



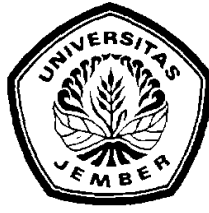
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN DEPRESI  
PENDERITA KUSTA DI DUA WILAYAH TERTINGGI  
KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Superzeki Zaidatul Fadilah  
NIM 092310101022**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2013**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN DEPRESI  
PENDERITA KUSTA DI DUA WILAYAH TERTINGGI  
KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Superzeki Zaidatul Fadilah  
NIM 092310101022**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2013**

## **SKRIPSI**

# **HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN DEPRESI PENDERITA KUSTA DI DUA WILAYAH TERTINGGI KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**

oleh

Superzeki Zaidatul Fadilah  
NIM. 092310101022

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep J.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Anisah Ardiana, M.Kep

## **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. ALLAH SWT, sujud syukur aku persembahkan kepadaMu sehingga aku dapat menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan dengan baik, berkat limpahan rahmat dan ridhoMu yang membuat aku tabah menjalani semua kehidupan ini;
2. Buat kedua orang tuaku, ayahanda Muhajir dan Ibunda Kiptiyah yang menjadi motivator dalam pencapaian gelar sarjanaku, dan tidak pernah bosan mencurahkan perhatian, doa serta pengorbanan baik moral maupun materiil, terima kasih untuk kasih sayang dan ketulusan doamu selama ini serta aku bangga menjadi putrimu;
3. Buat kakak-kakakku, Habib Ihsan Zuhri, Hawin Qoni' Masuroh dan Siti lailinnazah yang selalu senantiasa memberikan dukungan dan semangat ketika aku menghadapi masalah dan selalu mendorongku untuk terus berusaha;
4. Buat Hendrik Gontor Putra yang tak henti-hentinya mendukung, membuat aku semangat menjalani proses studi ini, terimakasih telah bersedia menjadi tiang sandaranku ketika aku sedang dalam masalah dan mulai lelah hingga aku bisa semangat lagi untuk menggapai impianku;
5. Terimakasih buat pembimbing skripsiku Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep J. dan Ns. Anisah Ardiana, M.Kep yang senantiasa memberikan bimbingan serta semangat untuk selesainya skripsi ini;
6. Bapak Ibu Guruku di TK Khodijah 31, SDN 5 Jambewangi, SMP 2 Genteng, SMA N 1 Genteng dan Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang saya banggakan, terima kasih ilmu yang telah Bapak Ibu Guru berikan selama ini.

## MOTO

Dan Kami telah menghilangkan daripadamu bebanmu, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai dari suatu urusan kerjakanlah dengan sungguh-sungguh urusan yang lain, dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap.

(Al QS. Alam Nasyrah: 2;6;7;8) <sup>1</sup>

Kesulitan adalah tanda bahwa Tuhan percaya kita bisa oleh karenanya kita diharuskan membangun kekuatan untuk menundukkan kesulitan.

(Mario Teguh)<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

<sup>2</sup> Teguh, M. 2009. *Life Changer Menjadi Pengubah Hidup*. Jakarta: Mario Teguh Publishing House.

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Superzeki Zaidatul Fadilah

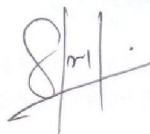
NIM : 092310101022

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari ini tidak benar.

Jember, 30 Agustus 2013

Yang menyatakan,



Superzeki Zaidatul Fadilah  
NIM 092310101022

## PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

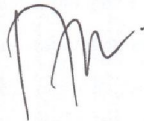
hari : Jum'at  
tanggal : 30 Agustus 2013  
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji  
Ketua




Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep J.  
NIP 19811028 200604 2 002

Anggota I



Ns. Anisah Ardiana, M.Kep  
NIP 19800417 200604 2 002

Anggota II



Ns. Dini Kurniawati, S.Kep, M.Psi  
NIP 19820128200801 2 012

Mengesahkan  
Ketua Program Studi,



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ.  
NIP 19490610 198203 1 001

*Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember (The Correlation of Family Support And the Depression of Leprosy Patients at Two Top Regional Leprosy At Jember Regency)*

**Superzeki Zaidatul Fadilah**

*Nursing Science Study Program, Jember University*

***ABSTRACT***

*Depression is the most common psychiatric disorders in patients suffering leprosy. Thus a form of treatment to overcome that family support. The purpose of this research was to know the correlation between family support and the depression of leprosy patients at two top regional leprosy In Jember Regency. This research use analysis survey method with cross sectional approach.. the sample consisted of 38 respondents. The results of calculations with the statistical test using the simple linear regression test in p value 0.000. The results of this study indicate that there is a significant correlation between family support and the depression of leprosy patients at two top regional leprosy In Jember Regency. Strength of correlation obtained ( $r = -0.649$ ), which indicates there is a strong relationship between family support and depression with patterned negative correlation means that the greater the family support, the smaller depression experienced by people with leprosy.*

**Keywords:** *family support, depression, leprosy*



## RINGKASAN

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember;** Superzeki Zaidatul Fadilah, 092310101022; 2013: 165 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Kusta (*Morbus hansen*) merupakan suatu penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang syaraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, membran mukosa, saluran pernafasan bagian atas, mata, dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat. Tingginya angka kejadian kusta di Kabupaten Jember akan menimbulkan dampak bagi penderita kusta pada aspek mental yaitu akan mengalami perasaan malu serta depresi. Depresi merupakan gangguan kejiwaan yang paling umum di derita penderita kusta. Sehingga diperlukan suatu penatalaksanaan untuk mengatasinya yaitu berupa dukungan keluarga. Keluarga merupakan unit yang paling kecil dan paling dekat dengan penderita kusta, yang mampu memberikan perawatan, sehingga peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan dukungan dalam menjalani pengobatan dan perawatan. Hasil studi pendahuluan mengenai pengukuran terhadap depresi untuk mengetahui gambaran depresi pada penderita kusta dengan menggunakan alat ukur lembar kuesioner yang diadopsi dari *Zung Self-Rating Depression Scale* (ZSDS) yang berjumlah 20 pertanyaan didapatkan 5 penderita kusta mengalami depresi ringan, 3 penderita kusta mengalami depresi sedang dan 2 penderita kusta dalam kondisi normal.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Desain dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan jenis penelitian yang dilakukan adalah deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasinya adalah penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Ajung sebanyak 27 orang dan Puskesmas Kecamatan

Sumberbaru sebanyak 21 orang, sehingga didapatkan total jumlah populasi sebanyak 48 orang. Besar total sampel dalam penelitian ini adalah 38 orang. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *purposive sampling*. Tempat pengambilan data dilaksanakan di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru dan juga pengambilan data akan dilakukan dengan mendatangi tempat tinggal sampel dari rumah ke rumah. Teknik yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan uji *Alpha Cronbach*.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa rata-rata nilai dukungan keluarga responden pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 119,39. Rata-rata nilai depresi responden pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 43,50.

Hasil perhitungan uji statistik dengan menggunakan uji regresi linear sederhana yaitu  $p \text{ value } (0,000) < \alpha (0,05)$ , hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis penelitian diterima yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Kekuatan korelasi yang diperoleh sebesar ( $r = -0,649$ ) yang menunjukkan ada hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dengan depresi dan nilai korelasi berpola negatif artinya semakin besar dukungan keluarga maka semakin kecil depresi yang dialami oleh penderita kusta. Nilai koefisien determinasi sebesar 0,421 artinya sebesar 42,1% variabel dukungan keluarga mempunyai sumbangan terhadap variabel depresi dan sisanya sebesar 57,9% depresi penderita kusta dipengaruhi oleh faktor lain selain dukungan keluarga yaitu usia, jenis kelamin, suku, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan kepala keluarga, kepemilikan asuransi kesehatan, lama menderita kusta, tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin kusta. Saran yang dapat diberikan adalah petugas kesehatan sebaiknya lebih memaksimalkan kegiatan *screening* depresi pada penderita kusta.

## PRAKATA

Assalamu'alaikum wr.wb,

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Sujono Kardis, Sp. KJ, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep J. selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Anisah Ardiana, M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran dan perhatian untuk membimbing dan memberikan masukan serta saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Petugas Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru yang telah membantu dalam proses penelitian;
4. seluruh dosen, staf dan karyawan yang telah memberikan dukungan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
5. seluruh keluarga terutama kedua orang tua saya yang telah memberikan do'a, inspirasi, semangat, motivasi, dan materi yang sungguh luar biasa agar berusaha lebih baik demi terselesaikannya skripsi ini;
6. buat Annies Alfie A., terimakasih sudah bersedia menjadi temanku dalam suka maupun duka, dan teman-teman PSIK angkatan 2009 yang telah memberikan bantuan dan semangat selama penyusunan skripsi ini;
7. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini belum sempurna, masih terdapat banyak kekurangan dan kelemahan dalam skripsi ini, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca guna mendapatkan hasil yang lebih sempurna dan bermanfaat. Akhirnya penulis mengharapkan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua Amin.

Wassalamu'alaikum wr.wb

Jember, 30 Agustus 2013

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>ix</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 Tujuan</b> .....	<b>9</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	9
1.3.2 Tujuan Khusus .....	9
<b>1.4 Manfaat</b> .....	<b>10</b>
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti .....	10
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan .....	10
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan .....	10
1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat .....	11
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>11</b>

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Kusta.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Pengertian .....	13
2.1.2 Penyebab .....	14
2.1.3 Cara Penularan .....	14
2.1.4 Tanda dan gejala .....	15
2.1.5 Klasifikasi .....	16
2.1.6 Dampak Kusta.....	17
<b>2.2 Depresi .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Pengertian .....	21
2.2.2 Penyebab.....	22
2.2.3 Gambaran klinis .....	27
2.2.4 Tingkat depresi.....	28
2.2.5 Skala Penilaian depresi .....	30
<b>2.3 Keluarga .....</b>	<b>31</b>
2.3.1 Pengertian .....	31
2.3.2 Fungsi keluarga.....	32
2.3.3 Dukungan keluarga.....	33
<b>2.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi         Penderita Kusta .....</b>	<b>38</b>
<b>2.5 Kerangka Teori .....</b>	<b>39</b>
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>42</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Desain Penelitian .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>43</b>
4.2.1 Populasi Penelitian .....	43
4.2.2 Sampel Penelitian .....	44
4.2.3 Teknik Sampling.....	45
4.2.4 Kriteria subjek Penelitian.....	46

<b>4.3 Lokasi Penelitian .....</b>	<b>46</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>	<b>47</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>47</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>48</b>
4.6.1 Sumber Data .....	48
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	49
4.6.3 Alat Pengumpulan data .....	49
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	52
<b>4.7 Pengolahan Data.....</b>	<b>56</b>
4.7.1 <i>Editing</i> .....	56
4.7.2 <i>Coding</i> .....	56
4.7.3 <i>Entry</i> .....	58
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	58
<b>4.8 Analisa Data .....</b>	<b>59</b>
4.8.1 Analisa Univariat.....	59
4.8.2 Analisa Bivariat .....	60
<b>4.9 Etika Penelitian .....</b>	<b>60</b>
4.9.1 <i>Informed Consent</i> (Persetujuan Riset).....	60
4.9.2 Kerahasiaan.....	61
4.9.3 Anonimitas .....	61
4.9.4 Keadilan .....	61
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>62</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>64</b>
5.1.1 Analisis Univariat .....	64
5.1.2 Analisis Bivariat .....	74
<b>5.2 Pembahasan .....</b>	<b>75</b>
5.2.1 Karakteristik Responden Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember .....	75
5.2.2 Karakteristik Penyakit Kusta Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember .....	83

5.2.3 Dukungan Keluarga Pada Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember .....	87
5.2.4 Depresi Pada Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember.....	94
5.2.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Pada Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember ..	96
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>102</b>
5.3.1 Bahasa .....	102
5.3.2 Data sekunder yang tidak lengkap .....	103
5.3.3 Instrumen.....	103
<b>BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>104</b>
6.1 Kesimpulan .....	104
6.2 Saran .....	105
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>107</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>113</b>



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Kusta Berdasarkan skala Ridley dan Jopling .....	17
Tabel 2.2 Tingkat Kecacatan Kusta .....	18
Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	47
Tabel 4.2 <i>Blue print</i> kuesioner penelitian .....	52
Tabel 4.3 Perbedaan <i>blue print</i> kuesioner penelitian sebelum dan sesudah uji validitas .....	53
Tabel 5.1 Distribusi responden menurut usia dan penghasilan kepala keluarga.....	64
Tabel 5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, suku, pekerjaan, dan kepemilikan asuransi.....	66
Tabel 5.3 Distribusi responden menurut lama menderita kusta .....	67
Tabel 5.4 Distribusi responden menurut karakteristik kusta .....	69
Tabel 5.5 Distribusi responden menurut dukungan keluarga .....	70
Tabel 5.6 Distribusi responden menurut indikator-indikator dukungan Keluarga.....	71
Tabel 5.7 Distribusi responden menurut nilai depresi .....	73
Tabel 5.8 Analisis Korelasi dan Regresi Dukungan Keluarga Dengan Depresi .....	74

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	40
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	41
Gambar 5.1 Persamaan Regresi Depresi.....	75

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i> .....	114
B. Lembar <i>Consent</i> .....	115
C. Lembar Data Responden .....	116
D. Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga.....	118
E. Lembar Kuesioner Tingkat Depresi .....	122
F. Data mentah.....	124
G. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas .....	126
H. Hasil Analisis Data .....	130
I. Dokumentasi .....	151
J. Surat Rekomendasi .....	153
K. Surat Ijin .....	160

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

Bab ini akan menjelaskan mengenai latar belakang pengambilan judul, rumusan masalah, tujuan penelitian yang terdiri dari tujuan umum dan khusus, manfaat penelitian serta keaslian penelitian yang berhubungan dengan penelitian sekarang yaitu hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember.

### **1.1 Latar Belakang**

Kusta (*Morbus hansen*) merupakan suatu penyakit infeksi kronik yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang syaraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, membran mukosa, saluran pernafasan bagian atas, mata, dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat (Harahap, 2000). Penderita kusta dapat disembuhkan, namun bila tidak dilakukan penatalaksanaan dengan tepat akan beresiko menyebabkan kecacatan pada syaraf motorik, otonom atau sensorik (Kafiluddin, 2010). Penyakit kusta termasuk dalam salah satu daftar penyakit menular yang angka kejadiannya masih tetap tinggi di negara-negara berkembang terutama di wilayah tropis (*Weekly Epidemiological Report World Health Organization*, 2011).

Angka kejadian kusta dari tahun ke tahun sudah menunjukkan penurunan, namun angka tersebut masih tetap tergolong tinggi (WHO, 2010). Tahun 2009 jumlah penderita kusta di dunia yang terdeteksi sebanyak 213.036 orang, tahun 2010 sebanyak 228.474 orang, tahun 2011 sebanyak 192.246 orang dan tahun

2012 sebanyak 181.941 orang (*Weekly Epidemiological Report World Health Organization*, 2011; WHO, 2012). Indonesia dengan jumlah sebanyak 21.026 kasus menempati peringkat ketiga jumlah kasus kusta terbanyak di dunia setelah India dan Brazil (Kurniawan, 2011; Dinas Komunikasi dan Informatika Pemerintah Jawa Timur, 2012).

Indonesia merupakan negara yang memiliki angka penyebaran penyakit kusta cukup tinggi (Amiruddin, 2006). Tercatat pada tahun 2009 ditemukan penderita kusta sebanyak 21.026 orang, tahun 2010 sebanyak 20.329 orang, tahun 2011 sebanyak 20.023 orang dan tahun 2012 sebanyak 23.169 orang (*Weekly Epidemiological Report World Health Organization*, 2011; jurnas, 2013). Daerah di Indonesia yang termasuk dalam endemis kusta yaitu Aceh, Jawa, Sulawesi Selatan, Maluku Utara, dan Papua (Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2009). Sepertiga lebih dari total jumlah penderita kusta nasional berada di Provinsi Jawa Timur (Citra, 2010; Dinas Kominfo Provinsi Jatim, 2012).

Provinsi Jawa Timur terdiri dari 38 kabupaten, salah satunya yaitu Kabupaten Jember yang menduduki peringkat 12 jumlah penderita kusta terbanyak di Provinsi Jawa Timur. Kabupaten Jember terdiri dari 49 kecamatan dengan dengan jumlah warga Kabupaten Jember yang terdeteksi menderita kusta pada tahun 2008 sebanyak 951 orang, tahun 2009 sebanyak 736 orang, tahun 2011 sebanyak 376 orang dan tahun 2012 sebanyak 370 orang (Dinas kesehatan Jember, 2012). Lima wilayah peringkat kusta tertinggi di Kabupaten Jember pada tahun 2012 yaitu Kecamatan Sumberbaru sebanyak 24 orang, Kecamatan Ajung

sebanyak 20 orang, Kecamatan Curahnongko sebanyak 20 orang, Kecamatan Wuluhan sebanyak 18 orang dan Kecamatan Gumukmas sebanyak 13 orang (Dinas kesehatan Jember, 2012).

Tingginya angka kejadian kusta di Kabupaten Jember akan menimbulkan dampak bagi penderita kusta, keluarga dan masyarakat. Dampak yang timbul pada penderita kusta yaitu pada aspek fisik penderita akan mengalami kecacatan, pada aspek mental penderita kusta akan mengalami perasaan malu serta depresi, pada aspek ekonomi penderita kusta cenderung kehilangan pekerjaan dan mengalami kemiskinan dan pada aspek sosial yaitu penderita kusta dikucilkan dan diabaikan oleh masyarakat (Kaur & Van Brakel, 2002). Dampak yang timbul pada keluarga yaitu keluarga menjadi panik, segera mencari pertolongan ke dukun, takut tertular penyakit kusta, merasa takut diasingkan oleh masyarakat dan keluarga akan mengalami masalah ekonomi (Zulkifli, 2003). Dampak yang timbul pada masyarakat yaitu merasa jijik terhadap penderita kusta, menjauhi penderita kusta dan keluarganya, dan merasa terganggu dengan adanya penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002). Perilaku masyarakat cenderung mengucilkan dan isolasi sosial kepada penderita kusta sehingga menyebabkan stress dan depresi pada penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002).

Depresi merupakan gangguan kejiwaan yang paling umum di derita penderita kusta (Senturk & Sagduyu, 2004). Depresi adalah suatu kondisi terganggunya aktivitas kehidupan selama dua minggu atau lebih yang berhubungan dengan alam perasaan yang sedih, diikuti dengan gejala penyertanya, termasuk gangguan pola tidur, gangguan nafsu makan, gangguan

psikomotor, gangguan konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri (Videbeck, 2008). Penelitian WHO pada tahun 2000 memperlihatkan bahwa depresi merupakan kontributor ke empat dari beban penyakit global (global burden of disease). Tahun 2020 diperkirakan depresi akan menanjak menempati ranking ke dua dari beban penyakit global yang menyerang semua umur, baik laki-laki maupun perempuan. Tahun 2030 diperkirakan depresi akan menjadi penyebab utama bagi gangguan kesehatan (WHO, 2011 dalam Fitri, 2011). Menurut Yosep (2009) penyebab depresi adalah trauma fisik seperti penyakit infeksi, pembedahan, kecelakaan, persalinan, serta faktor psikis seperti kehilangan kasih sayang atau harga diri. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa gangguan mental yang dialami oleh sebagian besar penderita kusta adalah depresi (Siagian *et al.*, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Susanto, (2010) mendapatkan hasil bahwa penderita kusta merasa sedih dan kecewa pada diri sendiri saat mendapatkan diagnosa kusta. Perasaan sedih dan kecewa tersebut merupakan respon terhadap depresi yang sedang dialami yang ditunjukkan dengan sikap putus asa, menarik diri dan kesedihan yang mendalam. Penelitian lain yang dilakukan oleh Tsutsumi *et al.*, (2003) di Bangladesh, menunjukan hasil bahwa kelompok penderita kusta mengalami depresi lebih berat daripada kelompok perbandingan. Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa penyebab depresi pada penderita kusta yaitu penderita kusta mendapat hinaan secara fisik oleh masyarakat, penderita kusta merasa bahwa dirinya aneh bagi masyarakat, dan adanya stigma yang negatif dari masyarakat. Masyarakat beranggapan bahwa penyakit kusta

merupakan penyakit menular yang berbahaya, penyakit keturunan, penyakit kutukan, sehingga masyarakat merasa jijik dan takut pada penderita kusta terutama yang mengalami kecacatan (Depkes, 2006). Tingginya jumlah pasien kusta yang mengalami depresi merupakan akibat adanya penolakan sosial masyarakat dan juga penderita kusta yang tidak bisa menerima keadaan cacat tubuhnya sehingga penderita kusta mengalami kecemasan, keputusasaan dan perasaan depresi (Siagian *et al*, 2009).

Dampak depresi sangat besar pada penderita kusta, menurut Siagian *et al.*, (2009), depresi mempunyai pengaruh lebih besar terhadap penurunan kualitas hidup penderita kusta di poliklinik kulit dan kelamin RSUP DR Sardjito Yogyakarta dibandingkan dengan kecacatan tubuhnya, maka diperlukan suatu penatalaksanaan untuk mengatasinya. Salah satunya yaitu berupa dukungan keluarga. Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam proses pengobatan, karena keluarga bisa memberikan dorongan baik dari segi fisik maupun segi psikologis untuk penderita.

Keluarga merupakan unit yang paling kecil dan paling dekat dengan penderita kusta, yang mampu memberikan perawatan, sehingga peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan dukungan dalam menjalani pengobatan dan perawatan (Mongi, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Prastiwi, (2010 dalam Mongi 2012) menunjukkan hasil bahwa keluarga memberikan dukungan yang tinggi kepada penderita kusta yaitu sebesar 44, 1 %. Dukungan keluarga berdampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan individu, yang berhubungan



dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, meningkatnya fungsi kognitif dan kesehatan emosi individu (Setiadi, 2008).

Beberapa penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan penelitian hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta yaitu penelitian yang dilakukan oleh Toha pada tahun 2007. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan persepsi dukungan keluarga dengan kepatuhan penderita kusta dalam menjalani pengobatan MDT. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita kusta dalam menjalani pengobatan MDT. Penelitian kedua yaitu dilakukan oleh Ratih pada tahun 2008 tentang gambaran gangguan jiwa pada penderita kusta Di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Periode Januari 2008-April 2008. Hasil penelitian menunjukkan frekuensi gangguan jiwa pada penderita kusta sebesar 33,2 % dengan jenis gangguan jiwa yang muncul yaitu gangguan depresi sebesar 66,6 %.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Ajung berdasarkan wawancara dengan penanggung jawab program kusta didapatkan yaitu jumlah penderita kusta yang terdaftar hingga akhir bulan Maret tahun 2013 adalah sebanyak 27 penderita kusta. Hasil wawancara yang dilakukan pada 5 penderita kusta diperoleh data bahwa 4 dari 5 penderita kusta menyatakan perasaan sedih karena menderita kusta, sehingga kurang bersemangat dalam beraktivitas terutama bersosialisasi dengan masyarakat, 3 dari 5 penderita kusta mengeluhkan mudah lelah ketika sedikit saja melakukan aktivitas dan 3 dari 5 penderita kusta mengatakan sulit untuk tidur di malam hari. Peneliti juga

melakukan pengukuran terhadap depresi untuk mengetahui gambaran depresi pada penderita kusta dengan menggunakan alat ukur lembar kuesioner yang diadopsi dari *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)* yang berjumlah 20 pertanyaan. Hasil pengukuran depresi menunjukkan bahwa 2 penderita kusta mengalami depresi ringan, 2 penderita kusta mengalami depresi sedang dan 1 penderita kusta dalam kondisi normal. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti tentang persepsi penderita kusta mengenai dukungan keluarganya didapatkan hasil yaitu 3 penderita kusta mengatakan tidak pernah diantar oleh keluarga jika ingin mengambil obat di puskesmas, sedangkan 2 penderita kusta menyatakan kadang-kadang diantar oleh keluarga. Salah satu penderita kusta juga mengatakan bahwa keluarganya sudah tidak perhatian lagi, keluarganya tidak lagi mau memeluk seperti dulu sebelum menderita kusta dan keluarga jarang mau mendengarkan curahan hati klien.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru didapatkan data yang hampir sama dengan hasil studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Ajung. Jumlah penderita kusta yang terdaftar di Puskesmas Sumberbaru adalah sebanyak 24 orang. Hasil wawancara yang dilakukan pada 5 penderita kusta diperoleh hasil bahwa 4 dari 5 penderita kusta merasa sedih karena menderita kusta, sehingga jarang bersosialisasi dengan masyarakat, 3 dari 5 penderita kusta merasa mudah lelah, dan 3 dari 5 penderita kusta mengatakan mengalami kesulitan saat akan memulai tidur di malam hari. Hasil pengukuran depresi dengan menggunakan alat ukur lembar kuesioner yang diadopsi dari *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)* yang berjumlah 20

pertanyaan didapatkan data bahwa 3 penderita kusta mengalami depresi ringan, 1 penderita kusta mengalami depresi sedang dan 1 penderita kusta dalam kondisi tidak depresi. Hasil studi pendahuluan mengenai persepsi penderita tentang dukungan yang diberikan oleh keluarganya yaitu didapatkan hasil 2 penderita kusta menyatakan tidak pernah diantar oleh keluarga ke puskesmas dan 2 penderita kusta menyatakan bahwa keluarganya merasa jijik melihat luka kusta klien.

Peneliti mendapatkan fenomena bahwa jumlah penderita kusta di Kabupaten Jember masih tetap tinggi dan sebagaimana yang telah dikemukakan sebelumnya bahwa penyakit kusta akan berdampak pada status mental penderita terutama depresi serta selama ini belum ada program untuk peningkatan kesehatan psikologis untuk penderita kusta. Alasan tersebut yang menjadikan peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember yaitu wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “adakah hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember?”.

### **1.3 Tujuan**

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik responden penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi karakteristik penyakit penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi dukungan keluarga pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember;
- d. mengidentifikasi depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember;
- e. menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember.

## **1.4 Manfaat**

### 1.4.1 bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah untuk menambah pengetahuan dan wawasan mengenai hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember.

### 1.4.2 bagi Institusi Pendidikan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi institusi pendidikan adalah sebagai tambahan referensi dalam pengembangan penelitian mengenai depresi pada penderita kusta dan sebagai pedoman intervensi bagi keperawatan keluarga berupa pemberian dukungan keluarga.

### 1.4.3 bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi kesehatan adalah data dan hasil yang diperoleh dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk mengoptimalkan program kesehatan dan pembuatan kebijakan dalam penatalaksanaan depresi pada penderita kusta, khususnya di tatanan komunitas. Selama ini penderita kusta di komunitas jarang mendapatkan intervensi dari Dinas Kesehatan maupun Puskesmas, khususnya dalam menangani munculnya masalah psikososial karena penyakit kusta. Misalnya sebagai program pencegahan melalui deteksi dini depresi dan pengobatan segera sebelum mengalami depresi.

#### 1.4.4 bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi kepada masyarakat sehingga mau memberikan dukungan bagi penderita kusta dan berperan aktif dalam proses kesembuhan penderita kusta.

### **1.5 Keaslian Penelitian**

Penelitian terdahulu yang mendukung penelitian sekarang yaitu penelitian yang dilakukan oleh Mongi (2012) yang bertujuan untuk mengetahui gambaran persepsi penderita tentang penyakit kusta dan dukungan keluarga pada penderita kusta di Kota Manado. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan desain *cross sectional*. Hasil penelitian Mongi tersebut yaitu sebagian besar penderita kusta memiliki persepsi yang baik terhadap penyakit kusta dan sebagian besar penderita kusta memiliki persepsi yang baik tentang dukungan keluarga.

Perbedaan penelitian yang dilakukan oleh Mongi dengan penelitian sekarang yaitu yang pertama pada judul. Judul penelitian sekarang yaitu “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember”. Perbedaan kedua yaitu pada variabel penelitian. Berdasarkan judul dapat dilihat variabel penelitian sekarang yaitu dukungan keluarga dan depresi. Perbedaan selanjutnya yaitu tempat penelitian yang akan dilakukan di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember.

Penelitian kedua yaitu penelitian yang dilakukan oleh Siagian pada tahun 2009. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan stigma dan depresi terhadap kualitas hidup penderita kusta di poliklinik kulit dan kelamin RSUP DR Sardjito Yogyakarta. Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* dengan menggunakan analisa data *chi square* dan metode regresi berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara stigma dan kualitas hidup penderita kusta dan ada hubungan yang signifikan antara depresi dan kualitas hidup penderita kusta. Perbedaan dengan penelitian yang sekarang yaitu pada variabel independen. Penelitian terdahulu menggunakan stigma dan depresi, sedangkan penelitian sekarang menggunakan variabel independen yaitu dukungan keluarga. Perbedaan selanjutnya yaitu pada variabel dependen. Penelitian terdahulu menggunakan kualitas hidup, sedangkan penelitian sekarang menggunakan depresi sebagai variabel dependen. Perbedaan selanjutnya yaitu pada teknik sampling. Penelitian terdahulu menggunakan *consecutive sampling*, sedangkan penelitian sekarang menggunakan *purposive sampling*.

## **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

Bagian ini akan menguraikan mengenai teori dan konsep penyakit kusta, depresi penderita kusta dan dukungan keluarga yang dapat diberikan kepada penderita kusta.

### **2.1 Kusta**

#### **2.1.1 Pengertian**

Penyakit kusta (*Morbus hansen*) adalah suatu penyakit infeksi menahun akibat bakteri tahan asam yaitu *Mycobacterium leprae* yang secara primer menyerang saraf tepi dan secara sekunder menyerang kulit serta organ lainnya (WHO, 2010; Noto & Schreuder, 2010). Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang dapat menimbulkan masalah kecacatan (Susanto, 2006). Masalah yang timbul tidak hanya pada masalah kesehatan fisik saja, tetapi juga masalah psikologis, ekonomi dan sosial bagi penderitanya (Amiruddin, 2006). Berdasarkan pada pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa penyakit kusta adalah penyakit kulit menahun yang disebabkan oleh bakteri tahan asam *Mycobacterium leprae* yang awalnya menyerang saraf tepi, kemudian dapat menyebar menyerang organ lain, seperti kulit, selaput mukosa, testis dan mata serta jika tidak diobati dengan tepat akan menimbulkan kecacatan fisik pada penderita. Penyakit kusta muncul diakibatkan karena adanya faktor penyebab.



### 2.1.2 Penyebab

Menurut Kosasih *et al.*, (dalam Juanda, 2006) penyebab munculnya penyakit kusta adalah bakteri *Mycobacterium leprae* yang ditemukan pertama kali oleh G. H. Armauer Hansen pada tahun 1873. Bakteri ini masuk ke dalam tubuh manusia melalui luka pada permukaan kulit atau bisa juga melalui droplet yang dihembuskan dari saluran pernafasan. Sehgal (2006, dalam Putra, 2012) mengatakan bahwa *Mycobacterium leprae* memiliki ciri-ciri yaitu tahan asam, bersifat gram positif, berbentuk batang, lebar 0,3-0,4 mikrometer, panjang 2-7 mikrometer, dan hidup di dalam sel yang banyak mengandung lemak dan lapisan lilin. *Mycobacterium leprae* membelah dalam kurun waktu 21 hari, sehingga menyebabkan masa tunas yang sangat lama yaitu 4 tahun. Munculnya penyakit kusta tersebut ditunjang oleh cara penularan.

### 2.1.3 Cara Penularan

Cara penularan penyakit kusta sampai sekarang masih belum diketahui dengan pasti, namun beberapa ahli mengatakan bahwa penyakit kusta menular melalui saluran pernafasan dan kulit (Chin, 2006). Agustin dan Nurjanti (2002 dalam Susanto, 2006) menyatakan bahwa penyakit kusta tidak hanya ditularkan oleh manusia tetapi juga ditularkan oleh binatang seperti *armadillo*, monyet dan *mangabey*. *Mycobacterium leprae* hidup pada suhu rendah. Bagian tubuh manusia yang memiliki suhu lebih rendah yaitu mata, saluran pernafasan bagian atas, otot, tulang, testis, saraf perifer dan kulit (Burn, 2010). Penyakit kusta yang telah menular akan menimbulkan tanda dan gejala pada penderita kusta.

#### 2.1.4 Tanda dan gejala

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), diagnosis penyakit kusta ditetapkan dengan cara mengenali *cardinal sign* atau tanda utama penyakit kusta yaitu:

- a. bercak pada kulit yang mengalami mati rasa; bercak dapat berwarna putih (*hypopigmentasi*) atau berwarna merah (*erithematous*), penebalan kulit (*plak infiltrate*) atau berupa nodul-nodul. Mati rasa dapat terjadi terhadap rasa raba, suhu, dan sakit yang terjadi secara total atau sebagian;
- b. penebalan pada saraf tepi yang disertai dengan rasa nyeri dan gangguan pada fungsi saraf yang terkena. Saraf sensorik mengalami mati rasa, saraf motorik mengalami kelemahan otot (*parese*) dan kelumpuhan (*paralisis*), dan gangguan pada saraf otonom berupa kulit kering dan retak-retak;
- c. pemeriksaan hapusan jaringan kulit dihasilkan yaitu bakteri tahan asam (BTA) positif.

Penegakan diagnosis penyakit kusta harus menggunakan salah satu dari tanda-tanda utama di atas dan yang menjadi diagnosis pasti yaitu ditemukannya BTA pada jaringan kulit. Bila terdapat penderita yang ragu-ragu, penderita tersebut harus diperiksa ulang setiap tiga bulan sampai diagnosis pasti diketahui (Zulkifli, 2003).

Gejala pada penderita kusta yang dapat ditemukan biasanya penderita mengalami demam dari derajat rendah hingga menggigil, nafsu makan menurun, mual dan kadang-kadang diikuti dengan muntah. Penderita kusta juga mengalami sakit kepala, kemerahan pada testis, radang pada pleura, radang pada ginjal,

terkadang disertai penurunan fungsi ginjal, pembesaran hati dan empedu, serta radang pada serabut saraf (Zulkifli, 2003). Tanda dan gejala penyakit kusta berbeda-beda tergantung pada jenis penyakit kusta.

#### 2.1.5 Klasifikasi kusta

Klasifikasi penyakit kusta menurut Depkes (2006) yaitu dibagi menjadi tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB). Tipe *paucibacillary* atau tipe kering memiliki ciri bercak atau makula dengan warna keputihan, ukurannya kecil dan besar, batas tegas, dan terdapat di satu atau beberapa tempat di badan ( pipi, punggung, dada, ketiak, lengan, pinggang, pantat, paha, betis atau pada punggung kaki ), dan permukaan bercak tidak berkeriat. Kusta tipe ini jarang menular tetapi apabila tidak segera diobati menyebabkan kecacatan (Sofianty, 2009). Tipe yang kedua yaitu *multibacillary* atau tipe basah memiliki ciri-ciri berwarna kemerahan, tersebar merata diseluruh badan, kulit tidak terlalu kasar, batas makula tidak begitu jelas, terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada cuping telinga dan wajah (Hiswani, 2001).

Menurut Burns *et al.*, (2010), penyakit kusta diklasifikasikan berdasar pada skala Ridley dan Jopling yaitu tipe TT (*tuberkuloid*), BT (*borderline tuberculoid*), BL (*borderline lepromatous*), dan LL (*lepromatosa*). Berdasarkan pada kondisi klinis, bakteriologis, imunologis dan histopatologinya, tipe-tipe kusta tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit kusta berdasarkan skala Ridley dan Jopling

	<b>Tuberculoid (TT)</b>	<b>Borderline Tuberculoid (BT)</b>	<b>Borderline (BB)</b>	<b>Borderline lepromatous (BL)</b>	<b>Lepromatous (LL)</b>
Lesi	1-3	Sedikit	Sedikit atau banyak dan asimetris	Banyak	Banyak dan simetris
Basil Smear	0	1+	2+	3+	4+
Tes lepromin	3+	2+	+	+	0
Histologi	Sel epitel berkurang-> kerusakan saraf, sarkoid seperti granuloma			Peningkatan histiocytes, sel busa, granuloma, seperti xanthoma	
Gambaran Klinis	Berupa makula, batasan jelas dan ditemukan lesi yang regresi dengan permukaan bersisik. Tipe kusta ini biasanya disertai kelemahan otot dan penebalan saraf perifer. Bentuk tipe kusta ini stabil dan tidak mungkin berubah	Gangguan saraf yang ringan. Lesi pada tipe ini menyerupai lesi pada tipe <i>tuberculoid</i> (TT). Bentuk tipe kusta ini labil atau mudah berubah	Paling tidak stabil dengan lesi yang bervariasi baik ukuran, bentuk dan distribusinya	Lesi pada tipe kusta ini dimulai dengan infiltrate yang selanjutnya menyebar keseluruh tubuh. Bentuk tipe <i>Borderline Lepromatous</i> tidak stabil atau mudah berubah	Lesi menetap dalam jumlah yang banyak dan berkilaunan, lesi berbentuk bilateral

Sumber : Andrew's disease of the skin: clinical Dermatology; (Rohmatika. 2012).

### 2.1.6 Dampak kusta

#### a. bagi penderita kusta

Penyakit kusta akan berdampak kepada penderita kusta dari berbagai aspek dan juga berakibat pada kualitas hidup yang semakin menurun (Rao & Joseph, 2007).

### 1) Fisik

Aspek fisik penyakit kusta akan berdampak pada lesi di kulit dan kecacatan tubuh penderita (Suryanda, 2007 dalam Susanto, 2010). *Mycobacterium leprae* sebagai bakteri penyebab penyakit kusta dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensori, otonom, dan motorik. Pada saraf sensori akan terjadi anestesi sehingga terjadi luka tusuk, luka sayat, dan luka bakar. Pada saraf otonom akan terjadi kekeringan kulit yang dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder. Pada saraf motorik akan terjadi paralisis sehingga terjadi deformitas sendi pada penderita kusta (wisnu dan Hadilukito, 2003 dalam Susanto, 2006).

Tabel 2. 2 Tingkat Kecacatan Kusta

Tingkat	Tingkat cacat	
	Mata	Tangan/kaki
0	Penglihatan masih normal Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta	Tidak ada anestesi Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kelainan pada mata akibat kusta Penglihatan kurang terang (masih dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)	Ada anestesi tetapi tidak ada cacat
2	Penglihatan sangat kurang (tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)	Ada cacat/kerusakan kelihatan

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2006)

### 2) Psikologis

Paradigma masyarakat beranggapan bahwa penyakit kusta adalah penyakit keturunan, penyakit yang bisa menular lewat apapun, dan tidak bisa disembuhkan. Stigma masyarakat yang seperti itu akan membuat penderita kusta mengalami depresi dan bahkan ada keinginan untuk bunuh diri (Bakrie, 2010). Penelitian Tsutsumi (2003) mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara stigma yang dirasakan oleh penderita kusta dengan depresi pada

penderita kusta. Sebagian besar penderita kusta yang tidak bisa menerima keadaan cacat tubuhnya akibat penyakit kusta mengalami kecemasan, keputusasaan dan perasaan depresi (Brouwers *et al.*, 2011). Pertolongan pertama yang harus diberikan kepada penderita kusta adalah pada kesehatan psikologisnya selanjutnya baru pengobatan fisik (Bakrie, 2010).

### 3) Ekonomi

Kemiskinan adalah salah satu dampak dari penyakit kusta yang begitu besar. Perilaku penderita kusta cenderung negatif, diantaranya penderita kusta banyak yang menjadi pengemis dan pengangguran. Pengemis adalah pekerjaan utama mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penelitian juga menunjukkan bahwa penderita kusta yang menjadi pengemis akan berpotensi sebagai reservoir penularan infeksi penyakit kusta (Kaur & Van Brakel, 2002 ). Penderita kusta yang yang berusia produktif yang mengalami kecacatan akan memberikan dampak yang negatif seperti pengangguran (Djaiman, 1999).

### 4) Sosial

Penelitian di China yang memfokuskan pada masalah sosial menunjukkan bahwa penderita kusta sering terisolasi dari masyarakat, hidup sendiri, dan memiliki kesulitan dalam melakukan perawatan diri, aktivitas sehari-hari, penurunan produktivitas dan partisipasi sosial (Brouwers *et al.* , 2011). Masalah sosial muncul akibat ketakutan yang dialami penderita kusta di masyarakat (*leprophobia*), rendahnya pengetahuan, kurang bersosialisasi di masyarakat, dan stigma buruk di masyarakat, sehingga berakibat pada

kurangnya peran serta masyarakat dalam pemberantasan penyakit kusta (Suryanda, 2007 dalam Susanto, 2010).

b. bagi keluarga

Depkes RI (2006) menyatakan bahwa penyakit kusta akan berdampak pada kelangsungan hidup keluarga. Dampak yang muncul dalam keluarga diantaranya keluarga panik saat salah satu anggota keluarga mendapat diagnosa kusta, berusaha untuk mencari pertolongan ke dukun, keluarga takut akan tertular penyakit kusta sehingga tidak jarang penderita kusta diusir dari rumah, keluarga takut diasingkan oleh masyarakat dan jika anggota keluarga yang menderita kusta adalah kepala keluarga, akan berdampak pada sosial ekonomi keluarga tersebut. Dampak yang dirasakan oleh keluarga akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan perawatan kepada penderita kusta.

c. bagi masyarakat

Depkes RI (2006) menyatakan bahwa selain berdampak pada keluarga, kusta juga akan berdampak pada lingkungan masyarakat sekitar tempat tinggal penderita kusta. Dampak yang muncul yaitu masyarakat merasa jijik dan takut terhadap penderita kusta, masyarakat menjauhi penderita kusta dan keluarganya, dan masyarakat merasa terganggu dengan adanya penderita kusta sehingga berusaha untuk menyingkirkan dan mengisolasi penderita kusta.

Berdasarkan pada pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa dampak yang ditimbulkan akibat penyakit kusta sangat kompleks, baik bagi penderita kusta, keluarga maupun masyarakat. Hal ini akan memicu timbulnya stress dan depresi pada penderita kusta.

## **2.2 Depresi**

### **2.2.1 Pengertian**

Depresi adalah salah satu jenis gangguan mental umum yang ditandai dengan sedih yang mendalam, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah, rendah diri, gangguan tidur, kehilangan nafsu makan, tenaga lemah, dan kehilangan konsentrasi (Yosep, 2009). Depresi adalah suatu kondisi terganggunya aktivitas kehidupan selama dua minggu atau lebih yang berhubungan dengan alam perasaan yang sedih, diikuti dengan gejala penyertanya, termasuk gangguan pola tidur, gangguan nafsu makan, gangguan psikomotor, gangguan konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri (Videbeck, 2008). Depresi adalah suatu respon psikologis terhadap kehilangan kesehatan, kehilangan orang yang dicintai atau kehilangan harga diri. Depresi pada tingkat tertentu akan menyertai setiap penyakit kronik (Swartz, 1995).

Depresi pada penderita kusta adalah perasaan sedih dan kecewa mendalam yang dirasakan saat dirinya mendapatkan diagnosa kusta (Susanto, 2010). Depresi yang dialami akibat penderita kusta mendapatkan hinaan dari masyarakat dan juga ketakutan dalam diri penderita kusta akan mengalami kecacatan fisik (Tsutsumi *et al.*, 2003).



### 2.2.2 Penyebab

Kaplan (2003), menyatakan faktor penyebab depresi yaitu faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

#### a. Faktor Biologi

Ketidakeimbangan zat-zat kimia di dalam sel otak akan memicu timbulnya depresi. Kelainan pada amin biogenik di dalam darah, urin, cairan cerebrospinal terjadi pada pasien depresi. Amin biogenik yang berubah yaitu 5 HIAA (*5-Hidroksi indol asetic acid*), HVA (*Homovanilic acid*), MPGH (*5 methoxy-0-hidroksi phenil glikol*). Neurotransmitter yang berperan dalam patologi depresi adalah serotonin dan epinefrin. Penurunan serotonin dapat menimbulkan depresi (Kaplan, 2003). Norepinefrin berhubungan dengan menurunnya regulasi reseptor B-adrenergik dan respon antidepresan yang secara klinis merupakan indikasi dari peran sistem noradrenergic dalam depresi (Videbeck, 2008).

#### b. Faktor Genetik

Hasil penelitian genetik dan keluarga menunjukkan bahwa resiko mengalami di depresi antara anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali lebih besar dibandingkan dengan populasi umum. Faktor yang signifikan dalam perkembangan depresi adalah genetik. Hasil penelitian pada anak kembar terhadap gangguan depresi berat menunjukkan bahwa kembar monozigot memiliki insiden komorbiditas 54% lebih besar dan kembar dizigot memiliki insiden 24% lebih besar (Kelsoe, 2000 dalam Videbeck, 2008).

### c. Faktor Psikososial

Freud (1917 dalam Kaplan, 2003) menyatakan bahwa penyebab depresi adalah suatu hubungan antara kehilangan objek yang dicintai. Kemarahan pasien depresi mengarah pada diri sendiri untuk mengidentifikasi objek yang hilang tersebut. Faktor psikososial yang diperkirakan sebagai penyebab depresi adalah hilangnya peran sosial, penurunan kesehatan, penyakit kronis, isolasi diri, kemiskinan, penurunan fungsi kognitif dan kurangnya dukungan keluarga (Videbeck, 2008). Faktor kepribadian apapun dapat sebagai faktor predisposisi terhadap depresi (Sadock & Sadock, 2007). Videbeck, (2008) menyatakan bahwa pola kognitif yang dijumpai pada pasien depresi yaitu pandangan negatif terhadap diri sendiri, individu menganggap dirinya bodoh, pemalas, tidak berharga, dan pandangan negatif terhadap pengalaman hidup.

Menurut Amir, (2005) dan Danesh & Landeen (2007) terdapat beberapa faktor yang meningkatkan resiko untuk terjadi depresi yaitu sebagai berikut:

#### a. Usia

Depresi lebih sering terjadi pada usia muda yaitu umur rata-rata antara 20-40 tahun. Depresi pada usia muda lebih sering diakibatkan karena faktor sosial. Penelitian menunjukkan hasil bahwa tingkat prevalensi tertinggi depresi seumur hidup terlihat pada usia 20-24 tahun dan tingkat terendah pada usia 75 tahun (Landeen dan Danesh, 2007). Menurut Potter & Perry (2005) tugas perkembangan individu dewasa tengah meliputi pencapaian tanggung jawab sosial, menetapkan dan mempertahankan standar kehidupan, membantu anak-

anak remaja menjadi orang dewasa yang bertanggung jawab dan bahagia, mengembangkan aktivitas luang, menerima dan menyesuaikan perubahan fisiologis pada usia pertengahan. Usia 40 tahun merupakan rentang umur yang masih dalam kategori usia produktif

b. Jenis kelamin

Depresi umumnya lebih sering menyerang pada wanita. Wanita lebih sering terpapar dengan stressor lingkungan dan batas ambangnya lebih rendah jika dibandingkan pria. Depresi pada wanita juga berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita. Misalnya depresi pra haid, *post partum* dan depresi *postmenopause*. Perempuan berada pada risiko yang lebih besar gangguan depresi dan kecemasan pada usia lebih awal daripada laki-laki (Videbeck, 2008).

c. Status perkawinan

Gangguan depresi sering terjadi pada individu yang bercerai atau kehilangan pasangan. Status perceraian meningkatkan resiko lebih tinggi untuk menderita depresi. Menikah memberikan dampak lebih baik bagi kesehatan jiwa untuk semua gender (Videbeck, 2008).

d. Kehilangan pekerjaan dan pendapatan rumah tangga

Pengangguran akan lebih beresiko terkena depresi. Hasil penelitian menunjukkan yaitu tingkat prevalensi tertinggi depresi seumur hidup (18,4%) terlihat di rumah tangga dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 10.000 per tahun. Prevalensi seumur hidup depresi kemudian menurun dengan meningkatnya pendapatan (Landeem & Danesh, 2007).

e. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah semua bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis pada individu yang sedang merasa tertekan, stress dan depresi.

f. Pendidikan

Tingkat pendidikan formal merupakan dasar pengetahuan intelektual yang dimiliki oleh seseorang. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan karena semakin tinggi pengetahuan seseorang akan semakin luas wawasan yang dimiliki. Tingkat pengetahuan yang baik mengenai depresi akan membantu individu dalam menekan gejala depresi yang muncul.

g. Suku

Masing-masing suku yang ada di suatu masyarakat akan memberikan gambaran kebudayaan yang berbeda, termasuk dalam perilaku kesehatan. Kebudayaan berhubungan erat dengan kesehatan dalam hal pencegahan serta pengobatan penyakit yang dipengaruhi oleh kepercayaan tradisional. Dalam penanganan kesehatan jiwa, budaya akan mempengaruhi seseorang dalam mengkomunikasikan masalah, menjelaskan penyebab masalah dan mempersepsikan pelayanan kesehatan. Depresi lebih jelas terlihat pada suatu budaya yang meyakini bahwa mengungkapkan emosi secara verbal itu tidak tepat (Videbeck, 2008).

#### h. Karakteristik Penyakit

##### 1) Tingkat Kecacatan Kusta

Depresi pada penderita kusta yang mengalami kecacatan lebih tinggi bila dibandingkan dengan penderita tanpa cacat. Manifestasi klinis cacat pada penderita kusta adalah bercak-bercak putih kemerahan, jari kaki dan tangan terputus, terdapat luka dan adanya bekas amputasi, sehingga memberikan gambaran yang menakutkan, menimbulkan perasaan malu, rendah diri dan depresi (Rohmatika, 2009). Orang cacat menghadapi banyak masalah dan tantangan yang mungkin menempatkan mereka pada peningkatan risiko untuk depresi. Beberapa orang merasa tidak nyaman dan bersikap negatif terhadap individu penyandang cacat. Ini adalah hambatan sosial yang dapat membuat lebih sulit bagi orang-orang penyandang cacat untuk membentuk persahabatan dan hubungan lainnya. Tidak memiliki dukungan sosial yang baik meningkatkan risiko seseorang untuk depresi.

##### 2) Lama menderita kusta dan pelaksanaan pengobatan

Gejala depresi dapat disebabkan oleh kondisi medis kronis atau obat-obatan yang digunakan untuk mengobati penyakitnya. Pemeriksaan fisik lengkap dan medis harus selalu dilakukan sebelum seseorang mulai pengobatan untuk depresi. Lumongga (2009) menyatakan bahwa ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan pengobatan yang lama dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi.

### 2.2.3 Gambaran klinis

Menurut *Diagnostic Manual Statistic IV* (DSM-IV) dalam (*American Psychiatric Association, 2000*), tanda dan gejala depresi yaitu: pertama, perubahan fisik akan mengalami penurunan nafsu makan, gangguan pola tidur, kelelahan, agitasi, nyeri, sakit kepala, otot kram tanpa penyebab fisik. Kedua yaitu perubahan pikiran akan mengalami bingung dan lambat dalam berpikir, sulit membuat keputusan, kurang percaya diri, merasa bersalah dan tidak mau dikritik, adanya pikiran bunuh diri. Ketiga yaitu memiliki ciri-ciri perubahan perasaan, penurunan ketertarikan pada lawan jenis dan melakukan hubungan suami istri, kesedihan yang mendalam, sering menangis tanpa alasan jelas, mudah marah dan tersinggung, perubahan pada kebiasaan sehari-hari, menjauhkan diri dari lingkungan sosial, penurunan aktivitas fisik dan latihan, menunda pekerjaan rumah.

Menurut Lumongga, (2009) gejala depresi yang terlihat memiliki rentang dan variasi secara umum sesuai dengan tingkatan depresi. Gejala fisik depresi yaitu : (a) Gangguan pola tidur, ditandai dengan sulit memulai tidur, terlalu lama atau terlalu sedikit waktu tidur, (b) Penurunan aktivitas. Pasien depresi cenderung pasif dan lebih suka bekerja sendiri tanpa melibatkan orang lain, (c) Penurunan efisiensi kerja. Pasien depresi kehilangan konsentrasi, (d) Penurunan produktivitas kerja. Kehilangan motivasi dalam bekerja biasanya terjadi pada pasien depresi, (e) Penurunan daya tahan tubuh dan mudah lelah. Pasien depresi akan mengalami perasaan tertekan yang menyebabkan mudah lelah. Pasien depresi akan mengalami gejala psikis yaitu (a) penurunan rasa percaya diri. Pasien depresi

selalu memandang sesuatu secara negatif, termasuk pada diri sendiri, (b) sensitif. Pasien depresi selalu memandang apapun dengan berpacu pada dirinya sendiri, sehingga sering salah mengartikan, akibatnya mudah tersinggung, mudah marah, selalu curiga dan mudah sedih (c) merasa tidak berguna. Perasaan ini muncul sebagai akibat merasa gagal dibidangnya (d) perasaan bersalah. Pasien depresi merasa kondisi yang dialami sekarang sebagai hukuman atas tindakannya dan (e) perasaan terbebani.

#### 2.2.4 Tingkat Depresi

Tingkatan depresi terdiri dari tiga yaitu: depresi ringan, sedang dan berat sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim, 2000). Gejala utama dan gejala lain dari depresi yaitu: pertama, gejala utama terdiri dari perasaan depresif, hilangnya minat dan semangat, mudah lelah dan tenaga hilang. Kedua Gejala lain terdiri dari konsentrasi dan perhatian menurun, harga diri dan kepercayaan diri menurun, perasaan bersalah dan tidak berguna, pesimis terhadap masa depan, gagasan membahayakan diri atau bunuh diri, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, dan menurunnya libido. Diagnosis depresi menurut PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) sebagai pedoman dalam menetapkan diagnosis adanya gangguan jiwa pada seseorang yaitu sebagai berikut:

1. Depresi ringan jika memenuhi syarat:
  - a. minimal harus ada 2 gejala utama yang terlihat;
  - b. ditambah dengan minimal 2 gejala lainnya;

- c. tidak ada gejala berat;
  - d. lamanya gejala tampak sekurang-kurangnya 2 minggu;
  - e. hanya ada sedikit kesulitan dalam melakukan pekerjaan dan kegiatan sosial lainnya yang biasa dilakukan.
2. Depresi sedang jika memenuhi syarat:
- a. minimal ditemukan 2 gejala utama;
  - b. ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala lainnya;
  - c. seluruh gejala minimal tampak selama 2 minggu;
  - d. menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan sehari-hari dan urusan rumah tangga.
3. Depresi berat jika memenuhi syarat:
- a. ditemukan ketiga gejala utama;
  - b. ditambah minimal 4 gejala lainnya dan beberapa diantaranya berintensitas berat;
  - c. minimal tampak selama dua minggu, namun jika gejala-gejala yang tampak benar-benar menunjukkan tingkat intensitas yang parah, dapat dikategorikan sebagai depresi berat meskipun belum tampak selama dua minggu;
  - d. penderita sangat tidak mungkin untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga lainnya.



### 2.2.5 Skala Penilaian Depresi

Depresi dapat diukur dengan berbagai macam alat ukur depresi yaitu sebagai berikut:

#### a. *Beck Depression Inventory II (BDI II)*

*Beck Depression Inventory II* merupakan suatu alat *screening* depresi yang sering digunakan untuk mengukur depresi pada kelompok usia remaja sampai dewasa. Alat ukur ini terdiri dari 21 kelompok gejala yang menggambarkan kesedihan, membenci diri sendiri, keinginan bunuh diri, menangis, perubahan bentuk tubuh, insomnia, dan perununan libido. BDI merupakan *behavioral assessment* dalam bentuk *self report rating inventory* yang terdiri dari kriteria sikap dan gejala depresi dengan isi yang merupakan gambaran 6 karakteristik depresi dari 9 karakteristik yang disebut dalam DSM IV (Arнау *et al*, 2001). Alat ukur BDI II memiliki Alpha cronbach sebesar 0,86 (McDowell, 2005).

#### b. *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

*Hamilton Depression Rating Scale* adalah suatu tes untuk mengukur tingkat keparahan dari gejala depresi pada individu anak-anak maupun pada orang dewasa. HDRS dikembangkan oleh Max Hamilton (1960) sebagai pengukur gejala depresi yang dapat digunakan dalam hubungannya dengan interview klinis pada pasien depresi. HDRS memiliki 2 versi yaitu 17 item dan 21 item interview yang mengandung rating. Versi 17 item lebih umum digunakan daripada versi 21 item yang mengandung 4 item tambahan yang mengukur gejala yang berhubungan dengan depresi, seperti paranoia dan obsesi. Penilaian terhadap variabel depresi dilakukan dengan scoring. Masing-masing item interview

mempunyai score 0-2 atau 0-4 (Nezu, *et. al.*, 2000). Alat ukur HDRS memiliki Alpha cronbach sebesar 0,83 (McDowell, 2005).

*c. Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)*

Instrumen ini dikembangkan untuk mengukur keparahan depresi pada semua usia berdasarkan laporan pasien sendiri. Item dalam instrumen meliputi aspek afektif, kognitif, perilaku, dan fisiologis depresi. Alat ukur ZSDS terdiri dari 20 item pertanyaan dengan 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Keuntungan dari Zung SDS adalah sederhana dan mudah digunakan serta telah banyak digunakan. *Zung Self Rating Depression Scale* digunakan diklinik untuk memantau perubahan pada perawatan praktek di keluarga dan penelitian lintas budaya. Instrumen ini singkat dan sederhana untuk digunakan, namun sangat komprehensif. Alat ukur ini memiliki Alpha cronbach 0,87 (McDowell, 2005).

## **2.3 Keluarga**

### **2.3.1 Pengertian**

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan atau tidak adanya ikatan perkawinan darah atau adopsi dan anggota keluarga saling berinteraksi dan berkomunikasi serta memiliki peran masing-masing dalam keluarga (Friedman, 2010). Keluarga merupakan satuan unit paling kecil dalam masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan individu yang tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Setiadi, 2008). Berdasarkan pada pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang

terbentuk atas kumpulan dua orang atau lebih karena ada atau tidaknya ikatan perkawinan darah atau adopsi yang saling berinteraksi menjalankan peran dan tanggung jawab masing-masing.

### 2.3.2 Fungsi Keluarga

Friedman (2010) menjelaskan bahwa terdapat lima fungsi keluarga yang harus dijalankan dalam suatu keluarga untuk menciptakan keluarga yang harmonis yaitu:

- a. fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggota keluarga. Keluarga sebagai sumber cinta, pengakuan, penghargaan, dan sumber dukungan primer. Satir (1972, dalam Friedman, 2010) menjelaskan bahwa fungsi afektif keluarga merupakan aspek dasar dalam pembentukan dan tercapainya keharmonisan keluarga. Kasih sayang serta pengakuan dari anggota keluarga akan memberikan perasaan yang nyaman dan meningkatnya harga diri pada penderita kusta (Matulesy, 2010);
- b. fungsi sosialisasi adalah keluarga berfungsi memberikan pengalaman belajar kepada anggota keluarga. Pengalaman ini ditujukan untuk mengajarkan pada anak bagaimana mengemban peran sebagai orang dewasa di dalam masyarakat, sebelum anak keluar dari rumah untuk hidup mandiri di masyarakat. Keluarga membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Keluarga memberikan penguatan positif kepada penderita kusta untuk

meningkatkan perasaan berharga dan meningkatkan perasaan mampu berperan dalam kehidupan sehari-hari (Matulesy, 2010);

- c. fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi keluarga dalam menjaga dan merawat kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Keluarga diharapkan mampu merawat anggota keluarga yang menderita kusta dengan cara membantu dalam aktivitas sehari-hari dan membantu penderita kusta dalam menjalani pengobatan;
- d. fungsi ekonomi keluarga berfungsi sebagai pencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Keluarga sebagai tempat perencanaan akan kebutuhan di masa yang akan datang melalui menabung. Keluarga membantu memenuhi kebutuhan finansial penderita kusta untuk kebutuhan pengobatan dan kehidupannya sehari-hari;
- e. fungsi reproduksi yaitu keluarga bertugas meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, serta menjaga kelangsungan hidup keluarga.

### 2.3.3 Dukungan keluarga

#### a. Pengertian

Dukungan keluarga adalah semua bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis pada individu yang sedang merasa tertekan atau stress (Taylor, 2006 dalam

Yusra, 2011). Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, 2010). Widyastuti (2009) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat berasal dari sumber internal yang meliputi dukungan dari suami, istri, atau dukungan dari saudara kandung dan keluarga besar.

b. Jenis-Jenis dukungan keluarga

1) Dukungan emosional

Dukungan yang diberikan berupa rasa empati dan perhatian kepada individu, sehingga membuatnya merasa lebih baik, mendapatkan kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai oleh orang lain (Sarafino, 2004). Menurut Nugroho (2000), dukungan emosional merupakan suatu bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberi semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik. Dukungan emosional dalam keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional untuk penderita kusta misalnya melalui ungkapan empati, kepedulian dan perhatian untuk mengobati penyakit kusta yang dideritanya (Marlyn, 1998).

2) *Eseteem support* (dukungan penilaian)

Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menafsirkan lingkungan dan situasi diri dengan benar dan mengadaptasi suatu perilaku dan keputusan diri secara tepat (Karyuni, 2008). Keluarga sebagai pemberi bimbingan dan

umpan balik atas pencapaian anggota keluarga dengan cara memberikan support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri pada individu. Penghargaan positif kepada penderita kusta dapat diberikan melalui ungkapan hormat, memberikan masukan mengenai masalah yang ada, menghargai gagasan atau perasaan penderita dan memperlakukan sama seperti orang-orang lainnya (Marlyn, 1998).

3) *Instrumental support* (dukungan instrumental)

Keluarga menjadi sumber pemberi pertolongan secara nyata. Misalnya bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti memberikan materi, tenaga, dan sarana. Manfaat dari diberikannya dukungan ini yaitu individu merasa mendapat perhatian atau kepedulian dari lingkungan keluarga. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Keluarga senantiasa mendampingi penderita kusta dalam minum obat secara teratur dan membantu memenuhi kebutuhan makan dan minum serta istirahat penderita kusta (Rahayu, 2012).

4) *Informational support* (dukungan informasional)

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, nasihat, dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Manfaat dari dukungan ini dapat menekan munculnya stressor karena informasi tertentu dapat memberikan pengaruh sugesti pada individu. Keluarga mendampingi penderita kusta untuk berobat serta memperoleh

penjelasan atau informasi dari petugas kesehatan terkait penyakit kusta (Rahayu, 2012). Informasi yang terkait peningkatan kesehatan penderita kusta bisa diperoleh dari anggota keluarga, teman, tetangga, petugas kesehatan dan media lain.

c. Manfaat dukungan keluarga

Wills (dalam Fitriani, 2011) menyatakan bahwa dukungan keluarga akan melindungi individu terhadap efek negatif dari depresi dan dukungan keluarga secara langsung akan mempengaruhi status kesehatan individu. Keikutsertaan semua anggota keluarga dalam program pencegahan penularan dan pengobatan kusta sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah kusta. Pencegahan penularan kusta salah satunya dengan cara pengobatan sejak dini dan teratur sehingga penderita kusta dapat sembuh tanpa mengalami cacat.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

1) Faktor internal

a) Tahap perkembangan

Dukungan keluarga yang diberikan ditentukan oleh usia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan individu. Setiap rentang usia akan memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatan.

b) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi persepsi individu terhadap dukungan. Kemampuan berpikir individu akan mempengaruhi dalam

memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan kesehatan. Dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita kusta tergantung dari tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional bagi penderita kusta untuk menjalani pengobatan terkait penyakit kusta yang diderita.

c) Faktor emosi

Faktor emosional sangat berpengaruh terhadap keyakinannya terhadap dukungan. Individu yang tidak mampu melakukan coping adaptif terhadap adanya ancaman penyakit akan menyangkal adanya gejala penyakit dan tidak mau menjalani pengobatan.

d) Spiritual

Aspek spiritual tampak pada individu saat menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan dan bagaimana hubungannya dengan keluarga atau teman.

2) Faktor eksternal

a) Praktik di keluarga

Cara dan bentuk dukungan yang diberikan keluarga akan mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya.

b) Faktor sosioekonomi

Faktor sosioekonomi dapat memungkinkan risiko terjadinya penyakit dan sangat berpengaruh terhadap individu dalam melaksanakan



kesehatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi biasanya akan lebih tanggap terhadap tanda dan gejala penyakit.

c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk dalam melaksanakan kesehatan. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini menganggap bahwa kusta adalah penyakit kutukan, hal ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan untuk penderita kusta.

## **2.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta**

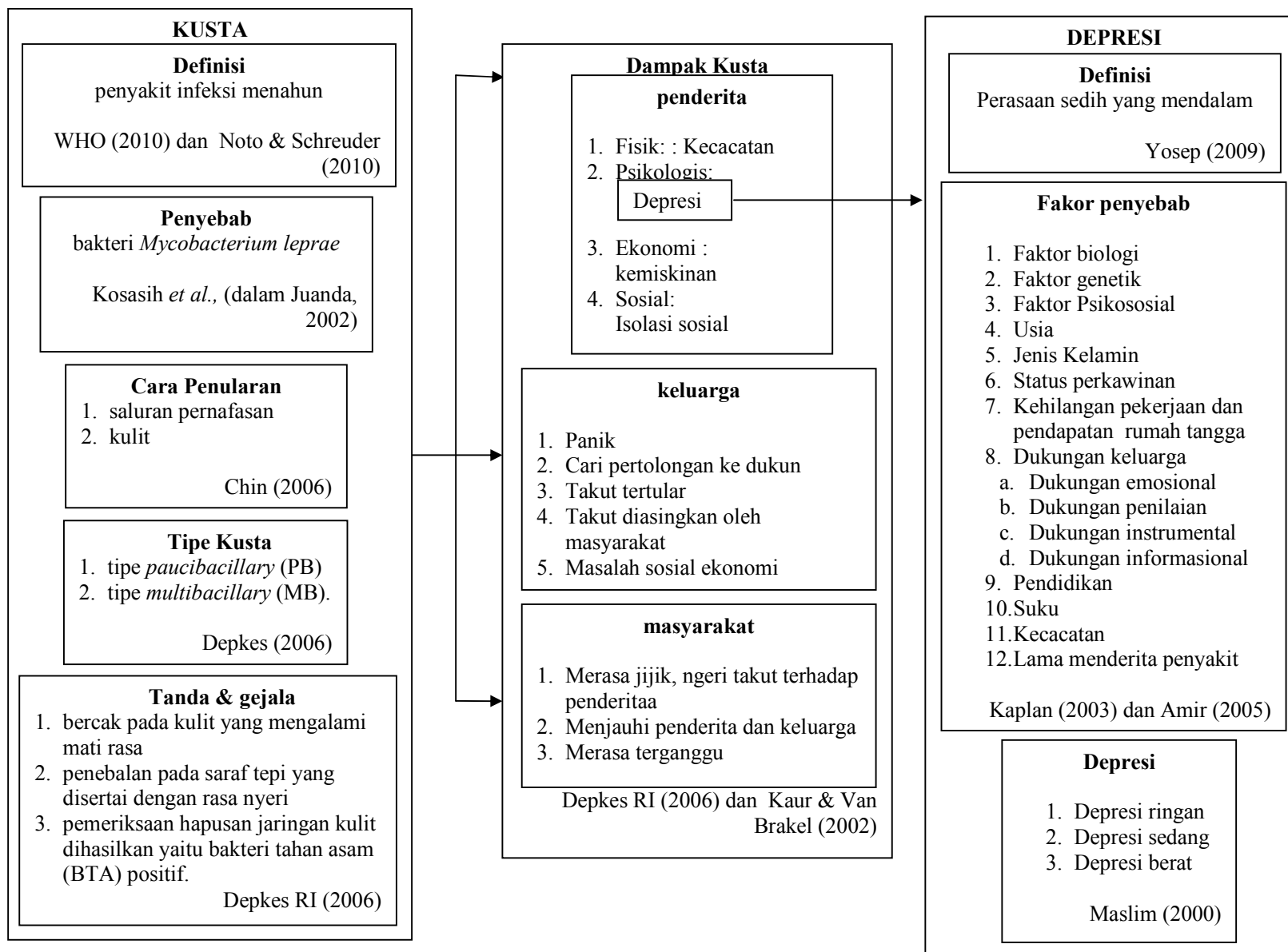
Penyakit menular (*emerging diseases*) berdasarkan pendekatan epidemiologi merupakan masalah kesehatan yang masih dialami oleh negara-negara berkembang terutama di wilayah tropis [*Weekly Epidemiological Report World Health Organization (WHO)*, 2011]. Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular di wilayah tropis yang masih tetap tinggi angka kejadiannya (WHO, 2008). Tingginya angka kejadian kusta akan berdampak besar terhadap kehidupan penderita kusta, keluarga dan masyarakat. Penyakit kusta akan berdampak kepada penderita kusta terhadap berbagai segi mulai dari fisik, psikologis, ekonomi dan sosial (Rao & Joseph, 2007). Segi fisik penderita akan mengalami kecacatan, pada segi mental penderita kusta akan mengalami perasaan malu serta depresi, pada segi ekonomi penderita kusta cenderung kehilangan pekerjaan dan mengalami kemiskinan dan pada segi sosial yaitu penderita kusta dikucilkan dan diabaikan oleh masyarakat (Kaur & Van Brakel, 2002 ). Perilaku

masyarakat yang cenderung mengucilkan dan isolasi sosial kepada penderita kusta sehingga menyebabkan depresi pada penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002 ). Penelitian yang dilakukan oleh Susanto, (2010) mendapatkan hasil bahwa penderita kusta merasa sedih dan kecewa pada diri sendiri saat mendapatkan diagnosa kusta. Perasaan sedih dan kecewa tersebut merupakan respon terhadap depresi yang sedang dialami yang ditunjukkan dengan sikap putus asa, menarik diri dan kesedihan yang mendalam.

Depresi mempunyai pengaruh besar terhadap penurunan kualitas hidup penderita kusta, sehingga penatalaksanaan depresi secara dini sangat diperlukan (Siagian *et al.*, 2009). Salah satu bentuk intervensi untuk mengatasi depresi penderita kusta yaitu berupa dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga. Keluarga merupakan lingkungan yang paling dekat sehingga dukungan keluarga diperlukan untuk mencegah ancaman kesehatan mental dan mengatasi gangguan psikologis individu. Individu yang mendapatkan dukungan keluarga yang tinggi akan memiliki perasaan optimis dalam menjalani kehidupannya saat ini dan masa akan datang, lebih mampu memenuhi kebutuhan psikologis dan mampu menekan gejala-gejala depresi yang muncul (Rook & Dooley, 1985 dalam Amelia 2007).

## **2.5 Kerangka Teori**

Berdasarkan pembahasan materi diatas, pada bagian akhir bab ini akan dijelaskan kerangka teori penelitian, seperti pada gambar 2.2 berikut.

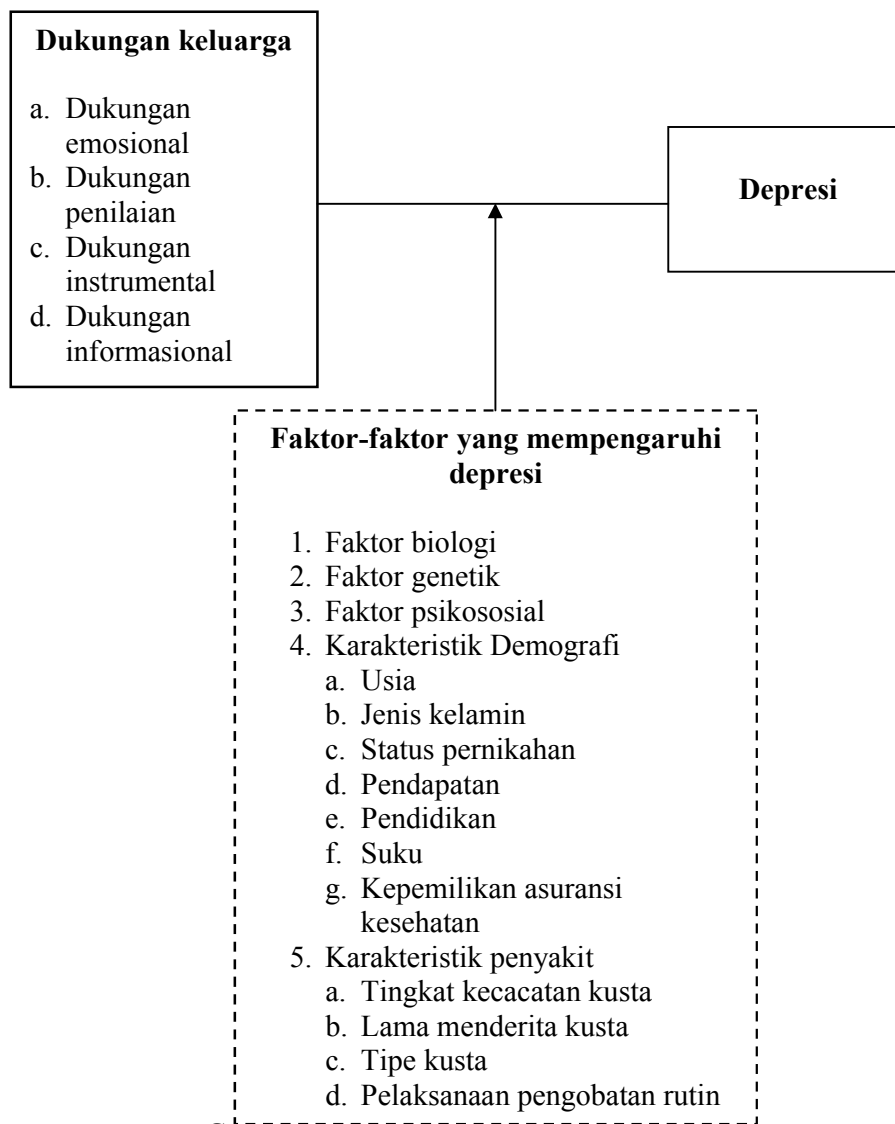


Gambar 2.1 Kerangka Teori

### BAB 3. KERANGKA KONSEP

Bagian ini akan menguraikan kerangka konsep penelitian yang akan menjelaskan lebih singkat mengenai variabel-variabel yang akan diteliti. Selain itu, pada bab ini akan menguraikan hipotesis penelitian.

#### 3.1 Kerangka Konsep penelitian

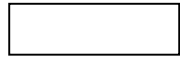


Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



= tidak diteliti



= diteliti

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari masalah penelitian (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis penelitian ( $H_a$ ) merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Setiadi, 2007). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$H_a$ : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember.

## **BAB 4. METODE PENELITIAN**

Bab 4 ini menyajikan beberapa metode penelitian yang mendasari penelitian yaitu desain penelitian, waktu dan tempat penelitian, kerangka kerja, sampling desain, populasi, sampel dan teknik sampling, variabel penelitian, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan data dan pengolahan serta analisa data serta etika penelitian.

### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian. Desain dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan jenis penelitian yang dilakukan adalah deskriptif analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. *Cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010).

### **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.2.1 Populasi penelitian**

Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut adalah populasi penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini populasinya adalah

penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Ajung sebanyak 27 orang dan Puskesmas Kecamatan Sumberbaru sebanyak 21 orang, sehingga didapatkan total jumlah populasi sebanyak 48 orang.

#### 4.2.2 Sampel penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Sampel dalam penelitian ini diambil berdasarkan kriteria-kriteria yang dikehendaki oleh peneliti. Perhitungan besar sampel menurut Notoatmodjo (2010) dan Setiadi (2007) yang digunakan dalam penelitian ini dihitung dengan cara sebagai berikut:

Rumus:

$$n = \frac{N}{1 + (N \cdot \alpha^2)}$$

Keterangan:

N= Besar populasi

n = Besar sampel

$\alpha$  = taraf signifikansi (5%)

Sehingga diperoleh:

$$n = \frac{48}{1 + (48 \cdot 0,05^2)}$$

$$n = 42,8$$

$$n = 43$$

Besar total sampel setelah dihitung dengan menggunakan rumus Slovin didapatkan hasil sebesar 43 orang. Namun pada saat penelitian didapatkan 38 responden, karena 5 responden tidak memenuhi kriteria inklusi penelitian sehingga mengalami *drop out*.

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik dalam mengambil sampel penelitian ini digunakan cara atau teknik-teknik tertentu, sehingga sampel tersebut dapat mewakili populasinya. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti (Setiadi, 2007).

Proses pengambilan sampel dalam penelitian ini dilaksanakan sebagai berikut:

Tahap I: memilih sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dari Kecamatan Ajung dan Kecamatan Sumberbaru sebagai lokasi penelitian.

Tahap II: memilih sampel secara proporsional dari masing-masing kecamatan dengan menggunakan rumus:

$$n_1 = \frac{N_1 \times n}{N}$$

Keterangan:

$n_1$  = jumlah sampel tiap kecamatan

$N_1$  = jumlah populasi di kecamatan

$N$  = jumlah populasi

$n$  = jumlah sampel

Berdasarkan pada rumus di atas, didapatkan besar sampel tiap kecamatan yaitu:

Kecamatan Ajung =  $27/48 \times 43 = 24$  jiwa

Kecamatan Sumberbaru =  $24/48 \times 43 = 19$  jiwa



#### 4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian penderita kusta yang mempunyai kriteria-kriteria yang telah ditetapkan sebagai sampel oleh peneliti. Adapun kriteria sampel sebagai berikut:

##### a. Kriteria Inklusi

- 1) Penderita kusta yang terdaftar di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember baik kusta tipe kering atau *pauciballary* (PB) maupun kusta tipe basah atau *multibacillary* (MB).
- 2) Bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember
- 3) Bersedia menjadi responden
- 4) Tidak sedang bekerja diluar kota atau negara

##### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Subyek menolak sebagai responden
- 2) Subyek tinggal sendiri
- 3) Subyek berusia < 13 tahun

#### 4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember. Tempat pengambilan data dilaksanakan di Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru dan juga pengambilan data akan dilakukan dengan mendatangi tempat tinggal sampel dari rumah ke rumah.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan pada bulan April sampai dengan bulan Oktober tahun 2013. Waktu penelitian ini dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

#### **4.5 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah proses perumusan, atau pemberian arti makna pada masing-masing variabel untuk kepentingan akan komunikasi dan replikasi, agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang diangkat dalam waktu penelitian (Setiadi, 2007). Definisi operasional dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel yang dapat dilihat pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel: 4.1 Definisi Operasional Dukungan Keluarga Dengan Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Indikator	Instrument	Skala	Hasil
<b>Independen</b> Dukungan Keluarga	Persepsi penderita kusta mengenai bantuan yang diterima dan dirasakan dari seluruh anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan penderita kusta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emosional :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Empati</li> <li>b. Perhatian</li> <li>c. Cinta</li> <li>d. Kepercayaan</li> </ol> </li> <li>2. Penilaian :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Positif</li> <li>b. Penghargaan</li> <li>c. Pembimbing</li> </ol> </li> <li>3. Instrumental :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Bantuan nyata</li> <li>b. Ekonomi</li> </ol> </li> <li>4. Informasional :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nasehat</li> <li>b. Penyebar informasi</li> </ol> </li> </ol>	Kuesioner terdiri dari 46 pertanyaan yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan menggunakan skala likert	Interval	skor 36-144
<b>Dependen</b> Depresi Penderita Kusta	Tingkatan perasaan sedih dan kecewa yang dialami penderita kusta setelah mendapatkan diagnosa kusta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minat aktivitas</li> <li>2. Perasaan sedih</li> <li>3. Insomnia</li> <li>4. Penurunan berat badan</li> <li>5. Perasaan bersalah</li> <li>6. Perhatian atau konsentrasi</li> <li>7. Semangat atau harapan masa depan</li> <li>8. Kegelisahan</li> </ol>	Alat ukur menggunakan lembar kuesioner depresi yang diadopsi dari <i>Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)</i> yang berjumlah 20 pertanyaan	Interval	skor 20-80

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Jenis sumber pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini untuk memperoleh data pada kedua variabel adalah data primer. Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti

(Setiadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini didapatkan melalui hasil penilaian dari kuesioner.

#### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner. Cara pengisian kuesioner diisi sendiri oleh responden. Peneliti memberikan arahan jika responden mengalami kesulitan dalam mengisi angket pertanyaan.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner adalah beberapa pertanyaan tertulis yang secara logis berhubungan dengan masalah penelitian dan tiap pertanyaan merupakan jawaban yang mempunyai makna dalam menguji hipotesis penelitian (Setiadi, 2007).

##### a. Data Responden

Instrument yang diberikan yaitu instrumen A yaitu instrumen data responden yang dibuat sendiri oleh peneliti. Instrumen A untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden dan gambaran karakteristik penyakit kusta responden. Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, alamat, pendidikan, status perkawinan, suku, pekerjaan, penghasilan kepala keluarga, dan kepemilikan asuransi. Sedangkan karakteristik penyakit kusta meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, lama menderita kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin kusta. Kuisisioner A disusun dalam bentuk pertanyaan terbuka dan tertutup. Bentuk pertanyaan terbuka terdapat dalam pertanyaan tentang usia dan alamat.

Sedangkan untuk pertanyaan tertutup terdapat dalam pertanyaan tentang jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku, pekerjaan, penghasilan kepala keluarga, kepemilikan asuransi, tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, lama menderita kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin kusta. Peneliti memberikan alternatif jawaban, sehingga responden dapat menjawab sesuai dengan pilihan yang disajikan. Kuisisioner A terdiri dari 8 pertanyaan tentang data demografi dan 4 pertanyaan tentang karakteristik penyakit kusta.

b. Pengukuran Dukungan Keluarga

Instrumen yang diberikan yaitu instrumen B untuk pengukuran dukungan keluarga yang dibuat sendiri oleh peneliti sesuai dengan indikator-indikator dukungan keluarga. Kuisisioner B disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang tentang fenomena sosial. Nilai masing-masing jawaban pada variabel dukungan keluarga akan dibagi menjadi jawaban selalu, kadang-kadang, jarang, dan tidak pernah. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*), sistem penilaian pertanyaan tersebut dimulai dari Selalu = 4, Kadang-kadang = 3, Jarang = 2, Tidak Pernah = 1. Sedangkan bobot penilaian item pertanyaan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavourable*) pertanyaan dimulai dari angka Selalu = 1, Kadang-kadang = 1, Jarang = 3, Tidak Pernah = 4. Kuisisioner B terdiri dari 36 pertanyaan tentang dukungan keluarga. Adapun kisi-kisi dari kuisisioner dapat dilihat pada tabel 4.2.

c. Pengukuran Depresi

Instrumen yang diberikan yaitu instrumen C untuk pengukuran depresi. Alat ukur depresi diadopsi dari *Zung Self-Rating Depression (ZSDS)*. Alasan peneliti memilih instrumen *Zung Self-Rating Depression (ZSDS)* adalah alat ukur ini sederhana, mudah digunakan, telah banyak digunakan sehingga tidak perlu diragukan lagi keandalannya. *Zung Self Rating Depression Scale* bisa digunakan untuk *screening* depresi di populasi umum, baik diklinik untuk memantau perubahan pada perawatan, untuk *screening* depresi pada penderita penyakit tertentu, sebagai *screening* pada praktek di keluarga dan penelitian lintas budaya di komunitas. Kuisisioner C disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala Likert. Peneliti memberikan alternatif jawaban, sehingga responden dapat menjawab sesuai dengan pilihan yang disajikan. Nilai masing-masing jawaban pada variabel depresi akan dibagi menjadi jawaban selalu, kadang-kadang, jarang, dan tidak pernah. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*), sistem penilaian pertanyaan tersebut dimulai dari Selalu = 4, Kadang-kadang = 3, Jarang = 2, Tidak Pernah = 1. Sedangkan bobot penilaian item pertanyaan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavourable*) pertanyaan dimulai dari angka Selalu = 1, Kadang-kadang = 1, Jarang = 3, Tidak Pernah = 4. Kuisisioner C terdiri dari 20 pertanyaan. Adapun kisi-kisi dari kuisisioner dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner Penelitian

Variabel / Sub Variabel	Indikator	Nomor Butir Pertanyaan		Jumlah butir
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Dukungan Emosional	a. Empati	4, 1,	2, 3,	15
	b. Perhatian	5, 6,	12	
	c. Cinta	10, 11,	14, 8	
	d. Kepercayaan	13, 15	7, 9	
Dukungan Penilaian	a. Positif	16, 21,	19,	8
	b. Penghargaan	18,	22	
	c. Pembimbing	20,	17,23	
Dukungan Instrumental	a. Bantuan nyata	29, 30,	24,	6
	b. Ekonomi	28, 31,	32	
Dukungan Informasional	a. Nasehat	27, 35,	25	7
	b. Penyebar informasi	26, 33	34, 36	
Depresi	1. Minat aktivitas	1	2,6	20
	2. Perasaan sedih	3	18	
	3. Insomnia	4		
	4. Penurunan berat badan	7,8	5	
	5. Perasaan bersalah	19	17	
	6. Perhatian atau konsentrasi	15	11, 12, 16	
	7. Semangat atau harapan masa depan	10	14, 20	
	8. Kegelisahan	9, 13		

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner yang telah disusun oleh peneliti sebelum digunakan untuk penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan tujuan untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel (Setiadi, 2007). Kuisisioner variabel dukungan keluarga berupa pertanyaan tertutup yang dibuat sendiri oleh peneliti, sehingga perlu dilakukan uji validitas dan uji realibilitas. Kuesioner depresi diadopsi dari *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)* yang berupa pernyataan tertutup. Skala penilaian ini perlu dilakukan uji validitas dan

reliabilitas untuk menyesuaikan dengan kondisi di Indonesia. Alat ukur *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)* memiliki nilai *Alpha Cronbach* 0,87. Uji validitas dan reliabilitas untuk kuesioner dukungan keluarga dan depresi dilakukan pada 20 responden di wilayah kerja Puskesmas Curahnongko yang memiliki karakteristik hampir sama dengan Kecamatan Ajung dan Sumberbaru Kabupaten Jember.

Untuk mengetahui validitas instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor total. Teknik korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson Product Moment*. Cara analisisnya dengan cara menghitung koefisien korelasi antara masing-masing nilai pada nomor pertanyaan dengan nilai total dari nomor pertanyaan tersebut. Selanjutnya koefisien korelasi yang diperoleh  $r$  masih harus diuji signifikansinya dengan membandingkannya dengan  $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel dicari dengan menggunakan rumus  $df = n - 2$ .  $n$  adalah jumlah sampel, jika  $r$  yang diperoleh diikuti harga  $p < 0,05$  berarti nomor pertanyaan itu valid. Untuk menentukan  $r$  hitung pada uji validitas adalah dilihat pada kolom "*corrected item-total correlation*". Masing-masing pertanyaan dibandingkan nilai  $r$  hasil dengan nilai  $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel untuk jumlah sampel sebanyak 20 adalah 0,444. Kesimpulan : bila  $r$  hitung  $>$  dari 0,444, maka variabel valid dan tidak valid jika  $r$  hitung  $<$  0,444 (Arikunto, 2010). Berdasarkan hasil uji validitas didapatkan hasil yaitu 36 pertanyaan valid pada variabel dukungan keluarga dan 18 pertanyaan valid pada variabel depresi. Dua pertanyaan yang tidak valid pada variabel depresi tetap digunakan dalam penelitian dengan alasan konten dalam pertanyaan ini penting, hanya saja peneliti



telah mengganti redaksional kata-katanya menjadi lebih sederhana sehingga lebih mudah untuk dipahami oleh responden. Rentang nilai  $r$  hitung pada kuesioner variabel dukungan keluarga yaitu antara 0,449-0,766, sedangkan rentang nilai  $r$  hitung pada kuesioner variabel depresi yaitu 0,244-0,672. Perbedaan *blue print* kuesioner penelitian sebelum dan sesudah uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Perbedaan *Blue Print* Kuesioner Penelitian Sebelum dan Sesudah Uji Validitas

Variabel/Sub Variabel	Sebelum Uji Validitas		Jumlah butir	Setelah Uji Validitas		Jumlah butir
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Dukungan Emosional :						
a. Empati	4, 42,	38, 39	21	4, 42,	38, 39	16
b. Perhatian	1, 5, 6, 41	2, 3, 12		5, 6, 41	12	
c. Cinta	10, 40, 43	14, 8		10, 40, 43	14, 8	
d. Kepercayaan	11, 13, 15	7, 9		11, 15	7	
Dukungan Penilaian						
a. Positif	16, 21,	19, 22	9	16, 21,	22	7
b. Penghargaan	44	17		44	17	
c. Pembimbing	18, 20,	23		18	23	
Dukungan Instrumental						
a. Bantuan nyata	29, 30, 46	24, 45	8	29, 30,	24, 45	7
b. Ekonomi	28, 31,	32		46, 31,	32	
Dukungan Informasional			8			
a. Nasehat	27, 35,	25		27, 35,	25	6
b. Penyebar informasi	37, 26, 33	34, 36		37, 33	34	
<b>Total</b>			<b>46</b>			<b>36</b>
Depresi:						
1. Minat aktivitas	1	2, 6	3	1	2, 6	3
2. Perasaan sedih	3	18	2	3	18	2
3. Insomnia	4		1	4		1
4. Penurunan berat badan	7, 8	5	3	7, 8	5	3
5. Perasaan bersalah	19	17	2	19	17	2
6. Perhatian atau konsentrasi	15	11, 12, 16	4	15	11, 12, 16	4
7. Semangat atau harapan masa depan	10	14, 20	3	10	14, 20	3
8. Kegelisahan	9, 13		2	9, 13		2
<b>Total</b>			<b>20</b>			<b>20</b>

Menurut Sundayana (2010 dalam Marlina, 2011) reliabilitas instrumen penelitian adalah suatu alat yang memberikan hasil yang tetap sama (konsisten, ajeg). Situasi, kondisi atau hal apapun tidak mempengaruhi hasil pengukurannya. Dalam penelitian ini teknik untuk menghitung indeks reliabilitas yaitu dengan teknik *one shot model*, dimana model ini melakukan pendekatan yang menggunakan satu kali pengumpulan data pada “suatu saat”. Pada pendekatan ini peneliti membagikan lembar kuisioner ke penderita kusta untuk menilai dukungan keluarganya dalam pengaruhnya terhadap depresi. Penelitian dilakukan pada satu waktu terhadap satu kelompok. Untuk memperoleh dan mengukur reliabilitas instrumen dalam penelitian ini digunakan rumus *Alpha Cronbach's* (Setiadi, 2007).

Alasan menggunakan rumus ini adalah karena instrumen yang digunakan oleh peneliti adalah skala psikologis mengenai hubungan interpersonal dengan skala bertingkat (*rating scale*). Caranya adalah membandingkan nilai  $r$  hasil dengan  $r$  tabel. Untuk uji reliabilitas nilai  $r$  hasil adalah nilai “*alpha*” terletak di akhir output. Ketentuan: bila  $r$  *alpha* >  $r$  tabel maka pertanyaan / pernyataan tersebut reliabel. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 20 responden di wilayah kerja puskesmas Curahnongko yang memiliki karakteristik hampir sama dengan Kecamatan Ajung dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Nilai  $r$  alpha berdasarkan uji reliabilitas tentang dukungan keluarga yaitu 0,821 dan nilai  $r$  alpha variabel depresi yaitu 0,905.

## 4.7 Pengolahan Data

### 4.7.1 *Editing*

Proses *editing* adalah kegiatan untuk memeriksa daftar pertanyaan kuisisioner. Peneliti melakukan pemeriksaan terhadap pertanyaan yang meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, konsistensi dan relevansi jawaban (Setiadi, 2007).

### 4.7.2 *Coding*

*Coding* adalah kegiatan mengklasifikasikan jawaban-jawaban pertanyaan kuisisioner dari responden dalam kategori (Setiadi, 2007). Peneliti memberikan tanda atau kode tertentu pada setiap jawaban responden dalam kuisisioner yang bertujuan untuk lebih memudahkan peneliti saat menganalisis data (Notoatmodjo, 2010). Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Jenis kelamin:

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1) Laki-laki | diberi kode 0 |
| 2) Perempuan | diberi kode 1 |

b. Status Pernikahan:

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1) Menikah       | diberi kode 0 |
| 2) Belum menikah | diberi kode 1 |

c. Pendidikan terakhir:

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1) Tidak sekolah | diberi kode 0 |
| 2) SD            | diberi kode 1 |
| 3) SMP           | diberi kode 2 |

- 4) SMU/SMK                      diberi kode 3
  - 5) Perguruan tinggi            diberi kode 4
  - 6) Lain-lain                      diberi kode 5
- d. Suku:
- 1) Jawa                            diberi kode 0
  - 2) Madura                        diberi kode 1
  - 3) Lain-lain                      diberi kode 2
- e. Pekerjaan:
- 1) Tidak bekerja                diberi kode 0
  - 2) TNI/POLRI                    diberi kode 1
  - 3) Wiraswasta                    diberi kode 2
  - 4) PNS                            diberi kode 3
  - 5) Petani                         diberi kode 4
  - 6) Pelajar/mahasiswa            diberi kode 5
  - 7) IRT (Ibu Rumah Tangga)      diberi kode 6
  - 8) Lain-lain                      diberi kode 7
- f. Penghasilan kepala keluarga: ..... /bulan
- g. Kepemilikan asuransi kesehatan:
- 1) Ya                                diberi kode 0
  - 2) Tidak                            diberi kode 1
- h. Tipe kusta:
- 1) Tipe kering atau *paucibacillary* (PB)            diberi kode 0
  - 2) Tipe basah atau *multibacillary* (MB)            diberi kode 1

- i. Tingkat kecacatan kusta:
  - 1) Tingkat 0                      diberi kode 0
  - 2) Tingkat 1                      diberi kode 1
  - 3) Tingkat 2                      diberi kode 2
- j. Lama menderita kusta: ..... bulan
- k. Pelaksanaan pengobatan rutin:
  - 1) Ya                                  diberi kode 0
  - 2) Tidak                                diberi kode 1

#### 4.7.3 *Entry*

*Entry* adalah kegiatan memasukkan jawaban-jawaban dari masing-masing responden ke dalam tabel melalui program pengolahan komputer (Notoatmodjo, 2010). Data yang sudah di *coding* siap dimasukkan dan siap dianalisis (Setiadi, 2007).

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* adalah proses pembersihan data (Notoatmodjo, 2010). Data yang telah dimasukkan dilakukan pembersihan apakah data sudah benar atau belum (Setiadi, 2007).

## 4.8 Analisis Data

Data yang telah diolah kemudian dianalisa sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan (Setiadi, 2007). Analisis data bertujuan untuk menyusun data secara bermakna sehingga mudah dipahami. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisis univariat dan bivariat.

### 4.8.1 Analisa univariat

Penelitian ini menggunakan analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur. Karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, suku, kepemilikan asuransi, dan juga terhadap karakteristik penyakit kusta meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan kusta dan pelaksanaan pengobatan kusta merupakan data kategorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Usia, penghasilan, dan lama menderita kusta merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

Analisis univariat untuk variabel dukungan keluarga dan variabel depresi merupakan data numerik yang dianalisis dengan cara menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

#### 4.8.2 Analisa bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap 2 variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara masing-masing variabel yaitu mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta. Jenis variabel independen dan variabel dependen adalah numerik dan numerik. Sehingga, Peneliti menggunakan statistik parametrik karena distribusi data normal maka analisis yang digunakan adalah regresi linier sederhana.

### 4.9 Etika Penelitian

Peneliti yang melakukan suatu penelitian, perlu memperhatikan etika penelitian antara lain:

#### 4.9.1 *Informed Consent*

*Informed Consent* adalah pernyataan kesediaan dari subyek penelitian untuk dengan jelas dan lengkap memberikan informasi atau data yang dibutuhkan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Subjek penelitian harus diberikan informasi mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang diperoleh dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja. Pada penelitian ini sebelum penderita kusta menjadi responden, dilakukan pemberian informasi terkait dengan tujuan penelitian. Kemudian setelah penderita kusta bersedia menjadi responden, penderita kusta menandatangani lembar *consent* penelitian., bila tidak bersedia menjadi responden maka diperbolehkan untuk tidak menandatangani lembar *informed consent* dan peneliti tidak memaksakan calon responden tersebut untuk diteliti.

#### 4.9.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan adalah bukti jaminan bahwa setiap informasi yang berkaitan dengan responden penelitian tidak akan dilaporkan dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim peneliti. Hal ini adalah tanggung jawab peneliti untuk menjamin tentang kerahasiaan (Notoatmodjo, 2010). Angket penelitian yang telah diisi hanya diketahui pihak yang berkepentingan terhadap penelitian seperti peneliti dan akademisi.

#### 4.9.3 Anonimitas

Peneliti memberikan hak kepada responden untuk memberikan nama inisial selama penelitian. Identitas responden dalam proses *editing* akan dirubah menjadi kode nomer responden yang hanya diketahui oleh peneliti. Kerahasiaan pada penelitian saat ini dilakukan oleh peneliti dengan cara penggunaan *anonymity* untuk mendokumentasikan responden (identitas penderita kusta) dalam pendokumentasian hasil penelitian.

#### 4.9.4 Keadilan

Setiap subjek penelitian diberlakukan sama berdasar moral, martabat, dan hak asasi manusia. Peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain. (Notoatmodjo, 2010). Penelitian saat ini, peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain. Peneliti tidak membedakan penderita kusta berdasarkan status pendidikan maupun sosial ekonominya.



## **BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan mengenai pelaksanaan penelitian beserta hasil dan pembahasan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember pada tahun 2012 yaitu wilayah kerja puskesmas Ajung dan puskesmas Sumberbaru. Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan selama tiga minggu yaitu pada tanggal 18 Juni – 9 Juli 2013.

Pengambilan sampel pada penelitian ini terdiri dari beberapa tahapan. Tahap pertama peneliti memilih sampel secara *purposive sampling* dari 2 wilayah yaitu wilayah Puskesmas Ajung dan wilayah Puskesmas Sumberbaru sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya oleh peneliti. Tahap kedua yaitu peneliti memilih sampel secara proporsional dari masing-masing wilayah Puskesmas Ajung dan wilayah Puskesmas Sumberbaru. Besar sampel yang didapatkan dalam penelitian yaitu 38 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara menggunakan kuesioner yang diberikan kepada masing-masing penderita kusta sebagai responden penelitian. Kuesioner penelitian terdiri dari dua jenis yaitu kuesioner untuk mengkaji dukungan keluarga yang selama ini diterima atau dirasakan oleh responden dari anggota keluarganya dan kuesioner depresi yang mengindikasikan gejala-gejala depresi yang dialami oleh responden. Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara mendatangi satu persatu rumah setiap

responden. Pengisian kuesioner dilakukan pada saat itu dengan didampingi peneliti. Pengambilan data diawali dengan penjelasan peneliti kepada penderita kusta yang terpilih sebagai sampel mengenai tujuan dan manfaat penelitian. Penderita kusta yang bersedia menjadi responden kemudian menandatangani lembar *informed consent*. Pengambilan data kemudian dilakukan dengan cara responden mengisi jawaban pada masing-masing lembar kuesioner.

Kuesioner yang telah terisi selanjutnya dilakukan pengolahan data meliputi *editing, coding, entry, dan cleaning*. Data mengenai karakteristik responden yaitu jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir, suku, pekerjaan, dan kepemilikan asuransi yang diperoleh berupa data kategorik, sedangkan data usia dan penghasilan kepala keluarga diperoleh berupa data numerik. Data mengenai karakteristik penyakit kusta responden yang meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin diperoleh berupa data kategorik. Data mengenai lama menderita kusta, dukungan keluarga dan data depresi yang diperoleh berupa data numerik.

Hasil uji normalitas data menunjukkan bahwa data dukungan keluarga dan depresi berdistribusi normal sehingga analisa bivariat menggunakan uji statistik regresi linear sederhana. Berikut merupakan hasil penelitian berupa karakteristik responden, karakteristik penyakit kusta, dukungan keluarga dan depresi penderita kusta.

## 5.1 Hasil Penelitian

### 5.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat pada data numerik (usia, penghasilan kepala keluarga, lama menderita kusta, dukungan keluarga dan depresi) menggunakan nilai mean, standar deviasi, minimal, dan maksimal. Analisis univariat pada data kategorik (jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir, suku, pekerjaan, kepemilikan asuransi, tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin) menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi. Berikut ini analisa univariat dari data-data tersebut:

#### a. Karakteristik responden

Distribusi responden menurut usia dan penghasilan kepala keluarga dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi responden menurut usia dan penghasilan kepala keluarga pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

No	Karakteristik Responden	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
1	Usia (tahun)	40,24	42	16,478	17-70	34,82-45,65
2	Penghasilan kepala keluarga (Rupiah)	926.315	900.000	121.219	700.000-1.200.000	886.471-966.159

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Rata-rata usia pada penderita kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.1 adalah 40,24 tahun, nilai tengah usia penderita kusta yaitu 42 tahun dengan standar deviasi 16,478 tahun. Nilai terendah dari usia penderita kusta adalah 17 tahun, sedangkan nilai tertinggi dari usia penderita kusta adalah 70 tahun. Hasil estimasi interval

yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata usia penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta adalah diantara 34,82 tahun sampai dengan 45,65 tahun.

Rata-rata penghasilan kepala keluarga pada penderita kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.1 adalah Rp. 926.315 , nilai tengah penghasilan kepala keluarga yaitu Rp. 900.000 dengan standar deviasi Rp. 121.219. Nilai terendah dari penghasilan kepala keluarga penderita kusta adalah Rp. 700.000, sedangkan nilai tertinggi dari penghasilan kepala keluarga penderita kusta adalah Rp 1.200.000. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata usia penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta adalah diantara Rp. 886.471 sampai dengan Rp. 966.159.

Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, suku, pekerjaan, dan kepemilikan asuransi dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, suku, pekerjaan, dan kepemilikan asuransi pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

No.	Karakteristik Responden	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	<b>Jenis kelamin</b>		
	a. Laki-laki	21	55,3
	b. Perempuan	17	44,7
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
	<b>Status Pernikahan</b>		
2.	a. Menikah	28	73,7
	b. Belum menikah	10	26,3
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
3.	<b>Tingkat Pendidikan</b>		
	a. Tidak sekolah	3	7,9
	b. SD	17	44,7
	c. SMP	14	36,8
	d. SMA	4	10,5
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
4	<b>Suku</b>		
	a. Jawa	7	18,4
	b. Madura	31	81,6
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
5	<b>Jenis Pekerjaan</b>		
	a. Tidak bekerja	2	5,3
	b. Wiraswasta	16	42,1
	c. Petani	8	21,1
	d. Pelajar	1	2,6
	e. Ibu rumah tangga	11	28,9
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
6	<b>Kepemilikan asuransi</b>		
	a. Ya	28	73,7
	b. Tidak	10	26,3
	<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Distribusi jenis kelamin penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember merata di masing-masing jenis kelamin. Persentase jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 21 responden (55,3%) sedangkan persentase jenis kelamin perempuan yaitu 17 responden (44,7%).

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi status pernikahan penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Distribusi status pernikahan responden menunjukkan bahwa sebagian besar telah menikah yaitu sebanyak 28 responden (73,7%) dan terdapat 10 responden (26,3%) belum menikah.

Tingkat pendidikan dinilai berdasarkan lulusan pendidikan terakhir yang telah ditempuh responden. Data menunjukkan persentase tertinggi pada jenjang pendidikan Sekolah Dasar (SD) sebanyak 17 responden (44,7%), Sekolah Menengah Pertama (SMP) sebanyak 14 responden (36,8%), Sekolah Menengah Pertama sebanyak 4 responden (10,5%) dan persentase terendah yaitu tidak sekolah sebanyak 3 responden (7,9%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada responden yang memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi.

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi responden berdasarkan suku. Distribusi berdasarkan suku dari 38 responden sebagian besar merupakan suku Madura yaitu sebanyak 31 responden (81,6%) dan 7 responden (18,6%) merupakan suku Jawa.

Distribusi pekerjaan penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember tidak merata di masing-masing jenis pekerjaan. Persentase tertinggi terdapat pekerjaan wiraswasta yaitu sebesar 16 responden (42,1%), Ibu rumah tangga sebanyak 11 responden (28,9%), petani sebanyak 8 responden (21,1%), tidak bekerja sebanyak 2 responden (5,3%), dan persentase terendah sebagai pelajar sebanyak 1 responden (2,6%).

Distribusi kepemilikan asuransi kesehatan penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember ditunjukkan dalam tabel 5.2. Distribusi kepemilikan asuransi kesehatan responden menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki asuransi kesehatan yaitu sebanyak 28 responden (73,7%) dan sebanyak 10 responden (26,3%) tidak memiliki asuransi kesehatan.

b. Karakteristik penyakit kusta

Distribusi lama menderita kusta responden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi responden menurut lama menderita kusta pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

variabel	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Lama menderita kusta (bulan)	8,79	9,00	3,864	3-24	7,52-10,06

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Rata-rata lama responden menderita penyakit kusta pada wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.3 adalah 8,79 bulan, nilai tengah lama menderita kusta yaitu 9 bulan dengan standar deviasi 3,864 bulan. Nilai terendah dari lamanya menderita kusta adalah 3 bulan, sedangkan nilai tertinggi adalah 24 bulan. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata lama rseponden menderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta adalah diantara 7,52 bulan sampai dengan 10,06 bulan.

Distribusi responden menurut tipe kusta, tingkat kecacatan, dan pelaksanaan pengobatan rutin dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut karakteristik kusta pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

No.	Karakteristik Penyakit Kusta	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1.	<b>Tipe Kusta</b>		
	a. PB	8	21,1
	b. MB	30	78,9
	<b>Total</b>	38	100
2.	<b>Tingkat Kecacatan Kusta</b>		
	a. Tingkat 0	20	52,6
	b. Tingkat 1	9	23,7
	c. Tingkat 2	9	23,7
	<b>Total</b>	38	100
3.	<b>Pelaksanaan Pengobatan Rutin</b>		
	a. Ya	30	78,9
	b. Tidak	8	21,1
	<b>Total</b>	38	100

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Tabel 5.4 menunjukkan distribusi karakteristik penyakit kusta yaitu tipe kusta, tingkat kecacatan kusta dan pelaksanaan pengobatan rutin. Distribusi tipe kusta penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember sebagian besar tipe MB sebanyak 30 responden (78,9%), dan 8 responden (21,1%) memiliki tipe kusta PB .

Keberagaman data terlihat dari data responden menurut tingkat kecacatan kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Tingkat kecacatan paling tinggi yaitu tingkat 0 sebanyak 20 responden (52,6%), tingkat 1 sebanyak 9 responden (23,7%) dan tingkat 2 sebanyak 9 responden (23,7%).



Proses kesembuhan penyakit kusta salah satunya tergantung dari pelaksanaan pengobatan oleh responden dilakukan secara rutin atau tidak. Distribusi responden menurut pelaksanaan pengobatan rutin yaitu sebagian besar responden melaksanakan pengobatan secara rutin sebanyak 30 responden (78,9%) dan tidak melaksanakan pengobatan rutin sebanyak 8 responden (21,1%).

c. Dukungan keluarga

Distribusi data responden menurut dukungan keluarga pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013 dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi responden menurut dukungan keluarga pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

variabel	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Dukungan keluarga	119,39	119	12,595	88-143	115,25-123,53

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Rata-rata nilai dukungan keluarga pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.5 adalah 119,39, nilai tengah dukungan keluarga responden yaitu 119 dengan standar deviasi 12,595. Nilai terendah dari dukungan keluarga responden adalah 88, sedangkan nilai tertinggi adalah 143. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata dukungan keluarga rseponden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember adalah diantara 115,25 sampai dengan 123,53.

Cara mengidentifikasi kenormalan distribusi data dapat ditinjau dari 3 hal yaitu grafik histogram dan kurva normal, menggunakan nilai *skewness* dibagi dengan standar eror menghasilkan angka  $\leq 2$ , dan menggunakan uji *kolmogorov Smirnov* dengan hasil uji p value  $< 0,05$ . Pada variabel dukungan keluarga didapatkan hasil yaitu bentuk kurva normal, nilai *skewness* -0,467 dibagi dengan nilai *standart error of skewness* 0,383 menghasilkan angka -1,2193, dan hasil uji *kolmogorov Smirnov* p value yaitu 0,045 yang artinya pvalue  $< 0,05$ . Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel dukungan keluarga berdistribusi normal.

Variabel dukungan keluarga terdiri dari 4 indikator yaitu dukungan emosional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan informasional. Distribusi responden berdasarkan indikator-indikator dukungan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut.

Tabel 5.6 Distribusi responden menurut indikator-indikator dukungan keluarga pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

No	indikator	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
1	Dukungan emosional	53,95	54	5,831	41-63	52,03-55,86
2	Dukungan penilaian	23,92	24	2,832	18-28	22,99-24,85
3	Dukungan Instrumental	21,84	22	3,167	16-28	20,80-22,88
4	Dukungan informasional	19,61	20	3,167	12-24	18,56-20,65

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Rata-rata nilai dukungan emosional pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 53,95, nilai tengah dukungan emosional responden yaitu 54 dengan standar deviasi 5,831. Nilai terendah dari dukungan emosional responden

adalah 41, sedangkan nilai tertinggi adalah 63. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata dukungan keluarga rseponden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember adalah diantara 52,03 sampai dengan 55,86.

Rata-rata nilai dukungan penilaian pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 23,92, nilai tengah dukungan penilaian responden yaitu 24 dengan standar deviasi 2,832. Nilai terendah dari dukungan penilaian responden adalah 18, sedangkan nilai tertinggi adalah 28. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata dukungan keluarga rseponden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember adalah diantara 22,99 sampai dengan 24,85.

Rata-rata nilai dukungan instrumental pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 21,84, nilai tengah dukungan instrumental responden yaitu 22 dengan standar deviasi 3,167. Nilai terendah dari dukungan instrumental responden adalah 16, sedangkan nilai tertinggi adalah 28. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata dukungan keluarga rseponden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember adalah diantara 20,80 sampai dengan 22,88.

Rata-rata nilai dukungan informasional pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 19,61 , nilai tengah dukungan informasional responden yaitu 20 dengan standar deviasi 3,167. Nilai terendah dari dukungan informasional responden adalah 12, sedangkan nilai tertinggi adalah 24. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata dukungan keluarga

rseponden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember adalah diantara 18,56 sampai dengan 20,65.

#### d. Depresi

Distribusi data responden menurut nilai depresi pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013 dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Distribusi responden menurut nilai depresi pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember bulan Juli tahun 2013

Variabel	Mean	Median	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Depresi	43,50	42	12,461	20-74	39,40-47,60

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Rata-rata nilai depresi responden pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.7 adalah 43,50, nilai tengah depresi responden yaitu 42 dengan standar deviasi 12,461. Nilai terendah dari skor depresi responden adalah 20, sedangkan nilai tertinggi adalah 74. Hasil estimasi interval yaitu 95 % diyakini bahwa rata-rata nilai depresi responden di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember adalah diantara 39,40 sampai dengan 47,60.

Hasil analisis variabel depresi menunjukkan bahwa variabel depresi memiliki bentuk kurva yang normal, hasil nilai *skewness* 0,684 dibagi dengan nilai *standart error of skewness* 0,383 menghasilkan angka 1,7859, dan hasil uji *kolmogorov Smirnov* p value yaitu 0,001 yang artinya p value < 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel depresi berdistribusi normal.

### 5.1.2 Analisis Bivariat

Analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember menggunakan uji statistik regresi linier sederhana karena kedua variabel merupakan data numerik dan berdistribusi normal. Hasil uji statistik regresi linier sederhana dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Analisis Korelasi dan Regresi Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember Juli 2013

Variabel	r	R <sup>2</sup>	Persamaan Garis	P value
Dukungan Keluarga	-0,649	0,421	Depresi = 120,163 +(-0,642) X Dukungan keluarga	0,000

Sumber: Data Primer, Juli 2013

Hasil analisis pada tabel 5.8 dapat diketahui bahwa  $p \text{ value } (0,000) < \alpha (0,05)$ , hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis penelitian diterima yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Kekuatan korelasi yang diperoleh sebesar ( $r = -0,649$ ) yang menunjukkan ada hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dengan depresi dan nilai korelasi memiliki arah negatif artinya semakin besar dukungan keluarga maka semakin kecil depresi yang dialami oleh penderita kusta. Nilai koefisien determinasi sebesar 0,421 artinya sebesar 42,1% variabel dukungan keluarga mempunyai sumbangan terhadap variabel depresi dan sisanya sebesar 57,9% depresi penderita kusta dipengaruhi oleh faktor lain selain dukungan keluarga yaitu usia, jenis kelamin, suku, status pernikahan, tingkat

pendidikan, pekerjaan, penghasilan kepala keluarga, kepemilikan asuransi kesehatan, lama menderita kusta, tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin kusta.

Berdasarkan tabel di atas, maka dapat dituliskan persamaan garis regresi yaitu sebagai berikut:

$$Y = a + bX$$

$$\text{Depresi} = 120,163 + (-0,642) \times \text{Dukungan keluarga}$$

Gambar 5.1 Persamaan Regresi Depresi

Hasil analisis data didapatkan nilai konstan (nilai a) sebesar 120,163 dan nilai b sebesar -0,642, hal ini menunjukkan bahwa variabel depresi penderita kusta akan berkurang sebesar 0,642 setiap pertambahan 1 nilai variabel dukungan keluarga.

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Karakteristik Responden Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember

Hasil karakteristik responden yang diperoleh dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir, suku, pekerjaan, penghasilan kepala keluarga, dan kepemilikan asuransi.

Hasil penyajian data pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa responden rata-rata berusia 40,24 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia responden adalah kelompok dewasa tengah. Menurut Potter & Perry (2005) tugas perkembangan individu dewasa tengah meliputi pencapaian tanggung jawab

sosial, menetapkan dan mempertahankan standar kehidupan, membantu anak-anak remaja menjadi orang dewasa yang bertanggung jawab dan bahagia, mengembangkan aktivitas luang, menerima dan menyesuaikan perubahan fisiologis pada usia pertengahan. Usia 40 tahun merupakan rentang umur yang masih dalam kategori usia produktif. Pedoman nasional pemberantasan penyakit kusta menyatakan bahwa penderita kusta terbanyak adalah pada usia muda dan produktif (Depkes RI, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Djaiman (1999) mendapatkan hasil bahwa sebanyak 84,1% penderita kusta berada pada usia produktif.

Penderita kusta akan mengalami keterbatasan fisik dalam melakukan aktivitas akibat kecacatan yang diderita, sehingga pada rentang usia tersebut akan mengurangi tingkat produktivitas. Penderita kusta yang yang berusia produktif yang mengalami kecacatan tersebut akan memberikan dampak yang negatif seperti pengangguran (Djaiman, 1999). Penderita kusta yang mengalami keterbatasan fisik akibat kusta menjadikan masyarakat tersebut enggan dan malu untuk bergaul, sehingga jika terus-menerus terjadi akan mengalami depresi pada penderita kusta.

Usia merupakan salah satu faktor yang meningkatkan resiko untuk terjadinya depresi. Depresi lebih sering terjadi pada usia muda yaitu rata-rata umur 20-40 tahun. Depresi pada usia muda lebih sering diakibatkan karena faktor sosial (Landeem dan Danesh, 2007). Depresi pada penderita kusta diakibatkan karena faktor sosial seperti mendapatkan hinaan secara fisik oleh masyarakat, penderita kusta merasa bahwa dirinya aneh bagi masyarakat, dan adanya stigma

yang negatif dari masyarakat sehingga perilaku masyarakat cenderung mengucilkan dan isolasi sosial kepada penderita kusta yang akan menyebabkan stress dan depresi pada penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002). Rata-rata usia penderita kusta pada penelitian ini adalah 40,24 tahun yang tergolong dalam usia produktif sehingga beresiko untuk mengalami depresi. Usia produktif lebih beresiko untuk mengalami depresi karena memiliki tanggung jawab yang semakin meningkat terhadap diri sendiri, keluarga dan masyarakat.

Karakteristik responden yang kedua adalah jenis kelamin, dengan hasil penelitian terdapat pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 38 responden, sebanyak 21 responden (55,3%) memiliki jenis kelamin laki-laki dan 17 responden (44,7%) memiliki jenis kelamin perempuan. Hasil penelitian ini sesuai dengan Depkes RI (2006) yang menyatakan bahwa kejadian penyakit kusta pada laki-laki lebih banyak terjadi daripada wanita, kecuali di Afrika, wanita lebih banyak terkena penyakit kusta dari pada laki-laki. Laki-laki lebih banyak terpapar dengan faktor risiko terkena penyakit kusta akibat gaya hidupnya seperti halnya penyakit menular lainnya (Depkes RI, 2006). Laki-laki pada umumnya mempunyai aktivitas diluar rumah yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan, sehingga laki-laki lebih rentan untuk tertular penyakit kusta (Susanto, 2006). Hasil penelitian sesuai dengan pendapat Kaur & Van Brakel (2002) bahwa dari berbagai penelitian menunjukkan 90% dari populasi yang kontak dengan penderita akan mengalami penularan penyakit kusta. Kejadian kusta pada perempuan lebih rendah kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lingkungan atau



biologi. Perempuan yang banyak melakukan aktivitas di dalam rumah seperti ibu rumah tangga memperkecil risiko tertular penyakit kusta.

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang meningkatkan risiko untuk terjadinya depresi. Depresi umumnya lebih sering menyerang pada wanita. Wanita lebih sering terpajan dengan stressor lingkungan dan batas ambangnya lebih rendah jika dibandingkan laki-laki. Depresi pada wanita juga berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada tubuh wanita. Misalnya depresi pra haid, *post partum* dan depresi *postmenopause*. Perempuan berada pada risiko yang lebih besar gangguan depresi dan kecemasan pada usia lebih awal daripada laki-laki (Videbeck, 2008). Hasil penelitian ini menunjukkan jumlah penderita kusta merata antara jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Penderita kusta yang berjenis kelamin perempuan lebih beresiko mengalami depresi karena perempuan memiliki batas ambang yang lebih rendah daripada laki-laki.

Karakteristik responden yang ketiga adalah status pernikahan, terlihat pada tabel 5.2 dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 38 responden, sebagian besar telah menikah sebanyak 28 responden (73,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Pedoman nasional pemberantasan penyakit kusta menyatakan bahwa penderita kusta terbanyak adalah pada usia muda dan produktif (Depkes RI, 2006). Seseorang kebanyakan menikah pada usia muda dan produktif.

Status pernikahan akan mempengaruhi seseorang individu untuk mengalami depresi. Menikah memberikan dampak lebih baik bagi kesehatan jiwa untuk semua gender (Videbeck, 2008). Seseorang yang memiliki pasangan hidup akan mendapatkan dukungan positif yang akan menguatkan individu dari segi

mental ketika mengalami masalah, sehingga menurunkan resiko untuk mengalami depresi. Penderita kusta yang telah menikah akan mendapatkan dukungan dari pasangan hidupnya untuk menjalani pengobatan kusta, dan mendapatkan perawatan sehingga lebih optimis untuk sembuh dari penyakit kusta. Penderita kusta yang belum menikah penting untuk mendapatkan dukungan dari anggota keluarga terdekat seperti orang tua. Orang tua mampu memberikan motivasi yang positif bagi penderita kusta untuk sembuh dari penyakit kusta. Hal ini sesuai dengan pernyataan Widayati (2005) bahwa dukungan dari orang tua dapat berupa kasih sayang, perhatian, keteladanan, bimbingan dan pengarahan, dorongan agar anak memiliki rasa percaya diri.

Karakteristik responden yang keempat adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan sebagian besar penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di kabupaten jember adalah Sekolah Dasar sebanyak 17 responden (44,7 %). Pendidikan yang rendah mengakibatkan kurangnya pengetahuan penderita terhadap penyakit kusta, sehingga penderita kusta tidak memahami akibat buruk yang ditimbulkan dari penyakit kusta (Susanto, 2006). Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Kaur & Van Brakel (2002) bahwa sebagian besar (65%) penderita kusta tidak menempuh pendidikan formal. Iyor (2005) mengatakan bahwa kejadian kusta lebih banyak terjadi pada penderita kusta yang mempunyai pengetahuan rendah. Masih rendahnya pendidikan masyarakat berakibat kurangnya informasi dan pengetahuan terhadap kesehatan, hal ini merupakan salah satu dampak semakin meluasnya insidensi pemulanan penyakit kusta di wilayah Puskesmas Ajung dan di wilayah Puskesmas Sumberbaru.

Mantra (dalam Bayora, 2005) menyatakan bahwa tingkat pendidikan formal merupakan dasar pengetahuan intelektual yang dimiliki oleh seseorang. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan karena semakin tinggi pengetahuan seseorang akan semakin luas wawasan yang dimiliki. Tingkat pengetahuan yang baik mengenai depresi akan membantu individu dalam menekan gejala depresi yang muncul. Penderita kusta yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, akan memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit kusta dan akan memiliki mekanisme koping yang baik untuk menghadapi masalahnya sehingga tidak sampai mengalami depresi. Sesuai dengan konsep Broewer dalam Ikhsan (2007), faktor pendidikan seseorang sangat menentukan kecemasan, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasi masalah, menggunakan koping yang efektif dan konstruktif daripada seseorang yang berpendidikan rendah.

Karakteristik responden selanjutnya adalah suku. Tabel 5.2 menunjukkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden adalah suku Madura sebanyak 31 responden (81,6%). Masing – masing suku yang ada di masyarakat akan memberikan gambaran yang berbeda dalam perilaku kesehatan. Kebudayaan berhubungan erat dengan kesehatan dalam hal pencegahan serta pengobatan penyakit yang dipengaruhi oleh kepercayaan tradisional.

Masyarakat yang kurang memanfaatkan layanan kesehatan menjadikan salah satu faktor penyebab tingginya angka penularan penyakit kusta. Kurangnya memanfaatkan pelayanan kesehatan disebabkan akibat penderita kusta masih memiliki anggapan yang salah tentang penyakit kusta. Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit yang buruk akibat

diguna-guna dan sulit disembuhkan. Masyarakat beranggapan penyakit kusta tidak bisa disembuhkan dengan pengobatan medis melainkan bisa disembuhkan dengan perantara paranormal atau dukun di lingkungan setempat. Penelitian yang dilakukan Suryanda (2007) menunjukkan bahwa umumnya masyarakat beranggapan bahwa penyakit kusta adalah penyakit kutukan yang disebabkan perbuatan dosa oleh penderita kusta dan sulit untuk disembuhkan.

Suku yang ada dalam masyarakat juga akan berpengaruh terhadap seseorang untuk beresiko mengalami depresi. Dalam penanganan kesehatan jiwa, budaya akan mempengaruhi seseorang dalam mengkomunikasikan masalah, menjelaskan penyebab masalah dan mempersiapkan pelayanan kesehatan. Depresi lebih jelas terlihat pada suatu budaya yang meyakini bahwa mengungkapkan emosi secara verbal itu tidak tepat (Videbeck, 2008). Suku yang dianut penderita kusta akan mempengaruhi penderita kusta dalam mengkomunikasikan penyakit kusta dengan anggota keluarga, mempengaruhi dalam menyelesaikan masalahnya yang terkait dengan perawatan penyakit kusta dan mempengaruhi kepercayaan penderita kusta dalam memanfaatkan layanan kesehatan untuk menganani penyakit kusta.

Hasil penelitian tentang karakteristik responden yang keenam adalah pekerjaan pada tabel 5.2. Sebagian besar penderita kusta memiliki pekerjaan wiraswasta sebanyak 16 responden (42,1%). Pekerjaan seseorang akan menentukan besarnya jumlah penghasilan yang didapatkan. Sebagian besar pekerjaan penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru adalah wiraswasta dengan rata-rata penghasilan kepala keluarga

sebesar Rp. 926.315. Penghasilan yang dimiliki oleh seseorang akan mempengaruhi terhadap status kesehatan orang tersebut. Keadaan ekonomi yang kurang mampu akan mempengaruhi akses seseorang terhadap layanan kesehatan dan konsumsi pangan seseorang yang akan berpengaruh terhadap kesehatannya. Hal ini selaras dengan pernyataan Suhardjo; dalam Sarah, (2006) bahwa tingkat pendapatan keluarga sangat berpengaruh terhadap konsumsi pangan keluarga.

Penderita kusta yang berada pada sosial ekonomi rendah akan mendapatkan stressor tambahan. Misalnya harus memikirkan penyakit kusta yang diderita, memikirkan uang untuk keluarga dan juga untuk digunakan pengobatan penyakit kusta, sehingga penderita kusta lebih beresiko untuk mengalami depresi.

Karakteristik responden yang ketujuh adalah penghasilan kepala keluarga terlihat pada tabel 5.1. Rata – rata penghasilan kepala keluarga penderita kusta adalah Rp. 926.315. Hasil tersebut berada dibawah UMR Kabupaten Jember yaitu Rp. 1.091.950. Sebagian besar penderita kusta adalah dari golongan ekonomi lemah. Kasus kusta di Negara–Negara Eropa ternyata tidak menular pada orang yang sosial ekonominya tinggi, tetapi lain halnya dengan Negara Indonesia yang sebagian besar penduduknya masih dalam taraf kemiskinan sehingga kejadian kusta masih menjadi dilema dan membutuhkan intervensi khusus dari berbagai lintas sektoral (Depkes RI, 2006). Penghasilan menentukan kesejahteraan perorangan sehingga semakin tinggi penghasilan individu akan semakin tinggi kemampuan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kesehatan. Semakin rendah penghasilan maka kebutuhan individu akan terbatas dan mungkin sulit untuk mencukupi kebutuhan hidup terutama kesehatan,

sehingga risiko untuk terkena penyakit menular cukup besar. Adanya peningkatan peningkatan sosial ekonomi maka kejadian kusta akan cepat menurun bahkan hilang (Depkes RI, 2006).

Karakteristik responden yang kedelapan adalah kepemilikan asuransi kesehatan terlihat pada tabel 5.8. Sebagian penderita kusta memiliki asuransi kesehatan sebanyak 28 responden (73,7%). Kepemilikan asuransi ini akan memberikan keuntungan bagi penderita kusta, karena dengan memiliki asuransi kesehatan, penderita tidak lagi harus memikirkan mengenai biaya untuk merawat kesehatannya, terutama merawat penyakit kusta yang dideritanya. Sehingga hal ini akan mengurangi stressor bagi penderita kusta untuk mengalami depresi. Hal ini selaras dengan Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dinyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar, hal ini merupakan salah satu bentuk atau cara agar masyarakat dapat dengan mudah melakukan akses ke fasilitas kesehatan atau mendapatkan pelayanan kesehatan.

### 5.2.2 Karakteristik Penyakit Kusta Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi

#### Kusta Di Kabupaten Jember

Hasil penelitian selanjutnya adalah karakteristik penyakit kusta responden yang meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan, lama menderita, dan pelaksanaan pengobatan rutin. Karakteristik penyakit kusta yang pertama adalah tipe kusta yang menunjukkan bahwa sebagian besar sebanyak 30 responden (78,9%) adalah

tipe kusta MB. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Citra, 2010 yaitu penderita kusta jenis kusta MB menunjukkan paling tinggi angka kejadiannya yaitu sebanyak 44 orang (81,5%). Tipe MB mempunyai waktu pengobatan yang lebih lama dibandingkan dengan Tipe PB. Richardus *et al* (2003) mengatakan bahwa pengobatan yang lebih lama akan meningkatkan resiko penularan ke lingkungan. Kusta jenis MB memiliki karakteristik basah, koloninya banyak sehingga resiko untuk menularkan penyakit semakin tinggi. Susanto (2010) menyatakan bahwa faktor sumber penularan penyakit kusta adalah penderita kusta tipe MB. Kusta tipe MB dapat menular secara langsung pada orang lain dan orang yang sering kontak dengan penderita kusta tipe MB.

Karakteristik penyakit kusta yang kedua adalah tingkat kecacatan didapatkan hasil sebagian besar responden yaitu 20 responden (52,6%) mengalami tingkat kecacatan 0. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Susanto (2006) yaitu tingkat kecacatan tertinggi pada cacat tingkat 2 sebesar 57 responden (52,3%). Perbedaan hasil penelitian ini dapat disebabkan karena petugas puskesmas yang aktif melakukan survey kontak dan *screening* terhadap masyarakat dan juga penderita yang secara dini memeriksakan diri ke Puskesmas sehingga ketika didiagnosis belum mengalami tingkat kecacatan yang parah. Dagnosis dini dan terapi dapat menghindarkan dari adanya cacat pada penderita kusta.

Cacat pada penderita kusta mengakibatkan stigma yang buruk pada masyarakat sehingga penderita kusta dijauhi dan dikucilkan. Tingkat depresi pada penderita kusta yang mengalami kecacatan lebih tinggi bila dibandingkan dengan

penderita tanpa cacat. Manifestasi klinis cacat pada penderita kusta adalah bercak-bercak putih kemerahan, jari kaki dan tangan terputus, terdapat luka dan adanya bekas amputasi, sehingga memberikan gambaran yang menakutkan, menimbulkan perasaan malu, rendah diri dan depresi (Rohmatika, 2009). Orang cacat menghadapi banyak masalah dan tantangan yang mungkin menempatkan mereka pada peningkatan risiko untuk depresi. Beberapa orang merasa tidak nyaman dan bersikap negatif terhadap individu penyandang cacat. Ini adalah hambatan sosial yang dapat membuat lebih sulit bagi orang-orang penyandang cacat untuk membentuk persahabatan dan hubungan lainnya.

Karakteristik penyakit kusta yang ketiga adalah lama menderita kusta terlihat pada tabel 5.3. Rata-rata lama penderita menderita kusta 8,79 bulan. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan penyakit kusta di wilayah Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru cukup tinggi. Beberapa penderita kusta tidak memperhatikan terjadinya perkembangan penyakit yang dialami, sehingga keadaan penyakit yang diderita dianggap tidak mengganggu aktifitas pekerjaannya, baru dianggap mengganggu jika telah terjadi kesakitan atau bahkan kecacatan.

Gejala depresi dapat disebabkan oleh kondisi medis kronis atau obat-obatan yang digunakan untuk mengobati penyakitnya. Pemeriksaan fisik lengkap dan medis harus selalu dilakukan sebelum seseorang mulai pengobatan untuk depresi. Penderita kusta yang menderita kusta sudah lama akan mengalami resiko untuk mengalami depresi akibat kondisi penyakit yang kronis dan lamanya pengobatan.



Karakteristik penyakit kusta yang keempat adalah pelaksanaan pengobatan rutin menunjukkan sebagian besar 30 responden (78,9%) melaksanakan pengobatan rutin. Hal ini dapat disebabkan ketakutan penderita kusta jika mengalami kecacatan yang lebih parah. Sisanya sebanyak 8 responden (21,1%) tidak melaksanakan pengobatan secara teratur, sehingga berdampak terhadap kesinambungan proses pengobatan dan kesembuhan penderita kusta. Penyakit kusta dapat disembuhkan melalui diagnosa dini, pengobatan dini dan teratur, sehingga kerusakan dan kecacatan dapat dicegah. Pengobatan kusta memerlukan waktu yang lama dan kepatuhan dari penderita untuk menjalankannya sehingga upaya promosi kesehatan sangat diperlukan dalam hal ini. Dukungan keluarga sangat penting bagi penderita kusta berkaitan dengan proses pengobatan penyakitnya yang lama. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sunarsih (2002) yang menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi ketaatan pasien dalam penggunaan obat, antara lain budaya, kepercayaan pasien, sikap dan keterampilan komunikasi tenaga kesehatan dan dukungan keluarga.

Pengobatan kusta yang lama akan meningkatkan resiko penderita kusta untuk mengalami depresi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Lumongga (2009) menyatakan bahwa ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan pengobatan yang lama dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi.

### 5.2.3 Dukungan Keluarga Pada Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan keluarga responden pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.5 adalah 119,39. Nilai terendah variabel dukungan keluarga adalah 88, sedangkan nilai tertinggi adalah 143. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin baik dukungan keluarga yang diperoleh penderita kusta. Dukungan keluarga termasuk dalam kategori baik jika nilai dukungan keluarga tersebut mendekati nilai tertinggi skor dukungan keluarga yaitu 143 dan dukungan keluarga termasuk dalam kategori buruk jika nilai dukungan keluarga mendekati nilai terendah skor dukungan keluarga yaitu 88. Peneliti menganalisis bahwa nilai rata-rata dukungan keluarga penderita kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru (119,39) lebih mendekati nilai tengah antara nilai terendah dan tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru memiliki dukungan keluarga sedang.

Hasil penelitian tersebut tidak sesuai dengan hasil penelitian Ismi (2013) yang menunjukkan bahwa tingkat dukungan keluarga terhadap 55 responden didapatkan bahwa sebanyak 46 responden (84%) memiliki tingkat dukungan keluarga yang baik. Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan hasil penelitian Mongi (2012) yaitu penderita kusta mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga sebesar 80,1%. Perbedaan hasil penelitian ini dapat disebabkan karena beberapa faktor yang dapat berasal dari keluarga maupun dari penderita kusta. Hal

ini bisa disebabkan karena keluarga yang memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit kusta, sehingga keluarga tidak mampu memberikan informasi dan dukungan berkaitan dengan kusta, keluarga sibuk bekerja sehingga tidak bisa memberikan perhatian dan dukungan penuh kepada penderita kusta, atau berasal dari penderita kusta yang salah mempersepsikan dukungan dari anggota keluarganya.

Dukungan keluarga adalah semua bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis pada individu yang sedang merasa tertekan atau stress akibat masalah yang dihadapi (Taylor, 2006 dalam Yusra, 2011). Penderita kusta yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik akan merasakan manfaat yaitu mengurangi stress dan depresi yang dirasakan karena menderita kusta.

Menurut Friedman (2010), dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi yang harus dijalankan, salah satunya adalah fungsi perawatan keluarga yaitu memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Proses penyembuhan pada penyakit kusta sangat dipengaruhi oleh dukungan yang diberikan oleh keluarga penderita kusta. Dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam pengobatan, karena keluarga bisa memberikan dorongan baik fisik maupun mental bagi penderita. Dukungan keluarga yang diperoleh penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember berasal dari anggota keluarganya yaitu suami, istri, ayah, ibu, anak, maupun mertua. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Widyastuti (2009) bahwa dukungan keluarga

yang dapat berasal dari sumber internal yang meliputi dukungan dari suami, istri, atau dukungan dari saudara kandung dan keluarga besar.

Dukungan keluarga yang diperoleh diharapkan mampu memberikan manfaat atau sebagai pendorong bagi penderita kusta dalam melaksanakan pengobatan rutin. Pasien kusta yang keluarganya tidak suportif akan cenderung memiliki prognosis lebih buruk, sehingga peran keluarga sangat penting karena dengan memberikan dukungan keluarga akan dapat meningkatkan kualitas hidup penderita kusta.

Dukungan keluarga terdiri dari 4 indikator yang diteliti pada penelitian ini yang meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Semua aspek dukungan keluarga tersebut saling berhubungan erat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan informasional responden pada penderita kusta di dua wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 19,61. Nilai terendah variabel dukungan informasional yaitu 12, sedangkan nilai tertinggi adalah 24. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin baik dukungan informasional keluarga yang diperoleh penderita kusta. Dukungan informasional termasuk dalam kategori baik jika nilai dukungan informasional tersebut mendekati nilai tertinggi skor dukungan informasional yaitu 24 dan dukungan informasional termasuk dalam kategori buruk jika nilai dukungan informasional mendekati nilai terendah skor dukungan informasional yaitu 12. Peneliti menganalisis bahwa nilai rata-rata dukungan informasional penderita

kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru (19,61) lebih mendekati nilai tengah antara nilai terendah dan tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru memiliki dukungan informasional sedang.

Dukungan informasional bermanfaat dalam memberikan informasi kepada penderita kusta tentang pengobatan kusta, jadwal pengobatan, serta saran untuk merawat penyakit kusta agar tidak menjadi parah. Pemberian dukungan informasional pada penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta Di Kabupaten Jember yang belum optimal dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya kurangnya informasi yang diterima keluarga mengenai penyakit kusta, keluarga kurang terampil dalam menyampaikan informasi kepada penderita kusta dan juga karena penderita sendiri yang memang tidak mau melaksanakan informasi yang diterima dari keluarga. Keluarga mendampingi penderita kusta untuk berobat serta memperoleh penjelasan atau informasi dari petugas kesehatan terkait penyakit kusta (Rahayu, 2012) Sehingga dalam hal ini keluarga perlu mencari informasi dari media maupun dari petugas kesehatan mengenai definisi, tanda dan gejala, pengobatan dan perawatan penyakit kusta.

Dukungan yang kedua adalah dukungan penilaian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan penilaian responden pada penderita kusta di dua wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 23,92. Nilai terendah variabel dukungan penilaian yaitu 18, sedangkan nilai tertinggi adalah 28. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin baik dukungan penilaian keluarga yang diperoleh

penderita kusta. Dukungan penilaian termasuk dalam kategori baik jika nilai dukungan penilaian tersebut mendekati nilai tertinggi skor dukungan penilaian yaitu 28 dan dukungan penilaian termasuk dalam kategori buruk jika nilai dukungan penilaian mendekati nilai terendah skor dukungan penilaian yaitu 18. Peneliti menganalisis bahwa nilai rata-rata dukungan penilaian penderita kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru (23,92) lebih mendekati nilai tengah antara nilai terendah dan tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru memiliki dukungan 23,92 sedang.

Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menafsirkan lingkungan dan situasi diri dengan benar dan mengadaptasi suatu perilaku dan keputusan diri secara tepat (Karyuni, 2008). Keluarga sebagai pemberi bimbingan dan umpan balik atas pencapaian anggota keluarga dengan cara memberikan support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri pada individu. Bantuan penilaian dapat berupa penilaian positif dan penilaian negatif yang akan berpengaruh langsung terhadap individu tersebut. Penghargaan positif kepada penderita kusta dapat diberikan melalui ungkapan hormat, memberikan pujian saat penderita kusta rajin melaksanakan pengobatan, memberikan masukan untuk proses kesembuhan penyakit kusta, menghargai gagasan atau perasaan penderita kusta dan memperlakukan sama seperti orang-orang lainnya (Marlyn, 1998).

Dukungan yang ketiga adalah dukungan instrumental. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan instrumental pada penderita kusta di dua wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 21,84. Nilai terendah variabel dukungan instrumental yaitu 16, sedangkan nilai tertinggi adalah 28. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin baik dukungan instrumental keluarga yang diperoleh penderita kusta. Dukungan instrumental termasuk dalam kategori baik jika nilai dukungan instrumental tersebut mendekati nilai tertinggi skor dukungan instrumental yaitu 28 dan dukungan instrumental termasuk dalam kategori buruk jika nilai dukungan instrumental mendekati nilai terendah skor dukungan instrumental yaitu 16. Peneliti menganalisis bahwa nilai rata-rata dukungan instrumental penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru (21,84) lebih mendekati nilai tengah antara nilai terendah dan tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita kusta di wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru memiliki dukungan instrumental sedang.

Keluarga menjadi sumber pemberi pertolongan secara nyata. Misalnya bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti memberikan materi, tenaga, dan sarana. Bantuan yang bisa diberikan diantaranya membantu memenuhi keebutuhan makan, minum, istirahat, menyediakan sarana atau alat untuk merawat penyakit kusta (Rahayu, 2012). Manfaat dari diberikannya dukungan ini yaitu individu merasa mendapat perhatian atau kepedulian dari lingkungan keluarga. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Keluarga

senantiasa mendampingi penderita kusta dalam minum obat secara teratur dan membantu memenuhi kebutuhan makan dan minum serta istirahat penderita kusta (Rahayu, 2012). Menurut hasil penelitian Rachmalina dan Sunanti (2004) di Kabupaten Bangkalan peran anggota keluarga membantu penderita kusta teratur minum obat.

Dukungan yang keempat yaitu dukungan emosional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai dukungan emosional pada penderita kusta di dua wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 53,95. Nilai terendah variabel dukungan emosional yaitu 41, sedangkan nilai tertinggi adalah 63. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin baik dukungan emosional keluarga yang diperoleh penderita kusta. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin baik dukungan emosional yang diperoleh penderita kusta. Dukungan emosional termasuk dalam kategori baik jika nilai dukungan emosional tersebut mendekati nilai tertinggi skor dukungan emosional yaitu 41 dan dukungan emosional termasuk dalam kategori buruk jika nilai dukungan emosional mendekati nilai terendah skor dukungan emosional yaitu 63. Peneliti menganalisis bahwa nilai rata-rata dukungan emosional penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru (53,95) lebih mendekati nilai tengah antara nilai terendah dan tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru memiliki dukungan 53,95 sedang.



Dukungan emosional yang diberikan berupa rasa empati dan perhatian kepada individu, sehingga membuatnya merasa lebih baik, mendapatkan kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai oleh orang lain (Sarafino, 2004). Sehingga dalam hal ini keluarga memberikan dukungan emosional yang berupa perhatian kepada penderita kusta sehingga penderita merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Menurut Nugroho (2000), dukungan emosional merupakan suatu bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberi semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik. Dukungan emosional dalam keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional untuk penderita kusta misalnya melalui ungkapan empati, kepedulian dan perhatian untuk mengobati penyakit kusta yang dideritanya (Marlyn, 1998).

#### 5.2.4 Depresi Pada Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata nilai depresi pada penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.6 adalah 43,50, Nilai terendah depresi penderita kusta adalah 20, sedangkan nilai tertinggi adalah 74. Semakin rendah nilai yang didapat semakin rendah depresi penderita kusta yang dialami. Depresi termasuk dalam kategori berat jika nilai depresi tersebut mendekati nilai tertinggi skor depresi yaitu 74 dan depresi termasuk dalam kategori ringan jika nilai depresi mendekati nilai terendah skor depresi yaitu 20. Peneliti menganalisis bahwa nilai

rata-rata depresi penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru (43,50) lebih mendekati nilai tengah antara nilai terendah dan tertinggi. Hal ini menunjukkan bahwa penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru memiliki depresi sedang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Susanto, (2010) yang mendapatkan hasil bahwa penderita kusta merasa sedih dan kecewa pada diri sendiri saat mendapatkan diagnosa kusta. Perasaan sedih dan kecewa tersebut merupakan respon terhadap depresi yang sedang dialami yang ditunjukkan dengan sikap putus asa, menarik diri dan kesedihan yang mendalam. Penelitian yang dilakukan oleh Tsutsumi *et al.*, (2003) di Bangladesh, menunjukkan hasil bahwa kelompok penderita kusta mengalami tingkat depresi lebih berat daripada kelompok perbandingan. Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa penyebab depresi pada penderita kusta yaitu penderita kusta mendapat hinaan secara fisik oleh masyarakat, penderita kusta merasa bahwa dirinya aneh bagi masyarakat, dan adanya stigma yang negatif dari masyarakat. Masyarakat beranggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular yang berbahaya, penyakit keturunan, penyakit kutukan, sehingga masyarakat merasa jijik dan takut pada penderita kusta terutama yang mengalami kecacatan (Depkes, 2006). Tingginya jumlah pasien kusta yang mengalami depresi merupakan akibat adanya penolakan sosial masyarakat dan juga penderita kusta yang tidak bisa menerima keadaan cacat tubuhnya sehingga penderita kusta mengalami kecemasan, keputusasaan dan perasaan depresi (Siagian *et al*, 2009).

Hal ini penting untuk mengetahui tanda dan gejala awal dari depresi yang dialami oleh penderita kusta untuk mencegah terjadinya depresi yang lebih berat. Gejala depresi pada penderita kusta sama dengan depresi seperti biasanya yaitu mengalami perubahan afek berupa kesedihan, adanya gangguan tidur dan istirahat, penurunan nafsu makan, dan menarik diri dari lingkungan.

Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk membantu keluarga dalam merawat anggota yang mengalami depresi antara lain keluarga ikut serta dalam merawat penderita kusta sehingga dapat mengurangi gejala depresi yang dirasakan oleh penderita, perawat memberikan rehabilitasi medis dan psikologis bagi penderita kusta untuk meningkatkan kualitas hidup penderita kusta.

#### 5.2.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Pada Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji regresi linear sederhana yang terlihat pada tabel 5.7 menunjukkan *p value* 0,000 dengan alpha 5% yang berarti hipotesis penelitian diterima yaitu ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember. Hal ini didukung dengan kekuatan korelasi ( $r = -0,649$ ) yang menunjukkan ada hubungan yang kuat antara dukungan keluarga dan depresi penderita kusta dan nilai korelasi memiliki arah negatif yang artinya semakin besar dukungan keluarga yang diberikan maka semakin kecil depresi yang dialami oleh penderita kusta. Semakin baik dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita kusta, maka akan semakin rendah depresi yang dialami oleh penderita

kusta. Nilai koefisien determinasi sebesar 0,421 artinya sebesar 42,1% variabel dukungan keluarga mempunyai sumbangan terhadap variabel depresi dan sisanya sebesar 57,9% depresi penderita kusta dipengaruhi oleh faktor lain selain dukungan keluarga yaitu usia, jenis kelamin, suku, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan kepala keluarga, kepemilikan asuransi kesehatan, lama menderita kusta, tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, dan pelaksanaan pengobatan rutin kusta (Amir, 2005 dan Danesh & Landeen (2007).

Hasil penelitian didapatkan nilai konstan (nilai a) yaitu perbedaan besarnya rata variabel depresi ketika variabel dukungan keluarga = 120,163 dan nilai b yaitu -0,642 menunjukkan bahwa variabel depresi penderita kusta akan berkurang sebesar 0,642 bila nilai dukungan keluarga bertambah satu nilai pengukuran, sehingga persamaan regresinya:

$$Y = a + bX$$

$$\text{Depresi} = 120,163 + (-0,642) \times \text{Dukungan keluarga}$$

Setelah diketahui bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember, maka variabel depresi dapat diprediksi oleh variabel dukungan keluarga. Berikut adalah contoh perhitungan untuk mengetahui nilai depresi penderita kusta, jika nilai dukungan keluarga telah diketahui sebesar 112, maka:

$$\text{Depresi penderit kusta} = 120,163 + (-0,642) \times \text{Dukungan keluarga}$$

$$\text{Depresi penderit kusta} = 120,163 + (-0,642) \times 112$$

$$\text{Depresi penderita kusta} = 48,26$$

Prediksi regresi tidak dapat menghasilkan angka yang tepat seperti diatas, namun perkiraannya tergantung dari nilai *Std.Error Of The Estimate* (SEE) yang besarnya 9,612. Dengan demikian variasi variabel depresi penderita kusta=  $Z \times SEE$ . Nilai Z dihitung dari tabel Z dengan tingkat kepercayaan 95% dan didapat nilai  $Z=1,96$ , sehingga variasinya  $1,96 \times 9,612 = \pm 18,84$ . Jadi dengan tingkat kepercayaan 95%, untuk dukungan keluarga 112 diprediksikan depresi yang dialami penderita kusta adalah antara 29,42 sampai dengan 67,10.

Hasil penelitian lain tentang dukungan keluarga dengan kesehatan mental yang mendukung hasil penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Herien (2008) dengan judul “ Hubungan Berbagai Dukungan sosial dengan Depresi Penderita Kanker Payudara Di Irna Bedah RSUP dr. Adnaan Payakumbuh Tahun 2010. Hasil Penelitian tersebut menunjukkan hubungan yang kuat dan memiliki arah negatif antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kanker payudara, sehingga semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah depresi yang dialami penderita kanker payudara. Hasil penelitian diatas diperkuat dengan teori yang dikemukakan oleh Taylor dalam Yusra (2011) bahwa dukungan keluarga adalah semua bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis pada individu yang sedang merasa tertekan, stress, dan depresi akibat masalah yang dihadapi (Taylor, 2006 dalam Yusra, 2011). Sehingga dukungan keluarga yang diperoleh penderita kusta dari masing-masing anggota keluarganya dapat menjadi salah satu faktor yang dapat mengurangi gejala depresi yang dialami penderita kusta.

Hasil penelitian menunjukkan nilai koefisien determinasi sebesar 0,421 artinya sebesar 42,1% variabel dukungan keluarga mempunyai sumbangan terhadap variabel depresi dan sisanya sebesar 57,9% depresi penderita kusta dipengaruhi oleh faktor lain selain dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat penting bagi penderita kusta, namun dari hasil penelitian ini dukungan keluarga hanya berpengaruh sebesar 42,1 % terhadap depresi penderita kusta dan sisanya sebesar 57,9% depresi penderita kusta dipengaruhi oleh faktor lain. Sesuai dengan hasil pengamatan peneliti hal ini disebabkan karena masih adanya stigma yang buruk dari keluarga dan masyarakat terhadap penderita kusta, sehingga keluarga belum optimal dalam memberikan dukungan kepada penderita kusta.

Peneliti saat melakukan penelitian menemukan fenomena-fenomena yang muncul dalam masyarakat berkaitan dengan stigma yang buruk tentang penyakit kusta yaitu keluarga penderita kusta berusaha menyembunyikan penderita kusta dari masyarakat, keluarga jarang berkumpul dengan penderita kusta karena takut tertular dan masyarakat berusaha menjauhi penderita kusta serta melarang penderita kusta untuk ikut dalam kegiatan sosial. Sikap keluarga dan masyarakat tersebut akan menyebabkan penderita kusta mengalami depresi.

Individu dalam mengatasi masalah psikologis tidak hanya menggunakan kekuatan internal saja melainkan juga bergantung pada sumber eksternal seperti keluarga, karena keluarga merupakan orang terdekat dari seorang individu sehingga keberadaan keluarga sangat penting dalam mengatasi depresi. Hal ini sejalan dengan pendapat Sarafino (1998) yang mengatakan bahwa dukungan keluarga berperan penting dalam memelihara keadaan psikologis individu yang

mengalami tekanan dan dukungan keluarga akan meningkatkan kesejahteraan psikologis karena adanya perhatian dan pengertian yang akan menimbulkan perasaan memiliki, meningkatkan harga diri serta memiliki perasaan positif mengenai diri sendiri.

Dukungan keluarga meliputi dukungan informasional, penilaian, instrumental, dan emosional. House dalam Smet (2004) menyatakan bahwa melalui dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental serta dukungan informatif dapat bermanfaat bagi kesehatan dan kesejahteraan psikologis individu.

Bentuk nyata dari dukungan keluarga dapat ditunjukkan oleh anggota keluarga melalui kegiatan sehari-hari, misalnya memberikan informasi mengenai jadwal berobat atau mengantarkan penderita kusta ke pelayanan kesehatan dan membantu penderita merawat cacat yang dialaminya. Penderita kusta yang mendapat dukungan keluarga maka penderita kusta tersebut telah mendapatkan stimulus positif untuk melakukan tindakan yang dapat mempercepat proses kesembuhan penyakitnya. Hasil pengamatan peneliti menunjukkan bahwa jarak rumah penderita kusta dengan puskesmas bervariasi yaitu sekitar satu hingga empat kilometer. Sehingga penderita kusta akan membutuhkan bantuan keluarga untuk mengantarnya ke puskesmas. Hal tersebut akan mempengaruhi penderita kusta dalam mengobati penyakit kusta. Di wilayah kerja Puskesmas Ajung dan Sumberbaru sangat minim adanya transportasi umum, hal ini juga akan mempengaruhi penderita kusta dalam mengakses pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Anderson & McFarlane (2006) yang menyatakan bahwa

sarana transportasi umum yang kurang akan membuat lansia menjadi tergantung pada anggota keluarga maupun teman untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan.

Peneliti menganalisis bahwa penderita kusta yang tidak mengalami depresi atau memiliki nilai pengukuran depresi yang rendah memiliki dukungan keluarga yang lebih baik daripada penderita kusta yang memiliki nilai pengukuran depresi yang tinggi. Hal ini selaras dengan teori Samiun (2006, dalam Azizah, 2011) yang menyatakan bahwa individu yang memiliki teman akrab dan dukungan emosional yang memadai akan terhindar dari depresi bila mengalami stress.

Peran tenaga kesehatan untuk membantu penderita kusta yang depresi adalah melakukan rehabilitasi di bidang medis melalui program pencegahan cacat, Kelompok Perawatan Diri (POD) atau *Self Care Group*, melakukan tindakan pelayanan medis dan konseling medis, rehabilitasi sosial untuk mengurangi masalah psikologis dan stigma sosial. Tujuan dilakukannya rehabilitasi agar penderita kusta memperoleh kedudukan yang sama, kesejahteraan dan integrasi sosial di masyarakat yang dapat meningkatkan kualitas hidupnya.



### 5.3 Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian pasti memiliki hambatan dalam proses pelaksanaannya, dalam penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu:

#### 5.3.1 Bahasa

Bahasa merupakan alat komunikasi yang digunakan manusia untuk berinteraksi dengan yang lain. Dalam penelitian ini peneliti mendapatkan hambatan yaitu beberapa penderita kusta tidak dapat berbahasa Indonesia dengan baik, bahasa yang mereka gunakan saat proses wawancara adalah bahasa Madura, sedangkan peneliti tidak menguasai bahasa Madura. Bahasa sangat penting dalam suatu penelitian, karena akan membangun hubungan saling percaya dengan responden dan jika tidak memahami bahasa yang digunakan akan menyebabkan tujuan atau maksud dari peneliti tidak akan tersampaikan kepada penderita kusta. Sehingga peneliti meminta bantuan kepada anggota keluarga yang dapat berbahasa Indonesia dengan baik dan teman peneliti yang dapat berbicara bahasa madura.

#### 5.3.2 Data sekunder yang tidak lengkap

Puskesmas tidak memiliki alamat responden yang lengkap, sehingga hal ini menyulitkan peneliti dalam proses mencari alamat tempat tinggal responden. Dalam hal ini peneliti memberikan tambahan alokasi waktu penelitian yang lebih lama. Peneliti juga menunggu penderita kusta yang datang berobat di Puskesmas Ajung kemudian menanyakan alamat lengkap, dan keesokan harinya datang ke alamat responden tersebut.

### 5.3.3 Instrumen

Pengumpulan data menggunakan kuesioner yang cenderung bersifat subyektif sehingga kejujuran responden sangat menentukan kebenaran data yang diberikan. Peneliti menyarankan untuk penelitian selanjutnya bisa digunakan teknik yang telah dimodifikasi yaitu melakukan pengumpulan data kepada responden menggunakan kuisisioner dan teknik wawancara, selanjutnya peneliti melakukan validasi kepada anggota keluarga mengenai dukungan keluarga yang telah diberikan kepada responden.

## **BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN**

### **6.1 Simpulan**

Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember yang dilakukan pada tanggal 18 Juni – 9 Juli 2013 adalah sebagai berikut:

- a. Gambaran penderita kusta menunjukkan rata-rata berusia 40 tahun, lebih banyak jenis kelamin laki-laki (55,3%), sebagian besar telah menikah (73,7%), sebagian besar pendidikan sekolah dasar (44,7%), sebagian besar suku Madura (81,6%), sebagian besar bekerja wiraswasta (42,1%), rata-rata penghasilan kepala keluarga sebesar Rp 926.315, sebagian penderita kusta memiliki asuransi kesehatan (73,7%), sebagian besar memiliki jenis kusta tipe MB (78,9%), sebagian besar tingkat kecacatan 0 (52,6%), sebagian besar melaksanakan pengobatan rutin (78,9%) dan rata-rata menderita kusta selama 8,79 bulan.
- b. Rata-rata nilai dukungan keluarga responden pada penderita kusta di dua wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 119,39.
- c. Rata-rata nilai depresi responden pada penderita kusta di dua wilayah kerja puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 43,50.
- d. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember.

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

a. Bagi Instansi Pendidikan

Instansi pendidikan sebaiknya dapat mengembangkan suatu terapi yang dapat dijadikan intervensi bagi penderita kusta yang mengalami depresi sehingga dapat menurunkan kejadian depresi pada penderita kusta.

b. Bagi Instansi pelayanan Kesehatan

1) Bagi Dinas Kesehatan

Aktif melakukan deteksi dini terhadap kesehatan mental terutama depresi pada penderita kusta sehingga permasalahan kesehatan mental pada penderita kusta dapat diketahui dan ditangani lebih dini.

2) Bagi Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru

Petugas kesehatan sebaiknya lebih memaksimalkan kegiatan screening depresi pada penderita kusta. Petugas kesehatan aktif memberikan intervensi kepada penderita kusta yang teridentifikasi menunjukkan gejala-gejala depresi. Hal ini dapat dilakukan melalui kunjungan rumah pada penderita kusta maupun keluarga untuk selalu menjaga kondisi kesehatan fisik dan mental penderita kusta.

c. Bagi Keperawatan

Perawat harus mampu melakukan asuhan keperawatan secara tepat dengan melakukan penatalaksanaan gangguan depresi pada penderita kusta yang mencakup pencegahan primer, sekunder, maupun tersier.

d. Bagi Masyarakat

Dukungan keluarga yang meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional, dan penilaian sebaiknya dapat lebih ditingkatkan. Anggota keluarga penderita kusta dan masyarakat sekitar hendaknya meningkatkan dukungannya terhadap penderita kusta agar penderita kusta terhindar dari gangguan depresi. Hal penting lainnya yang sebaiknya dilakukan oleh keluarga yaitu meningkatkan kedekatan emosional dengan penderita kusta sehingga kejadian depresi pada penderita kusta dapat diatasi.

e. Bagi Peneliti

Penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang dapat mempengaruhi depresi pada penderita kusta perlu dilakukan. Peneliti selanjutnya tentang dukungan keluarga bisa dilakukan dengan cara melakukan teknik pengambilan data yang dimodifikasi yaitu menggunakan kuisisioner dan teknik wawancara, kepada responden selanjutnya peneliti melakukan validasi kepada anggota keluarga mengenai dukungan keluarga yang telah diberikan kepada responden.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Psychological Association (APA). 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR) Fourth Edition*. WashingtonDC: APA.
- Amir N. 2005. *Depresi: Aspek Neurobiologi, Diagnosis Dan Tatalaksana*. Jakarta: Balai Penerbit FK-UI.
- Amiruddin, M. Dali. 2006. Penyakit Kusta di Indonesia; Masalah Penanggulangannya. [serial online]. [http://med.unhas.ac.id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=235&Itemid=91](http://med.unhas.ac.id/index.php?option=com_content&task=view&id=235&Itemid=91). [20 November 2012].
- Anderson, E.T, & Mc Farlane, J. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas teori dan Praktik Edisi Ketiga*. Alih Bahasa oleh Agus Sutarna, Suhariyati Samba, dan Novayantie Herdina. Jakarta:EGC.
- Azwar, Saifuddin. 2003. *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Baer & Blais. 2010. Clinical Rating Scale And Assessmest in Psychiatry and mental Health. [serial online]. <http://link.springer.com/content/pdf/bfm%3A978-1-59745-387-5%2F1>. [01 Februari 2013].
- Bakrie, Iskandar. 2010. Penderita Kusta. [serial online]. <http://www.tnol.co.id/bugar/1485-memberikan-semangat-hidupmerupakan-obat-mujarab-penderita-kusta.html>. [01 Desember 2012].
- Brouwers, *et. al.* 2011. Quality Of Life, Perceived Stigma, Activity And Participation Of People With Leprosy-Related Disabilities In South-East Nepal. [serial online]. <http://dcidj.org/article/download/15/30>. [10 Januari 2013].
- Burns, *et al.* 2010. *Rook's Textbook of Dermatology. Eight Edition*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Chin, James. 2006. *Manual Pemberatasan Penyakit Menular*, Jakarta: Infomedika.

- Depkes RI. 2006. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Dinas Kesehatan Jember. 2012. *Analisa Situasi Program Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jember: Dinkes Jember.
- Dinas Komunikasi dan Informatika Pemerintah Provinsi Jawa Timur. 2012. *Jatim Berupaya Menekan Kusta*. [serial online]. <http://kominfo.jatimprov.go.id/watchp/860>. [27 Oktober 2012].
- Djaiman, S.P.H., 1999. *Profil Penderita Kusta di Kecamatan Sarang, Kabupaten Rembang, 1996*. [serial online]. [23 Juli 2013].
- Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, teori, dan praktik Ed 5*. Jakarta: EGC
- Fitri, Susi. 2011. *Mengenal dan Menangani Depresi pada Siswa: Rambu- rambu bagi Konselor Sekolah Di Sekolah*. [serial online]. <http://bkpemula.files.wordpress.com/2011/12/16-susi-fitri-penanganan-depresi-pada-siswa.pdf>. [17 Oktober 2012].
- Hogstel, M. O. 1995. *Nursing Care of The Older Adult In The Hospital, Nursing Home, and Community*. New York : A Wiley Medical Publication.
- Harahap, Marwali. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates.
- Hiswani. 2001. *Kusta Salah Satu Penyakit Menular yang Masih Dijumpai di Indonesia*. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/3663/1/fkm-hiswani2.pdf>. [15 Januari 2012].
- Ismi, Ike. 2013. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Mekanisme Koping Individu Pada Pasien Kusta Di RS Kusta Kediri*. [serial online].
- Iyor T.F. 2005. *Knowledge and Attitude of Nigerian Physiotherapy Students About Leprosy*. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal.
- Juanda, Adhi. 2006. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin. Edisi Keempat*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Jurnas.com. 2013. *Penderita Kusta Indonesia Peringkat Tiga Dunia*. [serial online]. [http://www.jurnas.com/news/82829/Penderita\\_Kusta\\_Indonesia\\_Peringkat\\_Tiga\\_Dunia\\_/1/Sosial\\_Budaya/Kesehatan](http://www.jurnas.com/news/82829/Penderita_Kusta_Indonesia_Peringkat_Tiga_Dunia_/1/Sosial_Budaya/Kesehatan). [01 Februari 2013].

- Kafiluddin, Moh. Erfan. 2010. Memberantas Penyakit Kusta/Lepra. [serial online]. <http://kesehatan.kompasiana.com/2010/02/02/memberantas-penyakit-kustalepra/>. [ 02 November 2012].
- Kaplan. S. 2003. *Sinopsis Psikiatry:Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kaur & Van Brakel. 2002. Dehabilitation of leprosy affected people a study on leprosy affected beggars. [serial online]. [www.leprahealthaction.org](http://www.leprahealthaction.org) [15 Desember 2012].
- Kementerian Koordinator Bidang kesejahteraan Rakyat (Kemenkokesra). 2009. Penyakit Lepra.[serial online].<http://data.menkokesra.go.id/content/penyakit-lepra>. [10 November 2012].
- Kompas. 2009. Hanya 2 dari 31 Kecamatan yang Bebas Kusta. [serial online]. <http://nasional.kompas.com/read/2009/10/20/10264850/>. [27 november 2012].
- Landeen & Danesh. 2007. Relation Between Depression and Sociodemographic Factors. [serial online]. <http://www.ijmhs.com/conten>. [21 januari 2013].
- Lumongga, L. N. 2009. *Depresi Tinjauan Psikologis*. Jakarta: Kencana.
- Maslim, R. 2000. *Pedoman Penatalaksanaan Diagnosis Gangguan Jiwa III*. Jakarta: EGC.
- Matulessy, Andik. 2010. Penderita Kusta Juga Manusia (Biasa). [serial online]. <http://psikologi-politik.blogspot.com/2010/11/penderita-kusta-juga-manusia-biasa.html>. [12 Januari 2013].
- Mongi, Rilauni. 2012. Gambaran Persepsi Penderita tentang Penyakit Kusta dan Dukungan Keluarga Pada Penderita Kusta Di Kota Manado. [serial online]. <http://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2012/10/Rilauni-Mongi.pdf>. [05 November 2012].
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Noto, S. & Schreuder, P. A. 2010. Diagnosis of Leprosy. [serial online]. [http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Non-ILEP\\_Publications/DoLText.pdf](http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Non-ILEP_Publications/DoLText.pdf). [05 November 2012].
- Nugroho, W. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.



- Potter, Patricia A. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta:EGC
- Putra, S. E. 2012. *Pengaruh Penggunaan Panduan Perawatan Mata, Tangan, dan Kaki Terhadap Kualitas Hidup Penderita Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Ajung Kabupaten Jember*. Jember: Universitas Jember.
- Rahayu, D. A. 2012. Dukungan Psikososial Keluarga Penderita Kusta Di Kabupaten Pekalongan. [serial online]. [jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/506/555](http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/506/555). [13 Januari 2013].
- Rao, S. & Joseph, G. 2007. Impact Of Leprosy On The Quality Of Life. [serial online]. <http://www.who.int/bulletin/archives/77%286%29515.pdf>. [05 November 2012].
- Ratih, P. 2008. Gambaran Gangguan Jiwa pada Penderita Kusta Di Poliklinik Kulit dn Kelamin RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Periode Januari 2008-April 2008. [serial online]. <http://mru.fk.ui.ac.id/index.php?uPage=data.detail&smod=research&sp=public&idpenelitian=4467>. [15 Februari 2013].
- Rohmatika. 2012. Gambaran Konsep Diri Pada Klien Dengan Cacat Kusta Di Kelurahan Karangsari RW 13, Kecamatan Neglasari, Tangerang. [serial online]. [http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/file\\_digital/tika.pdf](http://perpus.fkik.uinjkt.ac.id/file_digital/tika.pdf). [23 Desember 2012].
- Rush, *et al* . 1998. *The Effects of Organizational Citizenship Behavior on Performance Judgement : A Field study and a Laboratory Experiment*. Journal of Apllied Psychology.
- Sadock & Sadock. 2007. *Mood Disorder:In: Grebb JA, Pataki CS. Sussman N, Eds. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. New York:Lippincot Williams & Wilkins.
- Sarafino. 2004. *Health Psychology: Biopsychosocial interaction*. New York: John Wilky and Sons Inc.
- Senturk & Sagduyu. 2004. Leprosy: A Body, Brain, Mind & Life Disease. [serial online]. <http://www.brainmindlife.org/leprosybrainmindlife.htm>. [12 Desember 2012].
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siagian, Marchira , Siswati. 2009. The influence of Stigma and Depression on Quality of Life on Leprosy Patient. [serial online]. <http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/411093340.pdf> . [ 1 Desember 2012].
- Sofianty, D. 2009. Memahami Seluk Beluk Penyakit Kusta. [serial online]. <http://www.surabaya.ehealth.org>. [8 Februari 2013].
- Suryanda. 2007. Persepsi Masyarakat Terhadap Penyakit Kusta: Studi Kasus Di Kecamatan Cambai Prabumulih. [serial online]. [http://puspapasca.ugm.ac.id/files/Abs\\_\(2880-H-2007\).pdf](http://puspapasca.ugm.ac.id/files/Abs_(2880-H-2007).pdf) [26 juli 2013].
- Susanto, Nugroho. 2006. *Faktor–Faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta (Kajian di Kabupaten Sukoharjo)*. Tesis. Yogyakarta: Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.
- Susanto, Tantut. 2010. *Pengalaman Klien Dewasa Menjalani Perawatan Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Jawa Timur: Studi Fenomenologi*. Jawa Barat: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Swartz, M. H. 1995. *Buku Ajar Diagnostik Fisik*. Jakarta:EGC.
- Toha, M. 2007. Hubungan Persepsi Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Penderita Penyakit Kusta dalam Menjalani Pengobatan MDT. [serial online]. <http://eprints.undip.ac.id/38117/>. [27 Maret 2013].
- Tsutsumi, *et al.* 2003. Depressive status of leprosy patients in Bangladesh:association with self-perception of stigma. [serial online]. <http://www.leprahealthinaction.org/1r/Mar04/Lep5766.pdf>. [05 November 2012].
- Videbeck, Sheila. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:EGC
- Weekly Epidemiological Report* WHO. (2011). Global Leprosy Situation, Beginning of 2011. No. 33, 2011, 83, 293–300. (online). (<http://www.who.int/wer>, diakses 10 November 2012).
- World Health Organization* (WHO). 2010. Leprosy. [Serial online]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html>. [02 November 2012].

*World Health Organization* (WHO). 2011. Depression. [serial online]. [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/). [15 Januari 2013].

Zulkifli.2003. *Penyakit kusta dan masalah yang ditimbulkannya*. Dipublikasikan oleh USU Digital Library.

Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yusra, A. 2011. *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Penyakit dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. [serial online]. [lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20280162-T%20Aini%20Yusra.pdf](http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20280162-T%20Aini%20Yusra.pdf). [12 Januari 2013].

# LAMPIRAN

**Lampiran A: Lembar *Informed***

Kode responden:
-----------------

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada:

Calon responden

Dengan hormat,

yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Superzeki Zaidatul Fadilah

NIM : 092310101022

pekerjaan : Mahasiswa

alamat : Jalan Mastrip Gang II No.28 B Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan dukungan kelurga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden maupun keluarga. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Superzeki Z. F

NIM 092310101022

**Lampiran B: Lembar *Consent***

Kode responden:
-----------------

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

nama : .....

alamat : .....

menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

nama : Superzeki Zaidatul Fadilah

NIM : 092310101022

program studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

judul : Hubungan dukungan keluarga dengan depresi penderita kusta di dua wilayah tertinggi kusta di Kabupaten Jember

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada subyek penelitian. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu sebagai kepentingan ilmiah untuk menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subyek penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember,

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

**Lampiran C : Data Responden**

Kode responden:
-----------------

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami.

**1. Karakteristik Demografi**

- a. Nama :
- b. Alamat :
- c. Usia : ..... tahun
- d. Jenis Kelamin : a. Laki-laki  
b. Perempuan
- e. Status pernikahan : a. menikah  
b. Belum menikah
- f. Pendidikan Terakhir : a. Tidak sekolah d. SMU/SMK  
b. SD e. Perguruan Tinggi  
c. SMP f. Lain-lain
- g. Suku : a. Jawa  
b. Madura  
c. Lain-lain
- h. Pekerjaan : a. Tidak bekerja d. Petani  
b. TNI/POLRI e. Pelajar/mahasiswa  
c. Wiraswasta f. IRT (Ibu Rumah Tangga)  
d. PNS g. Lain-lain
- i. Penghasilan kepala keluarga: ..... / bulan
- j. Kepemilikan asuransi : a. Ya  
b. Tidak

## 2. Karakteristik Penyakit Kusta

- a. Tipe kusta : a. Tipe kering atau *paucibacillary* (PB)  
b. Tipe basah atau *multibacillary* (MB)
- b. Tingkat kecacatan kusta : a. Tingkat 0  
b. Tingkat 1  
c. Tingkat 2
- c. Lama menderita kusta : ..... bulan
- d. Pelaksanaan pengobatan rutin : a. Ya  
b. Tidak



**Lampiran D : Kuesioner Dukungan Keluarga**

Kode responden:
-----------------

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Bacalah dengan teliti setiap pernyataan. Kemudian jawablah pernyataan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami.
2. Berikan jawaban dari pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) di kolom jawaban. Hampir selalu atau selalu pada kolom (SL), cukup sering pada kolom (SR), kadang –kadang atau jarang pada kolom (JR), tidak pernah atau sedikit pada kolom (TP). Setiap pertanyaan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
3. Kriteria :
  - a. Selalu (SL) : selalu terjadi
  - b. Kadang-kadang (KK) : terjadi dan tidak terjadi sama banyaknya
  - c. jarang (JR) : lebih banyak tidak terjadi
  - d. Tidak Pernah (TP) : tidak pernah terjadi
4. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda sebenarnya.

### KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

No	Pernyataan	Selalu	Kadang -kadang	Jarang	Tidak Pernah
1.	Keluarga ikut merasa senang karena saya telah melaksanakan pengobatan kusta				
2.	Keluarga mengatakan kepada saya untuk tidak khawatir tentang penyakit kusta				
3.	Keluarga memberikan dorongan kepada saya untuk tetap menjaga kesehatan				
4.	Keluarga tidak senang ketika saya membicarakan pengobatan kusta				
5.	Saya merasa keluarga sudah tidak peduli lagi pada saya				
6.	Keluarga memberikan kasih sayang kepada saya sama seperti dulu sebelum saya menderita kusta				
7.	Keluarga meyakinkan pada saya bahwa penyakit saya bisa sembuh				
8.	Keluarga tidak lagi memberikan perhatian pada saya sejak saya menderita kusta				
9.	Keluarga membanding-bandingkan saya dengan anggota keluarga yang lain				
10.	Keluarga percaya bahwa saya bisa merawat penyakit saya				

No	Pertanyaan	Selalu	Kadang -kadang	Jarang	Tidak Pernah
11.	Keluarga memberi pujian setelah saya minum obat				
12.	Saya merasa tidak dihargai di keluarga				
13.	Saya mendapat teguran dari keluarga jika saya tidak minum obat				
14.	Keluarga memberikan pujian kepada saya ketika ada kemajuan kesehatan				
15.	Keluarga sulit menerima saya dengan segala keterbatasan saya				
16.	Keluarga tidak mau tau terhadap kemajuan pengobatan kusta				
17.	Keluarga tidak mau mengantarkan saya ke tempat pelayanan kesehatan (puskesmas/dokter/rumah sakit)				
18.	Keluarga tidak mengingatkan saya untuk meminum obat				
19.	Keluarga menyarankan kepada saya untuk menggunakan alas kaki ketika dirumah untuk mencegah luka				
20.	Keluarga membantu merawat penyakit kusta				
21.	Keluarga melayani dan membantu ketika saya membutuhkan sesuatu				
22.	Keluarga memberikan uang untuk kebutuhan sehari-hari saya				

No	Pertanyaan	Selalu	Kadang -kadang	Jarang	Tidak Pernah
23.	Keluarga membatasi saya dalam membeli obat-obat penyakit kusta				
24.	Keluarga mencarikan informasi tentang tempat pengobatan kusta				
25.	Saya tidak mendapatkan informasi dari keluarga tentang perlunya pengobatan kusta				
26.	Saya mendapat nasehat dari keluarga untuk rutin berobat				
27.	Keluarga mengingatkan tentang jadwal minum obat saya				
28.	Keluarga merasa jijik melihat luka kusta saya				
29.	Keluarga tidak mau menyentuh bagian tubuh saya yang sakit				
30.	Keluarga mengajak saya rekreasi (bepergian keluar rumah)				
31.	Keluarga tidak mau mengajak saya bicara				
32.	Keluarga menemani saya untuk melupakan masalah				
33.	Keluarga mau memeluk saya				
34.	Keluarga mendengarkan ketika saya curhat tentang masalah pribadi				
35.	Keluarga tidak mau menemani ketika saya sulit tidur				
36.	Keluarga menyediakan sarana dan prasarana yang saya butuhkan untuk merawat kusta saya				

**Lampiran E: Kuesioner Depresi**

Kode responden:
-----------------

**Kuesioner Zung *Self-Rating Depression Scale***

Silahkan membaca setiap pernyataan dibawah ini dan berilah tanda centang (√) pada kolom SL, SR, JR dan TP yang menunjukkan seberapa besar pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan anda selama beberapa hari terakhir. Empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan dapat diartikan sebagai berikut:

- a. Selalu (SL) : selalu terjadi
- b. Kadang-kadang (KK) : terjadi dan tidak terjadi sama banyaknya
- c. jarang (JR) : lebih banyak tidak terjadi
- d. Tidak Pernah (TP) : tidak pernah terjadi

No	Pertanyaan	Selalu	Kadang -kadang	Jarang	Tidak Pernah
1	Saya merasa tidak bersemangat dan sedih				
2	Saya merasa paling semangat pada pagi hari				
3	Saya menangis atau merasa seperti ingin menangis				
4	Saya mengalami kesulitan tidur pada malam hari				
5	Saya makan sebanyak yang biasa saya makan				
6	Saya tertarik dengan lawan jenis				

No	Pertanyaan	Selalu	Kadang -kadang	Jarang	Tidak Pernah
7	Saya merasa berat badan saya turun				
8	Saya mengalami kesulitan dalam buang air besar				
9	Jantung saya berdetak lebih cepat dari biasanya				
10	Saya merasa lelah tanpa sebab				
11	Pikiran saya tenang seperti biasanya				
12	Saya merasa mudah melakukan hal-hal yang biasa saya lakukan				
13	Saya merasa gelisah dan tidak dapat tenang				
14	Saya merasa penuh harapan akan masa depan				
15	Saya lebih mudah tersinggung daripada biasanya				
16	Saya merasa mudah membuat keputusan				
17	Saya merasa saya berguna dan dibutuhkan				
18	Hidup saya baik-baik saja				
19	Saya merasa orang lain akan lebih baik jika saya meninggal				
20	Saya masih menikmati hal-hal yang biasa saya lakukan				



**LAMPIRAN F. DATA MENTAH**

<b>No</b>	<b>Dukungan Keluarga</b>	<b>Depresi</b>
1.	112	29
2.	117	20
3.	125	28
4.	118	37
5.	141	38
6.	143	25
7.	135	31
8.	125	40
9.	132	38
10.	141	32
11.	111	32
12.	93	68
13.	111	58
14.	105	50
15.	118	50
16.	118	68
17.	105	60
18.	124	45
19.	124	47
20.	109	39
21.	88	68
22.	120	56
23.	125	45
24.	115	40
25.	125	39
26.	125	45
27.	112	37



28.	125	44
29.	115	42
30.	125	45
31.	118	44
32.	115	45
33.	132	45
34.	92	74
35.	118	42
36.	125	37
37.	120	42
38.	135	28
<b>Total</b>	<b>4537</b>	<b>1653</b>

## LAMPIRAN G. HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

### G.1 Kuesioner Dukungan Keluarga

#### G.1.1 Hasil Uji Validitas Kuesioner Pelaksanaan Dukungan Keluarga

$$df = N - 2$$

$$df = 20 - 2 = 18 \quad \longrightarrow \quad r \text{ tabel} = 0,444 \text{ dengan } \alpha 0,05$$

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.891	46

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
pertanyaan 1	121.35	205.608	.020	.895
pertanyaan 2	121.80	217.853	-.449	.901
pertanyaan 3	121.60	214.779	-.276	.901
pertanyaan 4	120.70	190.326	.684	.883
pertanyaan 5	120.65	197.187	.572	.886
pertanyaan 6	120.80	196.379	.516	.886
pertanyaan 7	121.05	191.629	.506	.886
pertanyaan 8	120.60	195.095	.657	.885
pertanyaan 9	121.00	208.211	-.068	.895
pertanyaan 10	120.70	191.379	.766	.883
pertanyaan 11	120.90	196.095	.449	.887
pertanyaan 12	120.80	193.642	.471	.887
pertanyaan 13	121.60	206.884	-.020	.895
pertanyaan 14	121.00	195.053	.475	.887

pertanyaan 15	120.85	195.924	.470	.887
pertanyaan 16	120.85	193.818	.521	.886
pertanyaan 17	120.80	195.642	.553	.886
pertanyaan 18	120.90	198.305	.495	.887
pertanyaan 19	120.75	208.513	-.092	.894
pertanyaan 20	121.25	211.776	-.216	.897
pertanyaan 21	120.70	196.326	.513	.886
pertanyaan 22	120.85	195.713	.528	.886
pertanyaan 23	120.90	195.674	.468	.887
pertanyaan 24	120.85	197.924	.545	.887
pertanyaan 25	120.95	196.787	.562	.886
pertanyaan 26	121.35	213.503	-.226	.901
pertanyaan 27	121.00	197.789	.490	.887
pertanyaan 28	120.85	205.503	.069	.892
pertanyaan 29	121.25	193.461	.572	.885
pertanyaan 30	121.20	192.274	.683	.884
pertanyaan 31	121.20	195.853	.509	.886
pertanyaan 32	120.85	197.924	.545	.887
pertanyaan 33	120.95	197.103	.544	.886
pertanyaan 34	121.05	196.576	.545	.886
pertanyaan 35	120.85	194.239	.673	.884
pertanyaan 36	121.45	213.524	-.357	.897
pertanyaan 37	120.75	196.303	.626	.885
pertanyaan 38	120.70	199.589	.464	.888
pertanyaan 39	120.85	197.082	.597	.886
pertanyaan 40	121.20	197.642	.650	.886
pertanyaan 41	121.20	198.274	.605	.886
pertanyaan 42	121.20	193.853	.606	.885
pertanyaan 43	121.15	195.713	.577	.886
pertanyaan 44	121.15	196.345	.544	.886
pertanyaan 45	121.05	192.366	.694	.884
pertanyaan 46	121.05	195.313	.614	.885

## G.1.2 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Depresi

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	20	100.0

Cronbach's Alpha	N of Items
.905	20

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

		Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	tidak semangat dan sedih	50.70	62.642	.638	.898
2	paling semangat pada pagi hari	50.75	63.566	.476	.903
3	menangis atau merasa seperti ingin menangis	50.60	64.042	.657	.899
4	sulit tidur pada malam hari	50.95	62.155	.516	.902
5	makan sebanyak yang biasa saya makan	50.70	65.274	.453	.903
6	Ketertarikan lawan jenis	50.65	65.608	.442	.903
7	berat badan turun	50.50	62.053	.663	.898
8	kesulitan dalam buang air besar	50.55	63.524	.501	.902
9	jantung berdetak lebih cepat	50.90	61.989	.580	.900
10	lelah tanpa sebab	50.70	63.168	.588	.900
11	pikiran tenang seperti biasanya	51.10	67.884	.244	.907
12	mudah melakukan hal-hal seperti biasanya	50.85	62.871	.643	.898
13	gelisah dan tidak dapat tenang	50.60	62.042	.672	.897
14	penuh harapan akan masa depan	50.85	63.713	.560	.900
15	mudah tersinggung dari biasanya	51.15	62.661	.588	.900
16	mudah membuat keputusan	50.90	62.621	.657	.898
17	merasa berguna dan dibutuhkan	50.85	64.555	.557	.901
18	hidup baik-baik saja	51.00	64.632	.457	.903

19	orang lain lebih baik jika saya meninggal	51.15	63.503	.463	.903
20	menikmati hal-hal yang biasa dilakukan	51.05	64.155	.503	.902

## LAMPIRAN H. HASIL ANALISIS DATA

### H.1 Analisis Univariat

#### H.1.1 Data Deskriptif Karakteristik Responden

##### Statistics

usia responden

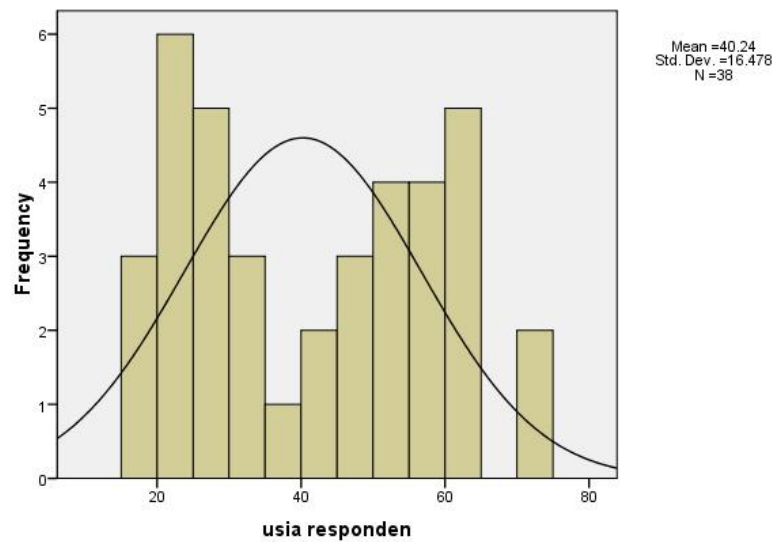
N	Valid	38
	Missing	0
Mean		40.24
Std. Error of Mean		2.673
Median		42.00
Mode		60
Std. Deviation		16.478
Minimum		17
Maximum		70

usia responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17	1	2.6	2.6	2.6
	18	1	2.6	2.6	5.3
	19	1	2.6	2.6	7.9
	20	3	7.9	7.9	15.8
	21	2	5.3	5.3	21.1
	22	1	2.6	2.6	23.7
	26	1	2.6	2.6	26.3
	28	1	2.6	2.6	28.9
	29	3	7.9	7.9	36.8
	30	3	7.9	7.9	44.7
	35	1	2.6	2.6	47.4
	40	1	2.6	2.6	50.0
	44	1	2.6	2.6	52.6
	45	1	2.6	2.6	55.3
	46	1	2.6	2.6	57.9
	47	1	2.6	2.6	60.5
	50	4	10.5	10.5	71.1
	55	2	5.3	5.3	76.3
	56	1	2.6	2.6	78.9
	57	1	2.6	2.6	81.6

60	5	13.2	13.2	94.7
70	2	5.3	5.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Histogram



Descriptives

		Statistic	Std. Error	
usia responden	Mean	40.24	2.673	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	34.82	
		Upper Bound	45.65	
	5% Trimmed Mean	39.85		
	Median	42.00		
	Variance	271.537		
	Std. Deviation	16.478		
	Minimum	17		
	Maximum	70		
	Range	53		
	Interquartile Range	30		
	Skewness	.128	.383	
	Kurtosis	-1.371	.750	

jenis kelamin responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	21	55.3	55.3	55.3
	perempuan	17	44.7	44.7	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**status pernikahan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nikah	28	73.7	73.7	73.7
	belum nikah	10	26.3	26.3	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**pendidikan terakhir**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak sekolah	3	7.9	7.9	7.9
	SD	17	44.7	44.7	52.6
	SMP	14	36.8	36.8	89.5
	SMU	4	10.5	10.5	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**suku responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jawa	7	18.4	18.4	18.4
	madura	31	81.6	81.6	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

**pekerjaan responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	2	5.3	5.3	5.3
	wiraswasta	16	42.1	42.1	47.4
	petani	8	21.1	21.1	68.4
	pelajar	1	2.6	2.6	71.1
	ibu rumah tangga	11	28.9	28.9	100.0
	Total	38	100.0	100.0	



**Statistics**

penghasilan kepala keluarga

N	Valid	38
	Missing	0
Mean		926.315,79
Std. Error of Mean		19.664,400
Median		900.000,00
Mode		1.000.000
Std. Deviation		121.219,503
Minimum		700.000
Maximum		1.200.000

**penghasilan kepala keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 700000	1	2.6	2.6	2.6
750000	2	5.3	5.3	7.9
800000	6	15.8	15.8	23.7
850000	5	13.2	13.2	36.8
900000	7	18.4	18.4	55.3
950000	1	2.6	2.6	57.9
1000000	11	28.9	28.9	86.8
1100000	3	7.9	7.9	94.7
1200000	2	5.3	5.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
penghasilan kepala keluarga	Mean		926.315,79	19.664,400
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	886.471,93	
		Upper Bound	966.159,65	
	5% Trimmed Mean		922.368,42	
	Median		900.000,00	
	Variance		1.469E10	
	Std. Deviation		121.219,503	
	Minimum		700.000	

Maximum	1.200.000	
Range	500.000	
Interquartile Range	162.500	
Skewness	.387	.383
Kurtosis	-.237	.750

**kepemilikan asuransi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	28	73.7	73.7	73.7
tidak	10	26.3	26.3	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**tipe kusta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PB	8	21.1	21.1	21.1
MB	30	78.9	78.9	100.0
Total	38	100.0	100.0	

**tingkat kecacatan kusta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tingkat 0	20	52.6	52.6	52.6
tingkat 1	9	23.7	23.7	76.3
tingkat 2	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

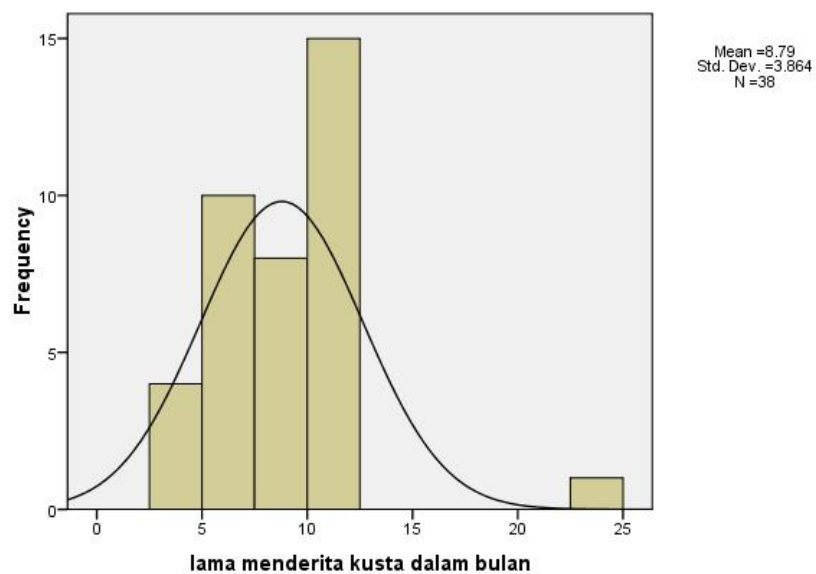
**pelaksanaan pengobatan rutin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ya	30	78.9	78.9	78.9
tidak	8	21.1	21.1	100.0
Total	38	100.0	100.0	

lama menderita kusta dalam bulan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	3	7.9	7.9	7.9
	4	1	2.6	2.6	10.5
	5	2	5.3	5.3	15.8
	6	7	18.4	18.4	34.2
	7	1	2.6	2.6	36.8
	8	4	10.5	10.5	47.4
	9	4	10.5	10.5	57.9
	10	4	10.5	10.5	68.4
	11	2	5.3	5.3	73.7
	12	9	23.7	23.7	97.4
	24	1	2.6	2.6	100.0
Total		38	100.0	100.0	

Histogram



**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
lama menderita kusta dalam bulan	Mean		8.79	.627
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.52	
		Upper Bound	10.06	
	5% Trimmed Mean		8.58	
	Median		9.00	
	Variance		14.927	
	Std. Deviation		3.864	
	Minimum		3	
	Maximum		24	
	Range		21	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		1.427	.383
	Kurtosis		5.198	.750

H.1.2 Data Dukungan Keluarga

**Statistics**

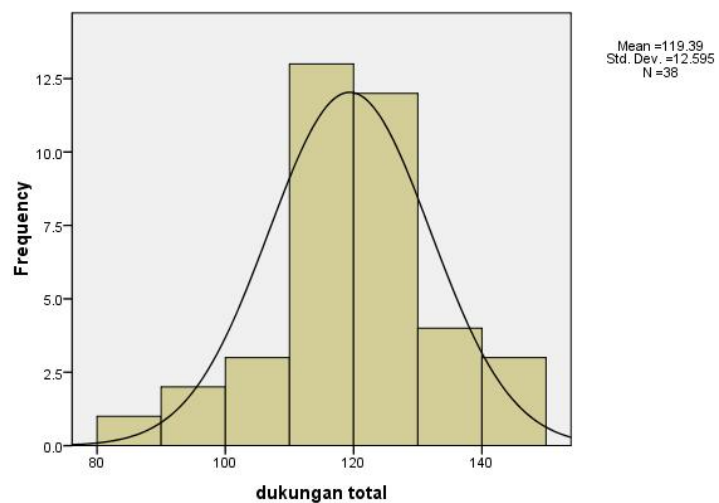
dukungan total

N	Valid	38
	Missing	0
Mean		119.39
Std. Error of Mean		2.043
Median		119.00
Mode		125
Std. Deviation		12.595
Minimum		88
Maximum		143
Sum		4537

## dukungan total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	88	1	2.6	2.6	2.6
	92	1	2.6	2.6	5.3
	93	1	2.6	2.6	7.9
	105	2	5.3	5.3	13.2
	109	1	2.6	2.6	15.8
	111	2	5.3	5.3	21.1
	112	2	5.3	5.3	26.3
	115	3	7.9	7.9	34.2
	117	1	2.6	2.6	36.8
	118	5	13.2	13.2	50.0
	120	2	5.3	5.3	55.3
	124	2	5.3	5.3	60.5
	125	8	21.1	21.1	81.6
	132	2	5.3	5.3	86.8
	135	2	5.3	5.3	92.1
	141	2	5.3	5.3	97.4
	143	1	2.6	2.6	100.0
Total		38	100.0	100.0	

Histogram



**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
dukungan total	Mean		119.39	2.043
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	115.25	
		Upper Bound	123.53	
	5% Trimmed Mean		119.77	
	Median		119.00	
	Variance		158.624	
	Std. Deviation		12.595	
	Minimum		88	
	Maximum		143	
	Range		55	
	Interquartile Range		13	
	Skewness		-.467	.383
	Kurtosis		.605	.750

**Statistics**

dukungan emosional

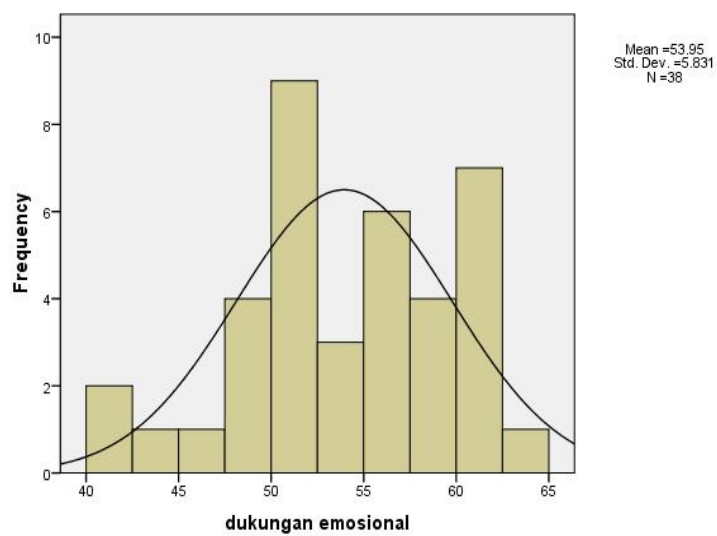
N	Valid	38
	Missing	0
Mean		53.95
Median		54.00
Mode		51 <sup>a</sup>
Std. Deviation		5.831
Minimum		41
Maximum		63

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## dukungan emosional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	41	2	5.3	5.3	5.3
	44	1	2.6	2.6	7.9
	47	1	2.6	2.6	10.5
	48	2	5.3	5.3	15.8
	49	2	5.3	5.3	21.1
	50	2	5.3	5.3	26.3
	51	4	10.5	10.5	36.8
	52	3	7.9	7.9	44.7
	53	1	2.6	2.6	47.4
	54	2	5.3	5.3	52.6
	55	2	5.3	5.3	57.9
	56	2	5.3	5.3	63.2
	57	2	5.3	5.3	68.4
	58	2	5.3	5.3	73.7
	59	2	5.3	5.3	78.9
	60	2	5.3	5.3	84.2
	61	1	2.6	2.6	86.8
	62	4	10.5	10.5	97.4
	63	1	2.6	2.6	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

Histogram



### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
dukungan emosional	Mean	53.95	.946	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	52.03	
		Upper Bound	55.86	
	5% Trimmed Mean	54.19		
	Median	54.00		
	Variance	33.997		
	Std. Deviation	5.831		
	Minimum	41		
	Maximum	63		
	Range	22		
	Interquartile Range	9		
	Skewness	-.357	.383	
	Kurtosis	-.410	.750	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
dukungan emosional	.078	38	.200*	.960	38	.196

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Statistics

dukungan penilaian

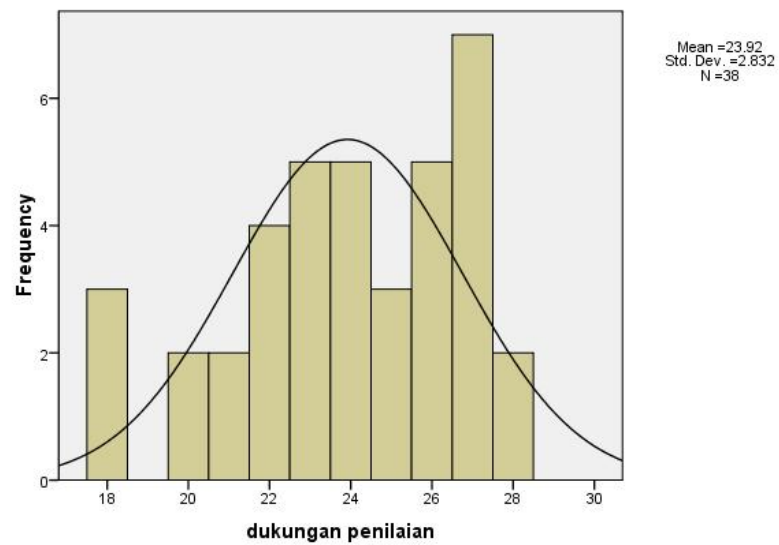
N	Valid	38
	Missing	0
Mean		23.92
Median		24.00
Mode		27
Std. Deviation		2.832
Minimum		18
Maximum		28



dukungan penilaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	3	7.9	7.9	7.9
	20	2	5.3	5.3	13.2
	21	2	5.3	5.3	18.4
	22	4	10.5	10.5	28.9
	23	5	13.2	13.2	42.1
	24	5	13.2	13.2	55.3
	25	3	7.9	7.9	63.2
	26	5	13.2	13.2	76.3
	27	7	18.4	18.4	94.7
	28	2	5.3	5.3	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

Histogram



### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
dukungan penilaian	Mean	23.92	.459	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	22.99	
		Upper Bound	24.85	
	5% Trimmed Mean	24.02		
	Median	24.00		
	Variance	8.021		
	Std. Deviation	2.832		
	Minimum	18		
	Maximum	28		
	Range	10		
	Interquartile Range	4		
	Skewness	-.548	.383	
	Kurtosis	-.471	.750	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
dukungan penilaian	.137	38	.070	.934	38	.027

a. Lilliefors Significance Correction

### Statistics

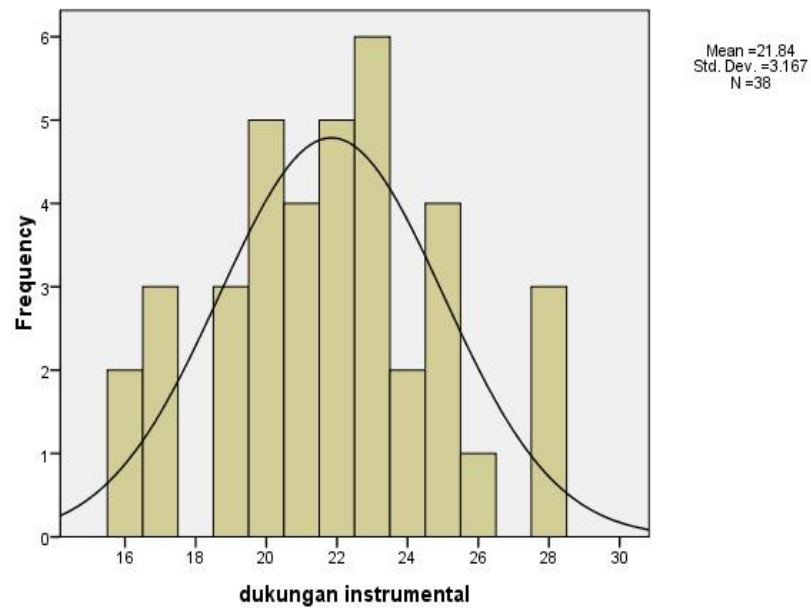
dukungan instrumental

N	Valid	38
	Missing	0
Mean		21.84
Median		22.00
Mode		23
Std. Deviation		3.167
Minimum		16
Maximum		28

## dukungan instrumental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	2	5.3	5.3	5.3
	17	3	7.9	7.9	13.2
	19	3	7.9	7.9	21.1
	20	5	13.2	13.2	34.2
	21	4	10.5	10.5	44.7
	22	5	13.2	13.2	57.9
	23	6	15.8	15.8	73.7
	24	2	5.3	5.3	78.9
	25	4	10.5	10.5	89.5
	26	1	2.6	2.6	92.1
	28	3	7.9	7.9	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

## Histogram



### Descriptives

		Statistic	Std. Error	
dukungan instrumental	Mean	21.84	.514	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20.80	
		Upper Bound	22.88	
	5% Trimmed Mean	21.82		
	Median	22.00		
	Variance	10.028		
	Std. Deviation	3.167		
	Minimum	16		
	Maximum	28		
	Range	12		
	Interquartile Range	4		
	Skewness	.077	.383	
	Kurtosis	-.320	.750	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
dukungan instrumental	.094	38	.200*	.968	38	.346

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Statistics

dukungan informasional

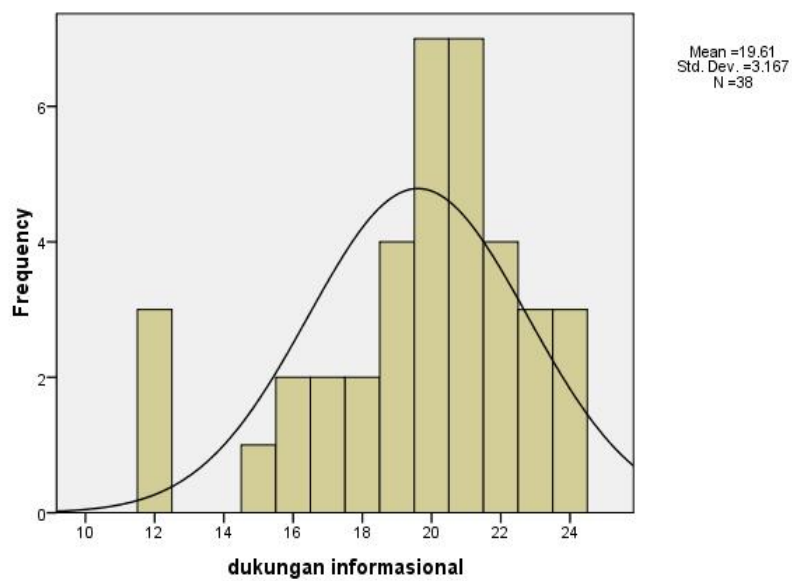
N	Valid	38
	Missing	0
Mean		19.61
Median		20.00
Mode		20 <sup>a</sup>
Std. Deviation		3.167
Minimum		12
Maximum		24

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

## dukungan informasional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	3	7.9	7.9	7.9
	15	1	2.6	2.6	10.5
	16	2	5.3	5.3	15.8
	17	2	5.3	5.3	21.1
	18	2	5.3	5.3	26.3
	19	4	10.5	10.5	36.8
	20	7	18.4	18.4	55.3
	21	7	18.4	18.4	73.7
	22	4	10.5	10.5	84.2
	23	3	7.9	7.9	92.1
	24	3	7.9	7.9	100.0
Total		38	100.0	100.0	

## Histogram



**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
dukungan informatio nal	Mean		19.61	.514
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.56	
		Upper Bound	20.65	
	5% Trimmed Mean		19.78	
	Median		20.00	
	Variance		10.029	
	Std. Deviation		3.167	
	Minimum		12	
	Maximum		24	
	Range		12	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-.996	.383
	Kurtosis		.724	.750

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
dukungan informatio nal	.181	38	.003	.906	38	.004

a. Lilliefors Significance Correction

H.1.3 Data Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember

**Statistics**

depresi total

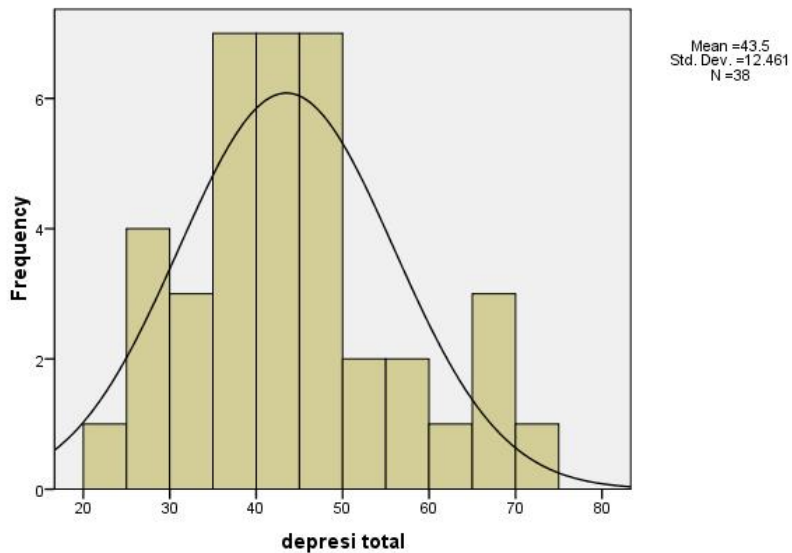
N	Valid	38
	Missing	0
Mean		43.50
Std. Error of Mean		2.021
Median		42.00
Mode		45
Std. Deviation		12.461

Minimum	20
Maximum	74
Sum	1653

**depresi total**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20	1	2.6	2.6	2.6
25	1	2.6	2.6	5.3
28	2	5.3	5.3	10.5
29	1	2.6	2.6	13.2
31	1	2.6	2.6	15.8
32	2	5.3	5.3	21.1
37	3	7.9	7.9	28.9
38	2	5.3	5.3	34.2
39	2	5.3	5.3	39.5
40	2	5.3	5.3	44.7
42	3	7.9	7.9	52.6
44	2	5.3	5.3	57.9
45	6	15.8	15.8	73.7
47	1	2.6	2.6	76.3
50	2	5.3	5.3	81.6
56	1	2.6	2.6	84.2
58	1	2.6	2.6	86.8
60	1	2.6	2.6	89.5
68	3	7.9	7.9	97.4
74	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Histogram



Descriptives

			Statistic	Std. Error
depresi total	Mean		43.50	2.021
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39.40	
		Upper Bound	47.60	
	5% Trimmed Mean		43.14	
	Median		42.00	
	Variance		155.284	
	Std. Deviation		12.461	
	Minimum		20	
	Maximum		74	
	Range		54	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		.684	.383



### Descriptives

			Statistic	Std. Error
depresi total	Mean		43.50	2.021
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39.40	
		Upper Bound	47.60	
	5% Trimmed Mean		43.14	
	Median		42.00	
	Variance		155.284	
	Std. Deviation		12.461	
	Minimum		20	
	Maximum		74	
	Range		54	
	Interquartile Range		11	
	Skewness		.684	.383
	Kurtosis		.356	.750

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
depresi total	.189	38	.001	.943	38	.051

a. Lilliefors Significance Correction

## H.2. Hasil Penelitian Statistik

### H.3.1 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Kabupaten Jember

#### Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	dukungan total <sup>a</sup>		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: depresi total

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.649 <sup>a</sup>	.421	.405	9.612

a. Predictors: (Constant), dukungan total

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2419.731	1	2419.731	26.193	.000 <sup>a</sup>
	Residual	3325.769	36	92.382		
	Total	5745.500	37			

a. Predictors: (Constant), dukungan total

b. Dependent Variable: depresi total

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	120.163	15.060		7.979	.000
	dukungan total	-.642	.125	-.649	-5.118	.000

a. Dependent Variable: depresi total

## LAMPIRAN J. SURAT REKOMENDASI



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 678 /UN25.1.14/SP/2013

Lampiran : -

Perihal : Ijin Study Pendahuluan

15 MAR 2013

Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Superzeki Zaidatul Fadilah  
N I M : 092310101022  
keperluan : ijin study pendahuluan  
judul penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember  
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Letjen S. Parman No 89 Telp. 337853 Jember



Kepada  
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan  
 Kabupaten Jember  
 DI -  
 J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/529/314/2013

Tentang

**IJIN PENGAMBILAN DATA**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 1008 Tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat dari Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Tanggal 15 Maret 2013 Nomor : 678/UN25.1.14/SP/2013

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / No. Induk : Superzeki Zaidatul Fadilah 092310101022  
 Instansi / Fak : Prodi Ilmu Keperawatan Univ. Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan no. 37 Jember  
 Keperluan : Melakukan Pengumpulan Data Tentang "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember."  
 Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember  
 Tanggal : 01-04-2013 s/d 01-05-2013

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Pengambilan data awal ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 01-04-2013

A. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER



M. DE. BUSIARTO, M.Si

Pembina Tingkat I

NIP. 19571011 198207 1 001

Tembusan :

- Yth. Sdr. : 1. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan  
 Universitas Jember  
 2. Arsip



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : /UN25.1.14/SP/2013  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Kepala  
 Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas  
 Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Superzeki Zaidatul Fadilah

N I M : 092310101022

keperluan : uji validitas dan reliabilitas

judul penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember

lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Curahnongko Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
 NIP. 19490610 198203 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Letjen S. Parman No 89 Telp. 337853 Jember



Kepada  
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan  
 Kabupaten Jember  
 Di -  
 JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/992/314/2013

Tentang

**IJIN PENGAMBILAN DATA**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 2008 Tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat dari Prodi Ilmu Keperawatan Univ. Jember, Tanggal 02 Mei 2013 Nomor : -/UN25.1.14/SP/2013

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / No. Induk : Superzeki Zaidatul Fadilah 092310101022  
 Instansi / Fak : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan No 37 Jember  
 Keperluan : Melakukan Uji Validitas dan Reliabilitas Tentang : "Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember."  
 Lokasi : Dinas Kesehatan, dan Wilker. Puskesmas Curahnongko Kabupaten Jember  
 Tanggal : 16-05-2013 s/d 30-06-2013

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Pengambilan data awal ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
  2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
  3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
- Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 16-05-2013

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER

Sekretaris  
  
 Drs. BUDIARTO, M.Si  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19611008 198201 1 005

Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan  
 Univ. Jember  
 2. Arsip



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 1599 /UN25.1.14/LT/2013

04 JUN 2013

Lampiran : -

Perihal : Ijin Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian  
 Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Superzeki Zaidatul Fadilah

N I M : 092310101022

keperluan : ijin penelitian

judul penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Penderita Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember

lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,  
 dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
 NIP. 19490610 198203 1 001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : 955 /UN25.3.1/LT.5/2013  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan  
Penelitian

12 Juni 2013

Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Pemerintah Kabupaten Jember  
di -

JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor  
: 1599/UN25.1.14/LT/2013 tanggal 04 Juni 2013, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Superzeki Zaidatul Fadilah / 092310101022  
Fakultas / Jurusan : PSIK / Ilmu Keperawatan  
Alamat : Jl. Mastrip II No. 29B Jember / No HP. -  
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi  
Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten  
Jember  
Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Ajung dan Puskesmas Sumberbaru  
Kabupaten Jember  
Lama Penelitian : Satu bulan (12 Juni – 12 Juli 2013)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa  
yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



a.n Ketua  
Sekretaris,

Dr. Zainuri, M.Si  
NIP. 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK  
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173





PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jl. Letjen S. Parman No 89 Telp. 337853 Jember



Kepada  
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan  
 Kabupaten Jember

Di -  
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1209/314/2013

Tentang

IJIN PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat dari Lembaga Penelitian Universitas Jember Tanggal 12 Juni 2013 Nomor : 955/UN25.3.1/LT.5/2013

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / No. Induk : Superzeki Zaidatul Fadilah 092310101022  
 Instansi / Fak : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang : " Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember.
- Lokasi : Dinas Kesehatan, dan Puskesmas Ajung, Puskesmas Sumberbaru Kab.Jember  
 Tanggal : 14-06-2013 s/d 14-07-2013

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 14-06-2013

A.n. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER

Sekretaris

Drs. BUDIARTO, M.SI

Pembina Tingkat I

NIP. 19571011 198207 1 001

Tembusan :

- Yth. Sdr. : 1. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan  
 Universitas Jember