



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA KUSTA TIPE MB DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI**

SKRIPSI

Oleh

Ilham Wirananto

NIM 132110101068

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

2018



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
PENDERITA KUSTA TIPE MB DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI**

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

Ilham Wirananto

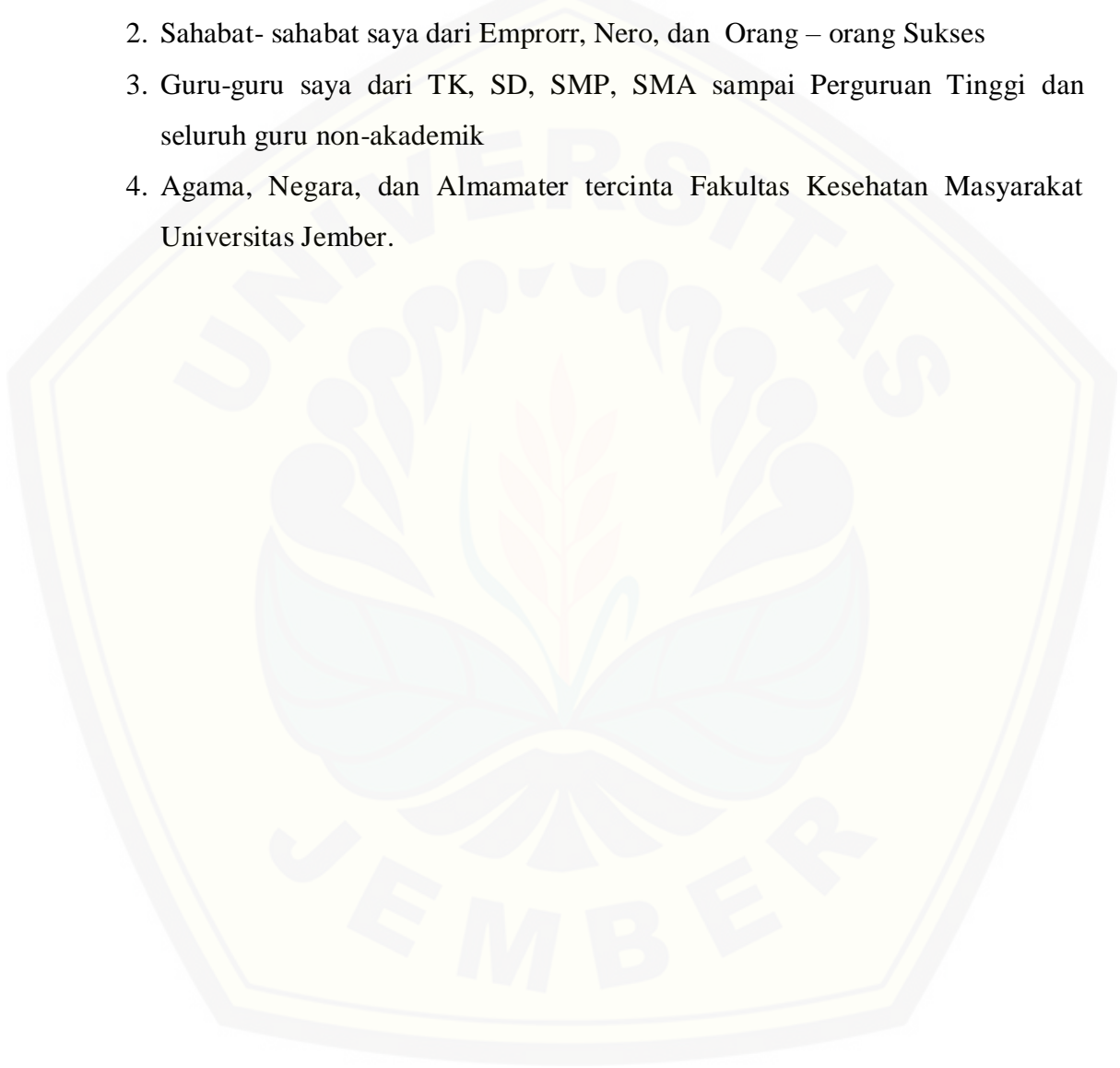
NIM 132110101068

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan dengan rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya untuk:

1. Kedua orang tua saya, Bapak Pariyadi dan Ibu Siti Muti'ah
2. Sahabat- sahabat saya dari Emprorr, Nero, dan Orang – orang Sukses
3. Guru-guru saya dari TK, SD, SMP, SMA sampai Perguruan Tinggi dan seluruh guru non-akademik
4. Agama, Negara, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ilham Wirananto

NIM : 132110101068

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri* 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 skripsi 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, 27 September 2018

Yang menyatakan,

Ilham Wirananto

NIM 132110101068

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Jum'at 19 Oktober 2018

Tanggal : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Tempat : Ruang sidang 1

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.
NIP. 19790411 200501 1 002 (.....)
2. DPA : Ni'mal Baroya, S.KM., M.P.H.
NIP. 19770108 200501 2 004 (.....)

Penguji

Tanda Tangan

1. Ketua : dr. Candra Bumi, M.Si.
NIP. 19740608 200801 1 012 (.....)
2. Sekretaris : Ellyke, S.KM., M.KL.
NIP. 19810429 200604 2 002 (.....)
3. Anggota : Drs. M. Sulthony, S.KM.
NIP. 19631003 198412 1 004 (.....)

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri; Ilham Wirananto; 132110101068; 2018; 89 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penyakit kusta atau lepra disebut juga *Morbus hansen* adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang menyerang susunan saraf tepi selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernapasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang, dan testis. Pada saat yang sama, penurunan kualitas hidup disebabkan karena penderita kusta seringkali tidak bisa menerima bahwa ia menderita kusta yang berakibat pada perubahan kepribadian yang berusaha menyembunyikan penyakit yang diderita selama ini sehingga hal tersebut tidak akan menunjang proses penyembuhan, sebaliknya akan memperbesar risiko timbulnya cacat. Dukungan keluarga akan semakin dibutuhkan pada saat seseorang sedang menghadapi masalah atau sakit, disinilah peran anggota keluarga diperlukan untuk menjalani masa-masa sulit dengan cepat.

Dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam peningkatan kualitas hidup, karena keluarga yang bisa memberikan dorongan baik fisik maupun mental untuk penderita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri dengan menggunakan rancangan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita kusta yang sudah terdaftar di Rumah Sakit Kusta Kediri dan penderita kusta baru yang menjalani pengobatan pada tahun 2018. Jumlah sampel sebanyak 61 responden menggunakan *purposive sampling*. Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu wawancara dengan menggunakan kuesioner. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik responden (usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan, pendapatan dan status pernikahan) dan dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan sosial, dukungan tambahan,

dukungan penilaian serta dukungan emosional. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup penderita kusta. Pada penelitian menggunakan dua analisis yaitu univariat dan bivariat dengan uji *chi-square* dengan $\alpha = 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan karakteristik responden lebih banyak berada pada golongan usia produktif dan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar responden sudah menikah dan bekerja. Pendapatan sebagian responden termasuk kategori rendah yaitu masih berada <UMR. Dukungan keluarga yang meliputi dukungan sosial, dukungan tambahan, dukungan penilaian dan dukungan emosional yang diterima penderita kusta di RS Kusta Kediri sebagian besar pada kategori baik.

Berdasarkan analisis bivariat dengan menggunakan uji *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri didapatkan nilai (*p-value*=0,003). Hal ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah memberikan layanan konseling terpadu meliputi penyuluhan kepada keluarga penderita kusta betapa pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita kusta agar saat penderita kusta menjalani pengobatan lebih percaya diri bahwa kusta bisa disembuhkan. Pada keluarga penderita kusta selaku orang yang terdekat dan dipercaya oleh penderita diharapkan selalu memberikan dan meningkatkan dukungan-dukungan keluarga seperti perhatian kepada penderita, jangan mengucilkan penderita, dukungan dalam pengawasan agar minum obat secara teratur sampai dengan sembuh dan membangun komitmen dalam upaya penyembuhan, mencegah terjadinya kecacatan dan memutus rantai penularan.

SUMMARY

The Relation of Family Support to the Quality of Life of Persons Affected by Leprosy Type MB in Kediri Leprosy Hospital; Ilham Wirananto; 132110101068; 2018; Pages 89; Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, University of Jember.

Leprosy also called Morbus hansen is a chronic disease caused by mycobacterium leprae that attack the edge of the nervous system and then attack the skin, mucosa (mouth), upper respiratory tract, endothelial reticulo system, eyes, muscles, bones, and testes. At the same time, a decrease in quality of life is caused by leprosy sufferers who often cannot accept that he is suffering from leprosy which results in personality changes that try to hide the disease suffered so far that it will not support the healing process, on the contrary will increase the risk of disability.

Family support will be increasingly needed when a person is facing problems or illness, this is where the role of family members is needed to undergo difficult times quickly. Family support has an important role in improving the quality of life, because families can provide physical and mental encouragement to sufferers. This study aims to determine the relationship between family support and the quality of life of MB type lepers in Kediri Leprosy Hospital by using a design cross sectional. The population in this study were all lepers who had been registered in the Kediri Leprosy Hospital and new lepers who were undergoing treatment in 2018.

The number of samples is 61 respondents using purposive sampling. Data collection techniques carried out were interviews using questionnaires. The independent variables in this study are the characteristics of respondents (age, sex, type of work, income and status of marriage) and family support consisting of social support, additional support, assessment support and emotional support. The dependent variable in this study is the quality of life of lepers. The study used two analyzes, namely univariate and bivariate with chi-square test with $\alpha = 0.05$. The results showed the characteristics of respondents were mostly in the productive

age group and most were male. Most of the respondents are married and working. The income of some respondents is in the low category, which is still <UMR.

Family Based on bivariate analysis using the chi-square test showed that there was a significant relationship between family support and the quality of life of MB type leprosy patients in Kediri Leprosy Hospital obtained scores (p-value = 0.003). This shows that family support affects the quality of life of MB type lepers in Kediri Leprosy Hospital.

The advice given based on the results of this study is to provide integrated counseling services including counseling to families of leprosy sufferers on the importance of family support for the quality of life of people affected by leprosy so that when leprosy sufferers are treated more confidently that leprosy can be cured. The leprosy family as the person closest and trusted by the patient is expected to always provide and improve family support such as attention to the sufferer, do not isolate the sufferer, support in supervision to take medication regularly to recover and build commitment in healing efforts, prevent the occurrence disability and breaking the chain of transmission.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan hidayah dan inayah-Nya berupa kemampuan berfikir dan analisis sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana pengaruh dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita kusta sehingga dapat dijadikan sebagai informasi dalam penanganan peningkatan kualitas hidup penderita kusta di RS Kusta Kediri.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes** dan ibu **Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.** selaku dosen pembimbing yang selalu memberikan masukan, saran dan koreksi dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ibu Rahayu Sri Pujiati, S.KM, M.Kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
3. Bapak dr. Chandra Bumi, M,Si. selaku ketua penguji skripsi;
4. Ibu Ellyke, S.KM., M.KL. selaku sekretaris penguji skripsi;
5. Bapak Drs. M. Sulthony, S.KM. selaku anggota penguji skripsi;

6. Seluruh dosen serta staff dan karyawan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberika dan mengajrkan ilmunya kepada saya dan membantu saya selama masa studi;
7. Ibu dr. Yunihan Gustam, M.MKes. selaku direktur Rumah Sakit Kusta Kediri beserta keluarga besar Rumah Sakit Kusta Kediri yang telah meluangkan waktu dan membantu penulis dalam melakukan penelitian;
8. Para sahabat yang telah memberikan dukungan, rasa kekeluargaan, bantuan, semangat, motivasi, doa, pengalaman, kebersamaan dan kebahagiaan yang telah kita bagi selama ini dan pada waktu terberat saya;
9. Teman-teman Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember telah memberikan ilmu, kerja sama, pengalaman dan motivasi selama dua tahun kepengurusan;
10. Teman-teman PBL 12 Desa Silo yang telah memberikan dukungan, semangat, kebersamaan, kekeluargaan, canda tawa dan pengalaman hidup selama 40 hari;
11. Teman-teman seperjuangan di Peminatan Epidemiologi angkatan tahun 2013 yang telah memberikan cinta dan semangat dalam penyusunan skripsi ini;
12. Teman-teman "*Diamonds Generation*" angkatan 2013 yang telah menemani sekaligus berjuang bersama menimba ilmu selama kurang lebih empat tahun;
13. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusun skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Oktober 2018

Penulis

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|--------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSEMBAHAN | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| RINGKASAN | v |
| SUMMARY | vii |
| PRAKATA | ix |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvi |
| DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xviii |
| BAB 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 2 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 2 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 2 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 2 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 3 |
| 1.4.1 Manfaat Teoritis | 3 |
| 1.4.2 Manfaat Praktis | 3 |
| BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA | 4 |
| 2.1 Kusta | 4 |
| 2.1.1 Definisi | 4 |
| 2.1.2 Etiologi | 5 |
| 2.1.3 Klasifikasi | 5 |
| 2.1.4 Tanda dan Gejala | 6 |
| 2.1.5 Diagnosis | 7 |

| | | |
|---------------------------------|--|-----------|
| 2.1.6 | Pengobatan | 9 |
| 2.1.7 | Dampak..... | 10 |
| 2.2 | Dukungan Keluarga | 12 |
| 2.2.1 | Definisi | 12 |
| 2.2.2 | Jenis Dukungan Keluarga..... | 13 |
| 2.2.3 | Sumber Dukungan Keluarga | 14 |
| 2.2.4 | Manfaat Dukungan Keluarga | 15 |
| 2.2.5 | Pengukuran Dukungan Keluarga | 15 |
| 2.3 | Kualitas Hidup | 16 |
| 2.3.1 | Definisi | 16 |
| 2.3.2 | Domain | 16 |
| 2.3.3 | Pengukuran Kualitas Hidup | 18 |
| 2.3.4 | Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien kusta..... | 19 |
| 2.4 | Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup | 21 |
| 2.5 | Kerangka Teori | 23 |
| 2.6 | Kerangka Konsep | 24 |
| 2.7 | Hipotesis | 25 |
| BAB 3. METODE PENELITIAN | | 26 |
| 3.1 | Jenis Penelitian..... | 26 |
| 3.2 | Tempat dan Waktu Penelitian..... | 26 |
| 3.2.1 | Tempat penelitian | 26 |
| 3.2.2 | Waktu penelitian | 26 |
| 3.3 | Populasi dan Sampel | 27 |
| 3.3.1 | Populasi | 27 |
| 3.3.2 | Sampel Penelitian | 27 |
| 3.3.3 | Teknik Pengambilan Sampel..... | 28 |
| 3.4.1 | Variabel Penelitian..... | 28 |
| 3.4.2 | Definisi Operasional | 29 |
| 3.5 | Data dan Sumber Data | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5.1 Data Primer | 30 |
| 3.5.2 Data Sekunder | 31 |
| 3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data | 31 |
| 3.6.1 Teknik Pengumpulan Data | 31 |
| 3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data | 31 |
| 3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data..... | 33 |
| 3.7.1 Teknik Pengolahan Data..... | 33 |
| 3.7.2 Teknik Penyajian Data..... | 35 |
| 3.7.3 Teknik Analisis Data | 35 |
| BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN | 38 |
| 4.1 Hasil Penelitian | 38 |
| 4.1.1 Gambaran Karakteristik Penderita Kusta Tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri..... | 38 |
| 4.1.2 Gambaran Dukungan Keluarga Penderita Kusta Tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri | 39 |
| 4.1.3 Gambaran Kualitas hidup pada Penderita Kusta Tipe MB di RS Kusta Kediri | 41 |
| 4.1.4 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas hidup pada Penderita Kusta di RS Kusta Kediri | 41 |
| 4.1.5 Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Penderita Kusta Tipe MB di RS Kusta Kediri | 44 |
| 4.2 Pembahasan | 45 |
| 4.2.1 Karakteristik Responden | 45 |
| 4.2.2 Dukungan Keluarga pada Penderita Kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri | 47 |
| 4.2.3 Kualitas Hidup Penderita kusta di RS Kusta Kediri... | 49 |
| 4.2.4 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta di RS Kusta Kediri | 50 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.5 Hubungan Dukungan Penilaian dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta di RS Kusta Kediri | 51 |
| 4.2.6 Hubungan Dukungan Tambahan dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta di RS Kusta Kediri | 52 |
| 4.2.7 Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta di RS Kusta Kediri | 53 |
| BAB 5. PENUTUP | 54 |
| 5.1 Kesimpulan | 54 |
| 5.2 Saran | 54 |
| DAFTAR PUSTAKA | 56 |
| LAMPIRAN | 63 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| 2.1 Tanda Untuk Menentukan Tipe Penyakit Kusta..... | 5 |
| 2.2 Regimen pengobatan kusta | 10 |
| 3.1 Definisi operasional..... | 29 |
| 4.1 Distribusi karakteristik responden penderita kusta tipe MB di RS Kusta kediri..... | 38 |
| 4.2 Distribusi frekuensi responden menurut dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan dan emosional pada penderita kusta di RS Kusta Kediri..... | 40 |
| 4.3 Analisis Hubungan antara Dukungan Sosial, Dukungan Tambahan, Dukungan Penilaian, Dukungan Emosional dengan Kualitas Hidup di RS Kusta Kediri..... | 42 |
| 4.4 Analisis Hubungan antara Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di RS Kusta Kediri | 44 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| 2.1 Kerangka teori | 23 |
| 2.2 Kerangka konsep | 24 |
| 3.1 Alur Penelitian..... | 37 |
| 4.1 Gambaran dukungan keluarga pada penderita kusta tipe MB di RS Kusta Kediri | 39 |
| 4.2 Distribusi Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di RS Kusta Kediri . | 41 |

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan

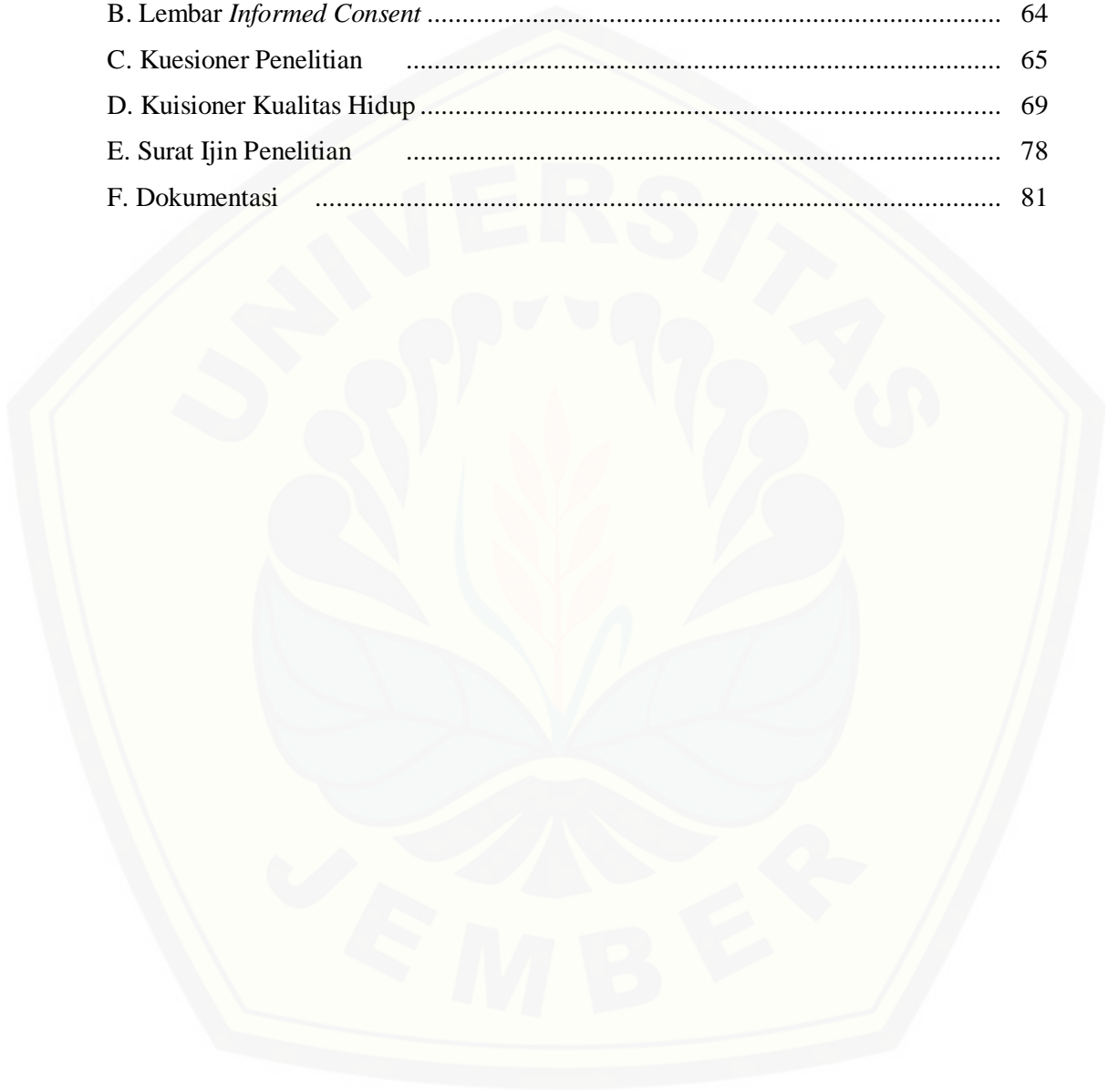
| | |
|------------|--|
| BTA | = Basil Tahan Asam |
| DDS | = <i>Diaminodifenilsulfon</i> |
| Depkes RI | = Departemen Kesehatan Republik Indonesia |
| Ditjen P2P | = Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit |
| Kemkes RI | = Kementerian Kesehatan Republik Indonesia |
| MB | = <i>Multibacillary</i> |
| MDT | = <i>Multy Drug Therapy</i> |
| PB | = <i>Paucibacillary</i> |
| SPSS | = <i>Statistical Product and Service Solutions</i> |
| WHO | = <i>World Health Organization</i> |

Daftar Arti Notasi

| | |
|----------|---------------------------|
| % | = Persen |
| < | = Kurang dari |
| > | = Lebih dari |
| ≥ | = Lebih dari sama dengan |
| ≤ | = Kurang dari sama dengan |
| α | = Alpha |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| A. Pengantar Kuesioner | 63 |
| B. Lembar <i>Informed Consent</i> | 64 |
| C. Kuesioner Penelitian | 65 |
| D. Kuisisioner Kualitas Hidup | 69 |
| E. Surat Ijin Penelitian | 78 |
| F. Dokumentasi | 81 |



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individual terhadap posisinya dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka berada dan hubungannya terhadap tujuan hidup, harapan, standart, dan lainnya yang terkait. Masalah yang mencakup kualitas hidup sangat luas dan kompleks termasuk masalah kesehatan fisik, status psikologik, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan lingkungan dimana mereka berada. Seseorang yang sehat secara umum memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang sakit, apalagi yang disertai kecacatan. Informasi mengenai kualitas hidup penderita kusta diharapkan dapat menjadi dasar atau pertimbangan dalam intervensi yang direncanakan terhadap penanggulangan masalah kusta yaitu tidak hanya berfokus pada pemulihan fisik tetapi juga terhadap faktor lain yang berakibat pada penurunan kualitas hidup. Penelitian yang sudah dilakukan oleh Nurmasyithah (2014:98) menemukan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita kusta.

Kusta jika tidak ditangani dengan tepat akan menyebabkan perubahan secara fisik, sosial, dan psikologis pada penderita yang berupa ketidakmampuan dan keterbatasan dalam melakukan aktifitas. Seseorang yang terdiagnosis kusta akan mengalami penurunan kepercayaan diri, merasa malu, kehilangan harapan, dan memiliki gambaran diri yang buruk. Menurut Kuniarto (2006:56) masalah psikososial yang timbul pada penderita kusta lebih menonjol dibandingkan masalah medis itu sendiri. Hal ini disebabkan oleh adanya stigma dan leprofobi yang banyak dipengaruhi oleh berbagai paham dan informasi yang keliru mengenai penyakit kusta.

Penderita kusta jika dilihat dari segi ekonomi cenderung mengalami keterbatasan ataupun ketidakmampuan dalam bekerja maupun mendapat diskriminasi untuk mendapatkan hak dan kesempatan untuk mencari nafkah akibat keadaan penyakitnya sehingga kebutuhan hidup tidak dapat terpenuhi, apalagi

mayoritas penderita kusta berasal dari kalangan ekonomi menengah ke bawah, padahal penderita kusta memerlukan perawatan lanjut sehingga memerlukan biaya perawatan. Keluarga diharapkan mampu menjadi *support* sistem bagi anggota keluarga yang sakit terutama bagi anggota dari keluarga yang menderita penyakit kusta untuk meningkatkan harga dirinya. Keluarga yang takut tertular penyakit kusta, akan mempengaruhi partisipasinya dalam hal perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita kusta, sehingga terkadang ditemukan keluarga kurang memberikan dukungan kepada penderita untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengobati penyakit tersebut. Hal-hal tersebut yang akhirnya akan mempengaruhi tingkat kualitas hidup (Kuniarto, 2006:56).

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Kusta Kediri pada tahun 2017 jumlah proporsi penderita kusta baru MB di Rumah Sakit Kusta Kediri sebesar 88% atau lebih besar dibandingkan dengan proporsi kusta baru MB Provinsi Jawa Timur yaitu sebesar 86%. Jumlah penderita kusta yang dirawat di Rumah Sakit Kusta Kediri berasal dari berbagai daerah di Jawa Timur karena Rumah Sakit Kusta Kediri menjadi tempat rujukan terutama untuk wilayah Jawa Timur bagian Barat. Pada tahun 2014 Indonesia menjadi penyumbang jumlah kasus baru kusta terbesar peringkat ketiga di dunia yakni sebesar 17.025 setelah Brazil dengan 31.064 kasus dan India sebesar 125.785 kasus. *World Health Organization* (WHO) mencatat kasus kusta baru di Indonesia pada tahun 2013 yaitu sebesar 16.856, mengalami peningkatan pada tahun 2014 yaitu sebesar 17.025 dan pada tahun 2015 yaitu sebesar 17.202 (WHO, 2015:409). Data yang diperoleh dari Profil Kesehatan Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi kusta berkisar antara 0,79 hingga 0,96 per 10.000 penduduk (Kemenkes RI, 2014:140).

Berdasarkan data Ditjen P2P Kemenkes RI (2016:179), secara nasional Provinsi Jawa Timur menempati urutan pertama dengan jumlah penderita kusta terbanyak diantara provinsi lainnya. Rata-rata penemuan penderita kusta di Provinsi Jawa Timur setiap tahunnya antara 4000-5000 kasus. Pada tahun 2015, penemuan penderita baru kusta di Provinsi Jawa Timur yaitu sebesar 4.013 kasus. Berdasarkan peta persebaran angka kesakitan penyebaran kasus penderita kusta di

Provinsi Jawa Timur banyak terjadi di pantai utara Jawa dan Madura (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012:18).

Dukungan keluarga mempengaruhi kualitas hidup pada penelitian Moons, dkk (2004:109) menjelaskan bahwa karakteristik (Usia, jenis, kelamin, pendapatan, pendidikan, status pernikahan, dan penghasilan) juga dapat mempengaruhi kualitas hidup. Dari faktor tersebut peneliti tertarik untuk mengetahui apakah dukungan keluarga dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri. Dengan adanya hal tersebut diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan yang bermanfaat dalam pengendalian penyakit kusta.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri.
- b. Mengidentifikasi dukungan keluarga penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri.
- c. Mengidentifikasi kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri.

- d. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya bidang epidemiologi penyakit menular mengenai dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita kusta tipe MB.

1.4.2 Manfaat Praktis .

- a. Bagi responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan bagi penderita kusta tentang dukungan keluarga, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita jadi lebih baik serta tidak adanya diskriminasi kepada penderita kusta.

- b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu *referensi* dalam perencanaan program kesehatan peningkatan pelayanan pada penderita kusta.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kusta

2.1.1 Definisi

Penyakit kusta disebut juga sebagai penyakit lepra atau penyakit Hansen. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini mengalami proses pembelahan yang cukup lama antara 2-3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia. Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2-5 tahun bahkan dapat lebih (Kementerian Kesehatan RI, 2015:207). Menurut Harahap (2000:260) Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endotelial, mata, otot, tulang dan testis.

2.1.2 Etiologi

Penyebab penyakit kusta yaitu *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini merupakan kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang, dan dikelilingi membran sel lilin yang merupakan ciri dari spesies *Mycobacterium*. Bakteri ini berukuran panjang 1-8 micro dan lebar 0,2-0,5 micro. Bakteri ini bersifat tahan asam (BTA) atau gram positif. Kuman ini menular kepada manusia melalui kontak langsung dengan penderita (keduanya harus ada lesi baik mikroskopis maupun makroskopis, adanya kontak yang lama dan berulang-ulang) dan melalui pernapasan. Bakteri kusta mengalami pengembangbiakan dalam 2-3 minggu. *M. Leprae* ini merupakan basil Gram positif karena sitoplasma basil ini mempunyai struktur yang sama dengan basil Gram positif yang lain, yaitu berkembang biak secara perlahan dengan *binary fision* yang membutuhkan waktu 11-13 hari. Pertumbuhan yang sangat lambat ini tidak diragukan sebagai faktor utama yang menyebabkan masa inkubasi kusta sangat lama yakni sekitar 5-7 tahun dan menyebabkan manifestasi kliniknya menjadi kronik (Harahap, 2000:261).

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi penyakit kusta menurut Kementerian Kesehatan RI (2012:72) yaitu dibagi menjadi tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB). Tipe PB 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 dan pada punggung kaki) dan permukaan bercak tidak berkeriat tipe kusta ini jarang menular. Tipe yang kedua yaitu MB atau tipe basah memiliki ciri-ciri berwarna kemerahan, tersebar merata di seluruh badan, kulit tidak terlalu kasar, batas makula tidak begitu jelas, terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan dan tanda awal terdapat cuping telinga dan wajah.

Tabel 2.1 Tanda Untuk Menentukan Tipe Penyakit Kusta

| No. | Kelainan Kulit Dan Hasil Pemeriksaan | PB | MB |
|-----|--------------------------------------|----|----|
|-----|--------------------------------------|----|----|

| No. | 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</i> <i>Asimetris</i> | <i>Bilateral Asimetris</i> |
| | - Konsistensi | Kering dan kasar | Halus dan berkilat |
| | - Batas | Selalu ada dan jelas | Tidak jelas, jika ada maka sudah lanjut |
| | - Kehilangan rasa pada bercak | Tegas | Kurang tegas |
| | - Kehilangan kemampuan berkeringat dan bulu rontok pada bercak | Selalu ada dan jelas | Biasanya ada |
| 2. | <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 |
| 3. | Ciri-ciri khusus | <i>Central healing</i> (penyembuhan di tengah) | <i>Punched out lesion</i> (lesi bentuk seperti donat) - Madarosis - Ginekomasti |
| 4. | <i>Nodulus</i> | Tidak ada | Kadang-kadang ada |
| 5. | <i>Deformitas</i> | Biasanya asimetris dan terjadi dini | Biasanya simetris, terjadi pada stadium lanjut |

Sumber: Kemenkes RI, 2012

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda-tanda seseorang menderita penyakit kusta antara lain kulit mengalami bercak putih seperti panu. Pada awalnya hanya sedikit tetapi lama-kelamaan semakin lebar dan banyak, adanya bintil-bintil kemerahan yang tersebar pada kulit, ada bagian tubuh yang tidak berkeringat, rasa kesemutan pada anggota badan atau bagian raut muka, muka berbenjol-benjol dan tegang yang disebut *facies leomina* (muka singa) dan mati rasa karena kerusakan syaraf tepi. Gejalanya memang tidak selalu nampak, tetapi harus selalu waspada jika ada

yang menderita luka tak kunjung sembuh dalam jangka waktu yang lama dan apabila ditekan dengan jari terasa tidak sakit.

Kusta terkenal sebagai penyakit yang paling ditakuti karena deformitas atau cacat tubuh, namun pada tahap awal gejala yang timbul berupa perubahan warna seperti hipopigmentasi (warna kulit menjadi lebih terang), hiperpigmentasi (warna kulit menjadi lebih gelap) dan eritematosa (kemerahan pada kulit). Gejala umum pada kusta yaitu reaksi panas dari derajat rendah sampai dengan menggigil, noreksia, mual, kadang-kadang disertai dengan nefrosis, nefritis, hepatosplenomegali dan neuritis (Kemenkes RI, 2015:1).

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis penyakit kusta didasarkan gambaran klinis, bakterioskopis, dan histopatologis. Diantara ketiganya, diagnosis secara klinislah yang terpenting dan paling sederhana. Hasil bakterioskopis memerlukan waktu paling sedikit 15-30 menit, sedangkan histopatologik 10-14 hari. Penyakit kusta dapat dilakukan tes lepromin (Mitsuda) untuk membantu penentuan tipe, yang hasilnya baru dapat diketahui setelah 3 minggu. Penentuan tipe kusta perlu dilakukan agar dapat menetapkan terapi yang sesuai (Djuanda, 2007:75). Penetapan diagnosis penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda utama atau *Cardinal sign*, yaitu:

1. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erithematous*) yang mati rasa (*anaesthesi*).
2. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf. Gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (neuritis perifer). Gangguan fungsi saraf ini bisa berupa:
 - a. Gangguan fungsi sensoris : mati rasa
 - b. Gangguan fungsi motoris : kelemahan otot (*Parese*) atau kelumpuhan (*Paralise*).
 - c. Gangguan fungsi otonom : kulit kering dan retak-retak.
3. Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif).

Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama di atas. Pada dasarnya sebagian besar kasus dapat didiagnosis dengan pemeriksaan klinis. Namun demikian pada kasus yang meragukan dapat dilakukan pemeriksaan kerokan kulit. Apabila hanya ditemukan *cardinal sign* ke-2 perlu dirujuk kepada wasor atau ahli kusta, jika masih ragu orang tersebut dianggap sebagai kasus yang dicurigai/ suspek (Depkes RI, 2007: 37).

Tanda-tanda tersangka kusta (suspek):

1. Tanda-tanda pada kulit
 - a. Bercak/ kelainan kulit yang merah atau putih di bagian tubuh.
 - b. Kulit mengkilap.
 - c. Bercak yang tidak gatal.
 - d. Adanya bagian-bagian tubuh yang tidak berkeringat atau tidak berambut.
 - e. Lepuh tidak nyeri.
2. Tanda-tanda pada saraf
 - a. Rasa kesemutan, tertusuk-tusuk dan nyeri pada anggota badan atau muka.
 - b. Gangguan gerak anggota badan atau bagian muka.
 - c. Adanya cacat (*deformitas*).
 - d. Luka (ulkus) yang tidak mau sembuh.

Tanda-tanda tersebut merupakan tanda-tanda tersangka kusta, jangan digunakan sebagai dasar diagnosis penyakit kusta. Jika diagnosis kusta belum dapat ditegakkan, tindakan yang dapat dilakukan adalah:

1. Pikirkan kemungkinan penyakit kulit lain (seperti panu, kurap, kudis, frambusia).
2. Jika tidak ditemukan adanya mati rasa yang jelas maupun penebalan saraf namun ada tanda-tanda mencurigakan seperti nodul, pembengkakan pada wajah atau cuping telinga, atau infiltrasi pada kulit, perlu dilakukan pemeriksaan apusan kulit (*skin smear*).
3. Tunggu 3-6 bulan dan periksa kembali adanya mati rasa, jika lesi kulit tersebut benar kusta maka dalam periode tersebut mati rasa harusnya menjadi jelas dan kita dapat memulai *Multi Drug Therapy* (MDT). Jika masih

meragukan suspek perlu dirujuk. Pewarnaan dan pemeriksaan dapat dilakukan di puskesmas yang memiliki tenaga serta fasilitas untuk pemeriksaan BTA (Depkes RI, 2007:38).

2.1.6 Pengobatan

Kemoterapi kusta dimulai tahun 1949 dengan *Diaminodifenilsulfon* (DDS) sebagai obat tunggal (monoterapi DDS). *Diaminodifenilsulfon* (DDS) harus diminum selama 3-5 tahun untuk PB, sedangkan untuk MB 5-10 tahun bahkan seumur hidup. Kekurangan mono terapi DDS adalah terjadinya resistensi, timbulnya kuman *persister* serta terjadinya pasien defoulter. Pada tahun 1964 ditemukan resistensi terhadap DDS, oleh sebab itu pada tahun 1982 WHO merekomendasikan pengobatan kusta *Multi Drug Therapy* (MDT) untuk tipe PB maupun MB (Kemenkes RI, 2012:99)

Tujuan utama program pemberantasan penyakit kusta adalah memutuskan mata rantai penularan untuk menurunkan insidensi penyakit, mengobati dan menyembuhkan penderita serta mencegah timbulnya cacat. Strategi pokok yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut masih didasarkan atas deteksi dini dan pengobatan penderita yang tampaknya masih tetap diperlukan walaupun nanti vaksin kusta yang efektif telah tersedia (Harahap, 2000:265). *Multi Drug Therapy* (MDT) adalah kombinasi dua atau lebih obat antikusta, salah satunya rifampisin sebagai antikusta yang bersifat bakterisidal kuat sedangkan obat antikusta lain bersifat bakteriostatik (Kemenkes RI, 2012:99). Manajemen penyakit kusta yang tepat memerlukan pengetahuan tentang tujuan terapi, sifat-sifat obat yang digunakan dan perjalanan alamiah penyakit. Regimen rekomendasi MDT adalah suatu kompromi antara ide teori dan suksesnya tujuan pada kondisi lapangan di negara miskin. Keuntungan MDT antara lain mencegah resistensi obat, mengobati penderita dengan resistensi terhadap dapson, menghapus keperluan identifikasi sensitivitas terhadap *M. Leprae* sebelum terapi, mengubah konsep dari terapi jangka panjang yang hanya mencegah perluasan penyakit ke terapi jangka pendek yang menyembuhkan penyakit, meningkatkan ketaatan berobat dari 50% ke 95%, mencegah deformitas secara lebih efisien, menurunkan jumlah kasus setiap

tahunnya, membuat penderita menjadi tidak infeksius dan mengurangi biaya jangka panjang (Harahap, 2000:268).

Tabel 2.2 Regimen pengobatan kusta

| Tipe Kusta | Dosis Dewasa | Dosis Anak |
|-------------------|--|---|
| PB | a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum didepan petugas) - 2 kapsul rifampisin @300 mg (600 mg) - 1 tablet dapson/DDS 100 mg b. Pengobatan harian: hari ke 2-28 - 1 tablet dapson/DDS 100 mg c. Satu blister untuk satu bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan | a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum didepan petugas) - 2 kapsul rifampisin @150 mg dan 300 mg - 1 tablet dapson/DDS 50 mg b. Pengobatan harian: hari ke 2-28 - 1 tablet dapson/DDS 50 mg c. Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 6 blister yang diminum selama 6-9 bulan |
| MB | a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum didepan petugas) - 2 kapsul rifampisin @300 mg (600 mg) - 3 tablet lampren @100 mg (300 mg) - 1 tablet dapson/DDS 100 mg | a. Pengobatan bulanan: hari pertama (obat diminum di depan petugas) - 2 kapsul rifampisin 150 mg dan 300 mg - 3 tablet lampren @50 mg (150 mg) - 1 tablet dapson/DDS 50 mg |
| Tipe Kusta | Dosis Dewasa | Dosis Anak |
| | b. Pengobatan harian: hari ke 2-28 - 1 tablet lampren 50 mg - 1 tablet dapson/DDS 100 mg c. Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan | b. Pengobatan harian: hari ke 2-28 - 1 tablet lampren 50 mg selang sehari - 1 tablet dapson/DDS 50 mg d. Satu blister untuk 1 bulan. Dibutuhkan 12 blister yang diminum selama 12-18 bulan |

Sumber: Kemenkes RI, 2012

2.1.7 Dampak

- a. Bagi penderita kusta

Penyakit kusta akan berdampak kepada penderita kusta dari berbagai aspek dan juga berakibat pada kualitas hidup yang semakin menurun (Joseph dan Rao, 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 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 (Amiruddin, 2003:20).

2) Psikologis

Penelitian Tsutsumi *et al.* (2003:2440) 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.*, 2011:21).

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 yang menjadi pengemis akan berpotensi sebagai reservoir penularan infeksi penyakit kusta (Kaur dan Brakel, 2002:353).

4) Sosial

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, 2006:63).

5) Bagi 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).

6) 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 menajuhi penderita kusta dan keluarganya serta masyarakat merasa terganggu dengan adanya penderita kusta sehingga berusaha untuk menyingkirkan dan mengisolasi penderita kusta (Depkes RI, 2006:45)

2.2 Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi

Dukungan 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 kepandaian dari akal sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan. Hubungan dengan dunia sosial penting bagi keluarga yang memiliki masalah kesehatan (Friedman, 2010:175). Menurut Sarwono (2008:45) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan untuk orang lain meliputi moral dan material agar orang yang diberikan dukungan menjadi termotivasi dalam melakukan kegiatan. Sedangkan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga memiliki fungsi sebagai pendukung terhadap anggota keluarga lain yang selalu siap memberikan bantuan pada saat diperlukan. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara

emosional merasa lega karena diperhatikan mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Handayani, 2012:50).

2.2.2 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010:145) dijelaskan bahwa dukungan dibagi menjadi empat jenis:

1. Dukungan sosial

Manusia sebagai makhluk sosial, dalam menghadapi dan menjalani kehidupan memerlukan bantuan dan dukungan sosial dari orang-orang sekitarnya untuk membantu menghadapi berbagai masalah. Dukungan sosial tersebut biasa didapatkan dari orang tua, saudara, orang dewasa dan teman sebaya (Sepitri, 2011:27). Dukungan sosial merupakan bentuk dukungan yang dapat memberikan kenyamanan fisik, psikologis, perhatian, penghargaan maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterima oleh individu yang memungkinkan mereka memperoleh perasaan memiliki di dalam keluarga maupun masyarakat sehingga dapat menyalurkan minat perhatian serta melakukan kegiatan yang sifatnya rekreatif secara bersama-sama (Friedman, 2010:145). Dalam hal ini keluarga dapat berfungsi sebagai pencari dan penyebar informasi mengenai permasalahan yang sedang dihadapi anggota keluarganya (Friedman, 2010:146).

2. Dukungan penilaian

Dukungan penilaian atau penghargaan merupakan dukungan yang menekankan pada keluarga sebagai umpan balik, membimbing, dan menangani masalah, serta sebagai sumber dan validator identitas anggota. Dukungan penilaian dapat dilakukan diantaranya dengan memberi *support*, pengakuan, dan perhatian pada anggota keluarga (Friedman, 2010:146). Dukungan penilaian dalam keluarga bertujuan sebagai pemberi *support*/pujian, keluarga bersikap lebih mendukung (menegaskan, mengingatkan terus). Perilaku seseorang dalam kehidupannya cenderung bekerja sama dalam peraturan yang telah dibuat di dalam kehidupan yang memerlukan legitimasi dari keluarga, namun apabila perilaku tersebut bertentangan atau tidak memperoleh dukungan dari keluarga maka ia merasa kurang atau tidak nyaman (Sholichah, 2009:43).

3. Dukungan Tambahan

Dukungan tambahan yaitu dukungan yang memfokuskan keluarga sebagai sebuah sumber bantuan praktis dan konkret. Dukungan ini meliputi bantuan langsung seperti jika seseorang diberi atau dipinjami uang, memantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, atau dibantu dengan cara melaksanakan tugas atau pekerjaan pada saat individu tersebut berada dalam kondisi stress (Friedman, 2010:147).

4. Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan dukungan yang menempatkan keluarga sebagai tempat aman dan damai untuk istirahat dan dapat membantu penguasaan terhadap emosi. Bagi penderita kusta bantuan berupa dukungan sosial maupun moral sangat penting karena dapat menjadikan seseorang individu menjadi lebih aman dan tentram. Dukungan ini paling umum dan sering, diperoleh dari pasangan hidup, anggota keluarga, teman dekat, sanak keluarga yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis (Friedman,2010:147).

2.2.3 Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan keluarga yaitu natural dan artificial. Dukungan keluarga natural yaitu seseorang diterima melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami, dan kerabat) teman dekat atau relasi. Dukungan keluarga ini bersifat non-formal. Sedangkan dukungan artifisial adalah dukungan sosial yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang, misalnya dukungan keluarga akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial (Nasrul, 2008:36). Maka dukungan keluarga yang natural memiliki berbagai perbedaan jika dibandingkan dengan dukungan keluarga artifisial. Perbedaan tersebut terletak pada keberadaan sumber dukungan keluarga natural bersifat spontan. Sumber dukungan keluarga yang natural memiliki kesesuaian dengan nama yang berlaku tentang kapan sesuatu harus diberikan dan berakhir dari hubungan yang telah berakar lama (Nasrul, 2008:36).

2.2.4 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga, yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan dan efek utama, yaitu dukungan keluarga yang secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan. Keberadaan dukungan sosial keluarga yang berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan di kalangan lansia dapat menjaga fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi (Nasrul, 2008:36).

2.2.5 Pengukuran Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat diukur dengan kuesioner dengan menggunakan skala pernyataan dukungan keluarga yang seluruhnya berjumlah 20 item pernyataan yang terbagi pada masing-masing sub variabel sebanyak 5 item pernyataan yang terdiri dari dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan, dukungan emosional. Pernyataan kuisisioner dukungan keluarga dibagi menjadi dua bentuk yaitu pernyataan yang bersifat positif dan negatif. Untuk pernyataan positif bila menjawab “ya” diberi skor 2, bila “tidak” diberi skor 1, sedangkan pernyataan negatif bila menjawab “ya” diberi skor 1, bila “tidak” diberi skor 2.

Adapun rincian item pertanyaan dukungan keluarga untuk tiap sub variabelnya adalah sebagai berikut :

- 1) Dukungan sosial terdiri dari 5 pernyataan, dengan pernyataan positif pada item nomor 2, 4, 5 dan pernyataan negatif pada item item nomor 1 dan 3.
- 2) Dukungan penilaian terdiri dari 5 pernyataan dengan pernyataan bersifat positif untuk ke 5 item pernyataan.
- 3) Dukungan tambahan terdiri dari 5 pernyataan dengan pernyataan bersifat positif untuk ke 5 pernyataannya.
- 4) Dukungan emosional terdiri dari 5 pernyataan dengan pernyataan positif pada item nomor 1, 2, 3, 4 dan pernyataan negatif pada item no 5.

2.3 Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi

Definisi kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOOQOL)* yaitu kualitas hidup sebagai persepsi seseorang atau individu dalam konteks budaya dan norma serta nilai yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (Rapley, 2003:121). Sedangkan definisi kualitas hidup yang lain yang dikutip dalam Oksuz dan Malhan (2006) adalah sebagai perasaan utuh (*overall sense*) kesejahteraan seseorang dan meliputi aspek kebahagiaan (*happiness*) dan kepuasan hidup secara keseluruhan. Kualitas hidup sangat luas dan lebih bersifat subjektif ketimbang spesifik dan objektif. Karena itu kualitas hidup sering juga disebut status kesehatan subjektif, status fungsional dan *health related quality of life*.

2.3.2 Domain

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOOQOL)* domain kualitas hidup dibagi menjadi 4 meliputi:

a. Kesehatan fisik

Kesehatan fisik adalah kemampuan melakukan tugas harian, meraih kebugaran, mempertahankan nutrisi, menghindari penggunaan obat dan alkohol, dan secara umum menerapkan kebiasaan yang positif (Kozier, 2010:234).

- 1) Nyeri dan ketidaknyamanan adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial.
- 2) Tidur dan istirahat merupakan suatu perubahan status kesadaran dalam periode waktu tertentu. Jika seseorang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih (Potter & Perry, 2006:170).
- 3) Aktivitas kehidupan sehari-hari mencakup, aktivitas kehidupan personal sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, personal hygiene, dan makan (Brooker, 2009:7).
- 4) Kapasitas kerja adalah penggunaan energy dari seseorang untuk bekerja.

b. Kesehatan psikologis

Kesehatan psikologis adalah kemampuan untuk mengelola stress dan mengekspresikan emosi secara tepat. Kesejahteraan emosi melibatkan kemampuan mengenali, menerima dan mengekspresikan perasaan serta menerima keterbatasan diri.

- 1) Gambaran diri (*body image*) dan penampilan adalah sikap individu terhadap tubuhnya sendiri termasuk penampilan fisik, struktur dan fungsinya. Perasaan mengenai citra diri meliputi hal-hal yang terkait dengan seksualitas, feminitas dan maskulinitas, keremajaan, kesehatan dan kekutan (Alimul, 2011:238).
- 2) Pengaruh positif adalah seberapa banyak seseorang mengalami perasaan positif, kepuasan, perdamaian, keseimbangan, kebahagiaan harapan, kegembiraan dan kenikmatan tentang hal - hal baik dalam hidup seseorang dari pandangan dan perasaannya.
- 3) Konsep diri merupakan bagian dari masalah kebutuhan psikososial yang tidak didapat sejak lahir, akan tetapi dapat dipelajari sebagai hasil dari pengalaman seseorang terhadap dirinya yang dapat mempengaruhi hubungannya dengan orang lain, termasuk karakter, kemampuan, nilai, ide dan tujuan (Alimul, 2011:23).
- 4) Pemikiran dan pembelajaran adalah pandangan individu tentang cara dia berfikir, belajar, konsentrasi, mengingat dan mengambil keputusan.
- 5) Spiritual, agama, atau kepercayaan individu merupakan keyakinan terhadap beberapa kekuatan (alam, ilmu pengetahuan, agama atau Tuhan) yang membantu menjadi manusia utuh dan memberikan arti serta tujuan hidup. Hal ini mencakup moral, nilai, dan etika diri orang tersebut (Kozier, 2010:235).

c. Hubungan Sosial

Hubungan sosial adalah kemampuan untuk berinteraksi serta efektif dengan orang lain dan lingkungan (Kozier, 2010:235).

- 1) Hubungan personal adalah sejauh mana perasaan seseorang tentang persahabatan, kasih dan dukungan yang mereka inginkan, kemampuan dan kesempatan untuk mencintai dan menjadi intim dengan orang lain, baik fisik maupun emosional.

- 2) Dukungan sosial adalah suatu dukungan untuk mendapatkan informasi terhadap seseorang atau lebih (Smelzer & Bare, 2002:127).
- 3) Aktifitas seksual adalah keinginan seseorang akan kebutuhan seks dan sejauh mana dia mampu menikmati dan mengekspresikan keinginannya dengan tepat.

d. Lingkungan

Kesehatan lingkungan adalah kemampuan untuk meningkatkan tindakan kesehatan yang memperbaiki standar hidup (Kozier, 2010:235).

- 1) Keamanan lingkungan adalah semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien (Potter & Perry, 2006:115).
- 2) Sumber penghasilan adalah kemampuan finansial seseorang untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat dan nyaman, keputusan dan ketidakpuasan seseorang tentang hal-hal yang menyangkut pendapatan.
- 3) Kesempatan mendapatkan informasi dan ketrampilan baru adalah kesempatan dan keinginan seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru dan merasa berhubungan dengan apa yang sedang terjadi seperti kabar dunia, berita lokal dan informasi yang memiliki relevansi dengan kualitas hidup seseorang.
- 4) Kesempatan rekreasi adalah keinginan dan kesempatan seseorang untuk berpartisipasi dalam rekreasi, liburan dan relaksasi.
- 5) Transportasi adalah ketersediaan sarana dan kemudahan dalam mendapatkan alat transportasi untuk bepergian.

2.3.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup bersifat subjektif yang menggambarkan keadaan perasaan individu terhadap dirinya sendiri, baik dari orang yang menderita penyakit tertentu maupun orang sehat dalam berbagai dimensi yang berdeda-beda dan jumlah item yang berbeda. Adapun salah satu alat ukur yang valid dan *reliable* untuk mengukur kualitas hidup adalah dengan menggunakan *WHOOQOL BREF* dari WHO (Muhaimin, 2009:45).

The World Health Organization's Quality of lifebref (WHOOQOL BREF) merupakan instrument pengukuran yang terdiri dari 2 bagian yaitu kualitas kesehatan secara umum. *WHOOQOL BREF* terdiri dari 26 butir pertanyaan,yaitu 2 item pertanyaan untuk menanyakan tentang kualitas hidup kesehatan secara umum dan 24 item pertanyaan untuk menanyakan tentang kualitas hidup secara keseluruhan yang terdiri dari empat domain kualitas hidup yaitu yang terbagi menjadi 4 domain yaitu kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, dan kondisi lingkungan (WHO, 2008).

Adapun pembagian item pertanyaan untuk keempat domain kualitas hidup adalah sebagai berikut:

- a. Domain fisik (7 item pertanyaan nomor 4, 5, 6, 10, 16, 18, dan 20) yang mencakup tentang aspek tenaga, aktivitas, mobilitas, nyeri, tidur, pengobatan, dan pekerjaan.
- b. Domain psikologis (6 item pertannya yaitu item pertanyaan nomor 7, 8, 11, 19, 22, dan 26) yang mencakup aspek perasaan positif, kognitif, sef esteem, body image, perasaan negative, dan spriritual.
- c. Domain Hubungan Sosial (3 item pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 13, 15, dan 21) yang mencakup hubungan personal, dukungan sosial, dan seks.
- d. Domain Lingkungan (8 item pertanyaan yaitu nomor 3, 9, 12, 17, 23, 24, dan 25) yang mencakup aspek keamanan, lingkungan rumah, keuangan, layanan sosial, informasi, kesenangan, lingkungan fisik, dan transportasi.

2.3.4 Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien kusta

Berdasarkan definisi kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOOQOL)*, persepsi individu mengenai kualitas hidupnya dipengaruhi oleh konteks budaya dan system nilai dimana individu tinggal. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu:

- a. Jenis Kelamin atau Gender

Moons *et al.*, (2004:9) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Ryff dan Singer (dalam Nofitri, 2009:17) mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki- laki dan

perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

b. Usia

Moons *et al.*, (2004:9) dan Dalkey (2002:51) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan Ryff dan Singer (dalam Nofitri,2009:17), individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya.

c. Pendidikan

Moons *et al.*, (2004:10) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Wahl *et al.*, (dalam Nofitri, 2009:17), menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan yang didapat oleh individu.

d. Pekerjaan

Moons *et al.*, (2004:11) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup diantara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja

e. Status Pernikahan

Moons *et al.*, (2004:10) mengatakan adanya perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Menurut Glenn dan Weaver (dalam Nofitri, 2009:18) menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal.

f. Pendapatan

Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (dalam Nofitri, 2009:18) menemukan adanya kontribusi yang cukup besar dari faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif.

2.4 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup

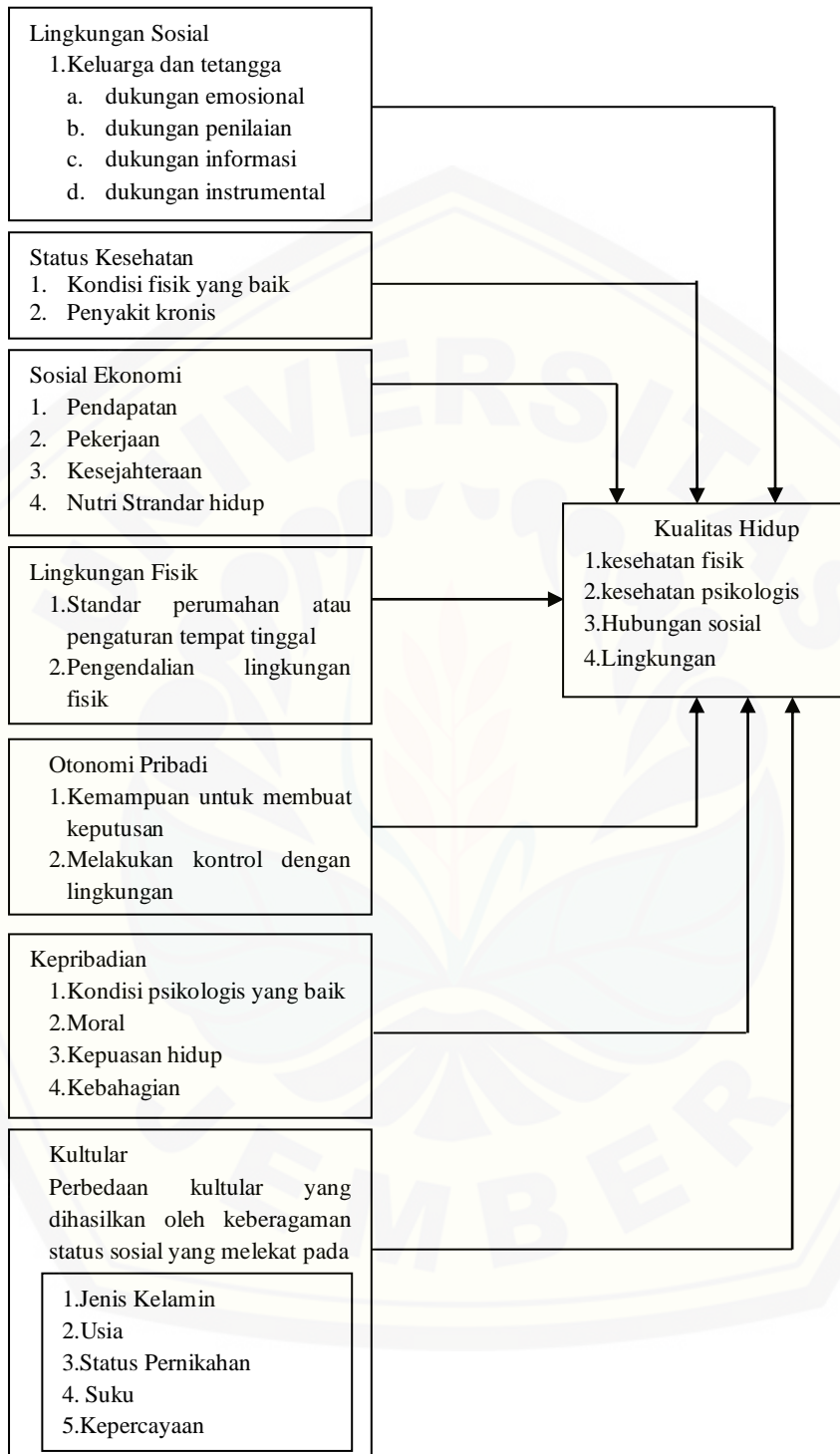
Peran keluarga sangat mempengaruhi fisiologis dan psikologis pasien. Dukungan yang keluarga berikan merupakan salah satu faktor psikologis yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien kusta. Hasil penelitian sebelumnya antara hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta menemukan adanya hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita kusta. Menurut Friedman (2010:186) dalam suatu keluarga ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan salah satunya adalah fungsi perawatan keluarga yakni memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Proses penyembuhan pada penyakit kusta sangat dipengaruhi oleh dukungan yang diberikan keluarga pada penderita. Dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam proses pengobatan, karena keluarga yang bisa memberikan dorongan baik fisik maupun mental untuk penderita.

Keluarga menurut Friedman (2010:145) dibagi menjadi empat yaitu dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan dan dukungan emosional. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mongi (2012:4), menunjukkan bahwa dukungan sosial yang diterima yakni dukungan dalam bentuk kepedulian dan perhatian dari keluarga kepada anggota keluarga penderita kusta yang selalu mendengarkan keluhan penderita, keluarga peduli apabila penderita mengalami nyeri, menyiapkan obat untuk penderita serta selalu mengingatkan penderita untuk berobat secara teratur. Dukungan lainnya yaitu dukungan instrumental. Dalam hal ini keluarga menyiapkan makanan yang cukup untuk penderita, membantu menyuapkannya apabila penderita tidak mampu untuk makan sendiri, peduli terhadap perawatan tubuh serta keluarga juga selalu ikut serta dalam pemeriksaan rutin penderita di puskesmas. Menurut Friedman (2010:188) dukungan penilaian merupakan dukungan keluarga untuk membantu

secara langsung bagi penderita, memberi kenyamanan dan adanya kedekatan dengan penderita.

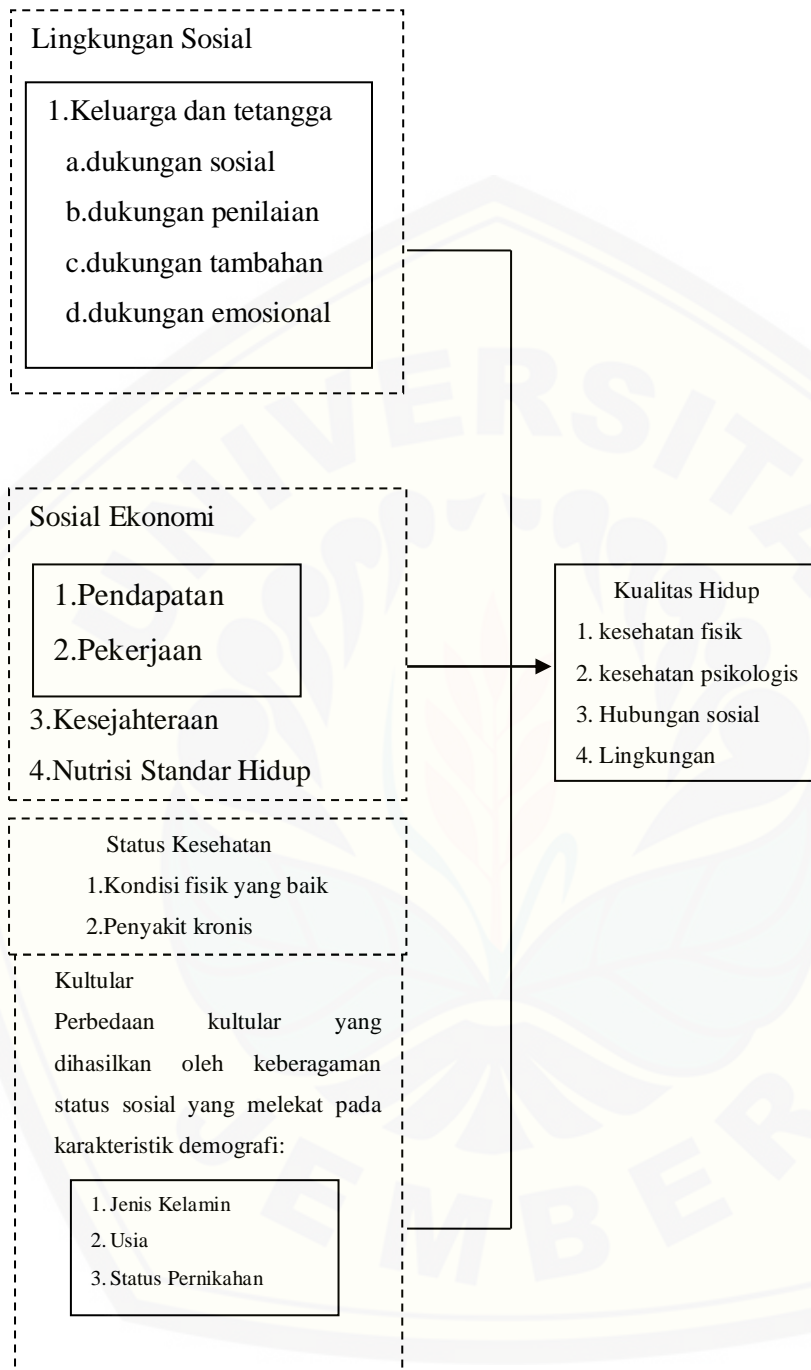
Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan penyebab informasi tentang dunia, jadi dukungan informasi dari keluarga mencakup pemberi nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik (Friedman, 2010:185). Dukungan tambahan yang diberikan keluarga kepada penderita kusta antara lain keluarga memberikan informasi cara minum obat yang benar dan pentingnya berobat secara teratur serta selalu mengingatkan kepada penderita bahwa penyakit kusta dapat disembuhkan apabila berobat secara teratur. Dukungan keluarga yang baik diberikan anggota keluarga yang menderita kusta disebabkan karena keluarga telah mendapat banyak informasi tentang penyakit kusta dari petugas-petugas puskesmas. Dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam peningkatan kualitas hidup, karena keluarga yang bisa memberikan dorongan baik fisik maupun mental untuk penderita.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori
 Kerangka teori tersebut dimodifikasi dari Hugnes dalam Bond dan Corner (2004),
 Koziar (2010), Moons *et al* (2004), dan Friedman (2010).

2.6 Kerangka Konsep



Keterangan: : Diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka konsep

Kerangka konsep dalam penelitian tersebut mengadopsi dari teori Hugnes (1987) dalam Bond dan Corner (2004:48) bahwa kualitas hidup disebabkan oleh 7 domain yaitu Lingkungan Sosial, Lingkungan Fisik, Sosio Ekonomi, Kepribadian, Status Kesehatan, Kultural dan Otonomi Pribadi. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga yang meliputi dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan, dan dukungan emosional. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup.

2.7 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris. Hipotesis tidak dinilai benar atau salah, melainkan diuji dengan data empiris apakah sah (valid) atau tidak (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:45). Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas, maka hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Pasien yang dengan dukungan sosial baik memiliki kualitas hidup yang lebih baik.
- b. Pasien yang dengan dukungan penilaian baik memiliki kualitas hidup yang lebih baik.
- c. Pasien yang dengan dukungan tambahan baik memiliki kualitas hidup yang lebih baik.
- d. Pasien yang mendapat dukungan emosional baik memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian yang bersifat analitik observasional. Penelitian analitik menurut Nazir (2009:54) adalah penelitian yang bertujuan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan variabel bebas dan variabel terikat. Penelitian ini disebut sebagai penelitian observasional karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, bukan memberikan perlakuan atau memberikan intervensi pada subjek penelitian (Budiarto, 2003:56).

Penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional* jika dilihat dari segi waktu. Penelitian *cross sectional* merupakan 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. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2012:37-38).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ini akan dilakukan di Rumah Sakit Kusta Kediri.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB ini dilaksanakan pada bulan Februari 2018 sampai bulan Maret 2018. Penelitian ini dimulai dengan pengumpulan data, pelaksanaan penelitian dan penyusunan laporan skripsi.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:80). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita kusta MB yang sudah terdaftar di Rumah Sakit Kusta Kediri yang menjalani pengobatan pada tahun 2018 berjumlah 163 penderita.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015:81), sedangkan menurut Sastroasmoro dan Ismael (2014:17) sampel adalah sebuah subyek yang didapat dengan cara tertentu dan dianggap mewakili populasi terjangkau. Berdasarkan populasi sebesar kasus kusta dapat ditentukan besar sampel menggunakan rumus proporsi data finit (Sastroasmoro dan Ismael, 2011:89):

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

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 163}{0,10^2(163-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{156,5452}{2,5804}$$

$$n = 60,88 = 61$$

$$\text{Total} = 61$$

Keterangan:

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai distribusi normal baku (tabel Z) pada α (95%) yaitu $1,96^2=3,8416$

p = nilai proporsi kejadian tidak diketahui sehingga dianggap = 0,5

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

d = kesalahan absolut yang dapat ditolerir =0,10

N = jumlah total populasi (163)

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008:93). *Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *purposive sampling* adalah teknik non random sampling sehingga peneliti menentukan pengambilan sampel dengan cara menetapkan ciri-ciri khusus agar tujuan penelitian sesuai. Pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel yang berdasarkan suatu pertimbangan tertentu seperti sifat populasi atau ciri-ciri yang sudah diketahui. (Notoatmojo, 2010:122).

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

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 kualitas hidup 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 keluarga yang terdiri dari dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan, dan dukungan emosional.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan suatu operasional yang diperlukan untuk mengukur konstruk atau variabel (Nazir, 2014:110). Definisi operasional ini juga bermanfaat untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2012:85). Definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi operasional

| No. | Variabel Variabel bebas | Definisi Operasional | Kategori | Skala Data |
|-------------------------|----------------------------|--|---|---------------|
| Karakteristik responden | | | | |
| 1. | Usia | Masa hidup responden mulai dari lahir sampai penelitian dilakukan. | 1. 15- 25 tahun 2. 26-35 tahun 3. 36-45 tahun 4. 46-55 tahun 5. 56-65 tahun 6. 66-76 tahun (Depkes RI, 2013) | Ordinal |
| 2. | Jenis Kelamin | Ciri fisik biologis responden yang membedakan berdasarkan keadaan anatomis. | 1. Laki-laki 2. Perempuan (Kemenkes RI, 2012) | Nominal |
| 3. | Pekerjaan | Aktivitas responden sebagai mata pencaharian utama. | 1. Tidak bekerja 2. Pegawai 3. Wiraswasta 4. Petani/Nelayan /Buruh 5. Lainnya (Risksdas, 2013) | Nominal |
| 4. | Status pernikahan | Suatu ikatan yang sah di dalam hukum dan agama antara pria dan wanita berdasarkan pengakuan responden dan dibuktikan dengan kartu identitas yang berlaku | a. Belum menikah b. Menikah c. Janda/Duda | Nominal |
| 5. | Pendapatan | Jumlah uang yang diterima dari suatu perusahaan dari suatu aktivitas yang dilakukannya. | a. Rp.1.750.000(> UMR) b. Rp.1.750.000(< UMR) | Nominal |
| Variabel bebas | | | | |
| 6. | Dukungan keluarga | Suatu bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada penderita kusta yang terdiri dari dukungan sosial, penilaian, tambahan, dan emosional sehingga merasa diperhatikan | Kuisisioner dengan menggunakan 20 item pernyataan yaitu no 1 sampai 20 dalam bentuk skala <i>dichotomy</i> Baik jika $x \geq 29,97$ Kurang jika $x < 29,97$ | Nominal |

| No. | Variabel Variabel bebas | Definisi Operasional | Kategori | Skala Data |
|------------------|----------------------------|--|---|---------------|
| | Dukungan Sosial | Suatu bentuk dukungan berupa penguatan kepada penderita kusta sebagai makhluk sosial dalam menghadapi dan menjalani kehidupan memerlukan bantuan dari orang-orang sekitar | Kuisisioner menggunakan 5 item pernyataan yaitu no 1 sampai dalam bentuk skala <i>dichotomy</i> Baik jika $x \geq 7,45$ kurang jika $x < 7,45$ | Nominal |
| | Dukungan tambahan | Suatu bentuk dukungan berupa sarana yang tersedia untuk menolong penderita kusta baik berupa pelayanan, menjaga dan merawat saat sakit, dan menyampaikan pesan | Kuisisioner dengan menggunakan 5 item pernyataan yaitu no 1 sampai 5 dalam bentuk skala <i>dichotomy</i> Baik jika $x \geq 7,77$ Kurang jika $x < 7,77$ | Nominal |
| | Dukungan penilaian | Memberikan penilaian positif atau negatif, pujian atau penghargaan, membimbing dan menengahi masalah yang dialami anggota keluarga yang sakit. | Kuisisioner dengan menggunakan 5 item pernyataan yaitu no 1 sampai 5 dalam bentuk skala <i>dichotomy</i> Baik jika $x \geq 7,26$ Kurang jika $x < 7,26$ | Nominal |
| | Dukungan emosional | Ekspresi simpatik dan empati seperti bersikap terbuka, menunjukkan sikap percaya, perhatian dan ekspresi kasih sayang kepada anggota keluarga yang sakit | Kuisisioner dengan menggunakan 5 item pernyataan yaitu no 1 sampai 5 dalam bentuk skala <i>dichotomy</i> Baik jika $x \geq 7,48$ Kurang jika $x < 7,48$ | Nominal |
| Variabel Terikat | | | | |
| 7. | Kualitas Hidup | Persepsi atau pandangan subjektif pasien terhadap kepuasan dan dampak yang dirasakan meliputi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, kesehatan lingkungan | Terdiri dari 26 pertanyaan dalam bentuk skala <i>likert</i> Baik jika $\geq 50-100$ Kurang jika < 50 | Nominal |

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer adalah sumber data yang secara langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2015:225). Data primer yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data yang dikumpulkan mulai tahun 2018 dengan menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner yang dirancang untuk mengukur variabel yang telah ditentukan peneliti. Data primer dalam penelitian

ini yaitu karakteristik penderita meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan dan dukungan keluarga. Data primer ini diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner yang diberikan oleh peneliti dan dijawab langsung oleh responden.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dengan cara membaca, sumber literatur, buku atau melalui pihak kedua biasanya diperoleh melalui badan atau instansi yang bergerak dalam proses pengumpulan data baik oleh instansi pemerintah maupun swasta. Pengumpulan data ini bertujuan untuk mendukung data awal penelitian dari sebagai bahan diskusi (Sugiyono, 2015:308). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari *register kohort* Rumah Sakit Kusta Kediri. Data sekunder ini digunakan untuk menentukan estimasi jumlah sampel penelitian dan rentang waktu penelitian.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2012:139).

b. Dokumentasi

Dokumenasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara memanfaatkan data sekunder yang telah ada (Susila dan Suyanto, 2015:115). Dokumentasi dalam penelitian ini antara lain data *register kohort* Rumah Sakit Kusta Kediri.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti untuk memperoleh data yang dibutuhkan atau yang berkaitan dengan alat yang

digunakan untuk mengumpulkan data (Susila dan Suyanto, 2015:108). Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahui (Arikunto, 2010:194).

a. Kuesioner

Kuesioner adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden, dapat diberikan secara langsung atau melalui pos atau internet. Jenis angket ada dua, yaitu tertutup dan terbuka. Pada penelitian ini kuesioner yang digunakan adalah kuesioner tertutup yakni kuesioner yang sudah disediakan jawabannya, sehingga responden tinggal memilih dan menjawab secara langsung (Sugiyono, 2015:142). Data yang dikumpulkan dalam kuesioner berupa data primer. Pengumpulan data pada penelitian ini, responden akan menjawab pertanyaan yang ada pada kuesioner yang diberikan peneliti dan responden juga akan diberikan *informed consent* sebagai persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian.

b. Data responden

Kuesioner yang diberikan yaitu kuesioner bagian A berupa data responden yang digunakan untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden penelitian yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan dan penghasilan.

c. Pengukuran dukungan keluarga

Kuesioner yang diberikan yaitu kuesioner bagian B untuk mengukur dukungan keluarga. Kuesioner ini disusun yang terdiri dari 20 pernyataan yang mewakili sub variabel dukungan keluarga meliputi dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan dan dukungan emosional yang telah dibuat oleh (Nurmasyithah 2014) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan hasil valid ($r=0,632$) dan reliabel ($R=0,672$). Kuesioner B disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan *dichotomy*.

d. Pengukuran kualitas hidup (WHOQOL-BREF)

Instrumen umum kualitas hidup adalah *World Health Organization Quality Of Life scale* (WHOQOL). Instrumen WHOQOL-BREF, adalah versi singkat WHOQOL 100. WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item, mengukur domain luas meliputi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan, yang memungkinkan untuk digunakan dalam studi penelitian besar atau uji klinis (Webster *et al*, 2010:46).

Instrumen kualitas hidup (WHOQOL-BREF) merupakan instrument yang dibuat oleh tim *World Health Organization* (WHO). Penelitian Sekarwiri (2008:56) instrumen WHOQOL-BREF merupakan suatu instrumen untuk menilai kualitas hidup yang sudah melalui uji validitas dan reliabilitas. Hal ini dibuktikan dengan hasil ukur yang valid ($r=0.89 - 0.95$) dan reliabel ($R=0.66-0.87$). Menurut Raudhah (2012:34) untuk menilai (WHOQOL) – BREF, terdapat empat domain kesehatan fisik, kesejahteraan psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan. Untuk menjawab masing-masing pertanyaan, peserta diminta memilih satu angka dari skala 1 sampai 5. Menurut Skevington (2008:94), alat ukur WHOQOL-BREF tidak memberikan skor menyeluruh yang merupakan gabungan dari tiap dimensi. Skor tiap dimensi yang didapat dari alat ukur WHOQOL-BREF (raw-score) harus di transformasikan sehingga nilai skor dari alat ukur ini dapat dibandingkan dengan nilai skor yang digunakan dalam alat ukur WHOQOL – 100 (WHO Goups, 2008). Skor tiap dimensi (raw-score) ditransformasikan dalam skala 0 – 100.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah dalam suatu penelitian. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih lemah, belum memberikan informasi apapun dan belum siap untuk disajikan. Pengolahan data diperlukan untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan

mendapatkan kesimpulan yang baik (Notoatmodjo, 2012:171). Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Pengeditan atau *editing* adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti selesai mengumpulkan data di lapangan (Bungin, 2010:164). *Editing* merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau daftar pertanyaan apakah jawaban yang ada di daftar pertanyaan sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

b. *Coding*

Coding adalah kegiatan mengklarifikasikan data-data yang sudah dilakukan proses *editing*. Artinya adalah data yang telah diolah tersebut diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis (Bungin, 2010:164).

c. *Scoring*

Angka-angka yang telah tersusun pada tahap pengkodean kemudian dijumlahkan menurut kategori yang telah ditentukan oleh peneliti. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai jawaban terendah pada skala nilai yang telah ditentukan. Hasil perhitungan skor dari masing-masing jawaban tersebut kemudian akan dikategorikan untuk masing-masing variabel penelitian (Nazir, 2014:346).

d. *Processing/entry*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di *entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari daftar pertanyaan ke paket program komputer.

e. *Tabulating*

Tabulating adalah bagian terakhir dari pengolahan data. *Tabulating* adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2010:164).

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Cara penyajian data penelitian dilakukan dalam berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga yakni penyajian dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk grafik, dan penyajian dalam bentuk tabel (Notoatmodjo, 2012:90). Dalam penelitian ini, data yang diperoleh akan disajikan dalam bentuk teks dan tabel.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data bertujuan memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010:180). Hasil dari penelitian ini dianalisis secara kuantitatif. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

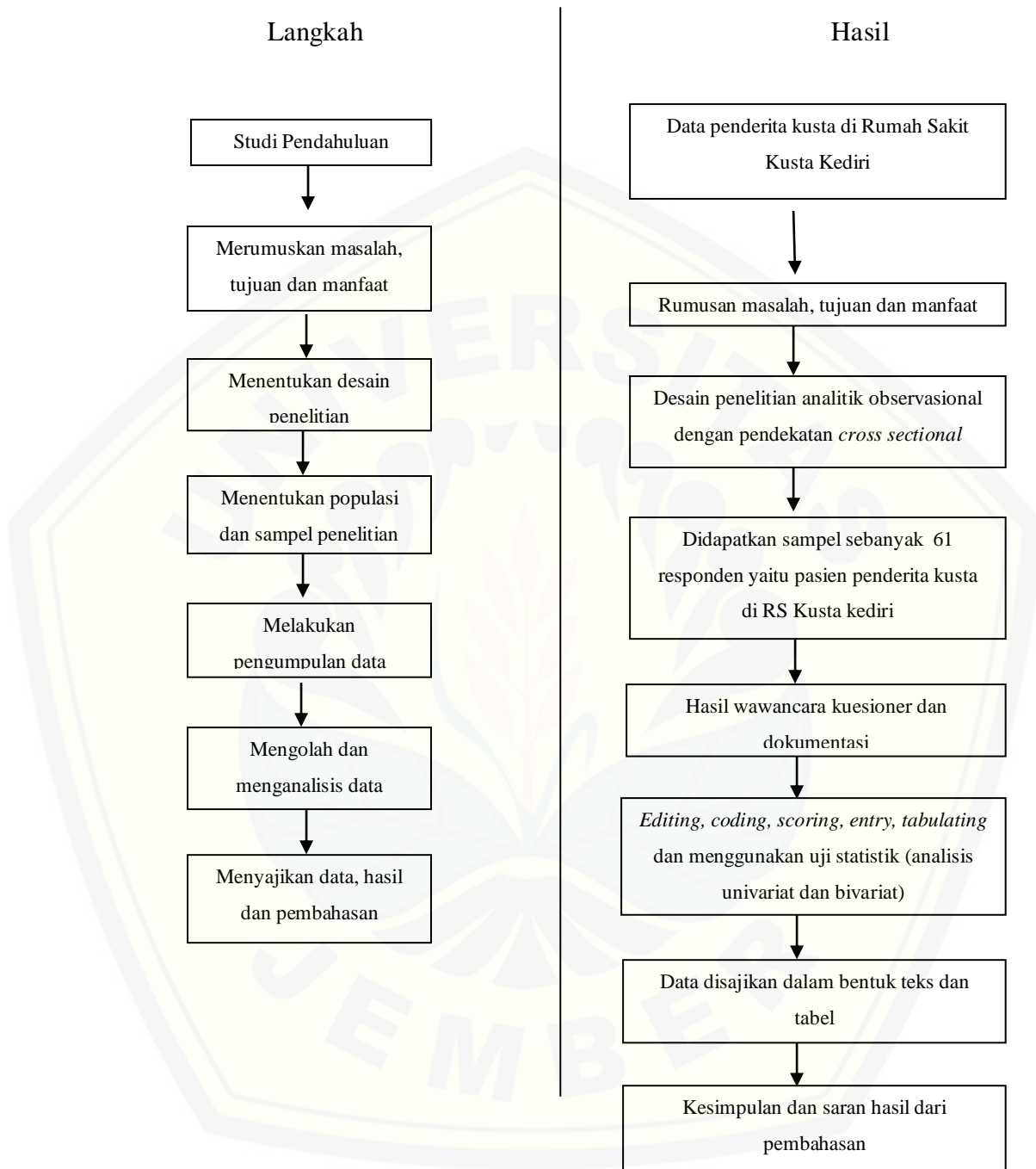
a. Analisis univariabel

Analisis univariabel adalah analisis data yang dilakukan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi baik secara angka-angka mutlak maupun secara presentase disertai dengan penjelasan kualitatif. Analisis univariabel bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariabel dilakukan terhadap tiap variabel hasil penelitian. Analisis univariabel ini bertujuan untuk menunjukkan jumlah dan persentase dari tiap variabel data yaitu mengidentifikasi karakteristik responden, dukungan keluarga dan kualitas hidup penderita kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri.

b. Analisis bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012:183). Analisis bivariabel dilakukan untuk menjawab hubungan antara variabel bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji statistik yaitu uji *Chi Square*, yang tujuannya untuk melihat hubungan variabel independen (dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan sosial, penilaian, tambahan dan emosional) terhadap variabel dependen (kualitas hidup penderita kusta) (Hastono.2007:115). Analisa ini dilakukan menggunakan tabel silang yang dikenal dengan baris kali kolom (b x k). Hasil yang diperoleh kemudian diinterpretasikan untuk menolak dan menerima hipotesis, dengan ketentuan $p\text{-value} < 0,05$ maka H_0 ditolak, dan jika $p\text{-value} > 0,05$ maka H_0 diterima. Analisis selanjutnya menunjukkan kesimpulan adanya hubungan antara dua variabel secara bermakna atau tidak bermakna dilihat dari *Odd Ratio* (OR). Besar kecilnya nilai OR menunjukkan besarnya keeratan hubungan antar dua variabel yang diuji (Notoatmodjo, 2012:184).

3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita kusta di RS Kusta Kediri, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Mayoritas penderita kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri berjenis kelamin laki-laki dan sebagian besar sudah menikah dan bekerja. Pendapatan sebagian responden termasuk kategori rendah yaitu masih berada <UMR.
- b. Dukungan keluarga yang diterima penderita kusta di RS Kusta Kediri mayoritas memiliki dukungan keluarga yang baik. Dimana dari empat aspek yang meliputi dukungan sosial, dukungan tambahan, dukungan penilaian dan dukungan emosional termasuk dalam kategori baik.
- c. Kualitas hidup pada penderita kusta di RS Kusta Kediri mayoritas dalam kategori baik.
- d. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga yang meliputi dukungan sosial, dukungan tambahan, dukungan penilaian, dan dukungan emosional dengan kualitas hidup penderita kusta tipe MB di RS Kusta Kediri dengan nilai OR sebesar 20,0 dimana responden dengan dukungan keluarga baik memiliki peluang 20 kali lebih baik terhadap kualitas hidup.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a. Bagi Rumah Sakit

Dapat menjadi masukan bagi Rumah Sakit agar memberikan layanan konseling terpadu meliputi penyuluhan kepada keluarga penderita kusta tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita kusta agar saat

penderita kusta menjalani pengobatan lebih percaya diri bahwa kusta bisa disembuhkan.

b. Bagi Keluarga Penderita Kusta

Pada keluarga penderita kusta selaku orang yang terdekat dan dipercaya oleh penderita diharapkan selalu memberikan dan meningkatkan dukungan keluarga seperti perhatian kepada penderita, tidak mengucilkan penderita, dukungan dalam pengawasan agar minum obat secara teratur sampai dengan sembuh dan membangun komitmen dalam upaya penyembuhan, mencegah terjadinya kecacatan dan memutus rantai penularan.

c. Bagi Penderita Kusta

Dengan adanya dukungan dari keluarga diharapkan menjadi motivasi untuk meningkatkan proses pengobatan kusta agar setidaknya mampu mencegah penularan penyakit dan mencegah keparahan kecacatan kusta yang diderita.

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin. 2003. *Kusta*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Alimul, H.A. 2011. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azmi, N. 2012. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe II di poliklinik endokrin di Rumah Sakit Zaenal Abidin pada tahun 2012. *Skripsi*. Universitas Syiah Kuala Banda Aceh
- Bond, J dan Corner, L. 2004. *Quality of life and Older People*. [serial online]. <https://www.questia.com/library/119515400/quality-of-life-and-older-people> [10 Agustus 2017]
- Bain, M. R . 2003. *Fundamental of Geriatric Medicine*. New York : Springer.
- Brouwers, Brakel, Cornielje, Pokhrel, Dhakal, dan Banstola. 2011. Qualityof life, perceived stigma, activity and participation of people with leprosy-related disabilities in south-east nepal. *Formerly Asia Pasific Disability Rehabilitation Journal*22(1):16-34. <http://dcidj.org/article/viewFile/15/30> [26 Maret 2017]
- Brooker, C. 2009. *Ensiklopedia Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Budiarto. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Bungin, B. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi, dan Kebijakan Publik serta Ilmu-ilmu Soial Lainnya*. Jakarta: Kencana.

Curnelia, I. N. 2016. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pekerjaan Dan *Personal Hygiene* Dengan Kejadian Penyakit Kusta di Kecamatan Kunduran Kabupaten Blora Tahun. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Departemen Kesehatan RI. 2006. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Nasional Penanggulangan TB*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI. 2007. *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Djuanda, A. 2007. *Ilmu Penyakit Kulit Dan Kelamin*. Edisi kelima. Balai Penerbit FKUI. Jakarta

Efendi, F., dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Fadilah, S. Z. 2013. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Penderita Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember.

Fefitliaty, A. 2016. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Kusta Kecacatan tingkat 2 di UPTD Liponsos Kusta Babat Jerawat Surabaya. *Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.

Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Edisi 5. Jakarta: EGC.

Handayani, D., dan Wahyuni. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Lansia Dalam Mengikuti Posyandu Lansia Di Posyandu Lansia

Jetis Desa Krajan Kecamatan Weru Kabupaten Sukoharjo.
Jurnal.STIKES. Volume 9:49-50.

Harahap, M. 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta: Hipokrates.

Harnilawati. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.

Hidayat, A.A dan Aisyah, S. 2009. Hubungan peran keluarga dalam perawatan kesehatan terhadap status kesehatan lansia di wilayah kerja Puskesmas Mojo Kecamatan Bubun Surabaya:42-44. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*. UMS:Surabaya.journal.umsurabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/273

Joseph, A. G., dan Rao, S. 2007. Impact of leprosy on the quality of life. *Bulletin World Health Organization* 77(6):515-517 [serial online]. [http://www.who.int/bulletin/archives/77\(6\)515.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/77(6)515.pdf) [25 Desember 2016]

Kadmaer, Lampus, Tilaar dan Kawatu. 2013. Hubungan antara motivasi dan dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat penderita kusta di wilayah kerja Puskesmas Jailolo. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado*. [serial online]. <https://www.scribd.com/document/332060714/Jurnal-Maria> [5 Oktober 2016]

Kaur, H., dan Brakel, V. M. 2002. Dehabilitation of Leprosy Affected People a Study on Leprosy Affected Beggars. [serial online]. http://lepra2014.ritdns.com/platforms/lepra/files/lr/Dec02/Lep346_355.pdf [26 November 2016]

Kementerian Kesehatan RI 2012. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI 2015. *Info Datin Kusta*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kozier, Erb, Berman, Snyder. 2010. *Buku ajar fundamental keperawatan (Ed.7 vol.2)*. Jakarta: EGC.

Kurniarjo. 2006. *Penderita Cacat Kusta*. [serial online] http://kesehatan.kompas.com/read/2012/04/11/penderita_cacat_kusta [20 Agustus 2017].

Kusuma, H. 2011. Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUP Ciptomangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Jakarta: Universitas Indonesia.

Kuntjoro Z. S. 2002. Dukungan Sosial Pada Lansia. [serial online]. <http://www.psychoshare.com/file-625/psikologi-lansia/dukungan-sosial-pada-lansia.html> [23 Maret 2017].

Maesaroh, S. 2009. Faktor-faktor yang Mempengaruhi dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Jakarta Respiratory Centre (JRC)/PPTI Tahun 2009. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Mansjoer, A. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: FK UI.

Moon, H., Dyne L. V., dan Wrobe K. 2004. *The Circumplex model and Future of Organizational Citizenship Behavior Research*. *Journal Applied of Psychology*. New York: Nova Sciene Publisher:1-22.

Mongi, R. A. 2012. Gambaran Persepsi Penderita Tentang Penyakit Kusta Dan Dukungan Keluarga Pada Penderita Kusta Di Kota Manado. *Skripsi*. Universitas Sam Ratulangi.

- Muhaimin, T. 2009. *Dampak HIV/AIDS dalam keluarga terhadap kualitas hidup anak Disertasi*. Departemen Kependudukan dan Biostatistik FKM-UI.
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nazir, M. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Niven, N. 2002. *Psikologi Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Nofitri. 2009. *Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta. Skripsi*. Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurmasyithah. 2014. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Lepra di Puskesmas Trienggadeng Kabupaten Pidie Jaya tahun 2014. Skripsi*. Universitas Syiah Kuala.
- Nursalam, M. & Kurniawati, N., D. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Info Medika.
- Osterberg, L. & Terrence, B. 2005. Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine* 353:487-497 [serial online]. <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/projectes/webquest/WQ1/docs/osterberg.pdf>. [23 Maret 2017].
- Potter, P. A dan Perry, A. G. 2009 . *Buku ajar fundamental keperawatan*. Edisi 7: Buku Kedokteran
- Rochaety, E. 2007. *Metodologi Penelitian Bisnis dengan Aplikasi SPSS*. Edisi Pertama. Jakarta: Mitra Wacana Media.

- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-5. Jakarta: Mandar Maju.
- Sepfitri, N. 2011. Pengaruh dukungan social terhadap motivasi berprestasi siswa MAN 6 Jakarta. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Negeri Syarif Hidayatullah.
- Suharjo. 2003. *Perencanaan Pangan Dan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Susanto, N. 2006. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kecacatan Penderita Kusta. *Tesis*. Yogyakarta: Pascasarjana Univeristas Gadjah Mada.
- Susanto, Sahar, Permatasari dan Putra. 2013. *Perawatan Klien Kusta di Komunitas*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Susila., Suyanto. 2015. *Metode Penelitian Cross Sectional*. Klaten: Bosscript.
- Smeltzer, C. S., Brunner dan Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan MedikalBedah*. Jakarta: EGC.
- Rahayu, D.A. 2012. Dukungan psikososial keluarga penderita kusta di Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Keperwatan Universitas Muhammadiyah*. [serial online]. <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/download/06/555> [26 Juli 2017]: 148-150.
- Tsutsumi, Izautsu, Islam, Maksudan, Kato, dan Wakai. 2007. The quality of life, mental health, and perceived stigma of leprosy patients in Bangladesh. *Social Sciences and Medicine* 64(2007): 2443-2453. [serial online] [http://www.who.int/bulletin/archives/77\(6\)515.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/77(6)515.pdf) [23 Oktober 2017].
- Umayana. 2016. Gambaran Status Kecacatan Kusta Pada Penderita Kusta di Kabupaten Blora. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>. Volume 4:139-142.

Videbeck, S. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Vika, Siagian, M., dan Wangge, G. 2016. Validity and reliability of morisky medication adherence scale 8 bahasa version to measure statin adherence among military pilots. *Health Science Journal of Indonesia* 7(2): 129-133. [serial online] <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/HSJI/article/download/5343/4638> [12 April 2017].

Widyastuti, Yani. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitramaya.

World Health Organization. 2003. Adherence to Long-Term Therapies Evidence for Action. [serial online]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf> [15 Januari 2017]

World Health Organization. 2015. Weekly Epidemiological Record. *World Health Organization* 90(36):461-476. [serial online]. <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf> [23 Maret 2017].

Yuniarasari, Y. 2013. Faktor resiko yang berhubungan dengan kusta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Universitas Negeri Semarang [serial online] <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/3163/2928>. [12 Maret 2017]

Yusra, A. Hubungan dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas panjatan 2 Kabupaten Kulon Progo. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Universitas Gajah Mada. <https://journal.ugm.ac.id/bkm/article/downloadSuppFile/7886/229> [14 Maret 2017]

LAMPIRAN

Lampiran A. Pengantar Kuesioner

Kepada
Yth. Bapak/Ibu
Di Kota Kediri

Dengan Hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara dukungankeluarga dengan kualitas hidup penderita kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka peneliti dengan sangat hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan mendapatkan kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas perhatian dan kesediaan Anda mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Kediri, 2018

Penulis

(ILHAM WIRANANTO)

Lampiran B. Lembar *Informed Consent***LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN*****(Informed Consent)***

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. Telp/HP :

Menyatakan bersedia untuk dijadikan responden dari:

Nama : Ilham Wirananto

NIM : 132110101068

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Penderita Kusta tipe MB di Rumah Sakit Kusta Kediri

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberi penjelasan dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya.

Kediri,2018

Responden

()

Lampiran C. Kuesioner Penelitian

No. Responden :

Interviewer :

Tanggal Wawancara :

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

| No. | Karakteristik responden | | |
|-----|-------------------------|--|--------------------------|
| 1. | Nama responden | | |
| 2. | Alamat responden | | |
| 4. | Usia | | |
| 5. | Jenis kelamin | a. Laki-laki b. Perempuan | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Pekerjaan | a. Tidak bekerja b. Pegawai c. Wiraswasta d. Petani/Nelayan/Buruh e. Lainnya | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Status Pernikahan | a. Belum Menikah b. Menikah c. Duda/Janda | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Penghasilan | a. Tinggi (>UMR) b. Rendah (<UMR) | <input type="checkbox"/> |

B. KUESIONER DUKUNGAN SOSIAL 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. Setiap pertanyaan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
3. 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.

Dukungan Sosial

| No | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Keluarga jarang menghibur saya | | |
| 2 | Keluarga memberikan perhatian lebih kepada saya | | |
| 3 | Keluarga saya melarang saya bergaul dengan masyarakat | | |
| 4 | Keluarga mencari informasi tentang penyakit yang saya alami | | |
| 5 | Keluarga meyakinkan saya untuk selalu percaya diri agar cepat sembuh | | |

Dukungan Penilaian

| No | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Keluarga selalu mengingatkan untuk teratur mengkonsumsi obat | | |
| 2 | Keluarga saya memberikan penghargaan positif setiap usaha saya berobat untuk kesembuhan penyakit | | |
| | | Ya | Tidak |
| 3. | Keluarga memberikan arahan tentang cara merawat penyakit saya | | |
| 4. | Keluarga selalu memperhatikan makanan yang dikonsumsi | | |
| 5. | Keluarga selalu mendukung saya untuk berobat agar cepat sembuh | | |

Dukungan Tambahan

| No | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Keluarga membiayai pengobatan saya | | |
| 2 | Keluarga membantu perawatan penyakit saya | | |
| 3 | Keluarga mensupport saya agar tetap menjalani pengobatan dengan rutin | | |
| 4 | Keluarga saya selalu membantu saya memenuhi kebutuhan sehari-hari saya selama saya sakit | | |
| 5 | Selama saya sakit saya sering dijauhi oleh keluarga saya | | |

Dukungan Emosional

| No | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| 1 | Keberadaan keluarga membuat saya aman berada di rumah | | |
| 2 | Keluarga selalu menanyakan tentang keadaan saya | | |
| 3 | Keluarga selalu mendampingi saya ketika sakit | | |
| 4 | Keluarga saya selalu mendengar keluhan tentang penyakit saya dan membantu mencari solusinya | | |
| 5 | keluarga saya selalu mengacuhkan saya | | |



Lampiran D. Kuisiener Kualitas Hidup

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan mencentang(√) di kolom jawaban.

| No. | Pertanyaan | Sangat buruk | Buruk | Biasa-biasa saja | Baik | Sangat baik |
|-----|--|------------------------|-----------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 1. | Bagaimana menurut Bapak/Ibu kualitas hidup Bapak/Ibu ? | | | | | |
| | | Sangat tidak memuaskan | Tidak memuaskan | Biasa-biasa saja | Memuaskan | Sangat memuaskan |
| 2. | Seberapa puas Bapak/Ibu terhadap kesehatan Bapak/Ibu ? | | | | | |
| | | Tidak sama sekali | Sedikit | Dalam jumlah sedang | Sangat sering | Dalam jumlah berlebihan |
| 3. | Seberapa jauh rasa sakit fisik Bapak/Ibu mencegah Bapak/Ibu dalam beraktivitas sesuai kebutuhan Bapak/Ibu? | | | | | |
| 4. | Seberapa sering Bapak/Ibu membutuhkan terapi medis dalam kehidupan sehari-hari Bapak/Ibu ? | | | | | |
| 5. | Seberapa Jauh Bapak/Ibu menikmati hidup Bapak/Ibu? | | | | | |

| No. | Pertanyaan | Sangat buruk | Buruk | Biasa-biasa saja | Baik | Sangat baik |
|-----|--|--------------|-------|------------------|------|-------------|
| 6. | Seberapa jauh Bapak/Ibu merasa Hidup Bapak/Ibu berarti? | | | | | |
| 7. | Seberapa jauh Bapak/Ibu mampu berkonsentrasi? | | | | | |
| 8. | Secara umum, seberapa aman Bapak/Ibu rasakan dalam kehidupan Sehari-hari? | | | | | |
| 9. | Seberapa bersih lingkungan tempat tinggal Bapak/Ibu? | | | | | |
| 10. | Apakah Bapak/Ibu memiliki tenaga yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari? | | | | | |
| 11. | Apakah Bapak/Ibu dapat menerima penampilan tubuh Bapak/Ibu ? | | | | | |
| 12. | Apakah Bapak/Ibu dapat memenuhi kebutuhan Bapak/Ibu? | | | | | |
| 13. | Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan Bapak/Ibu dari hari ke hari? | | | | | |
| 14. | Seberapa sering Bapak/Ibu memiliki kesempatan untuk bersenang - senang/rekreasi? | | | | | |

| No. | Pertanyaan | Sangat buruk | Buruk | Biasa-biasa saja | Baik | Sangat baik |
|-----|--|------------------------|-----------------|------------------|-----------|------------------|
| 15. | Seberapa baik kemampuan Bapak/Ibu dalam bergaul? | | | | | |
| | | Sangat tidak memuaskan | Tidak memuaskan | Biasa-biasa saja | Memuaskan | Sangat memuaskan |
| 16. | Seberapa puaskah Bpak/Ibu dengan tidur Bapak/Ibu? | | | | | |
| 17. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kemampuan Bapak/Ibu untuk beraktivitas? | | | | | |
| 18. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kemampuan Bapak/Ibu untuk bekerja | | | | | |
| 19. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu terhadap diri Bpak/Ibu? | | | | | |
| 20. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan hubungan personal/sosial Bapak/Ibu? | | | | | |
| 21. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kehidupan seksual Bapak/Ibu? | | | | | |
| 22. | Seberapa puaskah Bpak/Ibu dengan dukungan yang Bapak/Ibu peroleh dari teman Bapak/Ibu? | | | | | |

| No. | Pertanyaan | Sangat buruk | Buruk | Biasa-biasa saja | Baik | Sangat baik |
|-----|---|--------------|--------|------------------|---------------|-------------|
| 23. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan kondisi tempat tinggal saat ini? | | | | | |
| 24. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu pada layanan kesehatan ? | | | | | |
| 25. | Seberapa puaskah Bapak/Ibu dengan rekreasi yang Bapak/Ibu jalani? | | | | | |
| | | Tidak pernah | Jarang | Cukup sering | Sangat sering | Selalu |
| 26. | Seberapa sering Bapak/Ibu memiliki perasaan negative seperti “feeling blue”(kesepian), putus asa, cemas, dan depresi? | | | | | |

D. Hasil Uji Statistik

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-------------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Dukungan Sosial * Kualitas Hidup | 61 | 100,0% | 0 | 0,0% | 61 | 100,0% |
| Dukungan Tambahan * Kualitas Hidup | 61 | 100,0% | 0 | 0,0% | 61 | 100,0% |
| Dukungan Penilaian * Kualitas Hidup | 61 | 100,0% | 0 | 0,0% | 61 | 100,0% |
| Dukungan Emosional * Kualitas Hidup | 61 | 100,0% | 0 | 0,0% | 61 | 100,0% |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|----|--------|---|------|----|--------|
| Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup | 61 | 100,0% | 0 | 0,0% | 61 | 100,0% |
|---------------------------------------|----|--------|---|------|----|--------|

Dukungan Sosial * Kualitas Hidup

Crosstab

| | | Kualitas Hidup | | Total | |
|-----------------|--------|----------------|-------|-------|--------|
| | | > 50-100 | < 50 | | |
| Dukungan Sosial | > 7,45 | Count | 50 | 3 | 53 |
| | | % of Total | 82,0% | 4,9% | 86,9% |
| | < 7,45 | Count | 5 | 3 | 8 |
| | | % of Total | 8,2% | 4,9% | 13,1% |
| Total | | Count | 55 | 6 | 61 |
| | | % of Total | 90,2% | 9,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,945 ^a | 1 | ,005 | | |
| Continuity Correction ^b | 4,761 | 1 | ,029 | | |
| Likelihood Ratio | 5,577 | 1 | ,018 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,025 | ,025 |
| Linear-by-Linear Association | 7,815 | 1 | ,005 | | |
| N of Valid Cases | 61 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|--------|-------------------------|--------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Dukungan Sosial (> 7,45 / < 7,45) | 10,000 | 1,579 | 63,316 |
| For cohort Kualitas Hidup = > 50-100 | 1,509 | ,879 | 2,592 |
| For cohort Kualitas Hidup = < 50 | ,151 | ,037 | ,623 |
| N of Valid Cases | 61 | | |

Dukungan Tambahan * Kualitas Hidup

Crosstab

| | | Kualitas Hidup | | Total | |
|-------------------|--------|----------------|-------|-------|--------|
| | | > 50-100 | < 50 | | |
| Dukungan Tambahan | > 7,77 | Count | 50 | 3 | 53 |
| | | % of Total | 82,0% | 4,9% | 86,9% |
| | < 7,77 | Count | 5 | 3 | 8 |
| | | % of Total | 8,2% | 4,9% | 13,1% |
| Total | | Count | 55 | 6 | 61 |
| | | % of Total | 90,2% | 9,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 7,945 ^a | 1 | ,005 | | |
| Continuity Correction ^b | 4,761 | 1 | ,029 | | |
| Likelihood Ratio | 5,577 | 1 | ,018 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,025 | ,025 |
| Linear-by-Linear Association | 7,815 | 1 | ,005 | | |
| N of Valid Cases | 61 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|--------|-------------------------|--------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Dukungan Tambahan (> 7,77 / < 7,77) | 10,000 | 1,579 | 63,316 |
| For cohort Kualitas Hidup = > 50-100 | 1,509 | ,879 | 2,592 |
| For cohort Kualitas Hidup = < 50 | ,151 | ,037 | ,623 |
| N of Valid Cases | 61 | | |

Dukungan Penilaian * Kualitas Hidup

Crosstab

| | | Kualitas Hidup | | Total | |
|--------------------|--------|----------------|-------|-------|--------|
| | | > 50-100 | < 50 | | |
| Dukungan Penilaian | > 7,26 | Count | 53 | 3 | 56 |
| | | % of Total | 86,9% | 4,9% | 91,8% |
| | < 7,26 | Count | 2 | 3 | 5 |
| | | % of Total | 3,3% | 4,9% | 8,2% |
| Total | | Count | 55 | 6 | 61 |
| | | % of Total | 90,2% | 9,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 15,454 ^a | 1 | ,000 | ,005 | ,005 |
| Continuity Correction ^b | 9,907 | 1 | ,002 | | |
| Likelihood Ratio | 9,092 | 1 | ,003 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | | |
| Linear-by-Linear Association | 15,201 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 61 | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|--------|-------------------------|---------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Dukungan Penilaian (> 7,26 / < 7,26) | 26,500 | 3,136 | 223,900 |
| For cohort Kualitas Hidup = > 50-100 | 2,366 | ,807 | 6,935 |
| For cohort Kualitas Hidup = < 50 | ,089 | ,024 | ,332 |
| N of Valid Cases | 61 | | |

Dukungan Emosional * Kualitas Hidup

Crosstab

| | | Kualitas Hidup | | Total | |
|--------------------|-------|----------------|-------|-------|--------|
| | | > 50-100 | < 50 | | |
| Dukungan Emosional | >7,48 | Count | 54 | 4 | 58 |
| | | % of Total | 88,5% | 6,6% | 95,1% |
| | <7,48 | Count | 1 | 2 | 3 |
| | | % of Total | 1,6% | 3,3% | 4,9% |
| Total | | Count | 55 | 6 | 61 |
| | | % of Total | 90,2% | 9,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 11,490 ^a | 1 | ,001 | | |
| Continuity Correction ^b | 5,739 | 1 | ,017 | | |
| Likelihood Ratio | 6,289 | 1 | ,012 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,023 | ,023 |
| Linear-by-Linear Association | 11,302 | 1 | ,001 | | |
| N of Valid Cases | 61 | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|---|--------|-------------------------|---------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Dukungan Emosional (>7,48 / <7,48) | 27,000 | 1,992 | 365,881 |
| For cohort Kualitas Hidup = > 50-100 | 2,793 | ,563 | 13,860 |
| For cohort Kualitas Hidup = < 50 | ,103 | ,030 | ,357 |
| N of Valid Cases | 61 | | |

Dukungan Keluarga * Kualitas Hidup

Crosstab

| | | Kualitas Hidup | | Total | |
|-------------------|---------|----------------|-------|-------|--------|
| | | > 50-100 | < 50 | | |
| Dukungan Keluarga | > 29,97 | Count | 50 | 2 | 52 |
| | | % of Total | 82,0% | 3,3% | 85,2% |
| | < 29,97 | Count | 5 | 4 | 9 |
| | | % of Total | 8,2% | 6,6% | 14,8% |
| Total | | Count | 55 | 6 | 61 |
| | | % of Total | 90,2% | 9,8% | 100,0% |

Chi-Square Tests

| | Value | Df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 14,259 ^a | 1 | ,000 | | |
| Continuity Correction ^b | 10,048 | 1 | ,002 | | |
| Likelihood Ratio | 9,899 | 1 | ,002 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | ,003 | ,003 |
| Linear-by-Linear Association | 14,025 | 1 | ,000 | | |
| N of Valid Cases | 61 | | | | |

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,89.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

| | Value | 95% Confidence Interval | |
|--|--------|-------------------------|---------|
| | | Lower | Upper |
| Odds Ratio for Dukungan Keluarga (> 29,97 / < 29,97) | 20,000 | 2,902 | 137,837 |
| For cohort Kualitas Hidup = > 50-100 | 1,731 | ,962 | 3,113 |
| For cohort Kualitas Hidup = < 50 | ,087 | ,018 | ,405 |
| N of Valid Cases | 61 | | |

Lampiran E. Surat Ijin Penelitian

| | | |
|---|---|---|
|  | KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI | |
| | UNIVERSITAS JEMBER | |
| | FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT | |
| | Jalan Kalimatan 37 Kampus Tegal Boto Kotak Pos 159 Jember 68121 | |
| | Telepon (0331) 337878, 322995, 322996, 331743 Faksimile (0331) 322995 | |
| | Laman : www.fkm.umcj.ac.id | |
| Nomor | : 000 / UN25.1.12 / SP / 2018 | 26 FEB 2018 |
| Lampiran | : Satu bendel | |
| Hal | : Permohonan Ijin Penelitian | |
| Yth. Direktur Rumah Sakit Kusta Kota Kediri Kediri | | |
| Dalam rangka menyelesaikan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka kami mohon dengan hormat ijin bagi mahasiswa yang namanya tersebut di bawah ini, untuk melaksanakan penelitian : | | |
| Nama | : Ilham Wirananto | |
| NIM | : 132110101068 | |
| Judul penelitian | : Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di RS Kusta Kediri | |
| Tempat penelitian | : Rumah Sakit Kusta Kota Kediri | |
| Lama penelitian | : Maret – April 2018 | |
| Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan proposal penelitian. Atas perhatian dan perkenannya kami sampaikan terima kasih. | | |
| | | Wakil Dekan Bidang Akademik,   Dr. Pinda Wahyu Ningtyias, M.Kes. NIP. 198810092005012002 |



**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
UNIT RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI**

Jl. Veteran No. 48 Telp. 773895, 771062 Fax. 773479 Kediri, Kode Pos 64112

Kediri, 19 Maret 2018

Nomor : 445/012/DIKLAT-RSKK/III/18 Kepada
Lampiran : - Yth Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Perihal : Ijin Penelitian Universitas Jember

Menindak lanjuti surat saudara Perihal Permohonan Ijin Penelitian, dengan ini disampaikan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan dan memberikan ijin kepada ,

Nama Ketua : ILHAM WIRANANTO
NIM : 132110101068
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Kualitas Hidup Penderita Kusta Tipe MB di RS Kusta Kediri

Selain itu ada hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

7. Peneliti / Mahasiswa wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RS Kusta Kediri.
8. Menyerahkan hasil penelitian kepada Bidang Diklat sejumlah 1(satu) Eksemplar.

Demikian atas perhatian dan kerja samanya yang baik di ucapkan terima kasih.



HADI SANTOSO, S.Kep. Ns
NIP. 19730703 199603 001



Lampiran F. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan responden



Gambar 2. Wawancara dengan responden



Gambar 3. Pengisian kuisisioner



Gambar 4. Wawancara dengan responden