



**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN DEPRESI
PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Anoh Eka Resita
NIM 112110101047**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN DEPRESI
PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

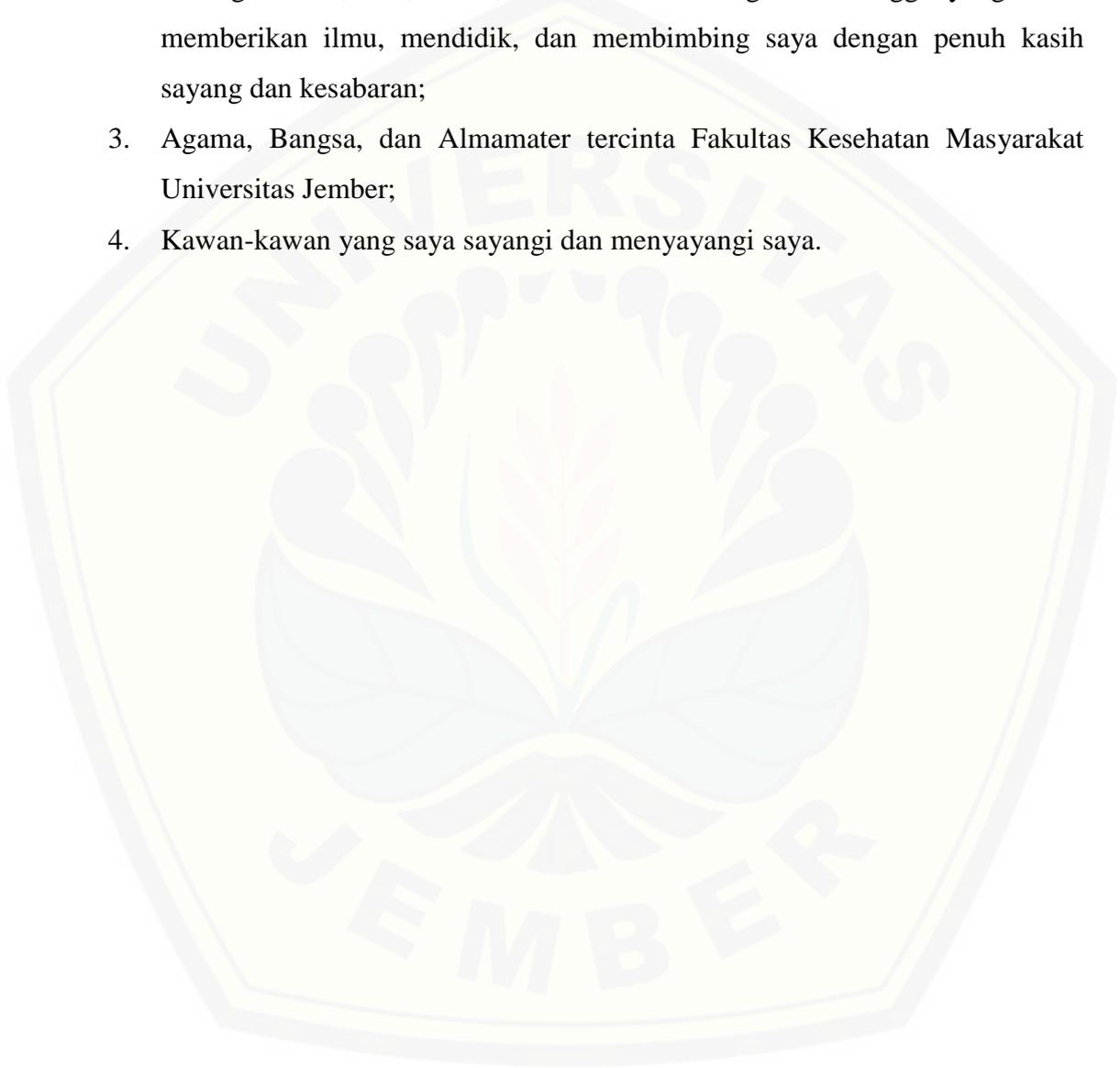
**Anoh Eka Resita
NIM 112110101047**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua; Purwito dan Katemi;
2. Guru-guru TK, SD, SMP, SMA, dosen Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu, mendidik, dan membimbing saya dengan penuh kasih sayang dan kesabaran;
3. Agama, Bangsa, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
4. Kawan-kawan yang saya sayangi dan menyayangi saya.



MOTTO

*“Dan janganlah kamu (merasa) lemah, dan jangan (pula) bersedih hati, sebab kamu paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang beriman”
(Terjemahan QS Ali Imran [139]: 67)*



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. *Al Qur'an dan Terjemahan*. Bandung : CV Diponegoro.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anoh Eka Resita

NIM : 112110101047

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : “*Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan prinsip ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, November 2015

Yang menyatakan,

Anoh Eka Resita

NIM 112110101047

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA DENGAN DEPRESI
PADA PENDERITA KUSTA DI KABUPATEN JEMBER**



Oleh
Anoh Eka Resita
NIM 112110101047

Pembimbing

Pembimbing Utama : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.
Pembimbing Anggota : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 02 Desember 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Erdi Istiaji, S.Psi., M.Psi. Psikolog
NIP. 197606132008121002

Ellyke, S.KM., M.KL.
NIP. 198104292006042002

Anggota,

Drs. M. Sulthony, S.KM.,
NIP. 19631003 198412 1 004

Mengesahkan
Dekan,

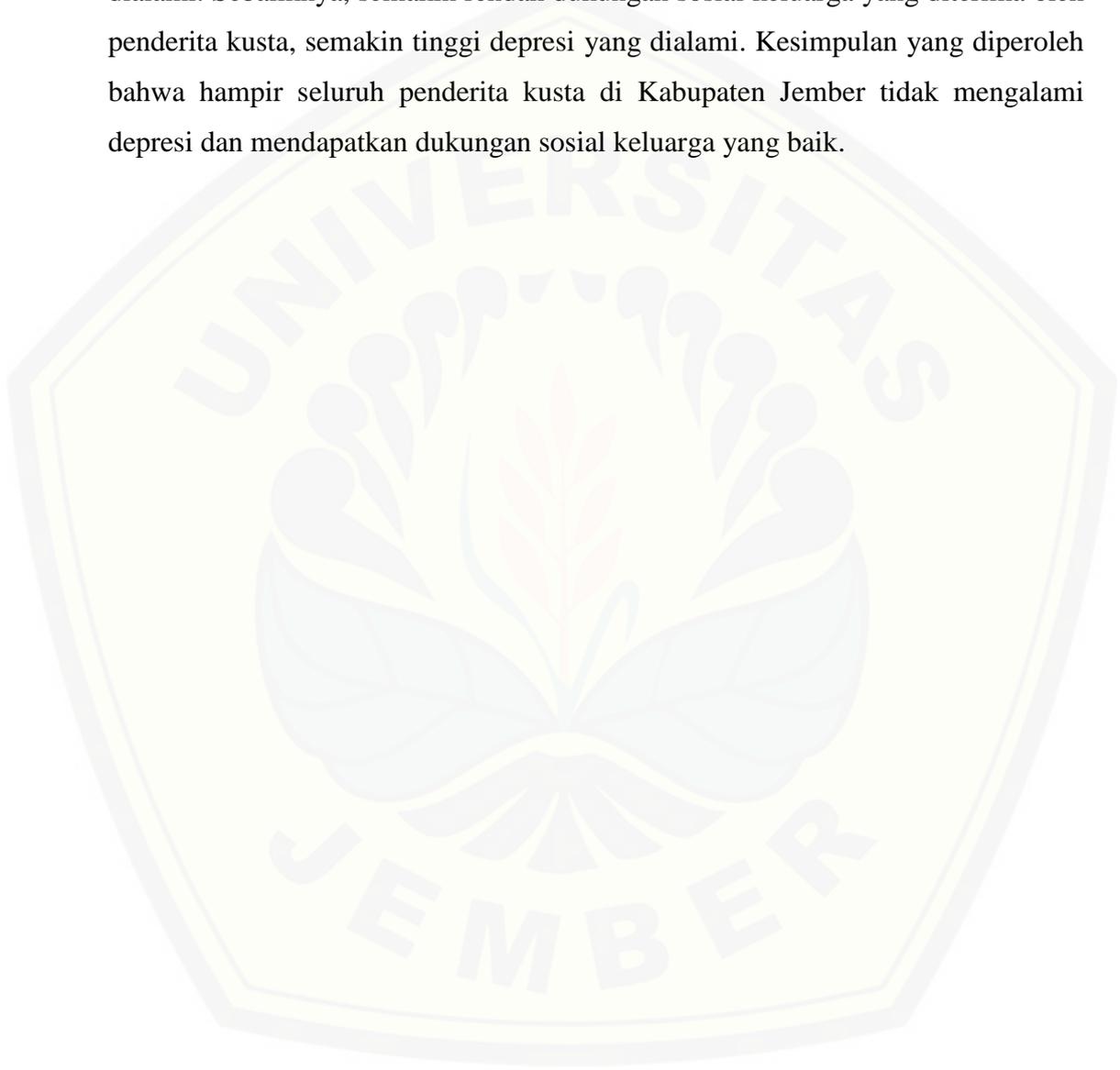
Drs. Husni Abdul Gani, M. S.
NIP. 19560810 1983031 003

RINGKASAN

Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember; Anoh Eka Resita; 112110101047; 2015; 83 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menimbulkan masalah yang sangat kompleks dan merupakan permasalahan kemanusiaan. Masalah yang dihadapi pada penderita bukan hanya dari segi medis saja tetapi juga masalah psikososial. Setiap penderita yang dinyatakan menderita penyakit kusta akan mengalami kegoncangan jiwa dan masing-masing mempunyai cara sendiri untuk bereaksi terhadap keadaan ini. Ada yang segera dapat menerima keadaan dan segera mencari pertolongan medis, ada yang berusaha menolak kenyataan dengan mencari pertolongan alternatif, dan ada pula yang merasa rendah diri mengalami depresi. Depresi merupakan gangguan mental yang sering ditemukan pada penderita kusta. Faktor sosial penyebab depresi pada penderita kusta adalah dukungan sosial. Dukungan sosial yang terpenting yakni dukungan yang berasal dari keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember. Peneliti menggunakan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita kusta di Kabupaten Jember. Teknik pengambilan sampel menggunakan *multistage random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 67 penderita kusta. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jember. Variabel independen adalah dukungan sosial keluarga dan variabel dependen adalah depresi pada penderita kusta. Instrumen untuk mengukur depresi diadaptasi dari *Zulf Self Rating Depression Scale (ZSDS)*. Analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman Rank (rho)*. Hasil pada penelitian ini diperoleh data responden yang mendapat dukungan sosial keluarga kategori cukup (88,1%) dan baik (11,9%). Responden yang tidak mengalami depresi sebesar 91%, sedangkan (7,5%) mengalami depresi ringan, dan (1,5%) mengalami depresi sedang. Berdasarkan hasil analisa menggunakan uji korelasi *spearman rank* diperoleh $\rho = 0,0001 < \alpha=0,05$ dan $r = -0,472$ hal ini

berarti terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember. Nilai korelasi yang ada menunjukkan bahwa hubungan bersifat negatif, artinya semakin tinggi dukungan sosial keluarga yang diterima oleh penderita kusta, semakin rendah depresi yang dialami. Sebaliknya, semakin rendah dukungan sosial keluarga yang diterima oleh penderita kusta, semakin tinggi depresi yang dialami. Kesimpulan yang diperoleh bahwa hampir seluruh penderita kusta di Kabupaten Jember tidak mengalami depresi dan mendapatkan dukungan sosial keluarga yang baik.



SUMMARY

Relationship Between Socio-Family Support and Depression of Leprosy Patient in Jember District; Anoh Eka Resita; 112110101047; 2015; 83 pages; Department of Epidemiology and Population Biostatistics, Public Health Faculty of Jember University

Leprosy is one of infectious diseases that still gives complex problem and humanity one. The problems against by patients are not only from medical view but also psycho-social one. Every patient who declared suffer leprosy will be shocked and has reaction in their own way. Some of them can accept the condition and take the medication soon, some of them try to decline their fact by taking alternative aids, another ones feel unconfidence and depression. Depression is a mental disorder that is often found in leprosy patient. Social factor can causes depression in leprosy patient is social support, and the most important onecomes from their family. This research aims to know the relationship between socio-family support and depression of leprosy patient. We used cross sectional design and the population used were leprosy patients in Jember District. The sampling technique used was multistage random sampling with number of samples were 67 patients. This research was conducted in Jember District, and the independent variable used was socio-family support and dependent one was depression level of leprosy patient. Instruments used to measure depression level were adapted from Zulf Self Rating Depression Scale (ZSDS) while the statistic analysis used was spearman's rank correlation assay (ρ). The results show data of patients who take socio-family support are in enough level (88,1%), and good support level (11,9%). Respondents do not experience any depression are 91%, while another patients exeperience depression in small level are 7,5%, and another ones experience depression in middle level are 1,5%. Based on analysis result using spearman's rank correlation assay, it shows $p = 0,0001 < \alpha = 0,05$ and $r = -0,472$, means there is significant relationship between socio-family support and depression level of leprosy patients in Jember district. The correlation valus shows that the relationship is negative,

means more socio-family support received makes less depression experienced. In contrast, less socio-family support received by the patients, makes depression level experienced becomes higher. We conclude that almost all leprosy patients in Jember district do not experience any depression and receive good social support.



PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta sholawat dan salam tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul “*Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember*”, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini berisi tentang hubungan dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak, khususnya instansi yang terkait dengan kesehatan serta dapat berkontribusi terhadap pengembangan keilmuan.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan terima kasih dan penghargaan kepada :

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan, sekaligus dosen pembimbing anggota yang telah banyak meluangkan waktu, membimbing, memotivasi, dan membantu dalam proses belajar;
3. Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing utama yang memberi arahan dan saran sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik;
4. Erdi Istiaji, S.Psi., M.Psi. Psikolog, Ellyke, S.KM., M.KL., dan Drs. M. Sulthony, S.KM., selaku penguji yang telah memberikan kritik dan saran terhadap penyusunan skripsi ini;
5. dr. Bambang Suwartono, MM., selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah memberi ijin dalam penelitian ini;

6. Petugas Puskesmas Ajung, Jenggawah, Tempurejo, Wuluhan, Kasiyan, Tanggul, dan Balung yang telah membantu dalam penelitian;
7. Iken Nafikadini S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
8. Seluruh dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan dan mengajarkan ilmunya kepada saya;
9. Seluruh staf dan karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membantu saya selama masa studi;
10. Sahabat-Sahabatku; Rizki, Fera, Niza, Cerfi, Devy, Heni, Ima, Annisa, Anggi, Faridatul, Ririn, Fitriana, Radhiyyan, kalian yang telah memberi dukungan, semangat serta bantuan selama di tanah perantauan;
11. Teman-teman seperjuangan peminatan Epidemiologi 2011, rekan sejawat FKM UNEJ angkatan 2011 serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak hal yang menjadi kekurangan dan perlu diperbaiki. Oleh karenanya, penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun dari semua pihak yang membaca demi kesempurnaan penelitian selanjutnya. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memanfaatkannya. Atas perhatian dan dukungannya, penulis mengucapkan terima kasih.

Jember, November 2015

Penulis

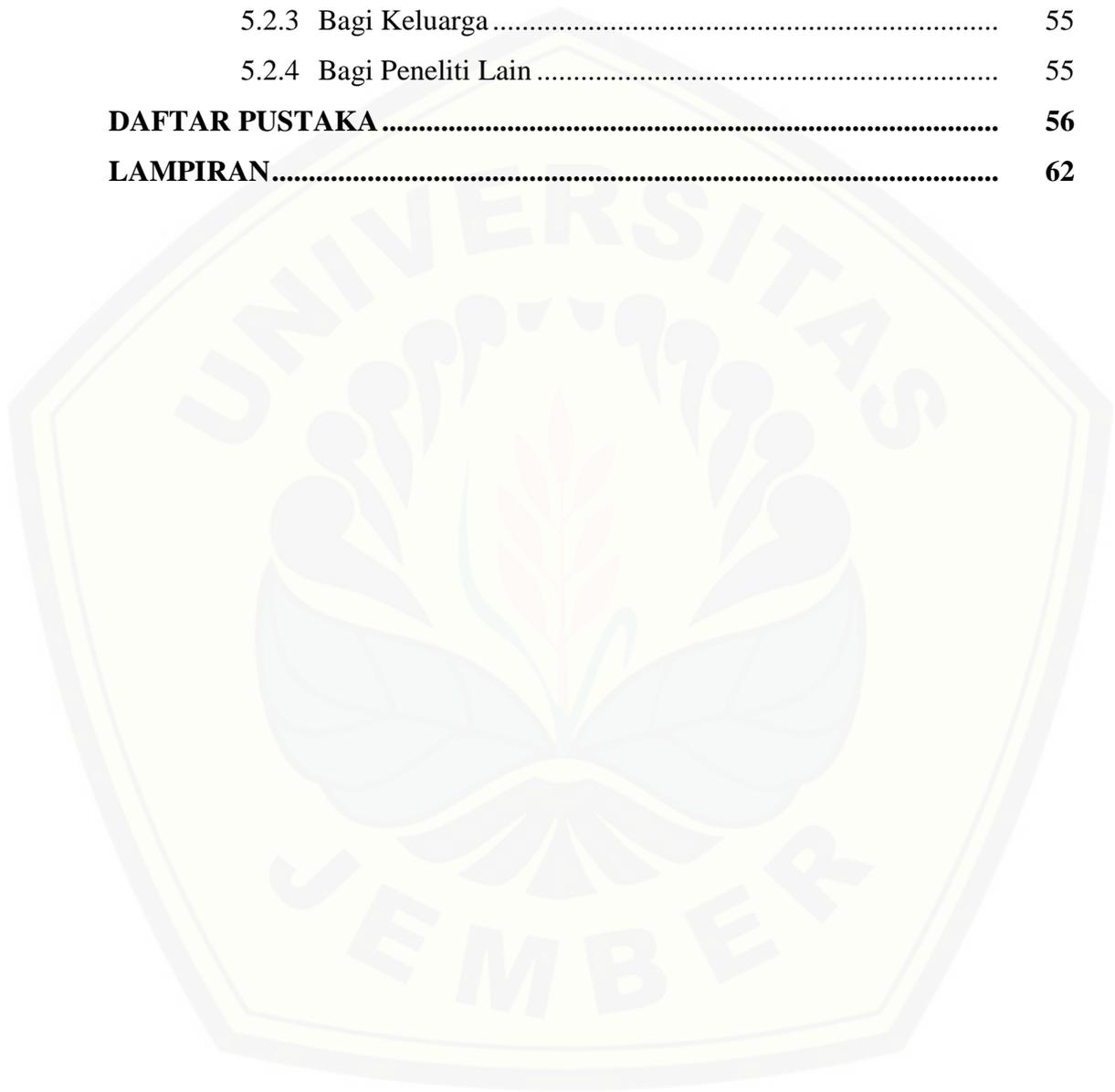
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xxi
BAB 1.PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Kusta	5
2.1.1Pengertian.....	5

2.1.2 Etiologi	5
2.1.3 Patogenesis	6
2.1.4 Epidemiologi	6
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	7
2.1.6 Klasifikasi.....	8
2.1.7 Kecacatan	9
2.1.8 Pengobatan	11
2.1.9 Dampak	11
2.2 Hubungan Penyakit Kusta dan Depresi.....	13
2.3 Depresi.....	14
2.3.1 Pengertian.....	14
2.3.2 Penyebab	14
2.3.3 Faktor Risiko	18
2.3.4 Gambaran Klinis	19
2.3.5 Tingkat Depresi	20
2.3.6 Skala Penilaian Depresi.....	21
2.4 Dukungan Sosial Keluarga	22
2.4.1 Pengertian.....	21
2.4.2 Sumber Dukungan Sosial Keluarga	21
2.4.3 Tujuan Dukungan Sosial Keluarga	22
2.4.4 Manfaat Dukungan Sosial Keluarga	23
2.4.5 Jenis Dukungan Sosial Keluarga.....	24
2.4.6 Bentuk Dukungan Sosial Keluarga	24
2.5 Kerangka Teori	26
2.6 Kerangka Konsep	27
2.7 Hipotesis	28
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	29
3.1 Jenis Penelitian	29
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	29
3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel.....	29

3.3.1 Populasi	29
3.3.2 Sampel.....	30
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	30
3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	32
3.4 Variabel dan Definisi Operasional.....	33
3.4.1 Variabel Penelitian	33
3.4.2 Definisi Operasional.....	33
3.5 Data dan Sumber Data	35
3.5.1 Data Primer	35
3.5.2 Data Sekunder	35
3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data	35
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data.....	35
3.6.2 Alat Perolehan Data	36
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data	37
3.7.1 Teknik Penyajian Data	37
3.7.2 Teknik Analisis Data.....	37
3.8 Alur Penelitian.....	39
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	40
4.1 Hasil Penelitian.....	40
4.1.1 Karakteristik Responden.....	40
4.1.2 Dukungan Sosial Keluarga	40
4.1.3 Depresi pada Penderita Kusta.....	42
4.1.4 Analisis Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember	43
4.2 Pembahasan	45
4.2.1 Karakteristik Responden.....	45
4.2.2 Dukungan Sosial Keluarga	46
4.2.3 Depresi pada Penderita Kusta.....	49
4.2.4 Analisis Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember	50
BAB 5. PENUTUP.....	54

5.1 Kesimpulan.....	54
5.2 Saran	54
5.2.1 Bagi Dinas Kesehatan.....	54
5.2.2 Bagi Puskesmas	54
5.2.3 Bagi Keluarga.....	55
5.2.4 Bagi Peneliti Lain	55
DAFTAR PUSTAKA	56
LAMPIRAN.....	62

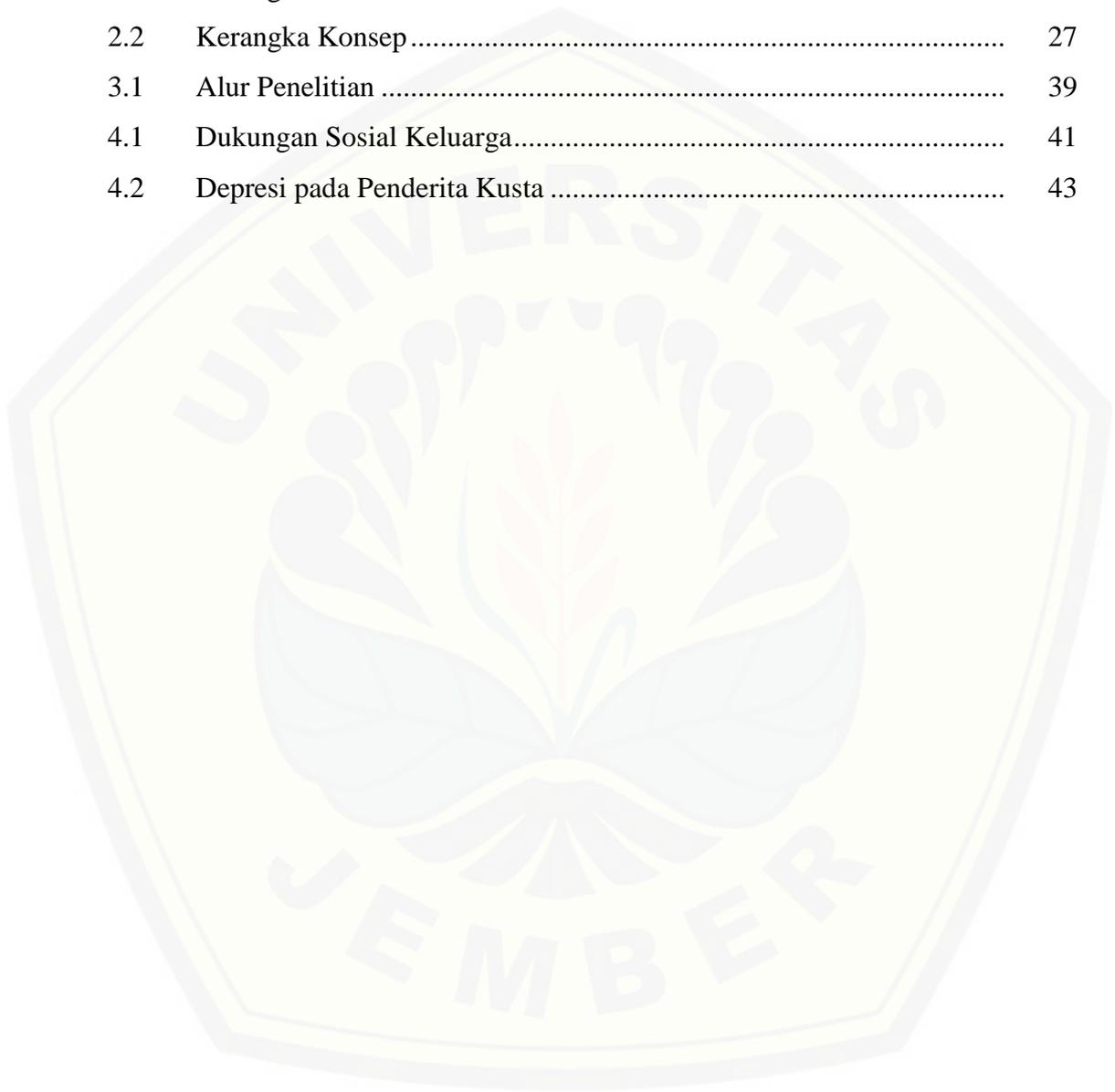


DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Distribusi Puskesmas di Kabupaten Jember	31
3.2 Distribusi Puskesmas yang Terpilih.....	32
3.3 Distribusi Jumlah Sampel pada Setiap Puskesmas yang Terpilih.....	32
3.4 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	34
3.5 Kisi-kisi Kuisisioner Dukungan Sosial Keluarga	37
3.6 Keterangan Alat Ukur Depresi.....	37
4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tipe Kusta, dan Tingkat Kecacatan Kusta	40
4.2 Distribusi Dukungan Sosial Keluarga Responden	41
4.3 Distribusi Depresi Responden.....	42
4.4 Distribusi Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember	43
4.5 Hasil Uji Statistik Dukungan Sosial Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Kabupaten Jember.....	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	26
2.2 Kerangka Konsep.....	27
3.1 Alur Penelitian	39
4.1 Dukungan Sosial Keluarga.....	41
4.2 Depresi pada Penderita Kusta	43



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	60
B. Kuesioner Karakteristik Responden	61
C. Angket Penelitian Dukungan Sosial Keluarga	63
D. Alat Ukur Depresi	67
E. Hasil Uji Analisis Univariabel	69
F. Hasil Uji Analisis Bivariabel	76
G. Izin Pelaksanaan Penelitian.....	79
H. Dokumentasi Penelitian.....	82

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

BTA	=	Bakteri Tahan Asam
DSM	=	<i>Diagnostic Manual Statistic</i>
MB	=	<i>Multibacillary</i>
MDT	=	<i>Multi Drug Therapy</i>
MI	=	<i>Myocard Infark</i>
PB	=	<i>Paucibacillary</i>
PJK	=	Penyakit Jantung Koroner
PPDGJ	=	Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
REM	=	<i>Rapid Eye Movement</i>
RI	=	Republik Indonesia
ZSDS	=	<i>Zung Self-Rating Depression Scale</i>
WHO	=	<i>World Health Organization</i>

Daftar Notasi

%	=	Persentase
<	=	Kurang dari
>	=	Lebih dari
+	=	Positif
-	=	Negatif
α	=	<i>Alpha</i>
-	=	Sampai
=	=	Sama dengan

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Kusta disebut juga sebagai penyakit Lepra atau penyakit Hansen yang termasuk dalam penyakit kronis yang menular. Bakteri penyebab penyakit kusta adalah *Mycobacterium leprae*. Penyakit ini pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis (Harahap, 2000:260).

Penemuan penderita kusta di Indonesia merupakan urutan ketiga di bawah India dan Brazil. Secara nasional, Provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang penderita kusta terbanyak di antara provinsi lainnya. Rata-rata penemuan penderita Kusta di Provinsi Jawa Timur per tahun antara 4.000-5.000 orang. Pada tahun 2012, penemuan penderita baru di Indonesia sebanyak 18.853 orang, sedangkan penemuan penderita baru di Provinsi Jawa Timur sebanyak 4.807 orang (25,5% dari jumlah penderita baru di Indonesia) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012:18). Pada tahun 2012, terdapat 16 kabupaten/kota yang memiliki angka prevalensi di atas 1/10.000 penduduk, salah satunya adalah Kabupaten Jember dengan persebaran angka kesakitan penderita kusta dalam kategori sedang. Di kabupaten yang terdiri dari 31 kecamatan dan 49 wilayah kerja puskesmas ini terdeteksi penderita kusta pada tahun 2011 sebanyak 397 orang, tahun 2012 sebanyak 377 orang, pada tahun 2013 menurun menjadi 309 orang, dan data terakhir tahun 2014 sebanyak 298 orang (Dinas Kesehatan Jember, 2014).

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menimbulkan masalah yang sangat kompleks dan merupakan permasalahan kemanusiaan. Masalah yang dihadapi pada penderita bukan hanya dari segi medis saja tetapi juga masalah psikososial. Seringkali penyakit kusta diidentikkan dengan cacat fisik yang menimbulkan rasa ngeri serta takut yang berlebihan terhadap mereka yang melihatnya. Akibat hal-hal tersebut, meskipun penderita

kusta telah diobati dan dinyatakan sembuh secara medis, akan tetapi bila fisiknya terdapat cacat maka predikat kusta akan tetap melekat seluruh hidup penderita (Amiruddin, 2003:19). Keadaan tersebut menjadikan warga masyarakat berupaya menghindari penderita karena penyakit kusta dianggap merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan dan menyebabkan kecacatan. Dampak sosial terhadap penyakit kusta ini sangat besar, sehingga menimbulkan keresahan tidak hanya penderita sendiri, tetapi juga pada keluarganya (Zulkifli, 2003:2).

Setiap penderita yang dinyatakan menderita penyakit kusta akan mengalami kegoncangan jiwa. Masing-masing mempunyai cara sendiri untuk bereaksi terhadap keadaan ini. Ada yang segera dapat menerima keadaan dan segera mencari pertolongan medis, ada yang berusaha menolak kenyataan dengan mencari pertolongan alternatif, dan ada pula yang merasa rendah diri mengalami depresi (Amiruddin, 2003:121).

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 (Videbeck, 2008:393). Depresi memberikan dampak yang lebih besar bagi kesehatan manusia, yang secara signifikan mengurangi kemampuan manusia untuk melakukan kegiatan secara efektif. Depresi yang dialami bersamaan dengan masalah kesehatan fisik kronis lebih memperburuk keadaan manusia (Moussavi, 2007:854)

Berbagai studi memperlihatkan bahwa ada kaitan yang erat antara penyakit kronis dengan gangguan mental. Sekitar 25% perempuan mengalami gangguan afektif setelah dilakukan pembedahan payudara. Selain itu, sekitar 13-19% dari pasien dengan *Myocard Infark* (MI) menderita gangguan depresi. Sifat ketidakpercayaan, kemarahan, dan agresif adalah faktor risiko tidak hanya untuk Penyakit Jantung Koroner (PJK) tetapi juga faktor risiko hampir semua penyakit fisik (Widakdo, 2013: 1). Depresi lebih banyak terjadi pada populasi dengan penyakit fisik. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa gangguan mental

yang dialami oleh sebagian besar penderita kusta adalah depresi (Siagian *et al.*, 2009:7).

Sejumlah faktor dapat menimbulkan depresi pada penderita kusta, secara biologis yaitu *deformitas* atau kecacatannya, maupun dari aspek demografi dan sosial (Tsusumi, *et al.*, 2004:2). Faktor sosial penyebab depresi pada penderita kusta adalah dukungan sosial (Kaplan *et al.*, 2010:790). Menurut Smet (1994) mengungkapkan bahwa dukungan sosial yang terpenting adalah dukungan yang berasal dari keluarga. Depresi yang dialami seringkali disebabkan karena kurangnya perhatian dari pihak keluarga. Hal ini mungkin karena kesibukan dari anggota keluarga, pengetahuan keluarga yang kurang tentang bagaimana cara memberikan dukungan yang baik kepada penderita (Mujahid, 2003:3)

Dukungan sosial dapat memberikan kenyamanan fisik dan psikologis kepada individu, hal tersebut dapat dilihat dari bagaimana dukungan sosial mempengaruhi kejadian dan efek dari keadaan stres atau bahkan depresi. Stres yang tinggi dan berlangsung dalam jangka waktu yang panjang atau lama dapat memperburuk kondisi kesehatan. Tetapi dengan adanya dukungan sosial yang diterima oleh individu yang sedang mengalami atau menghadapi stres bahkan depresi akan dapat mempertahankan daya tahan tubuh dan meningkatkan kesehatan individu tersebut (Baron & Byrne, 2000:18).

Berdasarkan data yang diperoleh mengenai penderita kusta dan ulasan tentang kejadian depresi pada penyakit fisik kronis, serta masih sedikitnya penelitian mengenai gangguan dalam bentuk depresi pada seseorang yang menderita kusta, maka perlu dilakukan penelitian mengenai depresi pada penderita kusta. Sehingga hal ini dapat menjadi salah satu pertimbangan dalam peningkatan kesehatan mental untuk penderita kusta.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik individu, meliputi umur, jenis kelamin, tipe kusta, tingkat kecacatan pada penderita kusta di Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi dukungan sosial keluarga pada penderita kusta di Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan di bidang epidemiologi penyakit menular.

1.4.2 Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk penelitian selanjutnya mengenai depresi pada penderita kusta.
- b. Sebagai bahan masukan dan pertimbangan bagi instansi Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam menerapkan suatu program atau strategi dalam upaya pencegahan dan pengendalian depresi pada penderita kusta.
- c. Menambah pengetahuan masyarakat tentang kusta agar berkurangnya masalah sosial yang dialami oleh penderita kusta.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kusta

2.1.1 Pengertian

Penyakit kusta adalah penyakit kronis yang menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, mata, otot, tulang dan testis. Pada kebanyakan orang yang terinfeksi dapat asimtomatik. Penyakit ini merupakan penyakit menular yang menahun dan penularannya kepada orang lain memerlukan waktu yang cukup lama tidak seperti penyakit lainnya. Masa inkubasinya adalah 2-5 tahun. Namun pada sebagian kecil memperhatikan gejala-gejala yang mempunyai kecenderungan untuk menjadi cacat khususnya pada tangan dan kaki (Departemen Kesehatan RI, 2006:144).

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit kusta adalah kuman *Mycobacterium leprae* yang pertama kali ditemukan oleh G.H Armauer Hansen pada tahun 1873. *Mycobacterium leprae* hidup intra seluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel syaraf dan sel dari sistem *retikulo endotelial*. Secara morfologik, *Mycobacterium leprae* berbentuk batang panjang, ukuran panjang 4-7 μ dan lebar 0,3-0,5 μ . Basil ini berbentuk gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar satu-satu atau dalam berbagai bentuk kelompok termasuk massa irreguler besar yang disebut sebagai *globi* (Kemenkes RI, 2012:9).

2.1.3 Patogenesis

Meskipun belum pasti cara masuk *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh, beberapa penelitian telah memperlihatkan bahwa yang tersaring adalah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh dan pada mukosa nasal. Bila basil *Mycobacterium leprae* masuk ke dalam tubuh, maka tubuh akan bereaksi mengeluarkan makrofag (berasal dari monosit darah, sel *mononuclear*, histosit) untuk memfagositnya. Sel Schwan berfungsi untuk dieliminasi dan hanya sedikit

fungainya sebagai fagositosis. Jadi bila terjadi gangguan imunitas tubuh dan sel Schwan, basil dapat bermigrasi dan beraktivitas. Akibatnya aktivitas regenerasi saraf berkurang dan kerusakan saraf yang progresif (Amirudin 2003:13). Hingga saat ini hanya manusia yang dianggap sebagai sumber penularan. Penularan terjadi apabila kuman kusta utuh yang berasal dari pasien kusta tipe MB (*Multibasiler*) yang belum diobati atau tidak teratur berobat (Mansjoer, 2000:65).

2.1.4 Epidemiologi

Epidemiologi penyakit kusta digambarkan menurut geografi, orang dan waktu yaitu sebagai berikut:

a. Distribusi menurut geografi

Distribusi angka penemuan kasus baru kusta di dunia yang terlapor di WHO pada tahun 2011 adalah sekitar 219.075. Jumlah tersebut paling banyak di regional Asia Tenggara (160.132). Indonesia merupakan peringkat kedua di dunia sebagai negara dengan kasus baru kusta paling banyak setelah India. Pada awal tahun 2012 jumlah kasus kusta terdaftar sebanyak 83.187 (Kemenkes RI, 2012:22).

b. Distribusi menurut waktu

Terdapat tujuh belas negara yang melaporkan 100 atau lebih kasus baru selama tahun 2011. Sejumlah negara ini mempunyai kontribusi 94% dari seluruh kasus baru di dunia. Secara global terjadi penurunan kasus baru, akan tetapi beberapa negara menunjukkan peningkatan deteksi kasus baru (Kemenkes RI, 2012:24).

c. Distribusi menurut orang

1) Distribusi menurut umur

Kejadian penyakit sering terkait pada umur saat ditemukan daripada saat timbulnya penyakit. Pada penyakit kronik seperti kusta, angka prevalensi penyakit berdasarkan kelompok umur tidak menggambarkan risiko kelompok umur tertentu untuk terkena penyakit. Kusta diketahui terjadi pada semua usia berkisar bayi sampai usia lanjut. Namun yang terbanyak adalah pada usia muda dan produktif (Kemenkes RI, 2012:25).

2) Distribusi menurut jenis kelamin

Penyakit kusta dapat mengenai laki-laki maupun perempuan. Berdasarkan laporan sebagian besar negara di dunia menunjukkan bahwa laki-laki banyak terserang daripada perempuan (Kemenkes RI, 2012:25). Rendahnya kejadian kusta pada perempuan kemungkinan karena faktor sosial budaya. Pada kebudayaan tertentu akses perempuan ke layanan kesehatan sangat terbatas (Amri, 2012:8).

2.1.5 Tanda dan Gejala

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012:86), 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 (*plakinfiltrate*) 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, 2003:7).

2.1.6 Klasifikasi Kusta

Klasifikasi penyakit kusta menurut Kementerian Kesehatan RI (2012:91) 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 berkerengat. Kusta tipe ini jarang menular tetapi apabila tidak segera diobati menyebabkan kecacatan. 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, dantanda awal terdapat pada cuping telinga dan wajah.

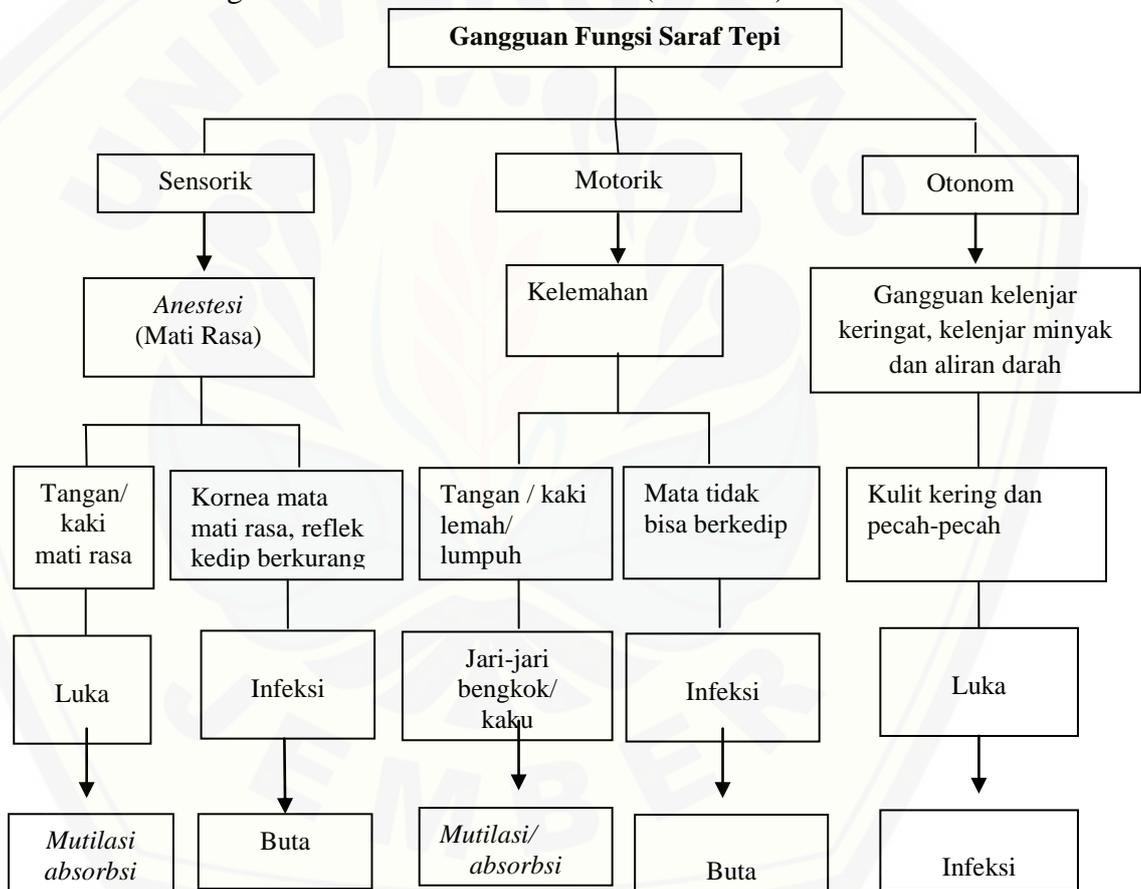
Tabel 2.1 Pedoman Utama Menentukan Klasifikasi/Tipe Penyakit Kusta

Kelainan kulit dan hasil Pemeriksaan	PB	MB
1. Bercak (<i>macula</i>) mati rasa		
- Jumlah	1-5	>5
- Ukuran	Kecil dan besar	Kecil kecil
- Distribusi	<i>Unilateral</i> atau <i>bilateral asimetris</i>	<i>Bilateral Asimetris</i>
- Konsistensi	Kering dan kasar	Halus, berkilat
- Batas	Selalu ada dan jelas	Tidak jelas, jika ada maka sudah lanjut
- Kehilangan rasa padabercak	Tegas	Kurang tegas
- Kehilangan kemampuan berkerengat dan bulu rontok pada bercak	Selalu ada dan jelas	Biasanya tidak jelas, jikaada terjadi pada yang sudah lanjut
1. <i>Infiltrat</i>		
- Kulit	Tidak ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
- Membran mukosa (hidung tersumbat, pendarahan di hidung)	Tidak pernah ada	Ada, kadang-kadang tidak ada
2. Ciri-ciri khusus	<i>Central healing</i> (penyembuhan di tengah)	<i>Punched out lesion</i> (<i>lesi</i> bentuk seperti donut) - <i>Madarosis</i> - <i>Ginekomasti</i>
3. <i>Nodulus</i>	Tidakada	Kadang-kadang ada
4. <i>Deformitas</i>	Biasanya asimetris dan terjadi dini	Biasanya simetris, terjadi pada stadium lanjut

Sumber: Kemenkes RI, 2012

2.1.7 Kecacatan Kusta

Sebagian besar kecacatan yang dialami penderita kusta yakni terjadi akibat kusta yang menyerang saraf perifer. Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta saraf mana yang rusak. Secara umum fungsi saraf dikenal ada tiga macam fungsi saraf, yaitu fungsi motorik memberikan kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberikan sensasi raba, dan fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Kecacatan yang terjadi ini tergantung pada komponen saraf apa yang terkena. Berikut merupakan gambaran proses terjadinya kecacatan akibat kerusakan dari fungsi saraf menurut Kemenkes RI (2012:102) :



Gambar 2.1 Proses terjadinya kecacatan akibat kerusakan fungsi saraf (Kemenkes RI, 2012)

Berdasarkan patogenesisnya, susunan saraf yang terkena akibat penyakit kusta ini yakni susunan saraf perifer, khususnya beberapa saraf seperti berikut ini : saraf *facialis*, *radialis*, *ulnaris*, *poplitea lateralis* (*peroneus communis*) dan *tibialis*

posterior. Kerusakan baik pada fungsi sensoris, motoris ataupun otonom dari saraf-saraf tersebut, secara spesifik memperlihatkan gambaran kecacatan yang khas.

Setiap penderita yang baru saja ditemukan harus dicatat terlebih dahulu tingkat kecacatannya. Setiap organ tubuh diberi tingkat cacat sendiri-sendiri. Tingkat cacat ini juga dipergunakan untuk menilai kualitas penanganan kecacatan yang akan dilakukan oleh petugas, serta untuk menilai kualitas penemuan dengan melihat proporsi cacat tingkat 2 diantara penderita baru. Berikut merupakan klasifikasi tingkat kecacatan di Indonesia :

Tabel 2.2 Klasifikasi Tingkat Kecacatan di Indonesia

Tingkat	Mata	Telapak tangan/ Kaki
0	Tidak ada kelainan mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kerusakan karena kusta (<i>anestesi</i> pada kornea, tetapi gangguan <i>visus</i> tidak berat >6/60 dan masih dapat menghitung jari jarak 6 meter	<i>Anestesi</i> , kelemahan otot (tidak ada cacat/kerusakan akibat kusta)
2	Ada <i>lagophthalmus</i> , <i>iridosiklitis</i> , <i>opasitas</i> pada kornea serta gangguan <i>visus</i> berat	Ada cacat atau kerusakan yang kelihatan akibat kusta, seperti ulkus, jari kriting atau kaki simper

Sumber: Kemenkes RI, 2012

a. Cacat tingkat 0

Tingkat kecacatan yang menandakan bahwa tidak ditemukan cacat akibat kusta pada penderita.

b. Cacat tingkat 1

Kecacatan yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensorik yang tidak terlihat. Misalnya seperti rasa hilang raba pada kornea mata, telapak tangan dan telapak kaki. Gangguan fungsi sensoris pada mata tidak diperiksa di lapangan oleh karena itu tidak ada cacat tingkat 1 pada mata.

c. Cacat tingkat 2 (cacat atau kerusakan yang terlihat)

Kondisi mata pada cacat tingkat 2 yakni antara lain : tidak mampu menutup mata dengan rapat (*lagophthalmus*); adanya kemerahan yang jelas pada mata (terjadi *ulserasikornea* atau *uveitis*); dan gangguan penglihatan berat atau bahkan kebutaan. Sedangkan kondisi kaki yakni ditemukannya luka atau *ulkus* di telapak kaki serta adanya *deformitas* yang disebabkan oleh

kelumpuhan otot (seperti kaki simper atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (*athropi*) atau *reabsorpsi parsial* jari-jari.

2.1.8 Pengobatan Kusta

Pengobatan penderita kusta yaitu dengan *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB maupun MB. Tujuan pengobatan MDT adalah memutuskan rantai penularan, mencegah resistensi obat, mencegah terjadinya cacat atau mencegah bertambahnya cacat yang sudah ada sebelum pengobatan. Pengobatan kusta MDT berfungsi untuk mematikan kuman sehingga sumber penularan dari pasien, terutama tipe MB ke orang lain terputus. Cacat yang sudah terjadi sebelum pengobatan tidak dapat diperbaiki dengan MDT. Bila pasien kusta tidak minum obat teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten/kebal terhadap MDT, sehingga gejala penyakit menetap bahkan memburuk. (Kemenkes RI, 2012:99).

2.1.9 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, 2007:2).

1) Fisik

Aspek fisik penyakit kusta akan berdampak pada lesi di kulit dan kecacatan tubuh penderita. *Mycobacterium leprae* sebagai bakteri penyebab penyakit kusta dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensorik, otonom, dan motorik. Pada saraf sensorik 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 (Amiruddin, 2003:20).

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, 2010:1). Penelitian Tsutsumi (2003:63) 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.*, 2011:7).

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, 2002:52).

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.*, 2011:8). Masalah sosial muncul akibat ketakutan masyarakat terhadap penyakit kusta (*leprophobia*), rendahnya pengetahuan, kurang bersosialisasi dan stigma buruk di masyarakat, sehingga berakibat pada kurangnya peran serta masyarakat dalam pemberantasan penyakit kusta (Susanto 2006:32).

b. Bagi keluarga

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 (Amiruddin, 2003:120).

c. Bagi masyarakat

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 serta 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 (Amiruddin, 2003:122).

2.2 Hubungan Penyakit Kusta dan Depresi

Kusta merupakan penyakit yang ditakuti karena penyakit ini menyebabkan permasalahan yang sangat kompleks bagi penderita kusta, terutama penderita yang mengalami cacat kusta. Kemampuannya untuk menimbulkan kerusakan permanen dan *deformitas* sehingga menimbulkan masalah sosial maupun ekonomi. Seringnya penyakit kusta diidentikkan dengan cacat fisik yang menimbulkan rasa jijik atau ngeri serta rasa takut yang berlebihan. *Deformitas* atau kecacatan merupakan konsekuensi yang tidak dapat terelakkan dari penyakit kusta karena sekitar 20-25% penderita yang mengalami *impairment* dapat berkembang menjadi kecacatan (Amiruddin, 2003:85).

Setiap penderita yang dinyatakan menderita penyakit kusta akan mengalami kegoncangan jiwa dan masing-masing mempunyai cara sendiri untuk bereaksi terhadap keadaan ini. Ada yang segera menerima keadaan ini dan segera mencari pertolongan medis, adapula yang berusaha menolak kenyataan dengan mencari pertolongan alternatif, adapula yang merasa rendah diri mengalami depresi,

menyendiri, menyembunyikan dirinya karena malu, bahkan ada pula yang berpikir untuk melakukan tindakan bunuh diri (Amiruddin, 2003:121).

Pada penderita penyakit kronis seperti kusta muncul perasaan pesimis, tak ada harapan karena kesembuhan penyakit tersebut lama, disamping juga adanya anggapan masyarakat bahwa penyakit kusta adalah penyakit turunan sehingga masyarakat lain enggan untuk berinteraksi sosial. Depresi biasanya akan disertai dengan penyakit fisik atau justru sebaliknya, penyakit yang kronis akhirnya menyebabkan penderitanya depresi (Kaplan, 2010:791). Beberapa penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan depresi penderita kusta oleh Ratih (2008:78), hasil penelitian menunjukkan frekuensi gangguan mental yang muncul pada penderita kusta yaitu depresi sebesar 66,6%.

2.3 Depresi

2.3.1 Pengertian

Depresi adalah suatu kondisi terganggunya aktivitas kehidupan selama dua minggu atau lebih yang berhubungan dengan alam perasaan yang sedih, diikuti dengan gejala penyertanya. Gejala lainnya yaitu gangguan pola tidur, gangguan nafsu makan, gangguan psikomotor, gangguan konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta keinginan bunuh diri (Videbeck, 2008:393).

2.3.2 Penyebab

Faktor-faktor yang menjadi penyebab depresi dibagi menjadi:

a. Faktor Biologis

1) Faktor genetik

Data genetik dengan kuat menyatakan bahwa suatu faktor yang penting di dalam perkembangan gangguan depresi adalah genetika, namun pola penurunan genetika jelas melalui mekanisme yang kompleks. Faktor genetik memainkan peranan kausatif dalam depresi (Kaplan, 2010:800).

Penelitian genetik melibatkan transmisi depresi unipolar pada kerabat tingkat pertama yang memiliki risiko dua kali lipat pada populasi umum. Kembar monozigot yang dibesarkan secara terpisah memiliki insiden

komorditas 54% lebih besar dan kembar dizigot memiliki insiden 24% lebih besar. Hal ini memperlihatkan faktor keturunan lebih penting dari pada lingkungan tempat individu tersebut dibesarkan (Kalsoe dalam Videbeck, 2008:389).

2) Sistem neurotransmitter

Stuart dan Sundeen (dalam Prabowo, 2014:68) menyatakan model ini menguraikan perubahan kimia dalam tubuh yang terjadi selama proses depresi, termasuk defisiensi katekolamin, disfungsi endokrin, hipersekresi kortisol, diregulasi neuritransmitter, dan variasi periodik irama biologis.

Neurokimia mempengaruhi fokus neurotransmitter (pembawa pesan kimiawi) pada serotonin dan norepinefrin sebagai amina biogenik utama yang terlibat dalam gangguan *mood*. Serotonin (5-HT) memiliki banyak peran dalam perilaku *mood*, aktivitas, keagresifan dan iritabilitas kognisi, nyeri, bioritme, dan proses neuroendokrin (yakni hormon pertumbuhan, kadar kortisol, dan kadar prolaktin abnormal pada keadaan derpresi). Defisit serotonin, prekusornya triptofan atau metabolit serotonin (5H1AA) yang ditemukan dalam darah atau cairan serebropinal yang terjadi pada individu yang depresi (Videbeck, 2008:390).

3) Ritme tidur dan sirkadian

Kelainan tidur pada orang yang depresi berhubungan dengan pengurangan tidur sehingga menimbulkan teori bahwa depresi mencerminkan suatu regulasi abnormal irama sirkadian (Videbeck, 2008:799).

Gangguan suasana perasaan yang dialami oleh seseorang umumnya dapat dilihat dari pertambahan jam tidur yang semakin meningkat, dan dalam beberapa tahun telah diketahui bahwa gangguan tidur merupakan salah satu pertanda bagi kebanyakan gangguan perasaan. Hal ini terjadi karena pada orang yang mengalami depresi hanya ada waktu yang lebih pendek secara signifikan sebelum *Rapid Eye Mevement (REM) sleep* dimulai. Pada saat seseorang tertidur, akan melalui beberapa sub tahapan tidur yang progresif menjadi lebih nyenyak, di mana pada saat itu mencapai tingkat istirahat yang sesungguhnya. Pada prosesnya, setelah 90 menit seseorang mulai

mengalami REM *sleep*, dimana otak terjaga dan mulai bermimpi. Mata akan bergerak maju mundur dengan cepat di balik kelopak mata, sehingga dinamai dengan *Rapid Eye Movement (REM) sleep*. Ketika semakin larut, maka banyaknya REM *sleep* akan semakin bertambah, sedangkan pada orang yang depresi akan kehilangan tidur dengan gelombang lambat (Prabowo, 2014:70).

4) Aktivitas gelombang otak

Ada beberapa indikator yang dapat dilihat dari aktivitas gelombang otak yang menunjukkan adanya kerentanan biologis seseorang terhadap depresi. Hal ini ditunjukkan oleh aktivitas gelombang otak yang didemonstrasikan bahwa para individu yang depresi menunjukkan aktivitas yang lebih besar pada anterior sebelah kanan (dan lebih kecil pada aktivitas sebelah kiri) dibanding orang-orang yang tidak mengalami depresi (Durand dalam Prabowo, 2014:71)

b. Faktor psikologis

1) Ketidakberdayaan yang dipelajari (*learned helpness*).

Teori belajar (Seligman dalam Tonsend, 2002:182) mengajukan bahwa depresi dipicu oleh keyakinan individu bahwa situasi hidupnya kurang terkendali. Keyakinan ini diperkirakan timbul dari pengalaman yang menyebabkan kegagalan (baik persepsi maupun nyata). Setelah banyak kegagalan, individu merasa tidak berdaya untuk berhasil, sekuat apapun usahanya, akhirnya menyerah sebelum mencoba. “ketidakberdayaan yang dipelajari” ini dipandang sebagai predisposisi depresi.

Menurut teori ketidakberdayaan yang dipelajari, depresi dapat membaik jika klinisi memberikan suatu pengendalian dan penguasaan lingkungan kepada individu yang terdepresi (Kaplan, 2010:803).

2) Teori kognitif

Menurut teori kognitif, interpretasi yang keliru adalah melibatkan distorsi negatif dalam pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme dan keputusasaan. Pandangan negatif yang dipelajari selanjutnya menyebabkan perasaan depresi (Kaplan, 2010:803).

Beck dalam (Tonsend, 2002:182) meyakini bahwa depresi terjadi karena gangguan kognisi. Gangguan proses pikir membuat evaluasi diri individu negatif. Individu selalu memandang dirinya tidak berdaya dan tidak berharga. Orang yang mengalami depresi memandang diri sendiri, dunia dan masa depan dalam bentuk kegagalan yang menyimpang, secara berulang menginterpretasikan pengalaman sebagai hal yang sulit dan membebani serta menginterpretasi diri sendiri sebagai orang yang tidak konsekuen dan tidak kompeten (Videbeck, 2008:393).

3) Teori psikoanalitik

Teori psikoanalitik mengenai depresi berasal dari teori Karl Abraham yang dikembangkan oleh Freud. Konsep teori ini ditulis dalam tulisan berjudul *Mourning and Melancholia*. Pada *mourning* (kesedihan yang berhubungan dengan dukacita) gejala timbul akibat kehilangan seseorang akibat kematian, sedangkan *melancholia* diakibatkan kehilangan berbagai bentuk yang dapat bersifat aktual atau bentuk abstrak. Freud menyatakan hal ini sebagai kehilangan suatu objek. Objek ini adalah satu objek yang dicintai. Pada saat terjadi kehilangan, maka dapat muncul ambivalensi antara perasaan cinta dan bermusuhan pada objek yang hilang tersebut secara bersamaan. Freud juga menambahkan bahwa hal ini diperberat oleh adanya faktor predisposisi yaitu adanya hambatan pada stadium oral di masa perkembangan. Stadium oral ini disebutkan sebagai posisi depresif, yang bila tidak dilalui dengan baik akan berkembang menjadi depresi terhadap suatu objek di masa dewasa (Kaplan, 2010:802).

c. Fakto sosial

Lingkungan sosial memegang peranan penting sebagai faktor risiko gangguan *mood*, termasuk depresi dalam hal terjadinya, perjalanan dan pengobatan penyakit. (Maramis, 2009:300). Sejumlah faktor sosial memberi kontribusi pada omset atau bertahannya depresi, namun yang paling menonjol antara lain adalah dukungan sosial. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Johnson, Winett, dkk dalam (Prabowo, 2014:73) mengenai efek-efek dukungan sosial di dalam kesembuhan yang pesat dari episode

depresif, menemukan hasil bahwa jaringan pertemanan dan keluarga yang sportif secara sosial membantu terjadinya kesembuhan cepat dari episode depresif. Hasil penelitian ini dan juga studi retrospektif yang dilakukan menguatkan tentang pentingnya dukungan sosial atau kekurangan dukungan sosial dalam memprediksi onset maupun gejala depresi.

2.3.3 Faktor risiko

a. Usia

Depresi lebih tinggi pada usia muda dibandingkan dengan usia tua yaitu lebih banyak pada kelompok umur < 45 tahun dibanding > 45 tahun. Hal ini disebabkan pada usia muda terdapat faktor lingkungan yang dapat menyetuskannya, sedangkan pada usia tua lebih banyak dipengaruhi oleh faktor biologi (Kaplan, 2010:793).

Depresi lebih sering terjadi pada usia muda yaitu umur rata-rata antara 20-40 tahun. Penelitian menunjukkan hasil bahwa tingkat prevalensi tertinggi depresi seumur hidup terlihat pada usia 20-24 tahun dan tingkat terendah pada usia 75 tahun (Landeem dan Danesh, 2007:3).

b. Jenis kelamin

Prevalensi gangguan depresi dua kali lebih besar pada wanita dibandingkan laki-laki. Alasan adanya perbedaan hormonal, efek kelahiran, perbedaan stress psikososial bagi wanita dan laki-laki dan model perilaku tentang keputusasaan yang dipelajari (Kaplan, 2010:793).

Menurut Cyranowski, dkk (2000), sumber perbedaan jenis kelamin bersifat kultural karena peran yang berbeda untuk laki-laki dan perempuan di masyarakat. Dimana laki-laki sangat didorong mandiri, *masterful* dan asertif, sedangkan wanita lebih pasif dan lebih banyak bergantung pada orang lain.

Depresi umumnya lebih sering menyerang pada wanita. Wanita lebih sering terpajan dengan stressor lingkungan dan batas ambangnya lebih rendah jika dibandingkan pria. Depresi pada wanita juga berkaitan dengan ketidakseimbangan hormon pada wanita. Perempuan berada pada risiko

yang lebih besar gangguan depresi dan kecemasan pada usia lebih awal daripada laki-laki (Enwereji, 2011:113).

2.3.4 Gambaran klinis

Menurut *Diagnostic Manual Statistic V (DSM-V)* dalam (*American Psychiatric Association, 2013*), 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 (Kaplan, 2010:804).

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.

2.3.5 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 (Mayasari, 2010:9). 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:

a. Depresi ringan jika memenuhi syarat:

- 1) minimal harus ada 2 gejala utama yang terlihat;
- 2) ditambah dengan minimal 2 gejala lainnya;
- 3) tidak ada gejala berat;
- 4) lamanya gejala tampak sekurang-kurangnya 2 minggu;
- 5) hanya ada sedikit kesulitan dalam melakukan pekerjaan dan kegiatan sosial lainnya yang biasa dilakukan.

b. Depresi sedang jika memenuhi syarat:

- 1) minimal ditemukan 2 gejala utama;
- 2) ditambah sekurang-kurangnya 3 gejala lainnya;
- 3) seluruh gejala minimal tampak selama 2 minggu;
- 4) menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan sehari-hari dan urusan rumah tangga.

c. Depresi berat jika memenuhi syarat:

- 1) ditemukan ketiga gejala utama;
- 2) ditambah minimal 4 gejala lainnya dan beberapa diantaranya berintensitas berat;
- 3) 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;

4) penderita sangat tidak mungkin untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga lainnya.

2.3.6 Skala Penilaian Depresi

Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS) adalah instrumen yang dikembangkan untuk mengukur keparahan depresi pada semua usia berdasarkan laporan pasien sendiri. ZSDS dirancang oleh Duke University, Psikiater William Zung MD untuk menilai tingkat depresi. 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 ZSDS adalah sederhana dan mudah digunakan serta telah banyak digunakan. *Zung Self Rating Depression Scale* digunakan di klinik 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 (Videbeck, 2008:405).

2.4 Dukungan Sosial Keluarga

2.4.1 Pengertian

Dukungan sosial adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Cohen dan Syme 1996:241). Dukungan sosial dapat berupa sesuatu yang dilakukan individu satu sama lain atau dapat berupa budaya peduli yang diberikan oleh masyarakat (Handersone, 2005). Dukungan sosial merupakan mediator yang penting dalam menyelesaikan masalah seseorang. Hampir semua orang tidak mampu menyelesaikan masalahnya sendiri tetapi mereka membutuhkan bantuan dari orang lain. Hal ini dikarenakan individu merupakan bagian dari keluarga, teman, atau bagian dari kelompoknya (Nursalam dan Kurniawati, 2007:28).

Dukungan sosial keluarga adalah sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial (Friedman, 2010:174). Dalam semua tahap, dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan berbagai

kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan. Hubungan dengan dunia sosial penting bagi keluarga yang memiliki masalah kesehatan (Friedman 2010:175).

Dukungan sosial keluarga merupakan sesuatu yang mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan oleh keluarga. Dukungan sosial terutama dalam konteks hubungan yang akrab dan keluarga bisa menjadikan sumber dukungan sosial yang paling penting (Nursalam dan Kurniawati, 2007:28).

2.4.2 Sumber Dukungan Sosial Keluarga

Sumber dukungan sosial dari keluarga merupakan dukungan yang mudah dan sesuai dengan nilai serta norma sehingga pemberiannya dapat dilakukan kapanpun dan dimanapun. Kedekatan dan ikatan darah menjadikan keluarga lebih mudah untuk menerima kondisi yang tidak diinginkan terhadap anggota keluarga yang lain (Elisa *et al.*, 2012). Sumber dukungan keluarga dapat berupa dukungan internal, seperti dukungan suami/istri, atau dukungan dari saudara kandung (Friedman, 2010:176).

2.4.3 Tujuan Dukungan Sosial Keluarga

Jaringan kerja sistem dukungan sosial keluarga memiliki dua tujuan utama yaitu dukungan emosional dan dukungan langsung. Pertama sistem dukungan sosial keluarga memberikan dukungan pemeliharaan dan emosional bagi anggota keluarga (Hogue dan Mac Elveen dalam Friedman, 2010:174). Hal ini berarti bahwa keluarga dapat membantu memberikan dukungan kepada anggota keluarganya secara emosional dan memenuhi beberapa kebutuhan psikososial.

Tujuan kedua, bantuan langsung yaitu tidak hanya memberikan informasi terkait bagaimana menemukan sumber-sumber bantuan kepada anggota keluarga, namun juga memberikan bantuan besar dalam jangka panjang. Misalnya, bantuan finansial yang berkesinambungan, bantuan praktis, dan lain-lain (Kaplan dalam Friedman, 2010:177).

2.4.4 Manfaat Dukungan Sosial Keluarga

Seseorang yang mempunyai dukungan sosial memiliki kekuatan yang akan membuat mereka dapat mengatasi penyakit yang sedang diderita (Stolte, 2003). Efek dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi. Pengaruh positif dari dukungan sosial keluarga pada penyesuaian terhadap kejadian dalam kehidupan yang penuh stress (Harnilawati, 2013).

Seseorang yang mendapatkan dukungan sosial yang tinggi mungkin akan kurang menilai situasi penuh stress (mereka akan tahu bahwa mungkin ada seseorang yang dapat membantu mereka). Seseorang dengan dukungan sosial tinggi akan mengubah respon mereka terhadap stress. Hal ini dapat dilakukan dengan menemui seseorang untuk membicarakan masalahnya. Dukungan sosial yang tinggi juga dapat membuat seseorang memiliki penghargaan diri yang lebih tinggi yang membuat tidak mudah mengalami kondisi stress (Nursalam dan Kurniawati, 2007:30). Hubungan sosial yang bermakna dengan keluarga terbukti memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan pada individu (Videbeck, 2008:397)

Mekanisme bagaimana dukungan sosial berpengaruh terhadap kesehatan dikenal ada tiga mekanisme dukungan sosial yang secara langsung atau tidak langsung berpengaruh terhadap kesehatan seseorang.

- a. Mediator perilaku, yaitu mengajak individu untuk meniru perilaku yang baik;
- b. Psikologis, yaitu meningkatkan harga diri dan menjembatani suatu interaksi yang bermakna;
- c. Fisiologis, yaitu membantu relaksasi terhadap sesuatu yang mengancam dalam upaya meningkatkan sistem imun seseorang (Nursalam dan Kurniawati, 2007:30).

2.4.5 Jenis Dukungan Sosial Keluarga

Jenis dukungan sosial keluarga menurut House (dalam Nursalam dan Kurniawati, 2007:29) dibagi menjadi empat, yaitu

a. Dukungan Informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan penyebar informasi tentang dunia. Keluarga memiliki fungsi untuk menjelaskan mengenai pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah.

b. Dukungan penilaian

Dalam hal ini keluarga sebagai wadah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dengan memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian.

c. Dukungan instrumental

Keluarga berfungsi sebagai sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, serta terhindarnya penderita dari kelelahan akibat penyakitnya.

d. Dukungan emosional

Keluarga berfungsi sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

2.4.6 Bentuk Dukungan Sosial Keluarga

Menurut House (Smet:1994:136) setiap bentuk dukungan sosial keluarga mempunyai ciri-ciri antara lain:

a. Informatif

Bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi, meliputi pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi lainnya yang dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang hampir sama.

b. Perhatian Emosional

Perhatian emosional, setiap orang pasti membutuhkan bantuan afeksi dari orang lain, dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta, kepercayaan dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri, tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhan, bersimpati dan empati terhadap persoalan yang dihadapi bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapinya. Dukungan emosional dari keluarga akan mendorong anggota keluarga mengkomunikasikan secara bebas mengenai kesulitan mereka, ketika keluarga berbagi masalahnya dengan sistem dukungan sosial ini, hal ini akan memberikan saran dan bimbingan tersendiri dalam memelihara nilai dan tradisi keluarga.

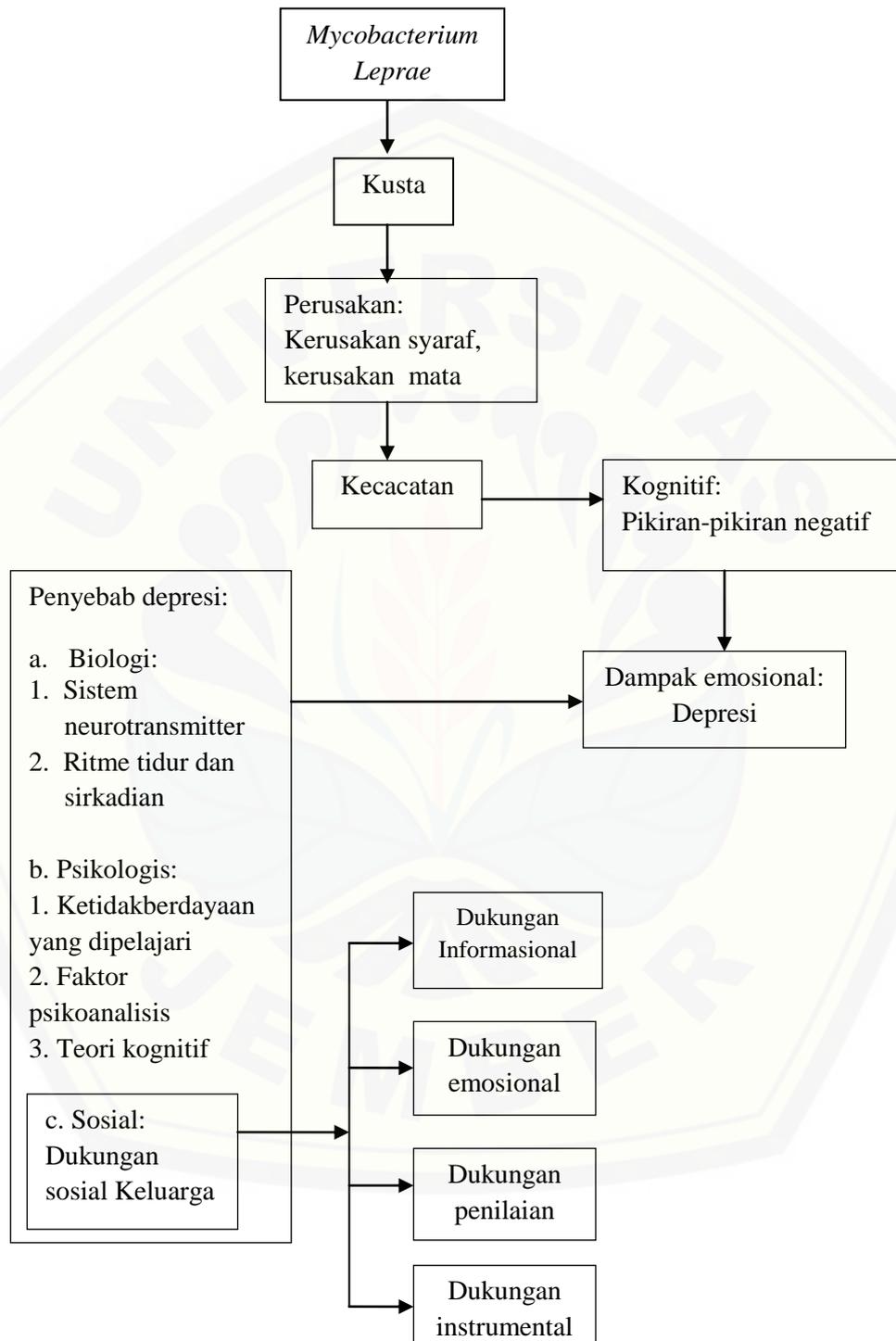
c. Bantuan Instrumental

Bantuan bentuk ini bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, misalnya dengan menyediakan peralatan lengkap bagi penderita, menyediakan obat-obat yang dibutuhkan dan lain-lain.

d. Bantuan Penilaian

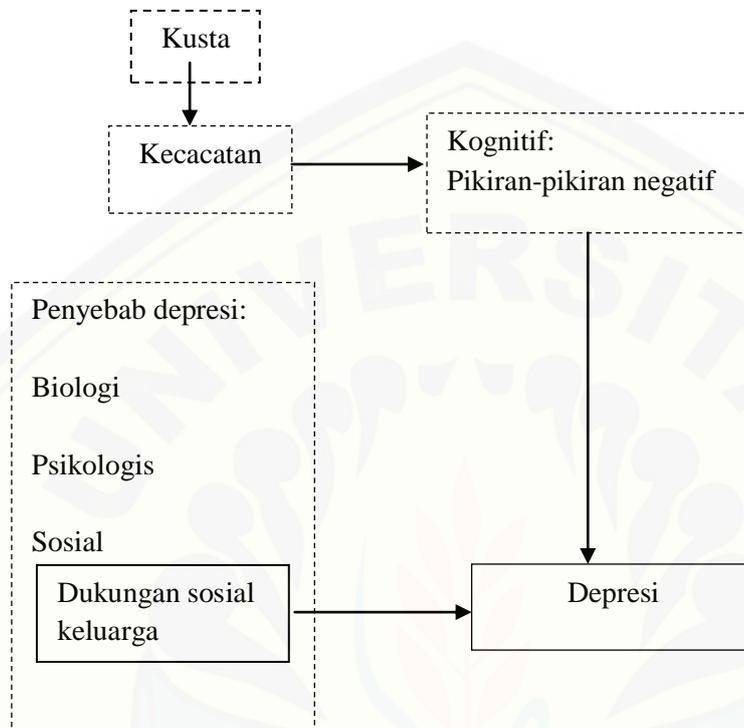
Bantuan penilaian merupakan suatu bentuk penghargaan yang diberikan seseorang kepada pihak lain berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa bersifat positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi seseorang.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori dimodifikasi House dalam (Smet 1994); Amiruddin, *et al.*, (2003); Tsutsumi (2004) ; Fajar (2010); Kaplan, *et al.*, (2010); Prabowo (2014)

2.6 Kerangka Konseptual



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

Keterangan :

▭ : Variabel Diteliti

▭ (dashed) : Variabel Tidak diteliti

Berdasarkan kerangka konsep penelitian tersebut dapat diketahui bahwa adanya masalah yang dapat ditimbulkan oleh penyakit kusta, maka jelas mempengaruhi kesehatan mental pada penderita kusta yang pada akhirnya mempengaruhi pula faktor sosial yang ada di masyarakat itu sendiri. Faktor sosial seperti dukungan keluarga memberikan petunjuk bahwa terdapat suatu pola kausal yang lebih kompleks yang melibatkan faktor sosial.

2.7 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan depresi pada penderita kusta di Kabupaten Jember.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode penelitian analitik observasional. Penelitian analitik yaitu penelitian yang ditujukan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam, tentang hubungan-hubungan variabel bebas dan terikat (Nazir, 2003:89). Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif yaitu penelitian yang menghasilkan data penelitian berupa angka-angka yang kemudian diolah dan dianalisis menggunakan statistik untuk diambil kesimpulan (Sugiyono, 2011:7). Jenis rancangan penelitian ini adalah *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* yaitu mengukur dan mengumpulkan variabel sebab dan akibat secara simultan (dalam waktu yang bersamaan) (Notoatmodjo, 2012:26).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Jember. Waktu penelitian dilakukan mulai bulan Agustus sampai September 2015.

3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut (Notoatmodjo, 2010:115). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta di Kabupaten Jember tahun 2014.

3.3.2 Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010:115), sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Jumlah sampel yang dijadikan sebagai responden pada penelitian ini dihitung berdasarkan rumus sampel *simple random sampling* dengan formula rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{NZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{(N-1)d^2 + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,66 \times 0,34 \times 298}{0,1^2(298-1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = 66,7$$

$$\approx 67 \text{ Penderita}$$

Keterangan :

n = besar sampel minimum

N = besar populasi yakni 298 penderita

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku pada tingkat kepercayaan 95% ($1 - \alpha$), yaitu 0,05 sebesar 1,96

P = proporsi terhadap populasi, didapatkan dari penelitian sebelumnya sebesar 66% (0,66)

q = $(1-p) = 0,5$

d = kesalahan (absolute) yang dapat toleransi yaitu 10%

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *multistage sampling*. *Multistage sampling* adalah pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan tingkat wilayah secara bertahap (Notoatmodjo, 2010: 123). Oleh karena itu sangat berguna ketika ada upaya menggabungkan beberapa metode sederhana pengambilan sampel (Neolaka, 2014:95). Teknik ini dibagi menjadi dua tahap:

- a. Tahap pertama, menentukan sampel daerah dengan menarik secara random sebuah sampel dengan *fraction* sebesar 15%. Jumlah puskesmas yang akan dijadikan anggota sampel adalah:

$$f = \frac{m}{M} \text{ atau } m = f \times M$$

Keterangan:

f : *sample fraction*

m : jumlah sampel

M : jumlah total

$$m = f \times M$$

$$m = 0,15 \times 49$$

$$m = 7$$

maka jumlah yang diperlukan sebanyak tujuh Puskesmas.

Tabel 3.1 Distribusi Puskesmas di Kabupaten Jember

No.	Puskesmas	No.	Puskesmas
1.	Kencong	26.	Paleran
2.	Cakru	27.	Semboro
3.	Gumukmas	28.	Jombang
4.	Tembokrejo	29.	Sumberbaru
5.	Puger	30.	Rowotengah
6.	Kasiyan	31.	Tanggul
7.	Wuluhan	32.	Klatakan
8.	Lojejer	33.	Bangsalsari
9.	Ambulu	34.	Sukorejo
10.	Sabrang	35.	Panti
11.	Andongsari	36.	Sukorambi
12.	Tempurejo	37.	Arjasa
13.	Curahnongko	38.	Pakusari
14.	Silo I	39.	Kalisat
15.	Silo II	40.	Ledokombo
16.	Mayang	41.	Sumberjambe
17.	Mumbulsari	42.	Sukowono
18.	Jenggawah	43.	Jelbuk
19.	Kemuningsari Kidul	44.	Kaliwates
20.	Ajung	45.	Mangli
21.	Rambipuji	46.	Jember Kidul
22.	Nogosari	47.	Sumbersari
23.	Karangduren	48.	Gladak Pakem
24.	Balung	49.	Patrang
25.	Umbulsari		

Proses penarikan sampel puskesmas menggunakan teknik *Simple Random Sampling*. Setelah dilakukan pengundian, puskesmas yang terpilih yaitu:

Tabel 3.2 Distribusi Puskesmas yang Terpilih

No.	Puskesmas
1.	Balung
2.	Kasiyan
3.	Tempurejo
4.	Ajung
5.	Jenggawah
6.	Wuluhan
7.	Tanggul

- b. Tahap kedua, selanjutnya untuk menentukan besar anggota sampel dari setiap puskesmas di hitung menggunakan rumus sebagai berikut:

$$n_h = \frac{N_h}{N} n$$

Keterangan

n : ukuran (total) sampel

N : ukuran (total) populasi

N_h : ukuran setiap strata populasi

n_h : ukuran setiap strata sampel

Dengan menggunakan rumus perhitungan diatas, maka diperoleh sampel pada masing-masing sebagai berikut:

Tabel 3.3 Distribusi Jumlah Sampel pada Setiap Puskesmas yang Terpilih

No.	Puskesmas	N_h	N	n	n_h
1.	Balung	14	80	67	12
2.	Kasiyan	10	80	67	8
3.	Tempurejo	9	80	67	7
4.	Ajung	14	80	67	12
5.	Jenggawah	8	80	67	7
6.	Wuluhan	13	80	67	11
7.	Tanggul	12	80	67	10
	Total	80			67

3.3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Pengambilan subjek penelitian berdasarkan besarnya sampel penelitian dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan oleh peneliti sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah penderita kusta yang melakukan pengobatan di Puskesmas yang terpilih.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010:130). Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah penderita kusta yang tidak bisa membaca dan menulis (tuna aksara).

3.4 Variabel dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel

Menurut Notoatmodjo (2010:103), variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang suatu konsep penelitian tertentu. Penelitian ini menggunakan dua variabel antara lain:

a. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel terikat pada penelitian ini adalah depresi pada penderita kusta.

b. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel bebas pada penelitian ini adalah dukungan sosial keluarga.

3.4.2 Definisi Operasional

Menurut Notoatmodjo (2010:111), definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Batasan definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada Tabel 3.4.

Tabel 3.4 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Kategori	Alat Pengumpulan Data	Skala
Karakteristik Responden :					
	Umur	Masa hidup responden mulai dari lahir sampai waktu penelitian		Wawancara dengan kuesioner	Rasio
	Jenis kelamin	Ciri fisik biologis responden berdasarkan identitas berlaku	Jenis kelamin dikategorikan menjadi 2, yaitu: 0=Perempuan 1= Laki-laki	Wawancara dengan kuesioner	Nominal
	Tipe Kusta	Jenis kusta yang diderita responden menggunakan klasifikasi WHO	0=Tipe MB 1=Tipe PB	Angket	Nominal
	Tingkat Kecacatan Kusta	Keadaan kelainan kulit/syaraf yang terjadi pada mata, kaki, dan tangan penderita kusta	0=Cacat tingkat 0 1=Cacat tingkat 1 2=Cacat tingkat 2	Angket	Ordinal
Variabel Independen :					
	Dukungan Sosial Keluarga	Skor hasil kumulatif jawaban responden mengenai seluruh bantuan dari anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah yang dapat diterima oleh penderita	Dukungan sosial keluarga diukur dengan 32 pernyataan. Skor pernyataan <i>favourable</i> selalu = skor 4 kadang-kadang = skor 3 jarang = skor 2 tidak pernah = skor 1, sedangkan <i>unfavourable</i> tidak pernah = skor 4, jarang = skor 3 kadang-kadang = skor 2, selalu = skor 1. Nilai maksimal 128 dan minimal 32.	Wawancara dengan kuesioner	Rasio
Variabel Dependen					
	Depresi	Skor hasil jawaban responden mengenai gangguan perasaan yang dialami	Depresi diukur dengan 10 pernyataan. Skor pernyataan <i>favourable</i> selalu = skor 4 kadang-kadang = skor 3 jarang = skor 2 tidak pernah = skor 1, sedangkan <i>unfavourable</i> tidak pernah = skor 4, jarang = skor 3 kadang-kadang = skor 2, selalu = skor 1. Nilai maksimal 80 dan minimal 10.	Angket berdasarkan instrumen <i>Zulf Self Rating Depression Scale (ZSDS)</i>	Rasio

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2011:225). Data primer pada penelitian ini yaitu karakteristik responden, meliputi umur, jenis kelamin, dukungan sosial keluarga yang didapatkan dari hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang tidak langsung memberikan data ke pengumpul data, misalnya lewat orang lain, atau lewat dokumen (Sugiyono, 2011:225). Data sekunder dalam penelitian ini berupa data jumlah penderita kusta yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Jember, data tipe kusta dan tingkat kecacatan penderita kusta yang diperoleh dari Puskesmas.

3.6 Teknik dan Alat Perolehan Data

3.6.1 Teknik Perolehan Data

Teknik perolehan data yang digunakan dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara dan dokumentasi sebagai berikut:

a. **Angket**

Angket dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data terkait depresi pada penderita kusta.

b. **Wawancara (*interview*)**

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2010:113). Proses wawancara ini dilakukan secara langsung dengan penderita kusta.

c. Dokumentasi

Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh data laporan penderita kusta, tipe kusta, dan tingkat kecacatan pada penderita.

3.6.2 Alat Perolehan Data

Alat perolehan data yang digunakan pada penelitian ini adalah menggunakan lembar kuesioner. Menurut Notoatmodjo (2010:152), kuesioner sebagai alat pengumpul data digunakan untuk memperoleh data yang sesuai dengan tujuan penelitian. Pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner cukup terperinci. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini berisi pertanyaan-pertanyaan yang akan ditanyakan kepada penderita kusta. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner yang sudah dimodifikasi dari kuesioner penelitian sebelumnya. Kuesioner yang digunakan terdiri dari tiga jenis kuesioner.

Kuesioner A merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengetahui karakteristik responden, meliputi umur, jenis kelamin, tipe kusta, dan tingkat kecacatan kusta. Kuisisioner B untuk mengetahui dukungan sosial keluarga. Kuisisioner ini disusun berdasarkan teori House, terdiri dari 32 pernyataan yang mewakili sub variabel dukungan sosial, meliputi dukungan emosional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan informasional. Pilihan jawaban pada setiap pernyataan menggunakan skala likert. Setiap pernyataan memiliki empat pilihan jawaban yakni selalu, kadang-kadang, jarang, dan tidak pernah. Pada kuisisioner B terdapat 16 pernyataan yang mendukung (*favourable*) dan 16 pernyataan yang tidak mendukung (*unfavourable*). Sistem penilaian untuk pernyataan yang *favourable* dimulai dari selalu (skor 4), kadang-kadang (skor 3), jarang (skor 2), dan tidak pernah (skor 1), sedangkan sistem penilaian yang *unfavourable* dimulai dari tidak pernah (skor 4), jarang (skor 3), kadang-kadang (skor 2), dan selalu (1). Adapun kisi-kisi dari kuisisioner dapat dilihat pada Tabel 3.5 berikut:

Tabel 3.5 Kisi-Kisi Kuisioner Dukungan Sosial Keluarga

Sub variabel	Indikator	Nomor butir		Jumlah butir
		(<i>Favourable</i>)	(<i>unfavourable</i>)	
Dukungan emosional	a. Empati	1, 27	16, 29	4
	b. Perhatian	7	8	2
	c. Cinta	6,9	5, 12	4
	d. Kepercayaan	10	14	2
Dukungan penilaian	a. Positif	13	9	2
	b. Penghargaan	11	4	2
	c. Pembimbing	18	23	2
Dukungan instrumental	a. Bantuan nyata	31,20	25,26	4
	b. Ekonomi	21,32	2, 15	4
Dukungan informasional	a. Nasehat	24	17	2
	b. Penyebar informasi	22, 28	3, 30	4

Kuesioner C menggunakan kuesioner skala depresi *Zung Self Rating Depression Scale* yang terdiri dari 20 item pertanyaan. Kuisisioner ini bertujuan untuk menggali depresi pada penderita kusta. Adapun keterangan alat ukur depresi dapat dilihat pada Tabel 3.6 berikut:

Tabel 3.6 Keterangan Alat Ukur Depresi

Variabel	Nomor pertanyaan	
	<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>
Depresi	1,3,4	2,5,6
	7,8,9,10	11,12,14
	13,15, 10	16,17,18,20

Pada kuisisioner tersebut terdapat alternatif jawaban untuk masing-masing pertanyaan, yaitu selalu, kadang-kadang, jarang, dan tidak pernah. Pertanyaan yang bersifat *favorable* akan bernilai 4 untuk jawaban (selalu), nilai 3 untuk (kadang-kadang), nilai 2 untuk jawaban (jarang), nilai 1 untuk jawaban (tidak pernah). Sedangkan untuk *unfavorable* akan bernilai 1 untuk jawaban (selalu), nilai 2 untuk jawaban (kadang-kadang), nilai 3 untuk jawaban (jarang), dan nilai 4 untuk jawaban (tidak pernah).

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan

hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010:188). Dalam penelitian ini data yang diperoleh dari hasil wawancara akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabulasi silang yang kemudian dijelaskan dalam bentuk teks. Penyajian data dalam bentuk tabel ini bertujuan agar pembaca mudah memperoleh gambaran secara rinci tentang hasil penelitian yang telah dilakukan.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini meliputi :

a. Analisis Univariabel

Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan variabel penelitian yang disajikan dalam distribusi frekuensi dalam bentuk prosentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010:188)

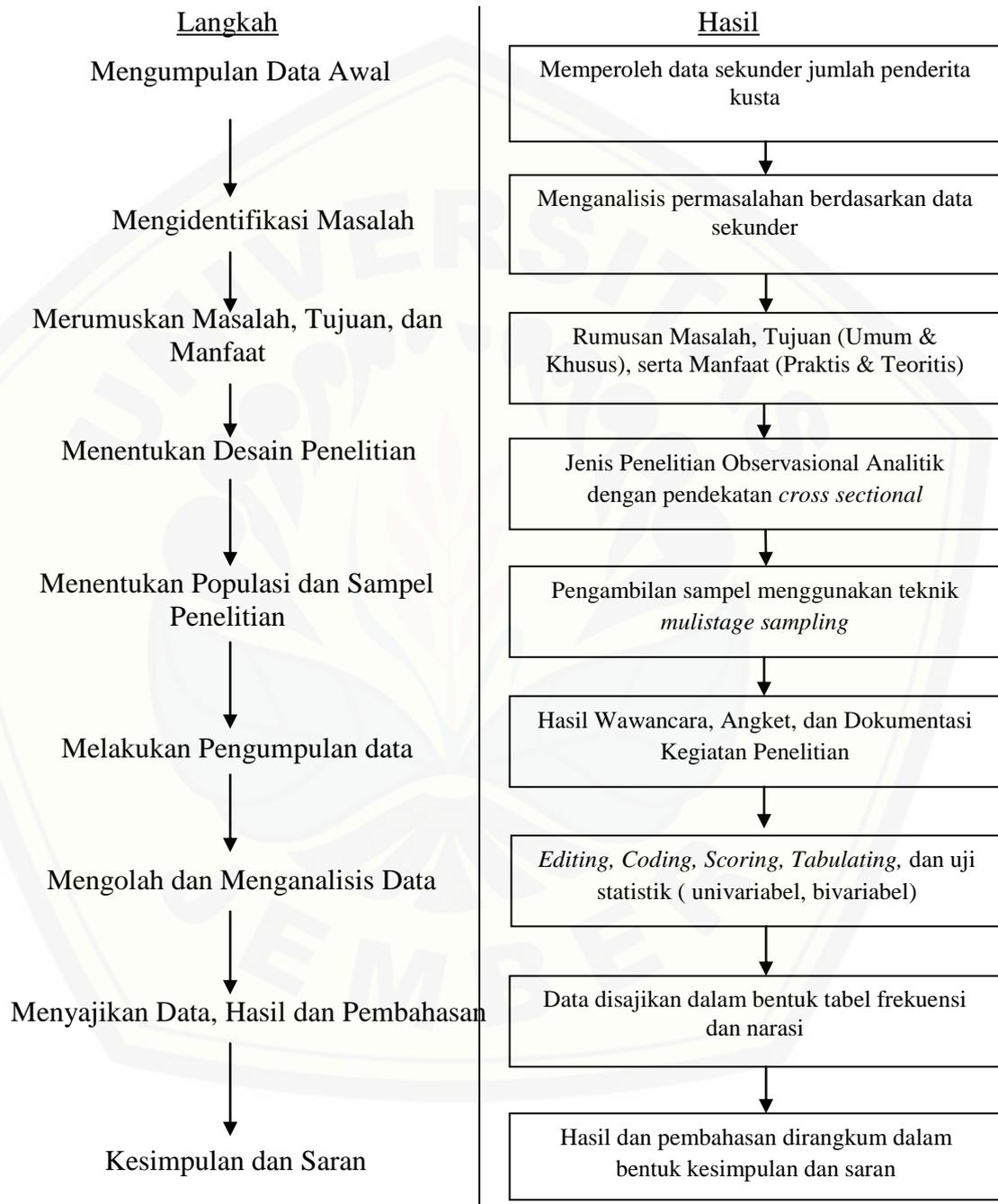
b. Analisis Bivariabel

Analisis bivariabel bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan terikat (Notoatmodjo, 2010:188). Uji bivariabel dengan menggunakan *spearman* pada derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Pada penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (dukungan sosial keluarga) dengan variabel terikat yaitu depresi pada penderita kusta. Dasar pengambilan keputusan penelitian hipotesis adalah sebagai berikut:

- 1) H_0 diterima jika $p \text{ value} > \alpha$
- 2) H_0 ditolak jika $p \text{ value} < \alpha$

3.8 Alur Penelitian

Urutan langkah-langkah penelitian dan hasil dari masing-masing langkah yang diuraikan dalam diagram berikut ini:



Gambar 3.1 Alur Penelitian