

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu program yang ditetapkan dalam mencapai tujuan dan sasaran pembangunan di bidang kesehatan adalah pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. Penyakit kusta adalah salah satu penyakit menular menahun yang disebabkan *Mycobacterium leprae* yang masih menimbulkan masalah kompleks, bukan dari segi medis tetapi masalah sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional karena dapat menimbulkan kecacatan (Depkes, 2012). Penyakit kusta pada umumnya terdapat di Negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan Negara tersebut dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial, ekonomi pada masyarakat.

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2013) jumlah kasus penderita kusta di dunia pada tiga bulan pertama di tahun 2013 terdaftar sebanyak 189.018 kasus sementara jumlah kasus baru yang terdeteksi pada tahun 2012 sebanyak 232.857 kasus. Berdasarkan data resmi dari Departemen Kesehatan di Negara yang memiliki wilayah endemik, deteksi penyakit kusta yang dilakukan setiap tahun secara global menunjukkan penurunan kasus sejak tahun 2001. Lebih dari 46% terjadi penurunan jumlah kasus. Pada tahun 2004 ditemukan sebanyak 407.791 kasus baru dan terus mengalami penurunan menjadi 228.474 kasus pada tahun 2010 dan sebanyak 219.075 pada tahun 2011. Adapun kisaran proporsi insiden kusta di berbagai benua antara lain di benua Afrika, sebanyak 61,72% terdapat di Kongo dan sebanyak 99,21% di Kenya. Di wilayah Amerika sebanyak

40,88% terdapat di Brazil dan sebanyak 83,065 di Kuba. Di Wilayah Asia Tenggara, ditemukan di Bangladesh sebanyak 42,33% dan di Indonesia sebanyak 80,96%. Di wilayah Timur Mediterania terdapat 61,95% insiden kusta di yaman dan sebanyak 88,38% di Mesir sedangkan di wilayah pasifik barat proporsinya berkisar antara 29,67% di Kiribati dan sebanyak 93,92% terdapat di Filipina.

Menurut WHO kecacatan yang ditimbulkan pada penyakit kusta baik pada mata maupun pada tangan dan kaki dapat dibedakan atas tiga tingkatan yaitu pada tingkat 0 tidak ada kelainan dan tidak ada anestesi, tidak ada cacat yang kelihatan. Pada cacat tingkat 1 terjadi kelainan pada mata tetapi tidak kelihatan dan penglihatan sedikit berkurang ($> 6/60$) sedangkan pada telapak tangan/ kaki ada anestesi tetapi tidak ada cacat/ kerusakan yang kelihatan dan pada cacat tingkat 2 pada bagian mata ada lagophthalmus, penglihatan yang sangat terganggu ($< 6/60$) sedangkan pada telapak tangan/ kaki ada cacat/ kerusakan yang kelihatan, misalnya: ulkus, jari-jari kiting, kaki semper (Depkes, 2012).

Khusus untuk regional Asia Tenggara, situasi kusta pada akhir Tahun 2011, di India penemuan penderita baru sebanyak 127.295, di Bangladesh jumlah penemuan penderita baru adalah 3.970 kasus, sedangkan di Indonesia, dari jumlah penderita baru 20.023 kasus. Pada Tahun 2013 masih 13 provinsi yang belum mencapai Eliminasi. Ke 13 provinsi itu adalah Sulawesi Utara, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, DKI, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, NTT, Maluku, Maluku Utara, dan Papua. Indikator lain dalam penanggulangan kusta di Indonesia adalah angka proporsi kecacatan dan proporsi anak (kurang dari 15 tahun) di antara kasus baru sebesar

5%. Proporsi kecacatan tingkat 2 di Indonesia tahun 2011 sebesar 10,11% dan proporsi penderita anak diantara kasus baru sebesar 12,25%(Depkes, 2012).

Situasi kasus kusta di Provinsi Gorontalo pada tahun 2016 berdasarkan kasus penderita baru berjumlah 177 (100%) penderita yang tersebar di 6 Kabupaten/Kota. Masing-masing 40 (23%) penderita di Kota Gorontalo, 69 (39%) penderita di Kabupaten Gorontalo, 20 (11%) penderita di Kabupaten Bualemo, 7 (4%) penderita di Kabupaten Pohuwato, 24 (14%) penderita di Kabupaten Bonebolango dan 17 (10%) penderita di Kabupaten Gorontalo Utara. Berdasarkan tingkat kecacatan penderita kusta, bahwa di Kota Gorontalo banyak penderita kusta yang sudah cacat. Diantaranya 31 penderita cacat tingkat 0, 6 penderita cacat tingkat I, dan 3 penderita cacat tingkat II (Dinkes, 2017).

Jenis pekerjaan mayoritas penderita kusta adalah buruh, petani dan tukang bontor, sedangkan pekerjaan minoritas penderita kusta adalah pegawai negeri sipil (Suharyanto, 2005). Wisnu dan Hadilukito (2010), menyatakan bahwa pekerjaan yang berat dan kasar dapat mengakibatkan kerusakan jaringan kulit dan saraf semakin parah.

Faktor yang berhubungan dengan tingkat kecacatan kusta antara lain jenis kelamin karena tingkat kecacatan cenderung lebih terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Hal ini berkaitan dengan pekerjaan, kebiasaan keluar rumah dan merokok. Pendidikan jugamerupakan salah satu faktor penyebab terjadinya kecacatan kusta. Sebab rendahnya tingkat pendidikan dapat mengakibatkan lambatnya pencarian pengobatan dan diagnosis penyakit. Sejalan

dengan penelitian oleh Nugroho Susanto tahun 2006, bahwa pendidikan berhubungan dengan tingkat kecacatan kusta.

Menentukan dan mengobati dengan tepat merupakan salah satu aspek pencegahan cacat yang penting dan juga rendahnya pengetahuan tentang penyakit kusta dapat menimbulkan stigma yang negatif terhadap penyakit kusta. Stigma yang buruk disebabkan kecacatan fisik yang tampak jelas pada penderita kusta dan tidak mengetahui akibat buruk yang akan ditimbulkan oleh penyakit kusta.

Adapun salah satu faktor yang dapat mengakibatkan kecacatan pada penderita kusta yaitu keteraturan berobat. Yang sering menjadi alasan penderita yang tidak teratur berobat yaitu jarak atau jauhnya rumah penderita terhadap fasilitas kesehatan, terutama bagi penderita yang tempat tinggalnya tidak dapat dilalui kendaraan, pengobatan yang lama, efek samping obat, serta kurangnya penerimaan penderita terhadap motivasi yang diberikan oleh keluarga dan petugas kesehatan. Dan juga status gizi penderita juga merupakan salah satu penyebab kecacatan pada penderita kusta. Sebab walaupun penderita sudah melakukan pengobatan secara teratur tetapi status gizinya tidak baik, maka dapat memperparah keadaan cacatnya (Zulkifli, 2013).

Menurut Martodiharjo (2013) Untuk menanggulangi masalah yang ada tersebut maka diharapkan agar penderita dapat ditemukan sedini mungkin dan mendapatkan pengobatan sampai selesai (*RFT = Release From Treatment*) sehingga rantai penularan kusta dapat diputuskan. Kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan adalah penemuan penderita baik secara pasif (*Passive Case Finding*) maupun secara aktif (*Active Case Finding*), pemberian pengobatan

dengan MDT (*Multi Drugs Treatment*), pemantauan pengobatan penderita oleh keluarga maupun petugas kesehatan (*Case Holding*), penyuluhan perorangan maupun masyarakat (karena masih tingginya stigma di masyarakat), serta rehabilitasi untuk penderita yang sudah cacat.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Tingkat Kecacatan pada Penderita Kusta di Kota Gorontalo”.

1.2 Identifikasi Masalah

1. Berdasarkan data yang didapatkan, bahwa masih tingginya jumlah penderita cacat kusta yang terdeteksi di Kota Gorontalo dengan jumlah 40 orang (23%) dengan kasus cacat kusta tingkat 0, I dan II.
2. Berdasarkan hasil observasi awal di wilayah Isimu Raya dalam bentuk wawancara bahwasannya faktor-faktor seperti jenis kelamin, pendidikan, keteraturan berobat dan status gizi ada hubungannya dengan kecacatan pada penderita kusta.
3. Masih kurangnya pengetahuan dari penderita maupun dari pihak keluarga itu sendiri terkait dengan bahayanya penyakit kusta yang menular.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Faktor Risiko apasajakah yang Berhubungan dengan Tingkat Kecacatan Pada Penderita Kusta di Kota Gorontalo?”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui faktor risiko yang berhubungan dengan tingkat kecacatan pada penderita kusta di Kota Gorontalo.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui hubungan tingkat kecacatan pada penderita kusta berdasarkan Jenis Kelamin
2. Untuk mengetahui hubungan tingkat kecacatan pada penderita kusta berdasarkan Pendidikan.
3. Untuk mengetahui hubungan tingkat kecacatan pada penderita kusta berdasarkan Pengetahuan.
4. Untuk mengetahui hubungan tingkat kecacatan pada penderita kusta berdasarkan Keteraturan Berobat.
5. Untuk mengetahui hubungan tingkat kecacatan pada penderita kusta berdasarkan Status Gizi.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumbangan ilmiah dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan serta merupakan bahan acuan bagi peneliti selanjutnya.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Untuk mengembangkan penalaran, membentuk pola pikir dinamis sekaligus untuk mengetahui kemampuan penulis dalam menerapkan ilmu yang diperoleh.
2. Untuk mengembangkan dan menambah wawasan penderita mengenai pentingnya menanggulangi penyakit kusta sampai mengakibatkan kecacatan.