/bln	Minum di depan petugas
Clofazimin	Berdasarkan BB	50 mg 2 kali seminggu	50 mg setiap hari	50 mg/hari	Minum di rumah

Sumber : Dep. Kes. RI. (2006)

i. Reaksi Kusta

Reaksi Kusta atau reaksi lepra adalah suatu episode dalam perjalanan kronis penyakit Kusta yang merupakan suatu reaksi kekebalan (*cellulair respon*) atau reaksi antigen-antibodi (*humoral respons*) dengan akibat merugikan penderita, terutama jika mengenai saraf tepi karena menyebabkan gangguan fungsi (cacat). Reaksi Kusta dapat terjadi sebelum pengobatan, selama dan sesudah pengobatan. Gambaran klinisnya sangat khas berupa merah, panas, bengkak, nyeri, dan dapat disertai gangguan fungsi saraf.

Ditinjau dari proses terjadinya, maka reaksi Kusta dibagi menjadi 2 tipe yaitu Reaksi tipe 1 (*reaksi reversal*) dan reaksi tipe 2 (*erythema nodosum leprosum/ ENL*).

Tabel 5. Perbedaan reaksi tipe 1 & 2

No	Gejala/Tanda	Reaksi Tipe 1	Reaksi Tipe 2
1	Keadaan umum	Umumnya baik, demam ringan (sub febris) atau tanpa demam	Ringan sampai berat disertai kelemahan umum dan demam tinggi
2	Peradangan di kulit	Bercak kulit lama menjadi meradang (merah), dapat timbul bercak baru	Timbul nodul kemerahan, lunak dan nyeri tekan. Biasanya pada lengan dan tungkai. Nodul dapat pecah (ulserasi)
3	Saraf	Sering terjadi, umumnya berupa nyeri tekan saraf dan/ gangguan fungsi saraf	Dapat terjadi
4	Peradangan organ lain	pada Hampir tidak ada	Terjadi pada mata, kelenjar getah bening, sendi, ginjal, testis dan lain-lain
5	Waktu timbulnya	Biasanya segera setelah pengobatan	Biasanya setelah mendapatkan pengobatan yang lama, umumnya lebih dari 6 bulan
6	Tipe Kusta	Dapat terjadi pada kusta tipe PB maupun MB	Hanya pada kusta tipe MB

Sumber : Dep. Kes. RI. (2006)

j. Kecacatan Kusta

Penyakit Kusta dapat menyebabkan kecacatan, namun sebenarnya kecacatan ini dapat dicegah bila dikenali dan diobati secara dini. Bahkan walaupun sudah terjadi kerusakan fungsi saraf masih mungkin untuk menghindari terjadinya kerusakan atau kecacatan lebih lanjut.

Terjadinya cacat pada Kusta disebabkan oleh kerusakan fungsi saraf tepi, baik karena kuman Kusta maupun karena terjadinya peradangan (*neuritis*) sewaktu keadaan reaksi Kusta (Dep. Kes. RI, 2007)

Menurut WHO tingkat cacat pada kusta dibagi menjadi 3 tingkat yaitu **cacat tingkat 0** berarti tidak ada cacat. **Cacat tingkat 1** adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensoris yang tidak terlihat seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensoris pada mata tidak diperiksa dilapangan oleh karena itu **tidak ada cacat tingkat 1 pada mata**. Cacat tingkat 1 pada kaki beresiko terjadinya ulkus plantaris, namun dengan perawatan diri secara rutin hal ini dapat dicegah. Mati rasa pada bercak bukan merupakan cacat tingkat 1 karena bukan disebabkan oleh kerusakan saraf perifer utama tetapi rusaknya saraf lokal kecil pada kulit. **Cacat tingkat 2** berarti cacat atau kerusakan yang terlihat untuk mata :

- Tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmos*).
- Kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea)
- Gangguan penglihatan berat atau kebutaan.

Untuk tangan dan kaki :

- Luka dan ulkus ditelapak
- Deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (kaki semper atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (atrofi) atau reabsorpsi parsial dari jari-jari.

k. Penatalaksanaan / Perawatan Penderita Kusta

Penatalaksanaan/ perawatan yang diberikan pada penderita kusta dengan cacat meliputi perawatan tangan dan kaki yang mati rasa, perawatan kulit yang kering, perawatan jari-jari kaku/kering, perawatan luka, dan perawatan mata *lagoptalmus*. (Sutejo, 2010)

Penderita diajari cara merawat diri, melakukan pengobatan dan membantu merawat penderita lainnya. Mereka juga diajari mengenali gejala-gejala dini penyakit kusta sehingga tidak sampai mengakibatkan luka dan cacat. (PLKN, 2009)

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Keterlambatan Pengobatan Penyakit Kusta

Keterlambatan pengobatan penyakit kusta dimungkinkan karena adanya beberapa faktor penyebab diantaranya yaitu :

a. Faktor internal

Yaitu faktor yang berasal dari diri sendiri/ diri penderita misalnya :

1. Kekebalan selular

Kekebalan selular yaitu kekebalan yang dimiliki masing masing individu, kekebalan atau imunitas seseorang itu berbeda- beda ada yang kuat dan ada yang rendah, orang yang mempunyai kekebalan tubuh yang rendah dimungkinkan mudah terkena penyakit kusta.

2. Umur

Kebanyakan penelitian melaporkan distribusi penyakit kusta menurut umur berdasarkan prevalensi, hanya sedikit yang

berdasarkan insiden karena pada saat timbulnya penyakit sangat sulit diketahui. Kusta diketahui terjadi pada semua umur berkisar antara bayi sampai umur tua. Namun yang terbanyak adalah pada umur muda dan produktif. (Dep. Kes. RI. 2006)

3. Sikap

a. Pengertian

Sikap adalah merupakan suatu pola perilaku, tendensi dan kesiapan antisipatif, predidposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau secara sederhana, sikap adalah respon terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan (Azwar,2009). Menurut Azwar,2009.

Sikap dapat dibentuk atau dirubah melalui 4 macam cara yaitu:

1). Adopsi

Kejadian atau peristiwa yang terjadi berulang dan terus-menerus, yang lama-kelamaan secara bertahap diserap ke dalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya suatu sikap.

2). Deferensiasi

Dengan berkembangnya intelegensi, bertambahnya pengalaman sejalan bertambahnya usia, maka hal-hal yang tadinya dianggap sejenis, sekarang di pandang tersendiri lepas dari jenisnya terdapat obyek tersebut dapat terbentuk sikap tersendiri pula.

3). Integrasi

Pembentukan sikap disini terjadi secara bertahap, dimulai dengan berbagai pengalaman yang berhubungan dengan suatu hal tertentu.

4). Trauma

Pengalaman yang tiba-tiba mengejutkan, yang meninggalkan kesan mendalam pada jiwa orang yang bersangkutan. Pengalaman yang traumatis dapat menyebabkan terbentuknya sikap komponen.

b. Tingkatan Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan berdasarkan Notoadmojo, 2000:

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

2) Merespon (*Responding*)

Memberi jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti bahwa orang tersebut menerima ide.

3) Menghargai (*valving*)

Mengajak orang untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4). Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah di pilihkan risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c. Komponen Sikap.

Komponen sikap di bagi tiga menurut Notoadmojo, 2003 yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu subyek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu subyek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to be have*)

Ketiga komponen ini secara bersama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam pembentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

4. Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2003) adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

- 1). Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*). Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.
- 2). Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.
- 3). Perilaku kesehatan lingkungan Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

Perilaku sehat adalah segala bentuk pengalaman dan interaksi individu dengan lingkungannya khususnya menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit. Perilaku sehat merupakan pilar paling utama, karena komponen tersebut ternyata sangat berpengaruh terhadap ketiga pilar derajat kesehatan lainnya. Seperti seseorang yang berperilaku sehat maka seseorang tersebut akan menjaga

lingkungannya tetap sehat dan juga dengan berperilaku sehat, seseorang akan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada untuk memelihara kesehatannya. Namun pada kenyataannya di Indonesia hal tersebut seperti bertolak belakang. Peran ilmu pendidikan kesehatan seperti tidak terlalu diperhatikan. Akhirnya kasus kesehatan merebak akhir-akhir ini yang kalau ditelusuri, sebenarnya berawal dari kurangnya pemahaman masyarakat mengenai kesehatan di sekitarnya. Hasil pendidikan kesehatan sering dibuat untuk membuat seseorang merubah perilaku atau gaya hidup yang memberikan petunjuk agar kesehatannya lebih baik dan mempertinggi kualitas hidup. Biasanya bahan tersebut terdiri dari informasi umum kesehatan. Sering dalam bentuk brosur, buku kecil atau leaflet, yang dibuat untuk populasi umum atau sub grup demografi. Walaupun banyak sekali bahan yang dihasilkan adalah secara relatif umumnya mahal dan dapat menyediakan yang berharga. Partisipasi masyarakat dalam aktifitas pembelajaran yang terkait dengan kesehatan dan lingkungan merupakan suatu kesempatan bagi masyarakat untuk memikirkan permasalahan yang mengancam hidupnya. Lewat mekanisme ini mereka dapat mengembangkan mekanisme pertahanan diri atau mengembangkan ide-ide tentang pemecahan permasalahan kesehatan dan gangguan lingkungan. Menguraikan partisipasi masyarakat sebagai suatu pendekatan dan metode keluarga agar memungkinkan masyarakat masyarakat pedesaan untuk

mengekspresikan, meningkatkan, menjaring dan menganalisa pengetahuan mereka tentang hidup dan kondisi mereka untuk merencanakan tindakan. (Sarwono dan Solita, 2007).

b. Faktor Eksternal

Yaitu faktor yang berasal dari luar penderita misalnya :

1. Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan adalah merupakan hasil tahu, ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmojo, 2003).

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan antara lain:

1) Tahu

Tahu dikatakan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

2) Memahami

Yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Apikasi

Yaitu kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

4) Analisis

Yaitu suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen akan tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lainnya.

5) Sintesis

Yaitu suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau suatu kemampuan menyusun suatu formulasi yang ada.

6) Evaluasi

Yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau obyek, baik menggunakan kriteria sendiri maupun memakai kriteria yang sudah ada.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain:

- 1) Tingkat pendidikan yaitu proses menyampaikan materi pendidikan oleh pendidik kepada sasaran guna mencapai perubahan tingkah laku.
- 2) Informasi, apabila seseorang mempunyai sumber informasi yang lebih banyak akan mempunyai pengetahuan lebih luas.

- 3) Budaya yaitu tingkah laku manusia atau kelompok manusia dalam memenuhi kebutuhan yang meliputi sikap dan kepercayaan.
- 4) Pengalaman yaitu sesuatu yang pernah dialami seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bermqanfaat non formal.

d. Pengukuran Pengetahuan

Menurut Notoadmojo, (2000) berdasarkan pengetahuan maka pengukuran pengetahuan dapat diketahui dengan cara orang yang bersangkutan mengungkapkan hal-hal yang diketahui dalam bentuk bukti dan jawaban, baik lisan maupun tulisan. Pertanyaan atau tes dapat digunakan untuk pengukuran pengetahuan secara umum dapat di kelompokkan menjadi dua jenis, yaitu:

- 1). Pertanyaan Subyektif, misalnya pertanyaan uraian.
- 2). Pertanyaan Obyektif, misalnya pertanyaan pilihan ganda (*multiple Choice*), Betul atau salah dan pertanyaan dijawab.

Dari kedua jenis pertanyaan tersebut, pertanyaan obyektif khususnya dengan pilihan ganda lebih disukai untuk dijadikan sebagai alat pengukur karena lebih mudah disesuaikan dengan pengetahuan yang akan diukur dan lebih cepat.

2. Sosial ekonomi

Suatu kenyataan bahwa sebagian besar penderita kusta adalah dari golongan ekonomi lemah. Perkembangan penyakit pada diri

penderita bila tidak ditangani secara cermat dapat menimbulkan cacat dan keadaan ini menjadi halangan bagi penderita kusta dalam kehidupan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan sosial ekonomi mereka, juga tidak dapat berperan dalam pembangunan bangsa dan negara. Penderita kusta 90% tinggal diantara keluarga mereka hanya beberapa pasien saja yang tinggal di Rumah Sakit kusta, koloni penampungan atau perkampungan kusta (www.depkes.go.id, 1999).

3. Lingkungan

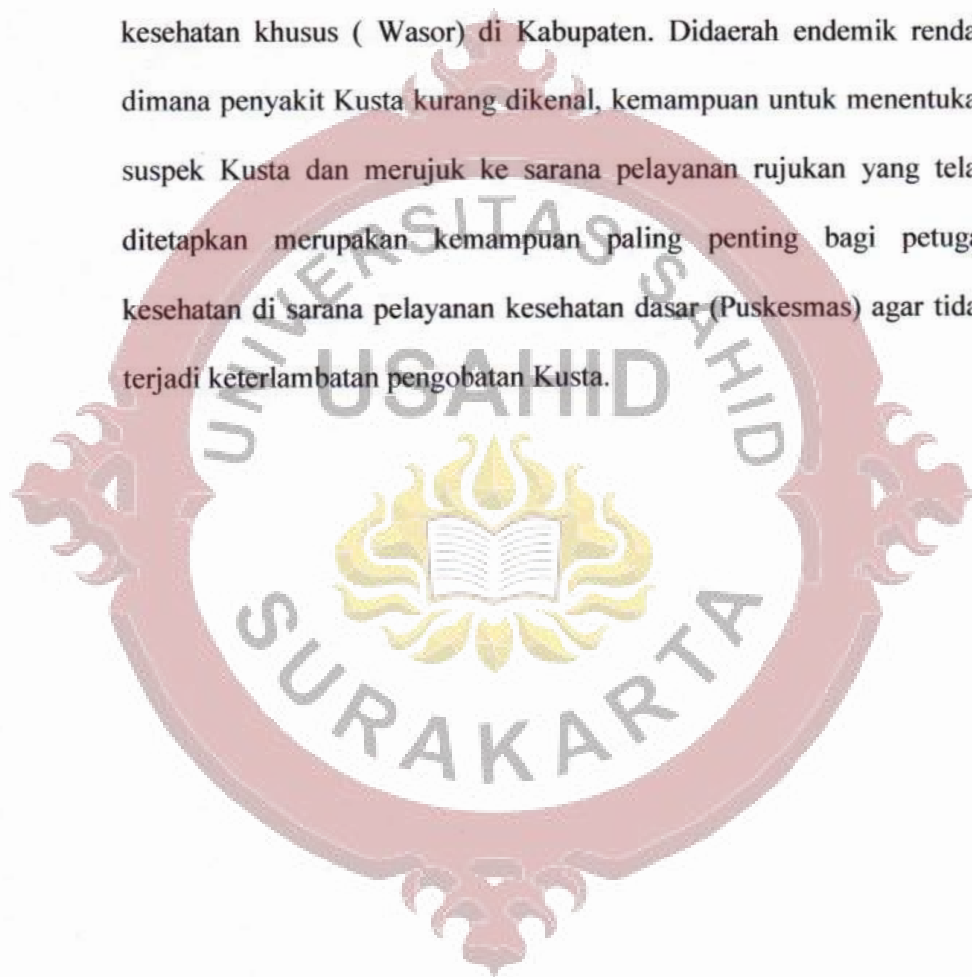
Lingkungan di sekitar penderita kemungkinan besar mempengaruhi penderita dalam mengenal penyakit Kusta dan pengobatannya, lingkungan yang paling dekat dengan penderita yaitu keluarga. Keluarga sangat berpengaruh dalam memberikan dorongan ataupun dukungan untuk melakukan pencegahan penularan salah satunya dengan cara pengobatan sejak dini secara teratur sehingga dapat sembuh tanpa cacat (Fadoli, 2008). Keberadaan kerabat atau keluarga penderita penyakit kusta dalam memberi dukungan akan mengurangi stres yang dialami penderita penyakit kusta (Nugraha, 2009).

4. Jarak tempuh ke sarana kesehatan

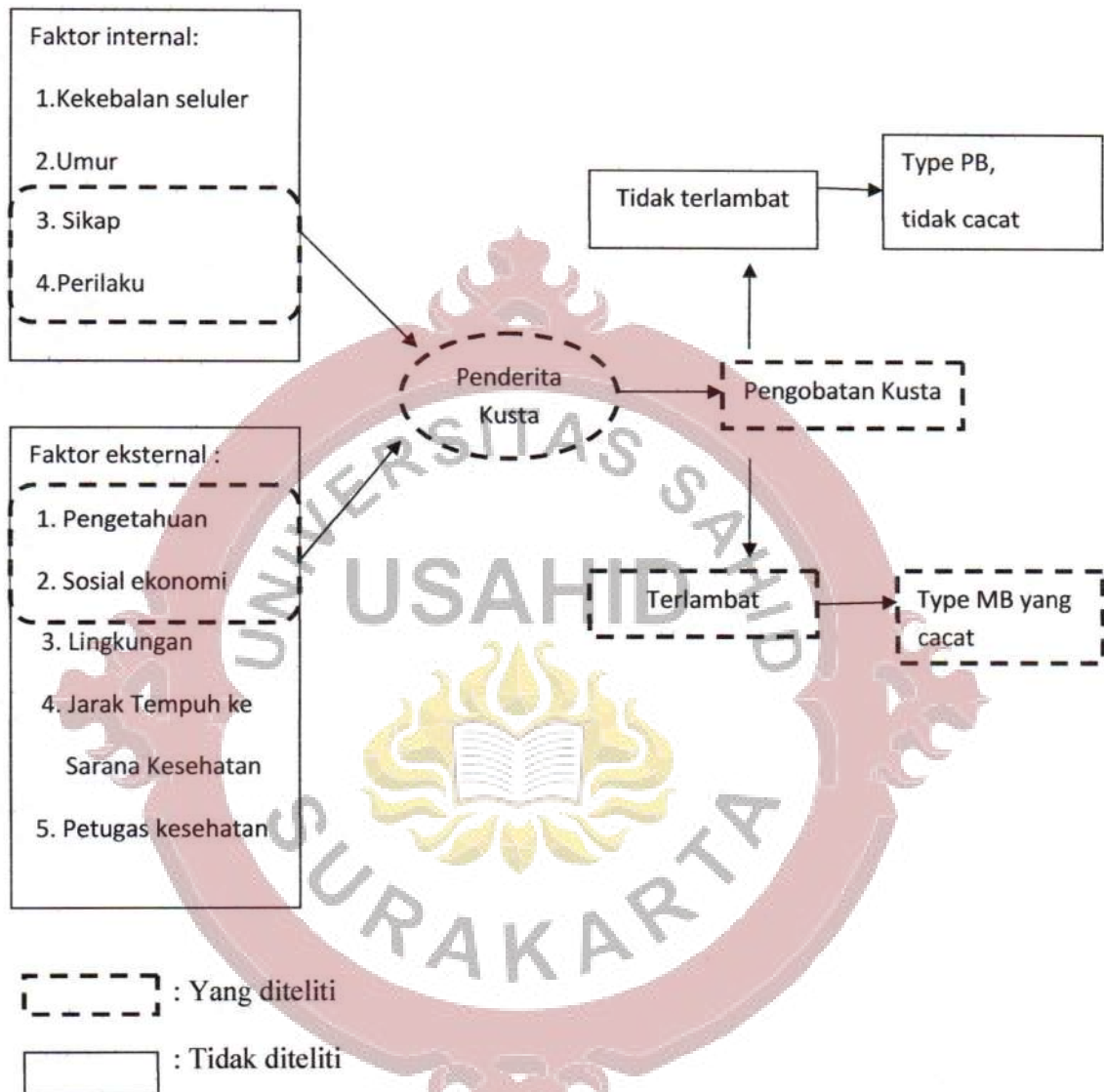
Jarak tempuh dan sarana transportasi dari rumah penderita ke sarana kesehatan kemungkinan mempengaruhi keterlambatan pengobatan kusta, jarak tempuh yang lama dan jauh bisa menyebabkan penderita malas untuk berobat, dan membutuhkan biaya yang mahal untuk transportasinya.

5. Petugas Kesehatan

Tidak semua petugas kesehatan tahu tentang penyakit Kusta dan bisa mendiagnosa penyakit Kusta. Seharusnya petugas kesehatan di pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) harus mampu untuk mendiagnosis dan mengobati Kusta dibawah pengawasan petugas kesehatan khusus (Wasor) di Kabupaten. Didaerah endemik rendah dimana penyakit Kusta kurang dikenal, kemampuan untuk menentukan suspek Kusta dan merujuk ke sarana pelayanan rujukan yang telah ditetapkan merupakan kemampuan paling penting bagi petugas kesehatan di sarana pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) agar tidak terjadi keterlambatan pengobatan Kusta.

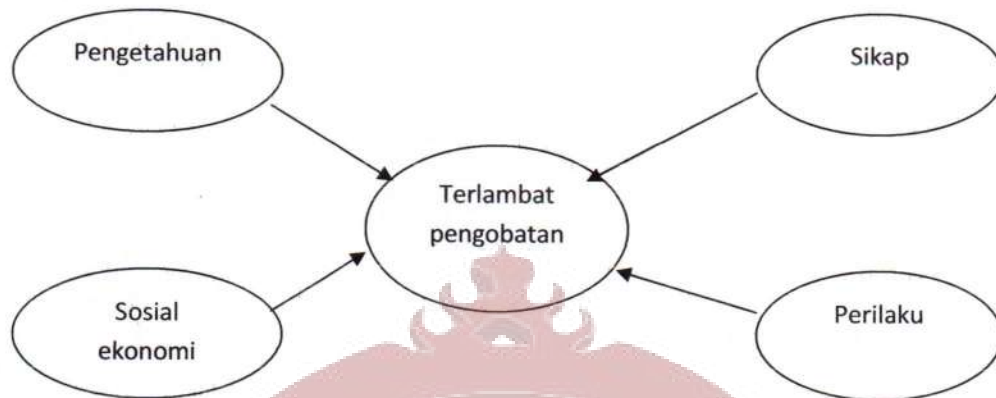


B. Kerangka Teori



Gambar 4

C. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 5

D. Hipotesis

1. Ada pengaruh pengetahuan penderita terhadap keterlambatan pengobatan penyakit Kusta.
2. Ada pengaruh sosial ekonomi penderita terhadap keterlambatan pengobatan penyakit Kusta.
3. Ada pengaruh sikap penderita terhadap keterlambatan pengobatan penyakit Kusta.
4. Ada pengaruh perilaku penderita terhadap keterlambatan pengobatan penyakit Kusta.
5. Ada pengaruh pengetahuan, sosial ekonomi, sikap, dan perilaku terhadap keterlambatan pengobatan penyakit Kusta.