



**HUBUNGAN PELAKSANAAN FUNGSI AFEKTIF  
KELUARGA DENGAN TINGKAT HARGA DIRI KLIEN  
KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANGGUL  
DAN SUMBERBARU KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh:  
**Ayesie Natasa Zulka**  
**NIM 112310101032**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**HUBUNGAN PELAKSANAAN FUNGSI AFEKTIF  
KELUARGA DENGAN TINGKAT HARGA DIRI KLIEN  
KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANGGUL  
DAN SUMBERBARU KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

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

oleh:  
**Ayesie Natasa Zulka**  
**NIM 112310101032**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PELAKSANAAN FUNGSI AFEKTIF  
KELUARGA DENGAN TINGKAT HARGA DIRI KLIEN  
KUSTA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TANGGUL  
DAN SUMBERBARU KABUPATEN JEMBER**

oleh

**Ayesie Natasa Zulka  
NIM 112310101043**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Latifa Aini Susumaningrum, SKep.,MKep., Sp.Kom

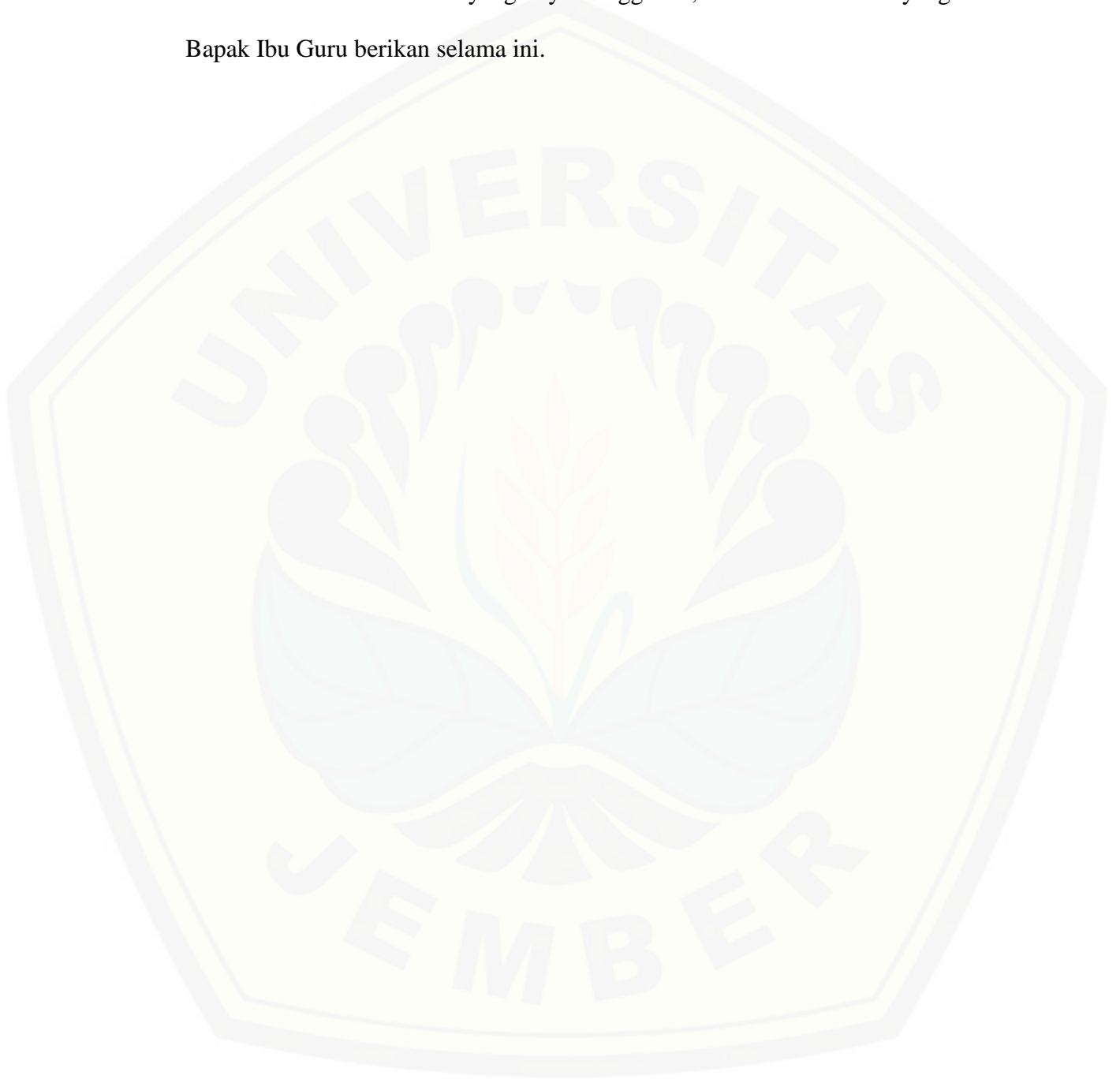
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.KepJ

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. ALLAH SWT, sujud syukur aku persembahkan kepadaMu sehingga aku dapat menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan dengan baik, berkat limpahan rahmat dan ridhoMu yang membuat aku tabah menjalani semua kehidupan ini;
2. Untuk kedua orang tuaku, ayahanda Sukeni dan Ibunda Titin Setyowiningsih yang menjadi motivator dan sumber semangat utama dalam pencapaian gelar sarjanaku, dan tidak pernah bosan mencurahkan perhatian, doa serta pengorbanan baik moral maupun materiil, terima kasih untuk kasih sayang dan ketulusan doamu selama ini serta aku bangga menjadi putrimu;
3. Untuk adikku, Avinta Melinda Putri yang juga menjadi salah satu sumber dukungan dan motivasi selama ini, terima kasih atas segala bentuk dukungannya;
5. Terimakasih untuk pembimbing skripsiku Ns. Latifa Aini S, M.Kep, Sp.Kom dan Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.KepJ yang senantiasa memberikan bimbingan serta semangat untuk selesainya skripsi ini;
6. Untuk sahabat-sahabat terbaikku Siti Muawanah, Chepy Tri Cita W, Dian Diningrum T.P terima kasih sudah menjadi sahabat terbaik, terima kasih atas dukungan semangat dan motivasi selama ini dan untuk teman-teman angkatan 2011 PSIK-UNEJ senang bisa menjadi bagian dari keluarga besar ini;

6. Bapak Ibu Guruku di TK Pertiwi 3, SDN 4 Sambimulyo, SMPN 1 Cluring, SMA N 1 Genteng dan Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang saya banggakan, terima kasih ilmu yang telah Bapak Ibu Guru berikan selama ini.



**MOTTO**

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

*(Al QS. Alam Nasyrah: 2;6;7;8)*

Hiduplah hari ini dengan sebaik-baiknya karena hanya itulah cara untuk mencapai masa depan yang baik.

(Mario Teguh)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

nama : Ayesie Natasa Zulka

NIM : 112310101032

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi mana pun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, Juni 2015

Yang menyatakan,



(Ayesie Natasa Zulka)

NIM 112310101032

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 25 Juni 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Pembimbing I

Latifa Aini S.S.Kep.,M.Kep.,SpKom.  
NIP 197109262009122001

Pembimbing II

Ns.Emi Wuri W.M.Kep.,Sp.Kep J  
NIP 198505112008122005

Penguji I

Hanny Rasni, S.Kp.,M.Kep  
NIP 1976121920022122003

Penguji II

Ns. Erti I Dewi, M.Kep.,Sp.Kep J  
NIP 19811028200604 2 002

Mengesahkan

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Universitas Jember



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep.,M.Kes.  
NIP 19780323200501 2 002



Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga diri Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember  
(*The Correlations Of Family Affective Function Implementation With Level of Self-Esteem Clients Leprosy In The Tanggul And Sumberbaru Region Public Health Center In Jember Regency*)

**Ayesie Natasa Zulka**

*School of Nursing, University of Jember*

**ABSTRACT**

*Low self-esteem is one of the psychological impact experienced by clients leprosy. The family has a role and function to overcome this, one of which is the family affective functions. This study aims to determine the correlation of families affective function implementation with leprosy client's level of self-esteem in two health centers working areas in Jember regency. The research method is analytical observation with cross sectional approach. Used as a sample of 32 respondents from Tanggul and Sumberbaru health centers working area. 53.1% of clients of leprosy in the region of Tanggul and Sumberbaru health center not carry out the function of affective family with 34.8% having high self-esteem Test results using the Spearman rank statistic showed  $p\ 0.911 > 0.05$  with a correlation coefficient of 0.201. so that it can be concluded that there was no significant relationship between the implementation of family affective functions with a level of self-esteem clients leprosy in the region of Tanggul and Sumberbaru health centers in the district of Jember with the relationship very weak. recommendation of this research is to improve the implementation of family affective functions and provide intervention for clients with leprosy who have low self esteem*

**Keywords:** *Leprosy, Self-esteem, affective functions*

**RINGKASAN**

**Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga diri Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember;**Ayesie Natasa Zulka;112310101032;2015;158 halaman;Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Kusta adalah penyakit menular kronis yang diakibatkan oleh bakteri *Mycobacterium Leprae*. Kabupaten Jember termasuk ke dalam 16 kabupaten di Jawa timur yang memiliki angka kejadian kusta diatas 1/10.000 penduduk. Dampak kusta Pada aspek psikologis muncul perasaan kecewa, takut, dan duka yang mendalam terhadap keadaan dirinya, tidak percaya diri, malu, merasa diri tidak berharga dan berguna dan kekhawatiran akan dikucilkan (*self stigma*) (Depkes, 2015). Beberapa dampak psikologis yang ditimbulkan menunjukkan klien kusta mengalami gangguan harga diri rendah. Keluarga merupakan penyedia sumber-sumber penting dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun keperawatan bagi individu sendiri maupun individu lain dalam keluarga. Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi afektif. Fungsi afektif yang dimiliki keluarga sebagai sumber kasih sayang dan *reinforcement* sehingga keluarga membentuk suatu iklim yang positif bagi anggota keluarga di dalamnya.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru didapatkan data bahwa jumlah klien kusta hingga Februari 2015 di wilayah tersebut sebanyak 18 orang dengan tipe kusta MB. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada 2 klien kusta di wilayah kerja sumberbaru didapatkan bahwa mereka cenderung menyembunyikan kondisi mereka karena merasa malu dan takut dijauhi oleh orang disekitar. Hal ini juga didukung dengan pernyataan keluarga klien yang melarang klien keluar rumah sejak mengalami penyakit kusta

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Desain penelitian menggunakan teknik observational analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

Populasi yang digunakan adalah 18 klien kusta di wilayah kerja puskesmas sumberbaru dan 16 klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul. Sampel yang digunakan 32 responden dengan 2 responden *drop out*. Tempat pengambilan data dilakukan di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru dengan menggunakan instrument penelitian yaitu kuesioner. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *pearson product moment* dan *Alpha cronbach*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga responden pada klien kusta di dua wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 79,19. Sebanyak 53,1 %responden melaksanakan fungsi afektif keluarga. Sebanyak 65,6% responden memiliki tingkat harga diri tinggi. Rata-rata nilai gambaran diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan puskesmas Sumberbaru adalah sebanyak 16 responden (50%) memiliki gambaran diri positif dan 16 responden (50%) memiliki gambaran diri negatif

Hasil uji statistik menggunakan *spearman rank* didapatkan hasil  $p = 0,911 > 0,05$  dengan korelasi koefisien 0,201. sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember dengan keeratan hubungan sangat lemah. Tingkat harga diri klien kusta tidak hanya ditentukan oleh pelaksanaan fungsi afektif keluarga tetapi juga berbagai faktor lain. Hal-hal yang dapat meningkatkan harga diri seseorang menurut Coopersmith (1967) diantaranya adalah Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada klien kusta menunjukkan sebagian besar klien kusta menunjukkan keberhasilan dalam berinteraksi dengan lingkungannya keberhasilan yang diperoleh selama dirinya berinteraksi dengan lingkungan. Selain itu sebagian besar responden memiliki gambaran diri yang positif yang dapat menukung tingkat harga diri. Pencegahan lebih lanjut tidak hanya dilakukan pada klien kusta yang memiliki tingkat harga diri tinggi tetapi juga tingkat harga diri yang rendah serta memotivasi keluarga untuk memaksimalkan peran dan fungsi afektifnya.

## PRAKATA

Segala puji syukur penulis ucapkan ke hadirat Tuhan yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember" dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

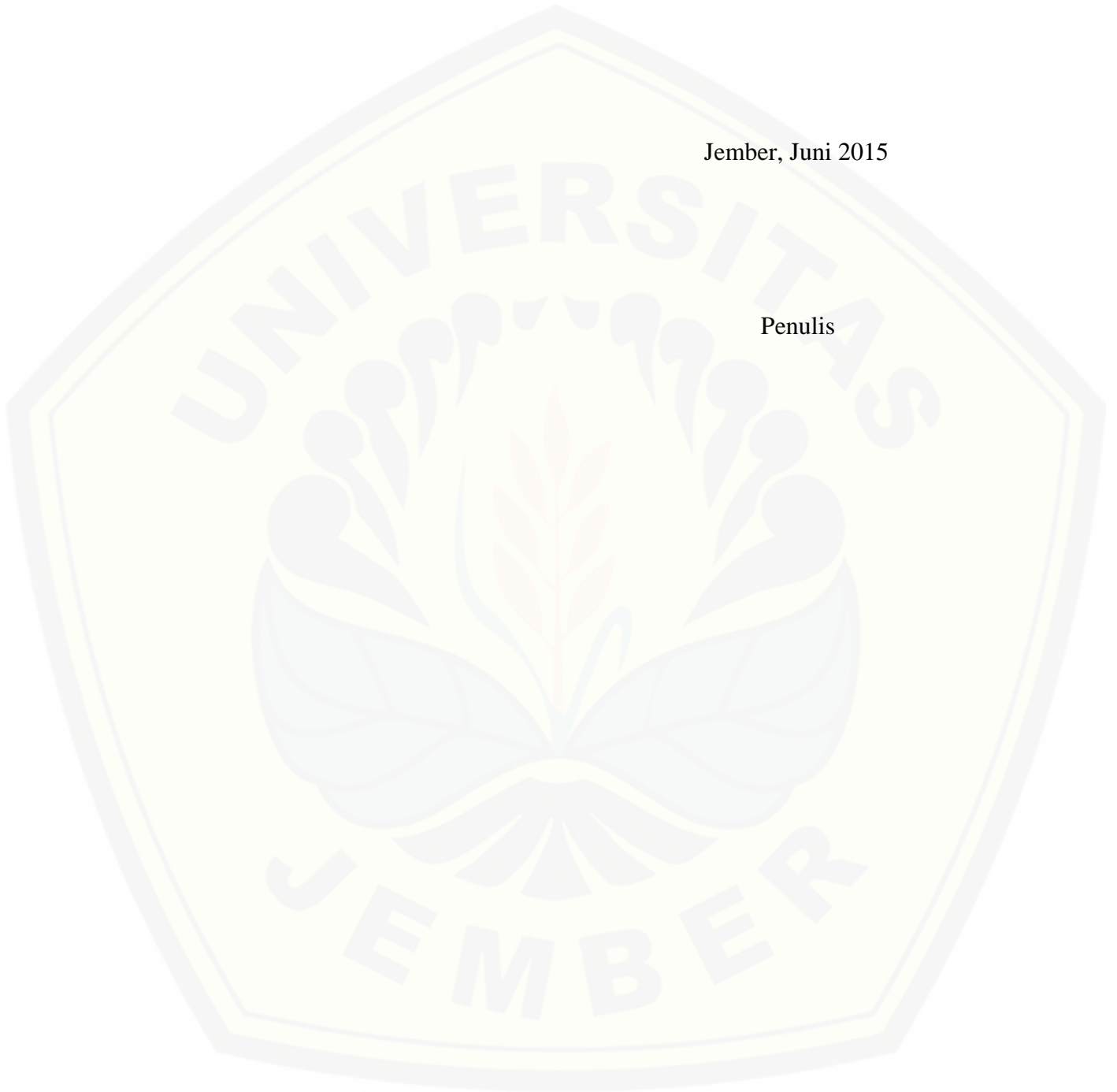
Ucapan terima kasih penulis sampaikan karena skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, yaitu:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Latifa Aini Susumaningrum, SKep,MKep.Sp.Kom selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.KepJ selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns.Dodi Wijaya, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
5. Kedua orang tuaku, Ayahanda Sukeni dan Ibunda Titin Setyowiningsih, serta adikku Avinta Melinda Putri yang selalu mendoakan dan menjadi sumber motivasi demi terselesaikannya skripsi ini;
6. teman-teman PSIK angkatan 2011 yang telah mendukung saya;
7. masyarakat di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru serta petugas kesehatan yang telah membantu selama penelitian;
8. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan proposal skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, Juni 2015

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>ABASTRAK</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	ix
<b>PRAKATA</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xviii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xix
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>9</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	<b>9</b>
1.3.1 Tujuan Umum.....	9
1.3.2 Tujuan Khusus.....	10
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>10</b>
1.4.1 Bagi Peneliti .....	10
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	10
1.4.3 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan.....	11
1.4.4 Bagi Masyarakat .....	11
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	<b>11</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	14
<b>2.1 Konsep Kusta</b> .....	14

2.1.1 Pengertian Kusta.....	14
2.1.2 Penyebab Kusta .....	14
2.1.3 Cara Penularan Kusta .....	15
2.1.4 Tanda Gejala Kusta.. .....	16
2.1.5 Klasifikasi Kusta .....	16
2.1.6 Dampak Kusta .....	17
<b>2.2 Konsep Harga Diri .....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Pengertian Harga Diri.....	19
2.2.2 Rentang Respon Harga Diri.....	21
2.2.3 Klasifikasi Harga Diri.....	21
2.2.4 Dimensi Harga Diri .....	25
2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Harga Diri .....	29
2.2.6 Model Adaptasi Stress .....	29
2.2.7 Alat Ukur Penilaian Harga Diri .....	31
<b>2.3 Gambaran Diri .....</b>	<b>32</b>
2.3.1 Pengertian Gambaran Diri.....	32
2.3.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Harga Diri.....	32
2.3.3 Komponen Gambaran Diri .....	33
<b>2.4 Konsep Keluarga .....</b>	<b>33</b>
2.4.1 Pengertian Keluarga .....	33
2.4.2 Fungsi Keluarga.....	35
2.4.3 Fungsi Afektif Keluarga .....	36
<b>2.5 Konsep Perawat Keluarga .....</b>	<b>39</b>
2.5.1 Pengertian Perawat Keluarga.....	39
2.5.2 Peran Perawat Keluarga.....	40
<b>2.6 Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta.....</b>	<b>42</b>
<b>2.7 Kerangka Teori .....</b>	<b>44</b>
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 Kerangka Konseptual .....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>47</b>

<b>BAB 4. METODE PENELITIAN</b> .....	48
<b>4.1 Desain Penelitian</b> .....	48
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian</b> .....	48
4.2.1 Populasi Penelitian .....	48
4.2.2 Sampel Penelitian.....	49
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	49
4.2.4 Kriteria Sampel .....	50
<b>4.3 Lokasi Penelitian</b> .....	50
<b>4.4 Waktu Penelitian</b> .....	51
<b>4.5 Definisi Operasional</b> .....	51
<b>4.6 Pengumpulan Data</b> .....	53
4.6.1 Sumber Data .....	53
4.6.2 Data Sekunder .....	53
4.6.3 Teknik Pengumpulan Data .....	53
4.6.4 Alat Pengumpulan Data .....	55
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	59
<b>4.7 Pengolahan Data</b> .....	61
4.7.1 <i>Editing</i> .....	61
4.7.2 <i>Coding</i> .....	62
4.7.3 <i>Entry</i> .....	64
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	64
<b>4.8 Analisis Data</b> .....	64
4.8.1 Analisis Univariat.....	64
4.8.2 Analisis Bivariat .....	66
<b>4.9 Etika Penelitian</b> .....	67
4.9.1 <i>Informed Consent</i> .....	67
4.9.2 Kerahasiaan .....	67
4.9.3 Keanoniman.. .....	68
4.9.4 Keadilan .....	68
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	<b>69</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian</b> .....	70



5.1.1 Analisis Univariat.....	70
5.1.2 Analisis Bivariat.....	80
<b>5.2 Pembahasan.....</b>	<b>81</b>
5.2.1 Karakteristik Responden klien Kusta Di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember ...	81
5.2.2 Karakteristik Penyakit Kusta Klien Kusta Di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember ..	86
5.2.3 Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga pada Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember.....	88
5.2.4 Tingkat Harga Diri pada Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember ...	93
5.2.5 Gambaran Diri pada Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember .....	96
5.2.6 Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember.....	97
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>101</b>
<b>5.4 Implikasi Keperawatan .....</b>	<b>101</b>
<b>BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>104</b>
6.1 Kesimpulan.....	104
6.2 Saran .....	105
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

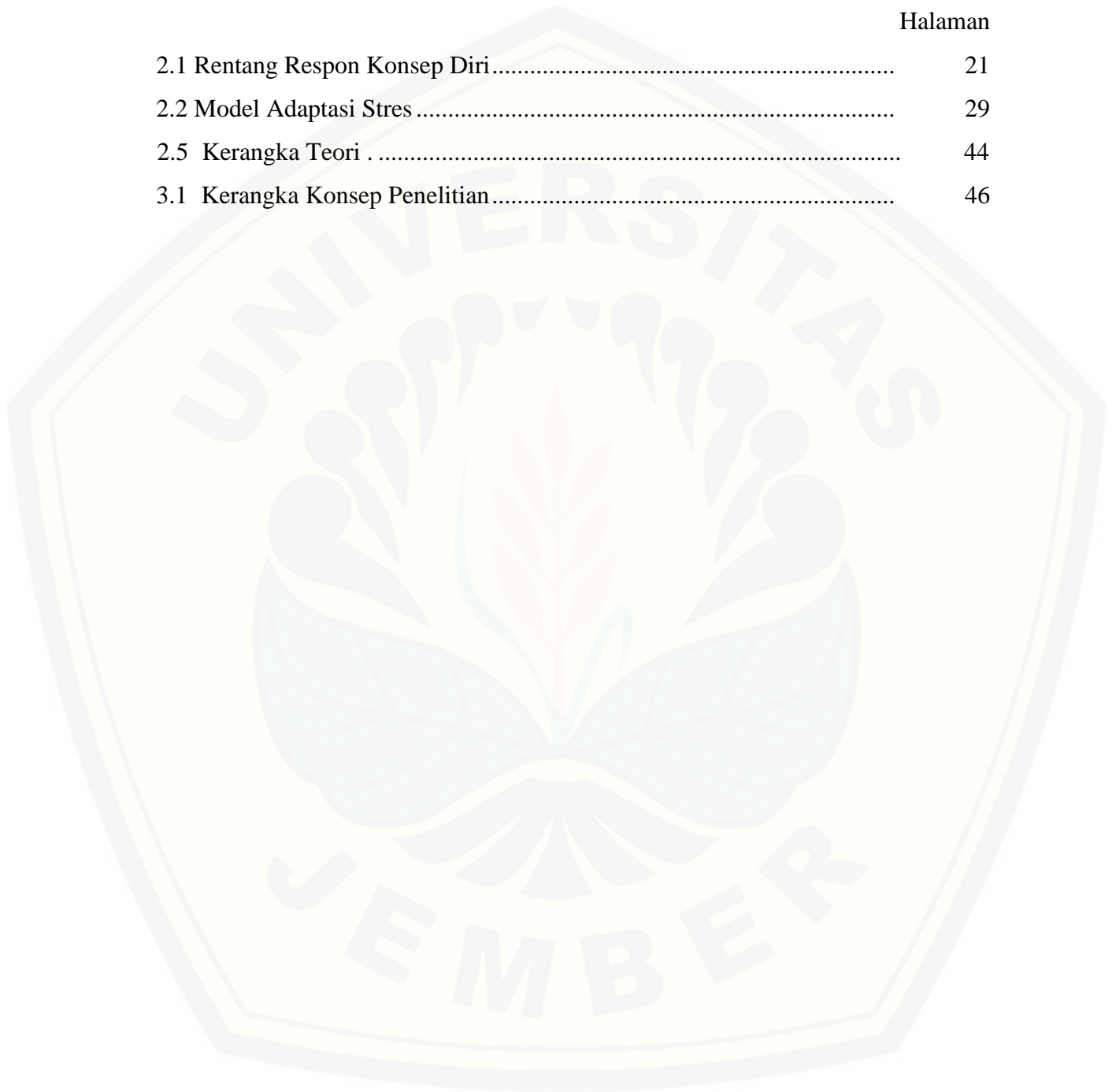
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Tingkat Kecacatan Kusta .....	17
4.1 Definisi Operasional .....	52
4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga.....	57
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Coopersmith Self Esteem Inventory</i> .....	58
4.4 <i>Blue Print</i> Kuesioner Gambaran diri .....	59
4.5 <i>Blue Print</i> Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga Sesudah Uji Validitas.....	60
5.1 Distribusi responden menurut usia pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni tahun 2015 (n=32) .....	70
5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni tahun 2015 (n=32) .....	71
5.3 Distribusi responden menurut lama mengalami kusta pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32) .....	72
5.4 Distribusi responden menurut tipe kusta dan tingkat kecacatan pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32).....	73
5.5 Distribusi responden menurut kategori pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32) .....	74
5.6 Distribusi responden berdasarkan indikator-indikator pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32).....	76

5.7 Distribusi responden berdasarkan tingkat harga diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32).....	78
5.8 Distribusi responden menurut gambaran diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32).....	79
5.9 Hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32).....	80

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Rentang Respon Konsep Diri.....	21
2.2 Model Adaptasi Stres .....	29
2.5 Kerangka Teori .....	44
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	46



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i> .....	113
B. Lembar <i>Consent</i> .....	114
C. Karakteristik Responden .....	115
D. Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga.....	117
E. Kuesioner <i>Rosenberg Self Esteem Scale</i> .....	120
F. Kuesioner Gambaran Diri .....	122
G. Hasil Analisis Data.....	127

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kusta adalah penyakit menular kronis yang diakibatkan oleh bakteri *Mycobacterium Leprae*. Penyakit ini menyerang saraf tepi, kulit, mukosa saluran pernapasan atas, dan mata (*World Health Organization*, 2014). Penyakit kusta termasuk ke dalam golongan *Neglected Tropical Disease* yang merupakan kelompok penyakit parasit dan bakteri yang menyebabkan penyakit substansial di seluruh dunia (*Center for Disease Control and Prevention [CDC]*, 2011). Laporan resmi WHO jumlah penemuan kasus baru selama 2012 adalah 232.857 kasus dan prevalensi kusta pada akhir kuartal pertama 2013 dari 115 negara mencapai 189.018 kasus (*Weekly Epidemiological Record 2013;WHO*, 2014). Penemuan kasus kusta tahun 2012 sebanyak 14.409 kasus meningkatkan angka kecacatan kusta tingkat dua menjadi 0,25 per 100.000 penduduk (*Weekly Epidemiological Record 2013;WHO*, 2014). Indonesia adalah salah satu dari 16 negara di dunia dengan angka penemuan kasus baru kusta lebih dari 1000 kasus selama tahun 2012.

Indonesia menempati urutan ke tiga tertinggi di dunia dengan angka penemuan kasus baru sebanyak 18.994 kasus pada tahun 2012 dan 16.856 kasus baru pada tahun 2013 (*Weekly Epidemiological Record 2013;WHO*, 2014). Penurunan penemuan kasus baru menurunkan kecacatan tingkat dua yang diakibatkan oleh kusta pada tahun 2014 yaitu sebesar 3,01 per 1.000.000 penduduk, turun dari tahun 2013 sebesar 6,82 per 1.000.000 penduduk dan 2012

sebesar 8,71 per 1.000.000 penduduk (ANTARA, 2015). Data tersebut menunjukkan bahwa angka insidensi kusta di Indonesia masih tetap tinggi yaitu lebih dari 1000 kasus per tahun. Ini mengakibatkan Indonesia masuk ke dalam negara endemis kusta

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) dari 33 provinsi yang ada di Indonesia 14 provinsi (42,4%) termasuk dalam beban kusta tinggi dan 19 provinsi lainnya (57,6%) termasuk dalam beban kusta rendah. Provinsi Jawa timur merupakan salah satu provinsi yang termasuk ke dalam jumlah tertinggi kusta di Indonesia dengan *case detection rate* sebanyak 10,80 per 100.000 penduduk. Menurut data dari Dinas kesehatan Jawa Timur rata-rata penemuan penderita kusta di Provinsi Jawa Timur per tahun antara 4.000-5.000 orang. Pada tahun 2012, penemuan penderita baru di Provinsi Jawa Timur sebanyak 4.807 orang (25,5% dari jumlah penderita baru di Indonesia) dengan angka kecacatan pada sebesar 13,2 per 1.000.000 penduduk (Dinkes, 2012). Terdapat 16 kabupaten di provinsi jawa timur yang memiliki prevalensi kusta tinggi yaitu diatas 1/10.000 penduduk.

Kabupaten Jember termasuk ke dalam 16 kabupaten di Jawa timur yang memiliki angka kejadian kusta diatas 1/10.000 penduduk. Prevalensi kusta Tahun tahun 2012 sebanyak 370 orang, tahun 2013 sebanyak 312 orang, dan tahun 2014 sebanyak 288 orang (Dinas Kesehatan Jember, 2014). Kabupaten jember terdiri dari 49 wilayah kerja puskesmas. Lima wilayah peringkat kusta tertinggi di Kabupaten Jember tahun 2014 yaitu wilayah Sumberbaru sebanyak 15 orang, wilayah Tanggul sebanyak 14 orang, wilayah Ajung sebanyak 14 orang, wilayah

Wuluhan sebanyak 14 orang, dan wilayah Balung sebanyak 13 orang. Masih tetap tingginya prevalensi kusta di Kabupaten Jember akan berdampak kecacatan bagi klien kusta.

Kecacatan merupakan salah satu dampak diakibatkan kusta dari aspek fisik. Kusta juga berdampak pada berbagai aspek yaitu dari aspek sosial, psikologi, dan ekonomi. Dampak aspek sosial yang ditimbulkan adalah adanya stigma yang berkembang di masyarakat terkait penyakit kusta serta diskriminasi terhadap klien kusta. Pada aspek ekonomi klien kusta akan kehilangan pekerjaan dan mengalami kemiskinan (Kaur & Van Brakel, 2002 dalam Fadilah, 2013). Pada aspek psikologis muncul perasaan kecewa, takut, dan duka yang mendalam terhadap keadaan dirinya, tidak percaya diri, malu, merasa diri tidak berharga dan berguna dan kekhawatiran akan dikucilkan (*self stigma*) (Depkes, 2015). Perasaan takut dan malu muncul diakibatkan penerimaan oleh masyarakat dan keluarga yang kurang wajar. Perasaan tidak berguna dan menjadi beban bagi orang lain juga muncul sebagai akibat dari kecacatan (Pradita, 2013).

Menurut Potter dan Perry (2005) perubahan yang dialami individu akibat penyakit yang menyebabkan terganggunya kemampuan dalam melakukan aktivitas yang menunjang perasaan berharga dan berguna maka akan mempengaruhi harga diri. Semakin kronis suatu penyakit maka semakin besar pula pengaruhnya bagi harga diri seseorang. Harga diri rendah diekspresikan dalam bentuk kecemasan, ketakutan, ketidakberdayaan, keputusasaan, dan tidak berharga (Stuart, 2013). Beberapa dampak psikologis yang ditimbulkan menunjukkan klien kusta mengalami gangguan harga diri rendah.



Gangguan harga diri pada klien kusta merupakan manifestasi dari beberapa stressor. Adanya kecacatan pada klien kusta merupakan stressor yang dapat mengganggu konsep diri terutama harga diri. Setiap perubahan yang terjadi dalam kesehatan merupakan salah stressor yang mempengaruhi konsep diri (Potter & Perry, 2005). Kecacatan pada klien kusta dianggap hal yang menyeramkan bagi individu maupun masyarakat disekitarnya. Kerusakan fisik yang nyata berupa kecacatan dalam berbagai bentuk yang sangat mengerikan merupakan salah satu faktor penyebab sulitnya masyarakat disekitar dalam menerima keberadaan penderita kusta dan keluarganya (Fajar, 2010). Akhirnya hal ini menimbulkan diskriminasi pada klien kusta. Stigma dan diskriminasi merupakan konsekuensi yang harus diterima oleh klien yang menderita penyakit yang termasuk dalam *Neglected Tropical Disease* seperti kusta (CDC, 2011)

Adanya diskriminasi ini berdampak pada munculnya gangguan harga diri pada klien yang ditunjukkan dengan kurangnya percaya diri, perasaan takut, serta menarik diri dari kehidupan sosial yang akhirnya menyebabkan isolasi sosial bagi klien kusta. Menurut penelitian klien kusta cenderung tidak terbuka dengan penyakit yang dialaminya (Cahyani 2012). Klien kusta merasa sedih dan kecewa pada diri sendiri saat mendapatkan diagnosa kusta (Susanto 2010). Adanya cacat fisik, kehilangan kasih sayang dari orang lain, dan kegagalan dalam mendapatkan penerimaan dari orang lain mengakibatkan rendahnya harga diri (Stuart, 2013). Tanda dan gejala tersebut menunjukkan adanya gejala harga diri rendah pada diri klien

Harga diri rendah pada klien kusta akan berpengaruh pada kondisi psikologis dari klien. Harga diri rendah yang tidak teratasi akan menimbulkan depresi pada klien kusta. Menurut Siagian *et al.* (2009 dalam Fadilah 2013), depresi yang dialami oleh klien kusta akan berpengaruh pada kualitas hidup yang semakin menurun. Gangguan harga diri pada klien kusta yang ditunjukkan dengan sikap malu, kurang percaya diri, dan perasaan tidak berharga yang didukung dengan stigma masyarakat dan diskriminasi ini juga mengakibatkan permasalahan pada terhambatnya penemuan kasus kusta di masyarakat dan terlambatnya pengobatan bagi klien kusta (Depkes, 2015).

Menurut Stuart (2013) harga diri rendah berhubungan dengan tingkah laku dari individu. Harga diri rendah diekspresikan melalui tingkah laku seperti produktivitas menurun, perilaku merusak termasuk diri sendiri, gangguan dalam keterkaitan, lekas marah atau kemarahan yang berlebihan, perasaan negatif tentang tubuh seseorang, keluhan fisik, penarikan sosial, penyalahgunaan zat dan khawatir. Dibutuhkan penatalaksanaan segera untuk mencegah terjadinya risiko akibat harga diri rendah maupun terjadinya harga diri rendah pada klien kusta.

Pencegahan terjadinya risiko merupakan salah satu peran perawat keluarga. Pencegahan yang dilakukan meliputi pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Peran perawat dalam memberikan layanan kesehatan bersifat holistik meliputi bio-psiko-sosio-spiritual secara komprehensif kepada klien dan keluarga. Perawat keluarga melakukan perannya dengan melibatkan keluarga. Perawat keluarga memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan agar keluarga dapat meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan

dalam meningkatkan kesehatan yang optimal bagi setiap anggota keluarga serta mampu melaksanakan peran dan fungsi keluarga secara produktif (Ali, 2009). Keluarga merupakan penyedia sumber-sumber penting dalam pemberian pelayanan kesehatan maupun keperawatan bagi individu sendiri maupun individu lain dalam keluarga. Keluarga sebagai orang terdekat dari klien yang setiap hari selalu berhubungan dengan klien, keluarga menjadi *support system* bagi klien kusta.

*Family support system* (sistem dukungan keluarga) merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga dalam rangka mempertahankan identitas sosial anggota keluarga, memberikan dukungan emosional, bantuan materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat (Rahayu, 2012). Dukungan keluarga mempunyai peran penting dalam proses pengobatan, karena keluarga dapat memberikan dorongan baik dari segi fisik maupun segi psikologis untuk penderita terutama bagi konsep diri klien kusta. Penelitian yang dilakukan oleh Atmaja (2011) mengenai hubungan dukungan keluarga dengan tingkat harga diri pasien kusta di Rumah Sakit Sitanala menunjukkan dukungan keluarga berhubungan signifikan dengan tingkat harga diri pasien kusta.

Dukungan keluarga merupakan bentuk dari peran dan fungsi yang dijalankan oleh keluarga. Keluarga memiliki peran dan fungsi yang harus dijalankan. Keluarga sebagai sebuah sistem sosial mempunyai tugas atau fungsi agar sistem tersebut berjalan. Tugas tersebut berkaitan dengan pencapaian tujuan, integrasi dan solidaritas, serta pola kesinambungan atau pemeliharaan keluarga

(Megawangi, 1999 dalam Sunarti 2012). Salah satu fungsi keluarga adalah fungsi afektif. Fungsi afektif yang dimiliki keluarga sebagai sumber kasih sayang dan *reinforcement* sehingga keluarga membentuk suatu iklim yang positif bagi anggota keluarga di dalamnya. Keberhasilan dari pelaksanaan fungsi afektif keluarga akan membentuk konsep diri yang positif dari keluarga tersebut (Efendi, 2009). Konsep diri terutama harga diri terbentuk pada masa anak-anak dan berkembang seiring perkembangan individu dalam keluarga. Pelaksanaan fungsi afektif keluarga berhubungan dengan pencapaian tujuan psikososial keluarga yang termasuk di dalamnya adalah harga diri.

Pelaksanaan fungsi afektif keluarga dapat dijadikan sebagai sumber koping bagi individu dalam menghadapi stressor. Sumber koping adalah semua hal yang bisa dijadikan alat untuk membantu individu mengatasi stresornya secara konstruktif atau sebaliknya dapat menjadikan individu menggunakan mekanisme pemecahan masalah yang salah (Stuart, 2013). Pada klien kusta sumber koping yang dimiliki akan membantu untuk membentuk mekanisme koping yang nantinya menentukan respon dari klien dalam menghadapi stressor penyakitnya. Mekanisme koping yang baik akan membentuk respon yang adaptif bagi klien, sebaliknya mekanisme koping yang buruk akan membentuk respon maladaptif seperti harga diri rendah hingga depersonalisasi.

Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Fadilah (2013), menunjukkan keluarga dengan klien kusta cenderung tidak perhatian lagi terhadap klien, keluarga juga mengalami perubahan perilaku seperti tidak lagi mau memeluk seperti dulu sebelum menderita kusta dan keluarga jarang mau mendengarkan

curahan hati klien. Respon keluarga yang lain yaitu keluarga menjadi panik, berubah mencari pertolongan termasuk dukun dan pengobatan tradisional, keluarga merasa takut diasingkan oleh masyarakat disekitarnya, berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui masyarakat disekitarnya, dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut tertular (Zulkifli, 2003). Keadaan sakit yang serius dan juga kecacatan yang dialami anggota keluarga sangat mempengaruhi keluarga dan fungsi keluarga (Bahnsen, 1987 dalam Friedman, 2003). Perilaku keluarga dalam menghadapi kondisi sakit maupun cacat anggota keluarganya akan mempengaruhi perkembangan individu sebagai anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003)

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru didapatkan data bahwa jumlah klien kusta hingga Februari 2015 di wilayah tersebut sebanyak 18 orang dengan tipe kusta MB. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada 2 klien kusta di wilayah kerja sumberbaru didapatkan bahwa mereka cenderung menyembunyikan kondisi mereka karena merasa malu dan takut dijauhi oleh orang disekitar. Hal ini juga didukung dengan pernyataan keluarga klien yang melarang klien keluar rumah sejak mengalami penyakit kusta. Orang di sekitar klien seperti tetangga klien juga mengungkapkan bahwa klien tidak pernah keluar rumah sejak sakit dan mereka tidak tahu penyakit klien karena pihak keluarga klien ataupun klien tidak pernah menceritakan penyakit yang dialami. Menurut perawat puskesmas yang bertanggung jawab pada kasus kusta, sebagian klien kusta menyangkal jika dirinya terkena kusta, selain itu juga

terdapat keluarga klien yang melarang klien kusta untuk melanjutkan pengobatan sehingga tidak jarang pengobatan kusta yang harus dijalani tidak dilakukan.

Studi pendahuluan yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanggul didapatkan hasil klien kusta yang terdaftar sebanyak 16 orang dengan tipe kusta MB. Wawancara pada 2 klien kusta di wilayah kerja Puskesmas Tanggul menunjukkan klien cenderung tertutup ketika membicarakan tentang penyakitnya. Klien merasa keluarganya tidak perhatian lagi sejak klien mengalami sakit kusta. Klien juga mengatakan bahwa keluarganya terlihat jijik saat berada bersama klien. Berdasarkan fenomena tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah “adakah hubungan antara Pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember\

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik responden: usia, jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, tingkat kecacatan, dan tipe kusta klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember;
- d. menganalisis hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga terhadap harga diri klien kusta;
- e. mengetahui keeratan hubungan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta.

## 1.4 manfaat

### 1.4.1 bagi peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah untuk menambah pengetahuan dan wawasan mengenai hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember

#### 1.4.2 bagi Institusi Pendidikan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi institusi pendidikan adalah sebagai tambahan referensi dalam pengembangan penelitian mengenai konsep diri pada klien kusta terutama harga diri klien dan sebagai pedoman intervensi bagi keperawatan keluarga berupa optimalisasi pelaksanaan fungsi keluarga

#### 1.4.3 bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi kesehatan adalah data dan hasil yang diperoleh dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk mengoptimalkan program kesehatan dan pembuatan kebijakan dalam penatalaksanaan dampak penyakit kusta bagi konsep diri klien terutama harga diri klien, dengan cara melibatkan dan mengoptimalkan peran dan fungsi keluarga klien.

#### 1.4.4 bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan tambahan informasi bagi masyarakat sehingga nantinya dapat memberikan dukungan bagi klien kusta dan berperan aktif dalam proses kesembuhan klien kusta.

### **1.5 Keaslian Penelitian**

Penelitian terdahulu yang mendukung penelitian sekarang yaitu penelitian yang dilakukan oleh Cahyani (2014) yang bertujuan untuk menganalisis perbedaan harga diri klien kusta antara yang aktif mengikuti kelompok perawatan



diri (KPD) dan tidak aktif mengikuti kelompok perawatan diri (KPD) di Kabupaten Jember Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan menggunakan desain *cross sectional*. Hasil penelitian oleh Cahyani tersebut didapatkan perbedaan harga diri antara klien kusta yang aktif mengikuti KPD dan tidak aktif mengikuti KPD, dengan nilai t positif yakni 4,585. Harga diri kelompok klien yang aktif lebih tinggi dibandingkan harga diri klien yang tidak aktif KPD.

Perbedaan variabel penelitian yang dilakukan oleh Cahyani dengan penelitian sekarang meliputi variabel bebas yakni pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan variabel terikat harga diri klien kusta. Penelitian sebelumnya bertujuan untuk mengetahui perbedaan harga diri klien kusta yang aktif mengikuti KPD dan yang tidak aktif mengikuti KPD dengan uji statistik yang digunakan adalah *t-test independent*. Penelitian saat ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta dengan uji statistik yang digunakan adalah korelasi *spearman rank*.

Penelitian kedua yaitu penelitian yang dilakukan oleh Atmaja pada tahun 2013. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan harga diri pasien kusta di Rumah Sakit Kusta Dr. Sitanala Tangerang. Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional* dengan menggunakan analisa data bivariat menggunakan *chi kuadrat*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta. Perbedaan dengan penelitian yang sekarang yaitu pada variabel bebas. Penelitian terdahulu menggunakan dukungan keluarga sedangkan penelitian

sekarang menggunakan variabel bebas yaitu pelaksanaan fungsi afektif keluarga. Perbedaan selanjutnya adalah pada penelitian terdahulu menggunakan teknik sampling *purposive sampling* dengan sampel penelitian sebanyak 42 orang, sedangkan penelitian saat ini menggunakan teknik sampling *total sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 34 orang.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kusta

#### 2.1.1 Pengertian Kusta

Kusta adalah penyakit menular kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae* yang menyerang kulit, saraf perifer, mukosa dari saluran pernapasan atas dan juga mata (WHO, 2014). Penyakit kusta merupakan penyakit infeksi yang jika tidak diberikan perawatan akan mengakibatkan kerusakan saraf, otot, dan kecacatan yang bersifat permanen (WHO, 2013). Penyakit kusta adalah penyakit menular yang menyebabkan permasalahan yang kompleks, tidak hanya dari medis tetapi penyakit kusta juga menyebabkan permasalahan dari segi sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional (Depkes, 2012). Berdasarkan pembahasan tersebut dapat disimpulkan bahwa kusta adalah penyakit menular bersifat kronis disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae* yang menyerang saraf perifer dan menyebar ke berbagai organ lain seperti mata, kulit, serta saluran pernapasan yang berdampak pada aspek fisik, sosial, ekonomi, budaya, keamanan dan ketahanan nasional.

#### 2.1.2 Penyebab Kusta

Kusta disebabkan oleh bakteri berbentuk batang yang disebut *Mycobacterium Leprae*. Bakteri ini pertama kali ditemukan oleh G.A Hansen pada tahun 1873 yang diidentifikasi sebagai bakteri pertama yang menyebabkan penyakit pada manusia (WHO, 2013). Bakteri *Mycobacterium Leprae* hidup

intraseluler dan memiliki kecenderungan untuk menyerang dan mengikat pada sel saraf dan sel dari sistem retikuloendotelial dengan waktu pembelahan 2-3 minggu (DEPKES,2006), karena waktu pembelahan yang lama dari bakteri ini, maka masa inkubasi dari bakteri ini juga cukup lama yaitu 5 tahun dan menimbulkan gejala hingga 20 tahun kemudian (WHO, 2013). Karakteristik lain dari bakteri ini adalah bersifat gram positif, berukuran lebar 0,3-0,4 mikrometer dan panjang 2-7 mikrometer (Fadilah, 2013).

### 2.1.3 Cara Penularan Kusta

Cara penularan dari penyakit kusta belum diketahui secara pasti, namun secara teoritis mengenai cara masuk bakteri ke dalam tubuh manusia adalah dengan kontak langsung yaitu melalui saluran pernapasan bagian atas dan kontak kulit (Depkes, 2012). *Mycobacterium Leprae* merupakan bakteri yang dapat hidup pada suhu rendah. Bagian tubuh manusia yaitu mata, saluran pernafasan bagian atas, otot, tulang, testis, saraf perifer dan kulit adalah organ yang memiliki suhu lebih rendah jadi dimungkinkan bahwa penularan dan perkembangan bakteri penyebab kusta terjadi pada organ-organ tersebut. Tertularnya individu dengan bakteri penyebab kusta hingga menyebabkan penyakit kusta dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor kekebalan tubuh.

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala Kusta

Penyakit kusta memiliki tanda dan gejala utama yang dapat digunakan dalam penegakan diagnostik penyakit kusta yaitu (Depkes,2012):

- a. kelainan kulit atau lesi yang berupa bercak putih (*Hypopigmentasi*) atau merah (eritema) yang mati rasa dapat terjadi pada rasa raba, suhu, dan sakit secara total atau sebagian (Fadilah, 2013);
- b. peradangan pada saraf tepi yang mengakibatkan penebalan saraf tepi serta gangguan fungsi saraf sensoris, motoris, dan otonom yang ditunjukkan dengan adanya gejala seperti mati rasa, kelemahan, kelumpuhan, kulit kering dan retak;
- c. hasil pemeriksaan hapusan jaringan kulit menunjukkan adanya bakteri tahan asam (BTA). Individu yang telah menunjukkan satu atau lebih dari tiga tanda gejala utama di atas maka dapat dipastikan bahwa individu tersebut terkena kusta (ILEP, 2002).

#### 2.1.5 Klasifikasi Kusta

Menurut Depkes (2012) kusta diklasifikan menjadi dua yaitu tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB). Klasifikasi kusta didasarkan pada tanda gejala yang berupa jumlah lesi dan jumlah saraf yang terganggu yang ditunjang dengan hasil pemeriksaan hapusan jaringan kulit (BTA) positif atau negatif. Tipe *paucibacillary* memiliki karakteristik adanya bercak atau makula berwarna keputihan, berukuran kecil dan besar, memiliki batas tegas, dan terdapat di satu atau beberapa tempat di badan ( pipi, punggung, dada, ketiak, lengan, pinggang, pantat, paha, betis atau pada punggung kaki), dan permukaan bercak tidak berkerengat. Tipe

*multibacillary* memiliki karakteristik berwarna kemerahan, tersebar merata diseluruh badan, berbatas tidak begitu jelas , terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada cuping telinga dan wajah. Penggolongan kusta penting dilakukan untuk menghindari kesalahan regimen obat untuk klien kusta (WHO, 2013)

#### 2.1.6 Dampak Kusta

Kusta menyebabkan dampak bagi klien yang mengalaminya, dampak kusta tersebut antara lain:

##### a. Fisik

Penyakit kusta yang tidak ditangani dan dirawat dengan baik akan berkembang secara progresif dan menimbulkan kerusakan yang permanen pada saraf dan mengakibatkan kecacatan pada anggota gerak dan mata (Susanto, 2010). Gangguan fungsi saraf motorik sensorik juga terjadi pada klien kusta yang dimanifestasikan dengan adanya kelemahan dan kelumpuhan. Kecacatan merupakan istilah yang dipakai untuk meliputi 3 aspek yaitu kerusakan struktur dan fungsi, keterbatasan aktivitas serta masalah partisipasi.

Tabel 2. 1 Tingkat Kecacatan Kusta

<b>Tingkat cacat</b>	<b>Mata</b>	<b>Tangan/kaki</b>
<b>0</b>	Penglihatan normal Tidak ada cacat	Tidak ada cacat dan anestesi
<b>1</b>	Ada kelainan pada mata akibat kusta Penglihatan berkurang (masih dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)	Ada anestesi tetapi tidak ada cacat
<b>2</b>	Penglihatan sangat kurang (tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)	Ada cacat/kerusakan yang terlihat

#### b. Psikologis

Klien kusta pada umumnya merasa rendah diri dan tertekan terhadap penyakitnya. Hal ini diakibatkan oleh sikap penerimaan negatif dari masyarakat terhadap penyakit kusta (Zulkifli, 2003). Penerimaan negatif masyarakat terhadap kusta ditunjukkan dengan adanya persepsi yang salah terhadap kusta, diantaranya adalah anggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit kutukan, dapat menular, menimbulkan luka yang menjijikkan hingga berakibat kepada kecacatan (Rahayu, 2012). Penelitian menunjukkan stigma, diskriminasi, dan penolakan oleh orang lain menimbulkan dampak psikologi yang negatif pada klien kusta (Enwereji, 2011). Klien kusta dapat mengalami depresi apabila kondisi psikologis ini tidak ditangani.

#### c. Ekonomi

Dampak fisik yang ditimbulkan dari kusta menyebabkan klien kusta kesulitan mendapatkan pekerjaan yang mengakibatkan ketergantungan secara fisik maupun keuangan yang nantinya berujung pada kemiskinan (Wati, 2008). Klien kusta yang yang berusia produktif yang mengalami kecacatan akan memberikan dampak yang negatif seperti pengangguran (Djaiman, 1999 dalam Fadilah, 2013).

#### d. Sosial

Adanya ketakutan yang dialami klien kusta di masyarakat (*leprophobia*), kurangnya pengetahuan, adanya isolasi sosial dari masyarakat terhadap klien kusta mengakibatkan munculnya permasalahan sosial. Adanya

stigma negatif terhadap penyakit kusta dan klien yang mengalami kusta menyebabkan rendahnya partisipasi masyarakat dalam pemberantasan kusta (Suryanda, 2007 dalam Susanto, 2010).

## 2.2 Harga Diri

### 2.2.1 Pengertian

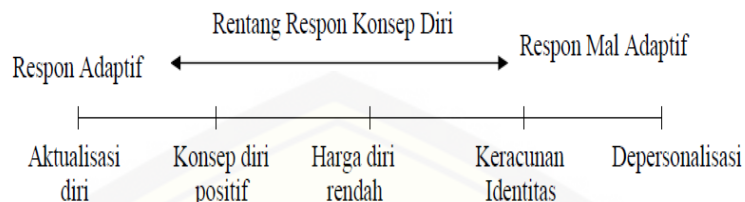
Konsep diri merupakan cara individu dalam melihat dirinya sendiri secara keseluruhan baik dari segi fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual (Sunaryo, 2004). Terdapat lima komponen konsep diri yang dimiliki oleh tiap individu yaitu:

- a. gambaran diri (*Body image*), adalah bentuk dari sikap individu baik disadari maupun tidak disadari terhadap tubuhnya (Stuart, 2013). Sikap ini termasuk persepsi serta perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan, dan potensi di masa lalu dan sekarang;
- b. ideal diri (*Self ideal*), adalah persepsi individu tentang bagaimana dia berperilaku sesuai dengan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai personal tertentu (Stuart, 2013);
- c. peran diri (*self role*) atau *performa* peran adalah serangkaian pola perilaku individu yang diharapkan oleh lingkungan sosial. Peran yang dilakukan individu adalah peran yang terpilih maupun dipilih individu;
- d. identitas diri (*self identity*), adalah prinsip pengelompokan kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu (Stuart, 2013);



e. harga diri (*self esteem*) adalah sebuah penilaian diri individu terhadap dirinya sendiri yang dihasilkan dari analisis perilaku orang lain dengan ideal dirinya (Stuart, 2013). Semakin dekat konsep diri individu dengan ideal dirinya maka semakin baik pula harga diri individu tersebut, dan sebaliknya apabila konsep diri individu dengan ideal dirinya maka akan memperburuk harga diri individu tersebut (Potter & Perry, 2005). Aspek utama yang ada dalam harga diri adalah kasih sayang dan penghargaan dari orang lain. Harga diri seseorang terbentuk melalui pemenuhan kebutuhan dasar sebelumnya seperti kebutuhan akan kasih sayang dan keamanan (Stuart, 2013). Harga diri juga terbentuk mulai dari masa anak-anak dan terus berkembang seiring perkembangan individu tersebut. Harga diri tinggi didapat dari dua sumber yaitu diri sendiri dan orang lain melalui adanya kasih sayang dan penghargaan. Sebaliknya harga diri rendah didapatkan ketika individu kehilangan kasih sayang dan penghargaan dari orang lain. Terbentuknya harga diri dalam diri seseorang akan menimbulkan rasa kepercayaan diri dan meningkatkan produktivitas dari individu tersebut (Asmadi 2008). Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa harga diri adalah komponen dari konsep diri yang merupakan penilaian secara personal sebagai hasil dari analisis perilaku orang lain yang dipengaruhi oleh adanya kebutuhan kasih sayang, keamanan dan penghargaan dari orang lain.

### 2.2.2 Rentang Respon Konsep Diri



Gambar 2.1 Rentang Respon Konsep Diri (Stuart, 2013)

Keterangan:

- a. aktualisasi diri, pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan latar belakang pengalaman yang realistis, sukses dan diterima
- b. konsep diri positif, terjadi apabila individu mengalami pengalaman yang positif dalam beraktualisasi diri
- c. harga diri rendah, transisi antara respon konsep diri yang adaptif dan respon konsep diri maladaptif
- d. keracunan identitas, merupakan kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psososial dewasa yang harmonis (Stuart, 2006)
- e. depersonalisasi, merupakan suatu perasaan tidak realistis dan merasa asing dengan diri sendiri (Stuart, 2006)

### 2.2.3 Klasifikasi

Coopersmith (1967 dalam Waruwu, 2006) membagi harga diri menjadi dua golongan yaitu:

a. harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berasal dari penerimaan diri tanpa syarat, walaupun kesalahan dan kegagalan serta tetap merasa sebagai individu yang berharga dan bernilai. Individu dengan harga diri tinggi memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) dapat mengekspresikan diri dengan baik;
- 2) berhasil dalam membangun hubungan sosial;
- 3) dapat menerima kritik dengan baik;
- 4) percaya pada persepsi dan reaksinya sendiri;
- 5) tidak terpengaruh akan penilaian seseorang tentang kepribadiannya baik positif maupun negatif;
- 6) dapat beradaptasi dengan lingkungan;
- 7) memiliki tingkat kecemasan yang rendah.

Harga diri yang tinggi akan meningkatkan rasa percaya diri, penghargaan diri, keyakinan dan kemampuan diri (Stuart, 2013). Harga diri yang tinggi memiliki manfaat antara lain individu akan semakin kuat dalam menghadapi kesulitan hidup, semakin kreatif dalam bekerja, bersemangat dalam berkarir, memiliki harapan yang besar, dan hormat serta bijak dalam memperlakukan orang lain.

b. harga diri rendah terjadi ketika individu kehilangan kasih sayang, kehilangan penghargaan, dan hubungan interpersonal yang buruk dengan orang lain (Stuart, 2013). Individu yang memiliki harga diri rendah memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) memiliki perasaan inferior;

- 2) takut gagal dalam membina hubungan sosial;
- 3) putus asa dan depresi;
- 4) merasa diasingkan;
- 5) tidak dapat mengekspresikan diri sendiri;
- 6) sangat tergantung pada lingkungan;
- 7) tidak konsisten;
- 8) berperan pasif;
- 9) tidak produktif (Asmadi 2009).

Individu yang memiliki harga diri rendah akan mengalami beberapa hal antara lain mudah merasa cemas, stress, kesepian dan mudah mengalami depresi yang akhirnya berdampak pada masalah sosial, serta dapat merusak diri baik dalam akademik maupun penampilan kerja (Cahyani, 2014). Karakteristik individu dengan harga diri rendah antara lain menghindari situasi yang dapat menyebabkan cemas, merendahkan bakat dirinya, merasa tidak dihargai oleh orang lain, bersikap defensif dan mudah frustrasi, menyalahkan orang lain atas kesalahan sendiri, merasa tidak berdaya, dan mengekspresikan jangkauan emosi yang sempit (Clemes & Bean, 2001 dalam Oktavianti, 2008). Diagnosis NANDA membagi diagnosa untuk harga diri rendah menjadi dua, yaitu (Wilkinson & Ahern, 2011):

- 1) harga diri rendah kronis, merupakan evaluasi diri atau perasaan negative terhadap diri sendiri yang berlangsung cukup lama, dengan batasan karakteristik, yaitu:

- a) evaluasi diri bahwa individu tidak sanggup menghadapi peristiwa tertentu;
  - b) mengungkapkan rasa malu dan bersalah;
  - c) lebih-lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri;
  - d) menolak umpan balik positif;
  - e) bergantung pada pendapat orang lain;
  - f) selalu mencari penguatan secara berlebihan;
  - g) bimbang;
  - h) kurang kontak mata;
  - i) tidak sensitif atau pasif;
  - j) perkataan peniadaan diri.
- 2) harga diri rendah situasional, merupakan perkembangan persepsi negatif tentang harga diri sebagai respon terhadap situasi yang sedang dihadapi pada waktu itu, dengan batasan karakteristik, yaitu:
- a) evaluasi diri bahwa klien tidak sanggup menghadapi situasi atau peristiwa;
  - b) ekspresi diri tidak berguna dan tidak ada harapan;
  - c) perkataan peniadaan diri;
  - d) melaporkan secara verbal tantangan situasional saat ini terhadap harga diri;
  - e) perilaku bimbang dan tidak asertif.

Harga diri rendah dihubungkan dengan adanya perilaku yang tidak sesuai dengan nilai, tahap perkembangan, gangguan citra tubuh, kegagalan dan

penolakan, hambatan fungsi, kurang penghargaan, kehilangan serta perubahan peran sosial

#### 2.2.4 Dimensi Harga Diri

Harga diri memiliki 4 komponen yaitu (Coopersmith, 1967 dalam Sudrajat 2012):

- a. kekuasaan (*Power*) merupakan kemampuan untuk mengatur dan mengontrol tingkah laku dan orang lain. Dimensi ini ditandai dengan adanya penghargaan dan rasa hormat yang didapat individu dari orang lain serta besarnya sumbangan dari pikiran atau pendapat.
- b. keberartian (*Significance*) merupakan bentuk dari kepedulian dan perhatian yang diterima individu dari orang lain. Keadaan ini ditandai dengan kehangatan, keikutsertaan, perhatian, dan kesukaan orang lain terhadap individu tersebut.
- c. kebajikan (*Virtue*) merupakan kemampuan dalam mematuhi standar moral dan etika yang ditandai dengan kepatuhan untuk menghindari tingkah laku yang harus dihindari dan melakukan tingkah laku yang sesuai dengan moral, etika dan agama.
- d. kemampuan (*Competence*) merupakan keberhasilan individu untuk mengerjakan tugas dengan baik. Kemampuan ini diartikan sebagai kesuksesan individu dalam menuruti tuntutan prestasi.

### 2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Harga Diri

Harga diri merupakan bagian konsep diri yang dipengaruhi oleh kemampuan mengontrol seseorang dalam mencapai tujuan hidup dan kesuksesan seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri seseorang menurut Stuart (2013) adalah:

#### a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi merupakan situasi atau keadaan yang menyebabkan individu lebih berisiko untuk mengalami penyakit. Faktor predisposisi yang mempengaruhi harga diri antara lain:

##### 1) Penolakan dari orang terdekat

Penolakan dari orang terdekat seperti keluarga dapat menyebabkan harga diri rendah. Harga diri rendah yang dialami dikarenakan individu mengalami kegagalan dalam hal dicintai baik diri sendiri maupun dari orang lain (Stuart, 2013). Keluarga dengan klien kusta umumnya akan memberikan umpan balik yang negatif terhadap klien kusta seperti mengisolasi klien dengan lingkungan luar karena menganggap penyakit kusta sebagai aib (Zulkifli, 2003).

##### 2) Ideal diri yang tidak realistis

Ideal diri yang tidak tercapai dapat menyebabkan individu kehilangan kepercayaan pada diri sehingga mengakibatkan harga diri rendah. Cita-cita yang tidak realistis mengakibatkan individu menghukum diri sendiri apabila cita-cita tersebut tidak tercapai (Salbiah, 2003). Klien kusta memiliki ideal diri yang tinggi saat sebelum sakit dan ideal diri tersebut tidak tercapai

ketika penyakit kusta yang dialami menghambat dalam pencapaian ideal dirinya. Hal ini akan mengakibatkan hilangnya kepercayaan diri dari klien kusta (Fajar, 2010)

### 3) Kegagalan yang berulang

Pengalaman mendapatkan kegagalan atau kesuksesan dapat meningkatkan atau menurunkan harga diri seseorang (Tarwoto dan Wartonah, 2011). Kegagalan dalam berbagai aspek kehidupan dapat dialami oleh klien kusta dikarenakan kondisi fisik sehingga akan terpengaruh pada harga diri klien kusta.

#### b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi yang mempengaruhi harga diri adalah:

##### 1) Trauma

Pengalaman traumatik yang berulang yang diakibatkan oleh penganiayaan fisik maupun emosional. Akibatnya individu tidak dapat mengontrol lingkungan yang dapat menyebabkan individu mengalami perasaan depresi dan penolakan terhadap diri sendiri (Salbiah, 2003)

##### 2) Kondisi Fisik

Perubahan dari kondisi sehat menjadi sakit dapat mengganggu konsep diri individu (Stuart, 2013). Individu yang mengalami masalah pada kondisi fisik akan mengalami kesulitan saat menjalani kehidupan sehari-hari karena kurang rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah (Videbeck, 2008).



### 3) Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial dapat menjadi sumber dukungan sosial yang dapat meningkatkan maupun menurunkan harga diri individu. Lingkungan sosial yang dapat mempengaruhi individu dapat berasal dari keluarga maupun masyarakat sekitar.

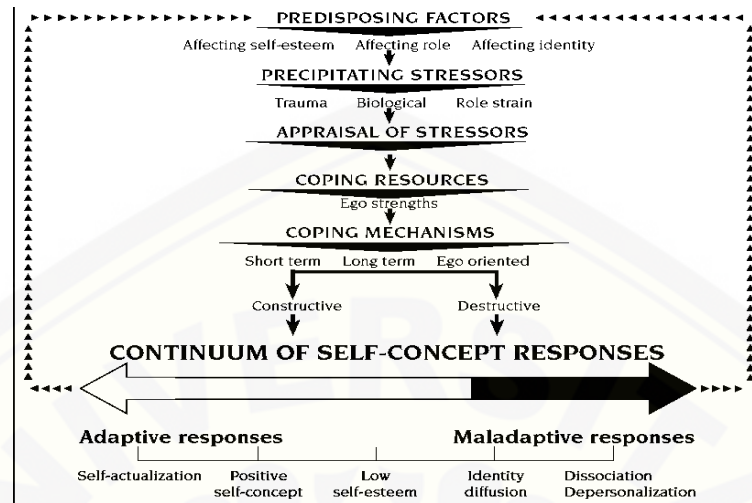
Selain faktor-faktor tersebut terdapat faktor lain yang mempengaruhi tingkat harga diri seseorang, yaitu:

- a. usia merupakan salah satu hal yang berpengaruh pada tingkat harga diri individu. Menurut penelitian Dahrianis (2013), pada individu dengan rentang usia 20-35 tahun rentan mengalami harga diri rendah. Hal ini berkaitan dengan penilaian terhadap gambaran diri individu tersebut. Penilaian negatif terhadap gambaran diri tersebut berpengaruh pada tingkat harga diri. Usia dewasa tengah yang dimulai pada usia 30-60 tahun juga berpengaruh pada harga diri hal ini berkaitan dengan tugas perkembangan pada usia dewasa tengah yaitu menetapkan dan mempertahankan standar kehidupan, mengembangkan aktivitas luang, menerima dan menyesuaikan perubahan fisiologis pada usia pertengahan (Potter & perry, 2005);
- b. jenis kelamin berpengaruh pada tingkat harga diri seseorang. Menurut Sulistyono (2007) laki-laki memiliki tingkat harga diri lebih tinggi daripada perempuan. Faktor yang mempengaruhi tingkat harga diri pada laki-laki dan perempuan berbeda. Faktor yang mempengaruhi tingkat harga diri pada perempuan adalah kemampuan dalam melakukan hubungan interpersonal yang positif. Sedangkan

pada laki-laki faktor yang mempengaruhi adalah kemandirian dan kemampuan laki-laki dalam melibatkan perasaannya (Sarandria, 2012);

- c. status pernikahan, Adanya pernikahan merupakan sumber dukungan sosial dan berpengaruh secara signifikan terhadap harga diri individu (Murray *et al*, 2008 dalam Susanti, 2012). Status pernikahan dapat dijadikan sebagai bentuk dukungan dari orang terdekat klien yang dapat berpengaruh pada harga diri klien (Cahyani, 2014);
- d. pekerjaan dan pendapatan keluarga berhubungan dengan tingkat ekonomi dan kelas sosial individu, Menurut Coopersmith (1967 dalam Prastowo, 2012) tingkat ekonomi dan kelas sosial yang di dalamnya termasuk pekerjaan, pendapatan, dan tempat tinggal berpengaruh pada harga diri seseorang. Semakin tinggi tingkat ekonomi dan kelas sosial seseorang maka semakin tinggi pula harga diri individu tersebut;
- e. pendidikan berkaitan dengan tingkat pengetahuan individu serta wawasan yang dimiliki. Pengetahuan dan wawasan yang dimiliki individu digunakan dalam pencapaian standar atau ideal diri yang dicita-citakan. Ideal diri yang tidak tercapai yang diakibatkan oleh pendidikan dan ekonomi akan berpengaruh pada konsep diri yaitu harga diri (Dahrianis, 2013).

### 2.2.6 Model Adaptasi Stress



Gambar 2.2 Model Stress Adaptasi Stuart (Stuart, 2013)

Model adaptasi stress stuart mengintegrasikan aspek psikologis, biologis, sosiokultural, lingkungan, dan legal etik keperawatan ke dalam kerangka praktik yang utuh (Stuart, 2006). Model adaptasi stress stuart terdiri dari:

- faktor predisposisi, merupakan faktor risiko yang dapat mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress (Stuart, 2013). Bentuk faktor predisposisi yang dapat mempengaruhi individu antara lain biologis, psikologis, dan sosial budaya
- faktor presipitasi, merupakan stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai bentuk tantangan, ancaman, atau tuntutan dan membutuhkan energi yang lebih untuk membentuk koping (Stuart, 2013).
- Appraisal stressor* atau penilaian terhadap stressor adalah penilaian terhadap makna stresor bagi kesejahteraan individu yang di dalamnya stresor memiliki arti, intensitas, dan kepentingan

- d. sumber koping, merupakan evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi individu. Sumber koping dapat dijadikan alat untuk membantu individu mengatasi stresornya secara konstruktif atau sebaliknya dapat menjadikan individu menggunakan mekanisme pemecahan masalah yang salah. Sumber koping dapat berasal dari keluarga, teman, maupun orang disekitar individu tersebut (Stuart, 2013)
- e. mekanisme koping, upaya yang dilakukan untuk mengatasi stress terdiri dari mekanisme koping jangka pendek, jangka panjang, dan orientasi ego
- f. rentang respon koping, merupakan rentang respon individu mulai dari respon adaptif hingga maladaptif

#### 2.2.7 Alat Ukur Penilaian Harga Diri

Terdapat dua alat ukur yang dapat digunakan dalam menilai tingkat harga diri seseorang yaitu (Sarandria, 2012):

- a. *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES), merupakan alat ukur harga diri yang paling umum digunakan. RSES mengukur harga diri dalam skala likert satu hingga empat dengan rentang skor 0-30. Alat ukur ini terdiri dari sepuluh *item* dengan empat pilihan jawaban yaitu setuju (S) dengan skor 2, tidak setuju (TS) dengan skor 1, sangat tidak setuju (STS) dengan skor 0, dan sangat setuju (SS) dengan skor 3. Pada *item-item* dengan ekspresi negatif maka skor dari jawaban dibalik. Hasil penilaian dikategorikan menjadi dua yaitu untuk skor <15 maka dikategorikan harga diri rendah, sedangkan skor >25 dikategorikan harga diri tinggi. Hasil uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan pada alat ukur ini yang

dilakukan oleh Ariyani (2004 dalam Sarandria, 2012) menunjukkan bahwa alat ukur ini valid dan *reliable* dengan nilai reliabilitas berdasarkan nilai *alpha* sebesar 0,9024 dan validitas berdasarkan *item total correlation* berkisar 0,3296-0,822.

b. *Coopersmith Self Esteem Inventory* (CSEI) *Adult form*, merupakan alat ukur harga diri yang lebih spesifik. CSEI terdiri dari 58 pernyataan dengan delapan *item* diantaranya berguna untuk mendeteksi kebohongan individu saat mengisi kuesioner. CSEI berbeda dengan RSES, alat ukur ini menggunakan jawaban “ya” dan “tidak” dalam setiap pernyataannya. Penilaian dilakukan dengan menjumlahkan jawaban ya dan tidak pada item-item yang telah ditentukan. Penilaian dikategorikan menjadi dua dan diinterpretasikan berbeda antara laki-laki dan perempuan. Kategori harga diri rendah adalah nilai <36 untuk laki-laki dan <35 untuk perempuan sedangkan kategori harga diri tinggi adalah >44 untuk laki-laki dan >43 untuk perempuan.

## 2.3 Gambaran Diri

### 2.3.1 Pengertian

Gambaran diri atau citra diri adalah pandangan individu tentang dirinya sendiri (Wibowo, 2007). Gambaran diri adalah kumpulan sikap baik secara sadar maupun tidak sadar terhadap tubuhnya sendiri (Stuart, 2013). Gambaran diri seseorang berubah atau berkembang seiring dengan persepsi dan pengalaman yang dialami individu selama hidup. Gambaran diri yang positif akan berpengaruh pada konsep diri yang positif bagi individu tersebut. Jadi dapat disimpulkan gambaran diri

adalah penilaian individu terhadap kondisi tubuhnya sendiri baik itu positif maupun negative.

### 2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Gambaran Diri

Menurut Potter & Perry (2005) gambaran diri dari individu dipengaruhi oleh beberapa stressor yaitu:

- a. Perubahan penampilan tubuh yang diakibatkan diantaranya oleh amputasi, kecacatan maupun stressor lainnya akan mempengaruhi seseorang dalam menilai kondisi tubuhnya (Putri, 2012)
- b. Perubahan fungsi tubuh yang diakibatkan oleh penyakit kronis dan terminal akan mempengaruhi gambaran diri seseorang. Perubahan fungsi tubuh yang tidak optimal akan membuat individu mempersepsikan negatif tubuhnya
- c. reaksi orang lain terhadap kondisi fisik individu akan mempengaruhi individu dalam menilai gambaran diri individu tersebut (Putri, 2012).
- d. Identifikasi terhadap orang lain atau keinginan menjadi orang yang dikagumi atau diidolakan akan mempengaruhi seseorang untuk merubah gambaran dirinya sesuai dengan orang yang dikaguminya.

### 2.3.3 Komponen Gambaran Diri

Menurut Cash & Green (1986 dalam Ermanza, 2008), komponen dari citra tubuh meliputi:

- a. Afeksi yaitu perasaan individu terhadap penampilan tubuhnya mencakup kepuasan dan evaluasi terhadap penampilan tubuh;

- b. Kognitif yaitu keyakinan mengenai bentuk dan penampilan tubuh;
- c. Tingkah laku yaitu kegiatan yang dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan penampilan. Tingkah laku menitikberatkan pada penghindaran terhadap situasi yang menyebabkan individu mengalami ketidaknyamanan yang berhubungan dengan penampilan fisik (Thompson 1996, dalam Putri, 2012)

Cash dalam indika (2010) lebih lanjut menjelaskan bahwa terdapat lima dimensi dalam gambaran diri yaitu:

- a. evaluasi penampilan yaitu mengukur evaluasi dari penampilan dan keseluruhan tubuh.
- b. Orientasi penampilan yaitu perhatian individu terhadap penampilan dirinya sendiri dan usaha yang dilakukan untuk menjaga, memperbaiki, dan meningkatkan penampilannya
- c. Kepuasan terhadap area tubuh yaitu mengukur kepuasan individu terhadap bagian tubuh secara spesifik dan penampilan secara keseluruhan
- d. Kecemasan menjadi gemuk yaitu mengukur kecemasan terhadap bentuk tubuh akibat kegemukan sebagai akibat dari pola makan dan diet
- e. Pengkategorian ukuran tubuh yaitu mengukur bagaimana individu mempersepsikan dan menilai berat badannya.

## 2.4 Keluarga

### 2.4.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan dua atau lebih individu baik dikarenakan adanya hubungan darah, perkawinan maupun adopsi yang melakukan interaksi dan melaksanakan perannya untuk mempertahankan suatu budaya (Bailon & Maglaya, 1998 dalam Ali, 2009 ). Anggota keluarga merupakan individu yang hidup bersama dalam satu rumah dan tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah walaupun hidup terpisah (Burgess 1963 dalam Ali, 2009 ). Di dalam sebuah keluarga setiap anggota keluarga memiliki peran masing-masing, saling berinteraksi dan memiliki keterikatan emosional (Suprajitno, 2004). Berdasarkan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan sekumpulan dua orang atau lebih yang memiliki hubungan darah, perkawinan maupun adopsi, yang mana saling berinteraksi, memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing serta memiliki keterikatan emosional

### 2.4.2 Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, Bowden & Jones (2003) keluarga memiliki fungsi-fungsi dasar yang harus dipenuhi untuk menjaga kelangsungan hidup dari anggota keluarga maupun keluarga itu sendiri. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah:

- a. fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar dari kekuatan keluarga yang berfungsi untuk pemenuhan kebutuhan psikososial dari keluarga (Efendy, 2009). Keluarga merupakan sumber utama dari cinta, persetujuan dan penghargaan yang menimbulkan suatu suasana positif dalam



keluarga sehingga dapat mempengaruhi konsep diri yang positif dari setiap anggota keluarga. Kebutuhan psikososial akan kasih sayang, penerimaan diri, penerimaan sosial terutama dari keluarga sebagai sumber utama pemenuhan kebutuhan sosial sangat dibutuhkan oleh klien kusta (Rahayu, 2012);

- b. fungsi sosialisasi merupakan fungsi keluarga dimana keluarga mempersiapkan anggota keluarga untuk melakukan interaksi sosial dan melaksanakan perannya dilingkungan (Ali, 2009). Melalui interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial di lingkungan individu akan mengalami perkembangan maupun perubahan dalam sikap maupun perilaku individu. Keluarga merupakan tempat untuk mengembangkan dan melatih berkehidupan sosial anggota keluarganya sedari dini sebelum berhubungan dengan lingkungan sosial di luar rumah (Suprajitno, 2004 );
- c. fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi dimana keluarga berusaha mempertahankan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Dalam fungsi ini keluarga menyediakan pakaian, makanan, perlindungan dan asuhan kesehatan atau keperawatan yang dapat mempengaruhi status kesehatan individu (Ali, 2009). Keluarga menjadi sistem utama dalam masyarakat yang mengatur dan melaksanakan perawatan kesehatan dan perilaku kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones 2003);
- d. fungsi ekonomi keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti makanan, pakaian, dan perumahan. Keluarga juga berfungsi sebagai tempat individu untuk mengembangkan kemampuan individu dalam keluarga untuk meningkatkan dan memenuhi kebutuhan keluarga;

- e. fungsi reproduksi keluarga berfungsi untuk mempertahankan generasi, menambah sumber daya manusia, serta menjaga kelangsungan keluarga.

#### 2.4.3 Fungsi Afektif Keluarga

Fungsi afektif keluarga berfungsi memenuhi kebutuhan sosio emosional anggota keluarga yang dapat mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat baik bagi anggota keluarga maupun keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Fungsi afektif keluarga juga membantu mempersiapkan keluarga untuk berhubungan dengan orang lain (Suprajitno, 2004). Dalam fungsi ini keluarga memiliki peran atau tugas untuk mempertahankan suasana yang kondusif dan positif, perasaan saling memiliki dan berarti, suasana penuh kasih sayang dan *reinforcement* (Efendy, 2009). Komponen dari fungsi afektif keluarga yang harus dipenuhi keluarga adalah (Friedman, Bowden, & Jones, 2003):

- a. memelihara saling asuh merupakan komponen dimana keluarga menciptakan sistem saling asuh serta memelihara dan mempertahankan sistem tersebut. Keluarga sebagai sumber dan tempat untuk mendapatkan kasih sayang, kehangatan, dukungan, dan penerimaan. Konsep kunci dari komponen memelihara saling asuh ini adalah mutualitas dan reprovokitas. Dimana pada konsep kunci ini keluarga memberikan kasih sayang dan dukungan pada setiap anggota keluarga sehingga nantinya kemampuan untuk memberikan kasih sayang pada setiap anggota keluarga meningkat yang pada akhirnya tercipta hubungan yang saling mendukung (Muhlisin, 2012). Selain itu keluarga juga

- memberikan kesempatan untuk membentuk dan memelihara hubungan yang berarti dengan orang lain;
- b. perkembangan hubungan yang akrab yang menunjukkan kedekatan antar anggota keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikologis terhadap keakraban secara emosional dengan orang lain. Pemenuhan kebutuhan psikologis dalam hal kedekatan ini ditunjang dengan adanya komunikasi yang baik antar individu dalam keluarga. Keakraban dan keintiman yang terjalin merupakan hal penting dalam hubungan manusia karena keakraban dan keintiman dapat memenuhi kebutuhan psikologis terhadap keakraban emosional dengan orang lain dan memungkinkan individu dalam hubungan tersebut dapat mengetahui keunikan satu dengan yang lain;
  - c. keseimbangan saling menghormati bertujuan agar setiap keluarga dapat menghormati hak, kebutuhan dan tanggung jawab anggota keluarga lain serta tetap memberikan otonomi bagi anggota keluarga bebas untuk berkembang. Adanya keseimbangan saling menghargai antara anggota keluarga serta adanya sikap saling mengakui keberadaan dan hak akan membentuk iklim yang positif dalam keluarga. Iklim positif yang dapat dipertahankan oleh keluarga akan membantu keluarga dalam mencapai fungsi afektif (Muhlisin, 2012);
  - d. pertalian dan identifikasi menghasilkan kenyamanan antar anggota keluarga melalui suatu proses identifikasi secara terus menerus yang berupa suatu interaksi antara anggota keluarga. Pertalian atau ikatan dalam keluarga dimulai sejak pasangan sepakat untuk memulai hidup baru. Adanya pertalian antara anggota keluarga memungkinkan pemenuhan kebutuhan yang tidak

mungkin dipenuhi sendiri oleh individu dalam keluarga. Aspek dari pertalian adalah sensitifitas, perhatian, dan responsif terhadap keluarga;

- e. keterpisahan keterpaduan berhubungan dengan karakteristik hubungan kedekatan keluarga. Adanya kedekatan dan keterpisahan dalam sebuah keluarga mempengaruhi identitas dan harga diri individu berkaitan dengan pemberian otonomi pada tiap individu dalam keluarga. Ketika keluarga mencapai pola keterpisahan dan keterpaduan maka anggota keluarga dapat merasakan dan memenuhi kebutuhan psikologisnya;
- f. pola kebutuhan dan respon merupakan sebuah pola dimana keluarga memiliki sensitifitas dan kepekaan terhadap kebutuhan dari anggota keluarga dan berespon akan kebutuhan dari anggota keluarga tersebut terdapat tiga fase dalam pola kebutuhan dan respon yaitu, anggota keluarga memahami kebutuhan anggota keluarga yang lain, kemudian kebutuhan ini dipersepsikan sebagai sebuah perhatian yang selanjutnya dipandang sebagai sebuah kebutuhan yang dikenali dan dihargai dari sudut pandang keluarga. Prasarat utama dari pola ini adalah aspek saling asuh, menghargai, ikatan, dan keterpisahan-keterkaitan;
- g. peran terapeutik meliputi mendengarkan masalah, bersikap simpati, memberikan ketenangan dan kasih sayang, dan memberikan bantuan untuk memecahkan masalah secara bersama-sama. Peran terapeutik ini merupakan peran sosioemosional yang penting dalam sebuah pernikahan. Peran ini dapat dilakukan dengan cara mendengarkan dan memberikan kesempatan anggota

keluarga untuk mengungkapkan, bertindak, memberikan informasi dan berbagi masalah yang melibatkan semua anggota keluarga.

Pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga yang terwujud dalam pelaksanaan fungsi afektif ini keluarga akan mampu melaksanakan tujuan utama psikososial keluarga yaitu membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin suatu hubungan yang akrab, dan harga diri

## **2.5 Konsep Perawat Keluarga**

### **2.5.1 Pengertian Perawat Keluarga**

Menurut UU Keperawatan No. 38 Tahun 2014 Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan integral dari pelayanan kesehatan yang berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif dan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik dalam keadaan sehat maupun sakit (Suprayitno, 2004). Keperawatan keluarga merupakan bidang kekhususan spesialisasi yang terdiri dari keterampilan berbagai bidang keperawatan. Dalam praktiknya keperawatan keluarga memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dalam keadaan sehat dan sakit. Tujuan dari keperawatan keluarga adalah membantu keluarga untuk membantu dirinya sendiri mencapai tingkat fungsi atau kesejahteraan keluarga yang lebih tinggi dalam konteks tujuan, aspirasi, dan kemampuan keluarga tertentu (Friedman, Bowden, &

Jones, 2003). Keperawatan keluarga memandang keluarga menjadi lima model yaitu keluarga sebagai konteks, keluarga sebagai kumpulan dari anggota, subsistem keluarga sebagai klien, Keluarga sebagai klien dan keluarga sebagai komponen masyarakat. Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa keperawatan keluarga adalah spesialisasi dari bentuk pelayanan profesional keperawatan yang bertujuan untuk membantu keluarga baik dalam keadaan sakit maupun sehat mencapai fungsi atau kesejahteraan keluarga yang lebih tinggi.

#### 2.5.2 Peran Perawat Keluarga

Pada keperawatan keluarga, perawat bekerja secara bersama-sama dengan individu, subsistem, dan seluruh keluarga, serta dalam hubungan yang timbal balik antara keluarga dan masyarakat (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Perawat keluarga memiliki peran dan fungsi sebagai berikut (Suprayitno, 2004):

- a. perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung kepada klien dengan menggunakan proses keperawatan. Kegiatan yang dilakukan bersifat preventif primer, sekunder dan tersier melalui proses keperawatan yaitu metodologi pendekatan pemecahan masalah secara ilmiah dan terdiri dari langkah-langkah sebagai subproses (Djuhaeni, 2009);
- b. perawat sebagai advokat klien (keluarga) yang berfungsi sebagai penghubung antara klien dengan tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan lain sebagai upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela kepentingan klien, dan membantu keluarga untuk memahami informasi dan upaya kesehatan yang diberikan;

- c. perawat sebagai pendidik membantu klien meningkatkan kesehatan melalui pemberian pengetahuan dan informasi terkait perawatan dan tindakan medik yang diterima sehingga keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang belum diketahui;
- d. perawat sebagai koordinator memanfaatkan sumber-sumber potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan keluarga secara terkoordinasi sehingga intervensi yang diberikan dapat dilakukan dan tidak ada tumpang tindih;
- e. perawat sebagai kolaborator bekerja sama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar keluarga;
- f. perawat sebagai pembaharu melakukan inovasi dalam cara berpikir, bersikap, bertingkah laku, dan meningkatkan keterampilan keluarga agar menjadi sehat;
- g. perawat sebagai pengelola menata kegiatan sebagai upaya untuk mencapai tujuan terpenuhinya kebutuhan dasar keluarga dan kepuasan perawat dalam menjalankan tugas.

Perawat keluarga berperan dalam membantu keluarga dengan mengenal kekuatan mereka dan menggunakan kekuatan mereka untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya. Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data individu, keluarga dan masyarakat sehingga didapat data yang akurat dan dapat dilakukan suatu intervensi yang tepat.

## **2.6 Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta**

Kusta merupakan penyakit yang angka kejadiannya masih tinggi terutama di Negara-negara berkembang dan Negara tropis. Penyakit kusta memiliki dampak yang besar selain dampak medis, kusta juga berdampak pada segi psikologi, ekonomi, dan sosial (Depkes, 2012). Segi fisik klien kusta mengalami kecacatan dan gangguan fungsi saraf apabila tidak ditangani dengan baik (Susanto, 2010). Segi psikologi klien kusta merasa malu dan tertekan tidak jarang klien kusta mengalami depresi akibat stigma negatif dari masyarakat. Akibat kecacatan yang dialami kebanyakan klien kusta kehilangan pekerjaan yang akhirnya menimbulkan ketergantungan finansial yang berujung pada kemiskinan (Wati, 2008). Dampak dari segi sosial klien kusta mengalami isolasi sosial akibat dari persepsi negatif masyarakat terhadap penyakit kusta.

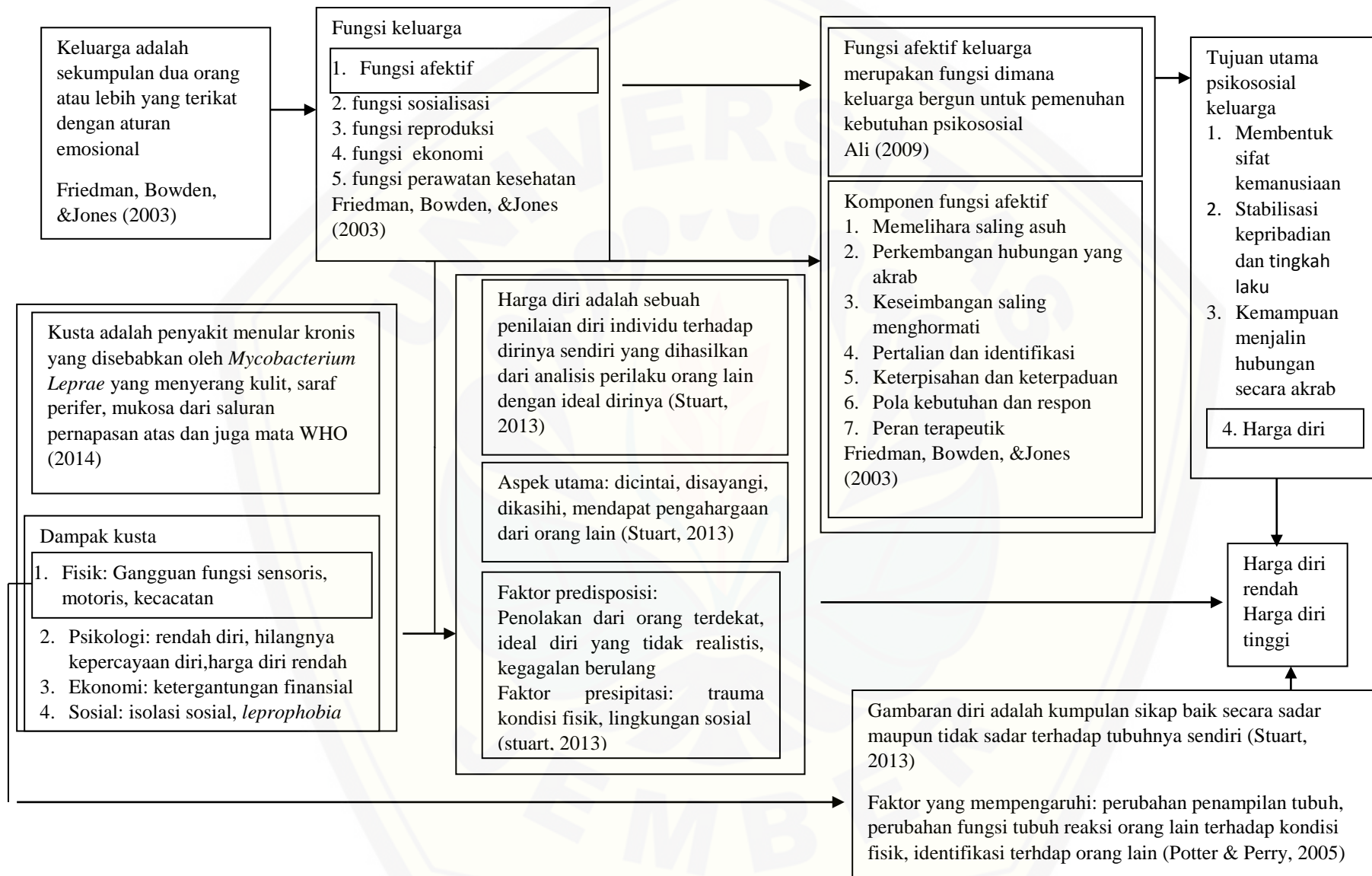
Dampak yang ditimbulkan dari kusta akan mempengaruhi konsep diri dari klien kusta terutama harga diri klien. Adanya dampak tersebut menjadi faktor yang mempengaruhi pembentukan harga diri klien kusta. Faktor yang mempengaruhi harga diri individu tersebut yaitu perkembangan sosial yang berupa penolakan dari orang lain, ideal diri yang tidak realistis, sistem keluarga yang tidak berfungsi, traumatik berulang (Salbilah, 2003). Harga diri sendiri merupakan penilaian personal individu terhadap diri sendiri yang merupakan hasil analisis dari perilaku individu terhadap ideal diri (Asmadi, 2008). Harga diri terbentuk karena adanya kasih sayang, pemenuhan kebutuhan akan keamanan, dan penghargaan dari orang lain



Keluarga merupakan orang terdekat dan sumber utama dari kasih sayang, keamanan, dukungan, dan penghargaan dapat menjadi sebuah sistem yang mendukung dari perkembangan harga diri individu (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Hal ini terwujud dalam pelaksanaan fungsi keluarga yaitu fungsi afektif. Dalam pelaksanaan fungsi afektif keluarga, keluarga berfungsi dalam pemenuhan kebutuhan psikososial yang mana tujuan akhirnya adalah terlaksananya tujuan psikososial keluarga yang diantaranya adalah harga diri (Ali, 2009). Pada klien kusta fungsi afektif keluarga berpengaruh pada terbentuknya harga diri. Namun adanya kondisi kusta pada anggota keluarga juga dapat menjadi stressor bagi keluarga dalam menjalankan fungsi afektif (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

## **2.7 Kerangka Teori**

Berdasarkan pembahasan materi di atas, pada bagian akhir bab ini akan dijelaskan kerangka teori penelitian, seperti pada gambar 2.1 berikut.

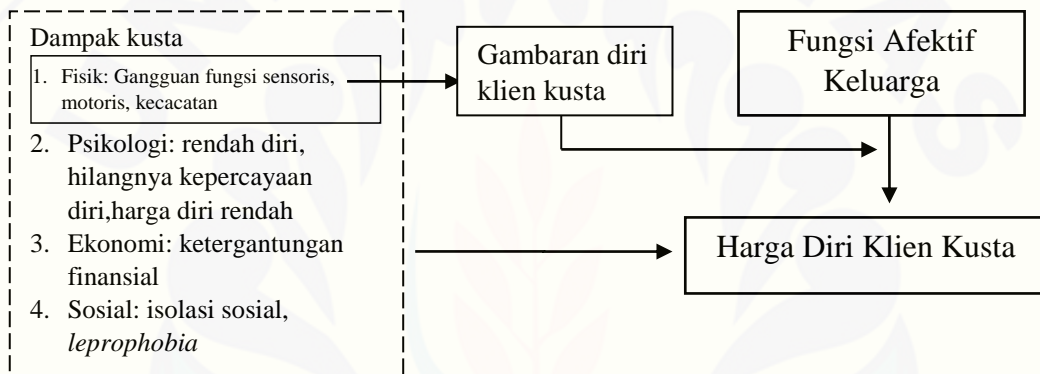


Gambar 2.3 Kerangka Teori

### BAB 3. KERANGKA KONSEP

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


#### 3.1 Kerangka Konsep



s

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

 = tidak diteliti

 = diteliti

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari sebuah penelitian (Setiadi, 2007).

Hipotesis disusun sebelum dilakukan penelitian dan sebagai petunjuk pada tahap pengumpulan, analisis, dan interpretasi data (Nursalam, 2013). Hipotesis dari penelitian ini menggunakan hipotesis alternatif yaitu “ada hubungan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember”

## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun peneliti pada seluruh proses penelitian. Desain dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan jenis penelitian yang dilakukan adalah observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*.

*Cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan observasi dan pengukuran pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan tingkat harga diri pada satu waktu yaitu pada klien kusta di wilayah kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul Kabupaten Jember.

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi penelitian

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

terdiri dari klien kusta di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru sebanyak 18 orang dan Puskesmas Tanggul sebanyak 16 orang, sehingga didapatkan total populasi sebanyak 34 orang.

#### 4.2.2 Sampel penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Sampel dalam penelitian ini diambil berdasarkan kriteria-kriteria yang dikehendaki oleh peneliti. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 34 klien kusta yang terdaftar di Puskemas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul. Pada saat penelitian 2 responden *drop out* karena tidak memenuhi kriteria inklusi yaitu tidak bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru, sehingga sampel penelitian menjadi 32 klien kusta

#### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik dalam mengambil sampel penelitian ini digunakan cara atau teknik-teknik tertentu, sehingga sampel tersebut dapat mewakili populasinya. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *non probability sampling non probability sampling* yaitu pengambilan sampel yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dapat dipilih menjadi sampel. Pendekatan teknik *sampling* yang digunakan adalah *total sampling* dimana jumlah sampel sama dengan jumlah populasi (Sugiyono, 2012). Pada saat penelitian peneliti menentukan populasi target yaitu klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru kemudian peneliti memilih sampel sesuai dengan tujuan

penelitian dari peneliti yaitu semua populasi klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru.

#### 4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian

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

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013). Kriteria inklusi dari penelitian ini yaitu:

- 1) Klien kusta yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul;
- 2) Klien kusta yang bersedia menjadi responden;
- 3) Klien berusia 20-60 tahun

##### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2013).

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah:

- 1) Klien kusta yang tinggal sendiri

#### 4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul Kabupaten Jember. Puskesmas Sumberbaru menempati

urutan satu untuk prevalensi tertinggi kusta, sedangkan Puskesmas Tanggul menempati urutan kedua prevalensi tertinggi kusta di Kabupaten Jember

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Desember 2014 sampai dengan Juni 2015. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 28 Mei-5 Juni 2015. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

#### **4.5 Definisi Operasional**

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



Tabel: 4.1 Definisi Operasional Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Harga Diri Klien Kusta di Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember

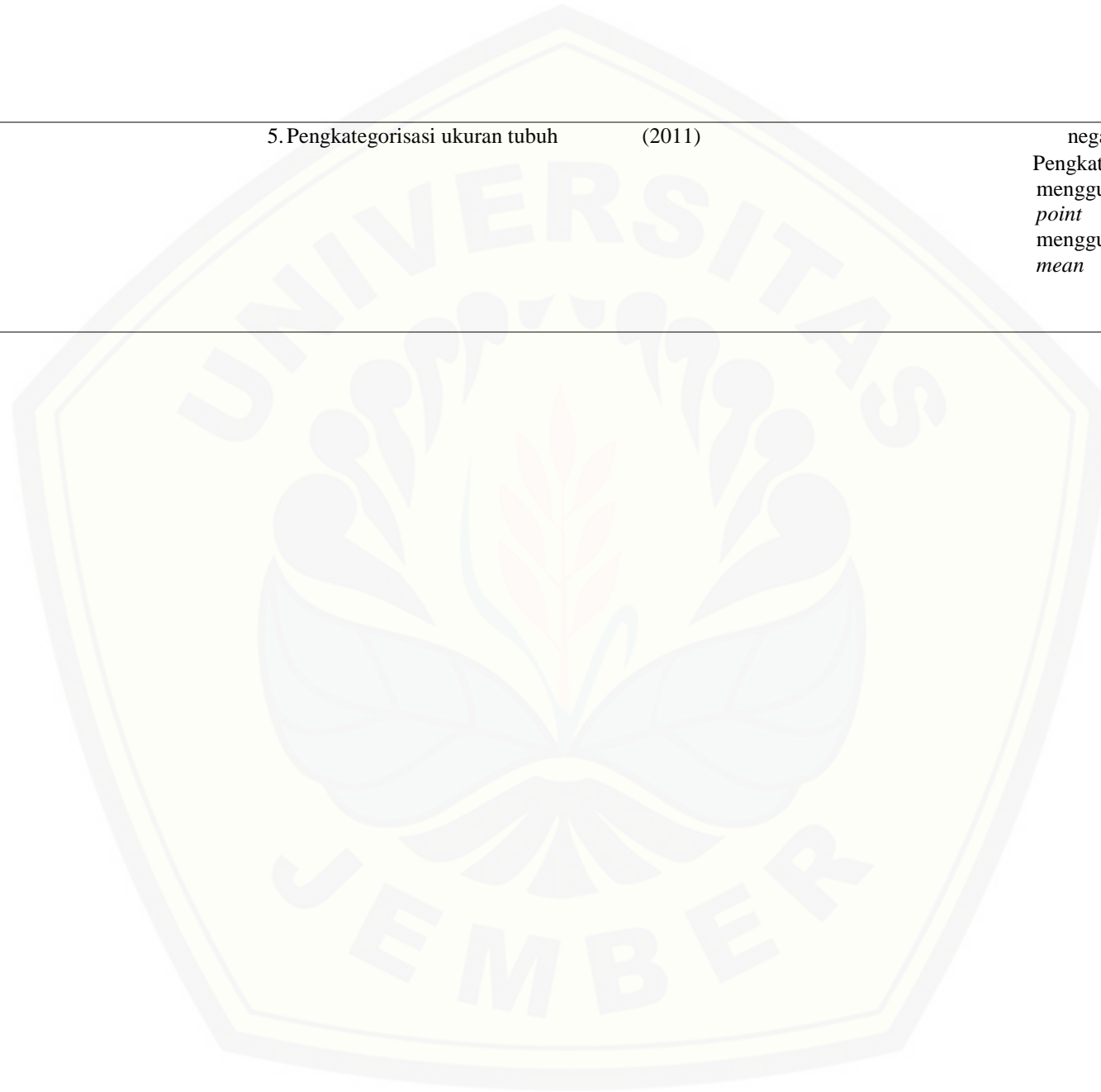
Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Indikator	Instrument	Skala	Hasil
<b>Independen Pelaksanaan fungsi afektif keluarga</b>	Persepsi klien kusta mengenai kasih sayang, penghargaan, dan dukungan dari anggota keluarga	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memelihara saling asuh</li> <li>Membina keakraban</li> <li>Keseimbangan saling menghormati</li> <li>Ikatan dan identifikasi</li> <li>Keterpisahan dan keterkaitan</li> <li>Pola kebutuhan dan respon</li> <li>Peran terapeutik</li> </ol>	Kuesioner terdiri dari 22 Pertanyaan yang dibuat sendiri oleh peneliti dengan menggunakan skala likert	Ordinal	<p>1= Fungsi afektif keluarga dilaksanakan jika nilai <math>\geq 79,19</math></p> <p>0= Fungsi afektif keluarga tidak dilaksanakan <math>&lt; 79,19</math></p> <p>Pengkategorian menggunakan <i>cut of point</i> dengan menggunakan nilai <i>mean</i></p>
<b>Dependen Harga diri klien kusta</b>	Penilaian klien kusta terhadap dirinya sendiri yang didasarkan pada kondisi dan penilaian orang lain terhadap diri klien kusta tersebut	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengungkapkan penerimaan secara verbal;</li> <li>Menerima kritikan dan berhubungan dengan orang lain;</li> <li>Menceritakan keberhasilan yang diraih;</li> <li>Pemenuhan peran yang signifikan</li> </ol>	Kuesioner Rosenberg dengan jumlah 10 pertanyaan dengan hasil skor tertinggi 40 dan skor terendah 0	Ordinal	<p>Harga diri rendah jika skor kurang dari 20.</p> <p>Harga diri tinggi/normal jika skor: <math>\geq 20</math></p> <p>Pengkategorian menggunakan ketetapan dari kuesioner <i>rosenberg</i></p>
<b>Confounding Gambaran diri</b>	Persepsi individu mengenai kondisi fisik baik secara struktur maupun fungsi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluasi penampilan</li> <li>Orientasi penampilan</li> <li>Kepuasan terhadap bentuk tubuh</li> <li>Kecemasan terhadap kecacatan</li> </ol>	Kuesioner terdiri dari 40 pertanyaan yang diadopsi dari penelitian Wulandari	Ordinal	<p>1= gambaran diri positif, nilai <math>\geq 121,47</math></p> <p>0= Gambaran diri</p>

---

5. Pengkategorisasi ukuran tubuh (2011)

negatif <121,47  
Pengkategorian  
menggunakan *cut of*  
*point* dengan  
menggunakan nilai  
*mean*

---



## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Jenis sumber pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini untuk memperoleh data pada kedua variabel adalah data primer. Data primer merupakan data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, dan survei (Setiadi, 2007). Data primer pada penelitian ini adalah hasil penilaian kuesioner yang telah diisi oleh responden.

### 4.6.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain baik melalui orang lain maupun berupa catatan seperti buku, laporan, buletin, dan majalah yang sifatnya dokumentasi dan berasal dari masa lalu (Setiadi, 2007). Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Sumberbaru, dan Puskesmas Tanggul. Data yang diperoleh berupa data mengenai klien kusta.

### 4.6.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner. Pengumpulan data menggunakan kuesioner merupakan jenis pengukuran dengan mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2013). Kuesioner diisi sendiri oleh responden dengan memperhatikan dan mematuhi petunjuk yang telah tersedia pada kuesioner. Peneliti akan membantu responden apabila responden mengalami kesulitan dalam mengisi kuesioner.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data kuesioner yaitu:

- a. peneliti mengurus administrasi dengan pengajuan surat penelitian kepada Ketua PSIK. Surat tersebut diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk mendapatkan surat izin dan rekomendasi melakukan penelitian;
- b. peneliti yang telah mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul untuk mendata calon responden yaitu klien kusta yang terdaftar di Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul;
- c. peneliti melakukan pengumpulan data dengan cara *door to door*;
- d. peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden tentang tujuan, manfaat dari penelitian yang dilakukan, dan proses dari pengisian kuesioner;
- e. peneliti meminta calon responden untuk membaca dan menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda kesediaan untuk menjadi subjek penelitian dengan jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan;
- f. peneliti memberikan Instrumen A yang berisi karakteristik responden yang meliputi data demografi dan karakteristik penyakit kusta dari responden. Pengisian kuesioner dilakukan sendiri oleh responden. Peneliti mengumpulkan kembali kuesioner setelah diisi oleh responden untuk diperiksa kelengkapan pengisian kuesioner;
- g. peneliti memberikan Instrumen B, C, dan D berisi tentang pelaksanaan fungsi afektif keluarga, harga diri klien kusta, dan gambaran diri klien kusta. Cara pengisian kuesioner diisi sendiri oleh responden dengan didampingi oleh peneliti untuk memfasilitasi responden apabila tidak mengerti tentang

pertanyaan yang ada di kuesioner dengan didampingi oleh peneliti untuk memfasilitasi responden apabila tidak mengerti tentang pertanyaan yang ada di kuesioner. Kuesioner yang telah diisi oleh responden akan dikumpulkan dan diperiksa kembali pengisiannya oleh peneliti;

- h. data yang telah diperoleh akan dikumpulkan untuk dilakukan pengolahan dan analisis.

#### 4.6.4 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti berupa kuesioner. Kuesioner merupakan alat untuk mengukur yang berisi daftar pertanyaan yang berupa formulir-formulir, diajukan secara tertulis kepada sejumlah subjek untuk mendapatkan tanggapan, informasi, jawaban, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Pada penggunaan kuesioner subjek penelitian menjawab secara bebas pertanyaan yang diajukan oleh peneliti (Nursalam, 2013). Peneliti menggunakan kuesioner untuk menilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan tingkat harga diri klien kusta.

##### a. Instrumen A

Instrumen A dibuat sendiri oleh peneliti berisi tentang karakteristik responden meliputi nama, usia, alamat, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir dan pekerjaan dan karakteristik penyakit kusta dari responden yang meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan, dan lama penyakit. Instrumen A untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden. Pilihan jawaban terbuka dan tertutup untuk jawaban tertutup adalah pilihan jawaban yang menggunakan *checklist* (√). Bentuk pertanyaan terbuka terdapat dalam pertanyaan tentang

usia, alamat, dan lama penyakit, sedangkan untuk pertanyaan tertutup terdapat dalam pertanyaan tentang jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, jenis kusta dan tingkat kecacatan. Kueioner A terdiri dari 10 pertanyaan mengenai karakteristik responden

b. Instrumen B

Instrumen B dibuat sendiri oleh peneliti berisi mengenai persepsi dari responden mengenai pelaksanaan fungsi afektif yang dilakukan oleh keluarga responden. Pengisian dilakukan dengan menggunakan *checklist* (√). Kuesioner B disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup mengenai indikator pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang tentang fenomena sosial. Nilai masing-masing jawaban pada variabel pelaksanaan fungsi afektif keluarga akan dibagi menjadi jawaban selalu, kadang-kadang, jarang, dan tidak pernah. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*), sistem penilaian pertanyaan tersebut dimulai dari Selalu = 4, Kadang-kadang = 3, Jarang = 2, Tidak Pernah = 1. Sedangkan bobot penilaian item pertanyaan yang tidak mendukung atau negatif (*unfavorable*) pertanyaan dimulai dari angka Selalu = 1, Kadang-kadang = 2, Jarang = 3, Tidak Pernah = 4

Tabel 4.2 *Blueprint* Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga

No	Indikator	Nomor Pertanyaan		Jumlah
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Memelihara saling asuh	1, 20	5, 8, 15	5
2	Membina keakraban	9, 3, 31	22, 27	5
3	Keseimbangan saling menghormati	25, 11	2, 32, 12	5
4	Ikatan dan identifikasi	13, 17, 34	4, 29	5
5	Keterpisahan dan keterkaitan	6, 26	19, 10, 14	5
6	Pola kebutuhan dan respon	23, 28, 33	7, 21	5
7	Peran terpeutik	30, 24, 16	18, 35	5
	<b>Jumlah</b>	18	17	35

### c. Instrumen C

Instrumen C merupakan instrument yang digunakan untuk mengukur harga diri klien kusta. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner *Rosenberg Self Esteem scale* yang telah dimodifikasi (Sarandria, 2012). Kuesioner harga diri disusun dalam 10 pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert. Skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang terhadap fenomena sosial. Masing-masing jawaban memiliki 4 kategori, yaitu: SS= sangat setuju, S= setuju, TS= tidak setuju, STS= sangat tidak setuju. Skor penilaian item yaitu SS=4, S=3, TS=2, STS=1

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Rosenberg Self Esteem

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavourable	Jumlah
Harga Diri	Mengungkapkan penerimaan diri secara verbal	6,8	9	3
	Menerima kritikan dan berhubungan dengan orang lain	2	5,7	3
	Menceritakan keberhasilan yang diraih	4	3	2
	Pemenuhan peran signifikan	1	10	2
	Jumlah	5	5	10

#### d. Instrumen D

Instrumen D digunakan untuk mengukur gambaran diri klien kusta yang diadopsi dari penelitian sebelumnya yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner disusun berdasarkan dimensi dari gambaran diri (Wulandari, 2011). Pengisian dilakukan dengan menggunakan *checklist* (√). Kuesioner D disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup mengenai indikator atau komponen gambaran diri dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang tentang fenomena sosial. Nilai masing-masing jawaban pada variabel gambaran diri akan dibagi menjadi jawaban sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju. Kuesioner terdiri dari 40 item pertanyaan. Masing-masing item pertanyaan terdiri dari pertanyaan yang mendukung atau positif (*favorable*), sistem penilaian pertanyaan tersebut dimulai dari masing-masing jawaban memiliki 5 kategori, yaitu: SS= sangat setuju, S= setuju, TS= tidak setuju, STS= sangat tidak setuju. Skor penilaian item yaitu SS=4, S=3, TS=2, STS=1



Tabel 4.4 *Blue Print* Kuesioner gambaran diri

Variabel	Indikator	Favourable	Unfavourable	Jumlah
Gambran diri	Evaluasi penampilan	4, 5, 16, 17	3, 6, 19, 20, 39	9
	Orientasi penampilan	9, 11, 22, 31	12, 13, 33, 44	8
	Kepuasan terhadap bentuk tubuh	14, 25, 26, 32, 34	15, 21, 27	8
	Kecemasan terhadap kecacatan	28, 41	23, 24, 38, 42, 43, 48	8
	Pengkategorisasi ukuran tubuh	30, 35, 37, 46	29, 40, 45	8
	Jumlah	19	21	40

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Pada pengumpulan data dalam suatu penelitian diperlukan sebuah alat dan cara pengumpulan data yang *valid*, andal dan aktual agar hasil penelitian menjadi valid dan reliabel. Uji validitas dan reliabilitas diperlukan untuk menguji validitas dan reliabilitas dari sebuah alat pengumpulan data. Validitas adalah kecermatan dan ketepatan instrument penelitian untuk mengukur apa yang seharusnya diukur, sedangkan reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan apabila fakta atau kenyataan yang diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2013).

Pada penelitian ini uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada instrumen B yaitu kuesioner yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan fungsi afektif keluarga. Instrumen B terdiri dari 35 pertanyaan berdasarkan indikator pelaksanaan fungsi afektif keluarga. Uji validitas dan reliabilitas instrumen dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Balung yang memiliki karakteristik hampir sama dengan wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru dan Puskesmas Tanggul.

## a. Hasil uji validitas

Uji validitas dilakukan dengan teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Analisis dilakukan dengan cara menghitung koefisien korelasi antara masing-masing nilai pada nomor pertanyaan dengan nilai total dari nomor pertanyaan tersebut. Koefisien korelasi yang diperoleh  $r$  dilakukan uji signifikansi dengan membandingkannya dengan  $r$  tabel. Nilai  $r$  tabel dicari dengan menggunakan rumus  $df = n - 2$ .  $n$  adalah jumlah sampel, jika  $r$  hitung yang diperoleh lebih besar dari  $r$  tabel maka nomor pernyataan tersebut valid. *Blue print* kuesioner penelitian sesudah uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Perbedaan *Blueprint* Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga Sebelum dan Sesudah Uji Validitas

No	Indikator	Sebelum Uji Validitas		Jumlah	Setelah uji Validitas		Jumlah
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Memelihara saling asuh	1, 20	5, 8, 15	5	1,20	5	3
2	Membina keakraban	9, 3, 31	22, 27	5	9, 31	22	3
3	Keseimbangan saling menghormati	25, 11	2, 32, 12	5	25, 11	32	3
4	Ikatan dan identifikasi	13, 17, 34	4, 29	5	17, 34	29	3
5	Keterpisahan dan keterkaitan	6, 26	19, 10, 14	5	6, 26	14	3
6	Pola kebutuhan dan respon	23, 28, 33	7, 21	5	23, 3	7	3
7	Peran terpeutik	30, 24, 16	18, 35	5	30, 24	18,35	4
	<b>Jumlah</b>	18	17	35	14	8	22

Tabel 4.6 *Blueprint* Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga Sesudah Uji Validitas

No	Indikator	Setelah uji Validitas		Jumlah
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	Memelihara saling asuh	1,10	2	3
2	Membina keakraban	5, 18	11	3
3	Keseimbangan saling menghormati	6, 14	19	3
4	Ikatan dan identifikasi	8, 20	16	3
5	Keterpisahan dan keterkaitan	3, 15	7	3
6	Pola kebutuhan dan respon	12, 22	4	3
7	Peran terpeutik	13, 17	9, 21	4
	<b>Jumlah</b>	14	8	22

Nilai  $r$  tabel untuk jumlah sampel sebanyak 21 adalah 0,413. Kesimpulan : bila  $r$  hitung  $>$  dari 0,413, maka variabel valid dan tidak valid jika  $r$  hitung  $<$  0,413 (Arikunto, 2010). Berdasarkan hasil uji validitas didapatkan hasil bahwa 22 pertanyaan valid. Rentang nilai  $r$  hitung pada kuesioner variabel pelaksanaan fungsi afektif keluarga yaitu antara 0,447-0,949.

#### b. Hasil Uji Reliabilitas

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

dikatakan reliabel jika  $\alpha > r$  tabel (df:  $\alpha$ , n-2) (Suliyanto, 2009). Nilai r alpha berdasarkan uji reliabilitas tentang pelaksanaan fungsi afektif keluarga yaitu 0,964.

## 4.7 Pengolahan Data

### 4.7.1 Editing

*Editing* adalah pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden meliputi kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban dari responden (Setiadi, 2007). Proses *editing* dilakukan untuk memeriksa daftar pertanyaan yang diberikan dalam kuesioner

### 4.7.2 Coding

*Coding* adalah suatu cara untuk mengklasifikasikan jawaban dari responden dalam kategori tertentu (Setiadi, 2007). Pengkodean dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam mengolah dan menganalisis data. Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### a. Jenis kelamin:

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

#### b. Status Pernikahan:

- 1) Menikah           diberi kode 0
- 2) Belum menikah   diberi kode 1
- 3) Duda/Janda       diberi kode 2

## c. Pendidikan terakhir:

- |                     |               |
|---------------------|---------------|
| 1) Tidak sekolah    | diberi kode 0 |
| 2) SD               | diberi kode 1 |
| 3) SMP              | diberi kode 2 |
| 4) SMU/SMK          | diberi kode 3 |
| 5) Perguruan tinggi | diberi kode 4 |
| 6) Lain-lain        | diberi kode 5 |

## d. Pekerjaan:

- |                           |               |
|---------------------------|---------------|
| 1) Tidak bekerja          | diberi kode 0 |
| 2) TNI/POLRI              | diberi kode 1 |
| 3) Wiraswasta             | diberi kode 2 |
| 4) PNS                    | diberi kode 3 |
| 5) Petani                 | diberi kode 4 |
| 6) Pelajar/mahasiswa      | diberi kode 5 |
| 7) IRT (Ibu Rumah Tangga) | diberi kode 6 |
| 8) Lain-lain              | diberi kode 7 |

## e. Jenis kusta:

- |       |               |
|-------|---------------|
| 1) PB | diberi kode 1 |
| 2) MB | diberi kode 2 |

## f. Tingkat Kecacatan:

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1) Tingkat 0 | diberi kode 0 |
| 2) Tingkat 1 | diberi kode 1 |
| 3) Tingkat 2 | diberi kode 2 |

g. Pelaksanaan fungsi afektif keluarga

- 1) Fungsi afektif keluarga dilaksanakan                      diberi kode 1
- 2) Fungsi afektif keluarga tidak dilaksanakan                diberi kode 0

h. Harga diri klien kusta

- 1) Harga diri tinggi                      diberi kode 1
- 2) Harga diri rendah                     diberi kode 0

i. Gambaran diri

- 1) Gambaran diri positif    diberi kode 1
- 2) Gambaran diri negatif    diberi kode 0

#### 4.7.3 *Entry*

*Entry* merupakan suatu proses memasukkan data dalam bentuk kode ke dalam tabel melalui pengolahan komputer (Notoatmodjo, 2010). Data yang dimasukkan terdiri dari karakteristik responden, pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan harga diri responden. Data yang telah *dicoding* siap untuk dimasukkan dan dianalisis.

#### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* adalah teknik pembersihan data dari data yang tidak sesuai untuk selanjutnya dihapus (Setiadi, 2007). Pembersihan data dilakukan setelah semua data di *entry* untuk memastikan tidak ada kesalahan data sehingga data dapat digunakan. Peneliti dapat mengetahui *missing* data dengan melakukan pengecekan atau distribusi frekuensi pada setiap variabel penelitian.

## 4.8 Analisis Data

Data yang diambil adalah data kuantitatif, yakni berupa angka hasil. Data yang telah diolah kemudian dianalisa sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan (Setiadi, 2007). Analisis data bertujuan untuk menyusun data secara bermakna sehingga mudah dipahami. Analisis data yang dilakukan terdiri dari 2 jenis analisis yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

### 4.8.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan merupakan data kategorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase, sedangkan usia merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal.

Variabel penelitian terdiri dari dua variabel yaitu pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan harga diri klien kusta. Variabel pelaksanaan fungsi keluarga dikur dengan menggunakan skala *likert*. Hasil penilaian akan dikategorikan menjadi dua yaitu fungsi afektif keluarga dilaksanakan dan tidak dilaksanakan. Pengkategorian berdasarkan *cut of point* data yang dilihat dari distribusi data. Distribusi data normal berarti distribusi suatu data bila nilai mean, median, dan nilai modus terletak dalam satu titik temu (simetris), sedangkan distribusi data tidak normal bila nilai mean, median, serta nilai modus tidak sama (tidak simetris). Jika distribusi data normal maka *cut of point* menggunakan mean, jika

distribusi data tidak normal maka *cut of point* menggunakan median. Distribusi data normal berarti distribusi suatu data bila nilai mean, median, dan nilai modus terletak dalam satu titik temu (simetris), sedangkan distribusi data tidak normal bila nilai mean, median, serta nilai modus tidak sama (tidak simetris). Variabel harga diri klien kusta akan diukur dengan menggunakan skala *likert*. Penilaian akan dikategorikan menjadi dua yaitu harga diri tinggi dan harga diri rendah. Variabel *confounding* dalam penelitian yaitu gambaran diri akan diukur dan dikategorikan menjadi dua kategori yaitu gambaran diri positif dan gambaran diri negatif

#### 4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisa yang dilakukan pada dua variabel yang diduga saling berhubungan atau berkorelasi. Analisis bivariat pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan variabel harga diri klien kusta. Skala data yang digunakan pada penelitian adalah ordinal untuk kedua variabel sehingga analisis yang digunakan adalah analisis non parametrik korelasi *spearman rank* (Sugiyono, 2012). Data yang berasal dari ke dua variabel penelitian yang dilakukan tidak harus membentuk distribusi normal. Kriteria uji  $H_0$  ditolak jika  $p \text{ value} < \alpha$  dan  $H_0$  diterima jika  $p \text{ value} > \alpha$ . Nilai signifikansi yang digunakan adalah 0,05.

Keeratan atau kuatnya hubungan antar variabel pada uji *spearman rank* dapat dilihat dari nilai *correlation coefficient*. Nilai *correlation coefficient* =1 atau -1 maka hubungan tersebut sempurna yang berarti kejadian pada variabel satu akan dapat dijelaskan atau diprediksi oleh variabel yang lain tanpa terjadi



kesalahan. Sebaliknya apabila nilai *correlation coefficient* = 0 maka keeratan hubungan kedua variabel semakin kecil atau semakin besar kesalahan untuk membuat prediksi (Sugiyono,2012). Analisis data bivariat akan dilakukan kembali setelah peneliti memilah sampel penelitian menjadi responden dengan gambaran diri positif yang kemudian akan dilakukan analisis hubungan antara pelaksanaan fungsi afektif dengan harga diri klien kusta. Hal ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh dari variabel *confounding* terhadap hubungan antara variabel pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan harga diri klien kusta.

#### **4.9 Etika Penelitian**

Menurut Potter & Perry (2005) mengidentifikasi masalah etik penelitian terdiri dari *informed consent*, kerahasiaan, keanoniman, dan keadilan (*justice*).

##### **4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)**

Lembar persetujuan adalah sebuah pernyataan kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dan diambil datanya. *Informed Consent* adalah pernyataan kesediaan dari subyek penelitian untuk dengan jelas dan lengkap memberikan informasi atau data yang dibutuhkan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Subjek penelitian harus diberikan informasi mengenai tujuan penelitian, tata cara penelitian, manfaat yang diperoleh dan adanya pilihan bahwa subjek penelitian dapat menarik diri kapan saja.

##### **4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)**

Kerahasiaan adalah sebuah pernyataan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak akan dapat diketahui oleh pihak

manapun selain tim peneliti. Kerahasiaan menjamin informasi apapun yang diberikan oleh subjek tidak dilaporkan dengan cara apapun untuk mengidentifikasi subjek dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim penelitian (Potter & Perry, 2005). Kerahasiaan pada penelitian yang dilakukan peneliti adalah dengan cara tidak mencantumkan nama atau identitas lainnya dalam pendokumentasian hasil penelitian. Foto untuk kepentingan dokumentasi dengan identitas responden disamarkan.

#### 4.9.3 Keanoniman

Keanoniman adalah subjek dijamin akan adanya pilihan bebas dalam memberikan ijin (*consent*), meliputi hak untuk menarik diri dari studi kapan saja (Polit & Hungler, 1995; Talbot, 1995 dalam Potter & Perry, 2005). Peneliti memberikan hak kepada responden untuk memberikan nama inisial selama penelitian. Identitas responden dalam proses *editing* akan dirubah menjadi kode nomer responden yang hanya diketahui oleh peneliti.

#### 4.9.4 Keadilan (*Justice*)

Setiap subjek penelitian diberlakukan sama berdasar moral, martabat, dan hak asasi manusia. Peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain. (Notoatmodjo, 2010). Peneliti tidak akan membedakan responden berdasarkan status sosial dan ekonomi.

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

Bab ini menguraikan mengenai pelaksanaan penelitian beserta hasil dan pembahasan penelitian tentang hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru yang dipilih merupakan wilayah tertinggi kusta Kabupaten Jember pada tahun 2015 yaitu wilayah kerja puskesmas Tanggul dan puskesmas Sumberbaru. Wilayah kerja puskesmas Tanggul terdiri dari lima desa yaitu Desa Manggis, Desa Patemon, Desa Darungan, Desa Tanggul kulon, dan Desa Selodakon. Jumlah Klien Kusta yang terdaftar di wilayah kerja puskesmas ini tahun 2014-2015 sebanyak 16 klien kusta. Beberapa program yang telah dilakukan untuk penyakit kusta adalah kegiatan *screening* bagi keluarga dengan klien kusta yang dilakukan oleh kader, dan pengobatan bagi klien kusta.

Wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru terdiri dari enam desa yaitu Desa Jambesari, Desa Kaliglagah, Desa Gelang, Desa Jatiroto, Desa Yosorati dan Desa Krajan. Jumlah klien kusta yang terdaftar di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru tahun 2014-2015 adalah 18 klien kusta. Beberapa program yang telah dilakukan untuk penyakit kusta hampir sama dengan program yang dilakukan di wilayah kerja puskesmas Tanggul namun di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru telah dibentuk kelompok perawatan diri pada tahun 2015 tetapi belum dilaksanakan.

## 5.1 Hasil Penelitian

### 5.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat pada data numerik (usia, dan lama mengalami kusta) menggunakan nilai mean, standar deviasi, minimal, dan maksimal. Analisis univariat pada data kategorik (jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir, pekerjaan, tipe kusta, tingkat kecacatan kusta, pelaksanaan fungsi afektif keluarga, tingkat harga diri, dan gambaran diri klien kusta) menggunakan distribusi frekuensi (persentase).

Berikut ini analisa univariat dari data-data tersebut:

#### a. Karakteristik responden

Distribusi responden menurut usia dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi responden menurut usia pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni tahun 2015 (n=32)

Variabel	Mean	median	Standar deviasi	Nilai minimum-maksimum	95% CI
Usia	39,47	39	11,687	23-60	35,26-43,68

Rata-rata usia pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.1 adalah 39, 47 tahun. Usia termuda dari usia klien kusta adalah 23 tahun, sedangkan usia tertua dari usia klien kusta adalah 60 tahun. Hasil *confidence interval* 95% diyakini bahwa usia klien kusta antara 35,26-43,68 tahun

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

Tabel 5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni tahun 2015 (n=32)

No	Karakteristik Responden	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
<b>1</b>	<b>Jenis Kelamin</b>		
	a. Laki-laki	21	65,6
	b. Perempuan	11	34,4
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>2</b>	<b>Status Pernikahan</b>		
	a. Menikah	29	90,6
	b. Duda/ janda	3	9,4
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>3</b>	<b>Pendidikan</b>		
	a. Tidak sekolah	6	18,8
	b. SD	20	62,5
	c. SMP	2	6,3
	d. SMA	4	12,3
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>4</b>	<b>Pekerjaan</b>		
	a. Tidak bekerja	11	34,4
	b. Wirasawasta	4	12,5
	c. Petani	13	40,6
	d. IRT	4	12,5
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Distribusi jenis kelamin klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember merata di masing-masing jenis kelamin. Persentase jenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 21 responden (65,6%).

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi status pernikahan klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Distribusi status pernikahan responden menunjukkan bahwa sebagian besar telah menikah yaitu sebanyak 29 responden (90,6 %).

Tingkat pendidikan dinilai berdasarkan lulusan pendidikan terakhir yang telah ditempuh responden. Tingkat pendidikan dikategorikan mulai dari tidak sekolah, SD,

SMP, SMA, hingga perguruan tinggi. Data menunjukkan persentase tertinggi pada jenjang pendidikan Sekolah Dasar (SD) sebanyak 20 responden (62,5%), Hasil penelitian menunjukkan bahwa 87,6% responden berpendidikan rendah.

Distribusi pekerjaan klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember tidak merata di masing-masing jenis pekerjaan. Peneliti mengkategorikan jenis pekerjaan menjadi, tidak bekerja, petani, wiraswasta, TNI/POLRI, Ibu rumah tangga, dan pelajar. Persentase tertinggi terdapat pekerjaan petani sebanyak 13 responden (40,6%),

#### b. Karakteristik penyakit kusta

Distribusi lama mengalami kusta responden di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru

Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.3

Tabel 5.3 Distribusi responden menurut lama mengalami kusta pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

Variabel	Mean	Median	Standar Deviasi	Nilai minimum- maksimum	95% CI
Lama sakit	8,95	8,00	1,663	6-12	7,99-9,19

Rata-rata lama responden mengalami penyakit kusta pada wilayah kerja Puskesmas Tanggul dan Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.3 adalah 8,95 bulan, nilai tengah lama mengalami kusta yaitu 8,00 bulan dengan standar deviasi 1,663 bulan. Lama mengalami kusta yang dialami klien paling

lama adalah 12 bulan. Hasil *confidence interval* 95% diyakini bahwa lama klien kusta mengalami kusta antara 7,99-9,19 bulan.

Distribusi responden menurut tipe kusta dan tingkat kecacatan dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut tipe kusta dan tingkat kecacatan pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

No	Karakteristik Penyakit	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
<b>1</b>	<b>Tipe kusta</b>		
	a. PB	4	12,5
	b. MB	28	87,5
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>2</b>	<b>Tingkat kecacatan</b>		
	a. Tingkat 0	18	56,3
	b. Tingkat 1	14	43,7
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Tabel 5.4 menunjukkan distribusi karakteristik penyakit kusta yaitu tipe Kusta dan tingkat kecacatan kusta. Distribusi tipe kusta klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember sebagian besar tipe MB sebanyak 28 responden (87,5%), dan 4 responden (12,5%) memiliki tipe kusta PB . Keberagaman data terlihat dari data responden menurut tingkat kecacatan kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Tingkat kecacatan paling tinggi yaitu tingkat 0 sebanyak 18 responden (56,3%) .

c. Pelaksanaan fungsi afektif keluarga

Distribusi responden berdasarkan kategori pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5 Distribusi responden menurut kategori pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Fungsi Afektif Tidak dilaksanakan	17	53,1
Fungsi Afektif dilaksanakan	15	46,9
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Pengkategorian menggunakan *cut of point* dengan melihat distribusi data. Cara mengidentifikasi kenormalan distribusi data dapat ditinjau dari 3 hal yaitu grafik histogram dan kurva normal, menggunakan nilai *skewness* dibagi dengan standar eror menghasilkan angka  $\leq 2$ , dan menggunakan uji *Kolmogorov Smirnov* dengan hasil uji *p value*  $< 0,05$ . Pada variabel fungsi afektif keluarga didapatkan data dengan distribusi menggunakan nilai *skewness* -0,328 dibagi dengan 0,414 didapatkan hasil -0,7992 hal ini menunjukkan bahwa data berdistribusi normal sesuai dengan standar yaitu data berdistribusi normal jika nilai *skewness*  $\leq 2$ .

Rentang nilai pada pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada 32 responden diketahui yaitu 22-88, rentang nilai mengacu pada *mean* yaitu 79,19, nilai fungsi afektif dilaksanakan apabila  $\geq 79,19$  dan nilai fungsi afektif tidak dilaksanakan apabila  $< 79,19$



Distribusi responden berdasarkan indikator-indikator fungsi afektif keluarga dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan indikator-indikator pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

No	Indikator	Frekuensi (Orang)	Persentase (%)
<b>1</b>	<b>Memelihara saling asuh</b>		
	a. Tidak dilaksanakan	10	31,3
	b. Dilaksanakan	22	68,8
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>2</b>	<b>Membina keakraban</b>		
	a. Tidak dilaksanakan	20	62,5
	b. Dilaksanakan	12	37,5
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>3</b>	<b>Keseimbangan saling menghormati</b>		
	a. Tidak dilaksanakan	19	59,4
	b. Dilaksanakan	13	40,6
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>4</b>	<b>Ikatan dan identifikasi</b>		
	a. Tidak dilaksanakan	11	34,4
	b. Dilaksanakan	21	65,6
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>5</b>	<b>Keterpisahan dan keterkaitan</b>		
	a. Tidak dilaksanakan	17	53,1
	b. Dilaksanakan	15	46,9
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>6</b>	<b>Pola kebutuhan dan respon</b>		
	a. Dilaksanakan	9	28,1
	b. Tidak dilaksanakan	23	71,9
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>7</b>	<b>Peran terapeutik</b>		
	a. Tidak dilaksanakan	12	37,5
	b. Dilaksanakan	20	62,5
	<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.6 sebanyak 22 orang (68,8%) melaksanakan indikator memelihara saling asuh dan sebanyak 10 orang (31,3%) tidak melaksanakan. Pengkategorian menggunakan nilai mean yaitu apabila nilai <11,69 masuk ke dalam

kategori tidak melaksanakan dan apabila nilai  $\geq 11,69$  maka masuk dalam kategori melaksanakan indikator tersebut.

Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada indikator membina keakraban pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 11,06. Pengkategorian dilakukan berdasarkan nilai rata-rata. Berdasarkan penilaian sebanyak 12 orang (37,5%) melaksanakan indikator membina keakraban.

Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada indikator keseimbangan saling menghormati pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 10,13. Berdasarkan penilaian sebanyak 13 orang (40,6%) melaksanakan indikator ini dan 19 orang (59,4%) tidak melaksanakan.

Berdasarkan penilaian sebanyak 21 orang (65,6%) melakukan indikator ikatan dan identifikasi. Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada indikator ikatan dan identifikasi pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 11,28. Pengkategorian didasarkan pada nilai rata-rata yang didapat oleh responden.

Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada indikator keterpisahan dan keterkaitan pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember berdasarkan tabel 5.6 adalah 9,72. Berdasarkan penilaian 15 orang (46,9%) melaksanakan indikator ini

Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada indikator pola kebutuhan dan respon pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember berdasarkan tabel 5.6 adalah 10,72. Berdasarkan penilaian 23 orang (71,9%) melaksanakan indikator pola kebutuhan dan repon

Rata-rata nilai pelaksanaan fungsi afektif keluarga pada indikator peran terapeutik pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember berdasarkan tabel 5.6 adalah 14,59. Berdasarkan penilaian 20 orang (62,5%) melaksanakan indikator.

#### d. Harga diri

Distribusi data responden menurut nilai harga diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember pada bulan Juni 2015 dapat dilihat pada tabel 5.7

Tabel 5.7 Distribusi responden berdasarkan tingkat harga diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

<b>Kategori</b>	<b>Jumlah (orang)</b>	<b>Persentase (%)</b>
Harga diri rendah	11	34,4
Harga diri tinggi	21	65,6
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Rentang nilai pda harga diri dari 32 responden diketahui yaitu 10-40, rentang nilai mengacu pada ketetapan kuesioner yaitu harga diri rendah apabila nilai <20 dan harga diri tinggi apabila nilai  $\geq 20$ . Berdasarkan tabel 5.9 menunjukkan responden

dengan harga diri rendah sebanyak 11 orang (34,4%) sedangkan responden dengan harga diri tinggi yaitu sebanyak 21 orang (65.6%).

e. Gambaran diri

Rata-rata nilai gambaran diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember adalah 121,47. Nilai terendah pada nilai gambaran diri klien kusta di puskesmas Tanggul dan Sumberbaru adalah 99 dan nilai tertinggi 146. Hasil analisis kenormalan data nilai gambaran diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember didapatkan pembagian nilai *skewness* 0,248 dengan *standar error of skewness* 0,414 adalah 0,599 yaitu  $<2$  sehingga dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.

Rentang nilai pada gambaran diri klien kusta dari 32 responde diketahui yaitu 40-160, rentang nilai mengacu pada *mean* yaitu 121, sehingga nilai gambaran diri negatif apabila  $<121$  dan gambaran diri positif apabila nilai apabila  $\geq 121$ . Distribusi responden berdasarkan nilai gambaran diri dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8 Distribusi responden menurut gambaran diri pada klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

Kategori	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Gambaran diri negatif	16	50
Gambaran diri positif	16	50
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Sumber :data primer Juni 2015

Berdasarkan tabel menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki gambaran diri positif seimbang dengan responden yang memiliki gambaran diri negatif yaitu masing 16 orang (50%).

### 5.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Analisis hubungan ini menggunakan uji statistik *spearman rank* yang dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bulan Juni 2015 (n=32)

Fungsi afektif keluarga	Tingkat harga diri				Total		p-value
	Harga diri rendah		Harga diri tinggi				
	n	%	n	%	N	%	
Tidak dilaksanakan	6	35,3	11	64,7	17	53,13	0,911
Dilaksanakan	5	33,3	10	66,7	15	46,88	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>34,4</b>	<b>21</b>	<b>65,6</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa fungsi afektif keluarga keluarga tidak dilaksanakan dengan tingkat harga diri rendah sebanyak 6 responden (35,3%), fungsi afektif keluarga tidak dilaksanakan dengan tingkat harga diri tinggi sebanyak 11 responden (64,7%), fungsi afektif keluarga dilaksanakan dengan harga diri rendah sebanyak 5 responden (33,3%), dan fungsi afektif keluarga dilaksanakan dengan tingkat harga diri tinggi sebanyak 10 responden (66,7%).

Pada analisis diatas juga dapat diketahui bahwa hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember sebelum dan sesudah penapisan sampel menunjukkan nilai p-value yaitu 0,911 pada 32 sampel dengan

taraf signifikansi ( $\alpha$ ) sama dengan 0,05. Nilai p-value tersebut lebih besar dari taraf signifikansi ( $p\text{-value} \geq \alpha$ ) yaitu  $0,911 \geq 0,05$  dengan demikian  $H_0$  ditolak, yang artinya adalah tidak ada hubungan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Hasil korelasi koefisien menunjukkan hasil 0,0201 yang menunjukkan hubungan antara ke dua variabel yaitu pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri sangat lemah.

## **5.2 Pembahasan**

### **5.2.1 Karakteristik Responden klien Kusta Di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember**

Hasil karakteristik responden yang diperoleh dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan terakhir dan pekerjaan. Hasil penyajian data pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa responden rata-rata berusia 39,47 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia responden adalah kelompok dewasa tengah. Menurut Potter & Perry (2005) tugas perkembangan individu dewasa tengah meliputi pencapaian tanggung jawab sosial, menetapkan dan mempertahankan standar kehidupan, membantu anak-anak remaja menjadi orang dewasa yang bertanggung jawab dan bahagia, mengembangkan aktivitas luang, menerima dan menyesuaikan perubahan fisiologis pada usia pertengahan. Usia 39 tahun merupakan rentang umur yang masih dalam kategori usia produktif. Pedoman nasional pemberantasan penyakit kusta menyatakan bahwa klien kusta terbanyak adalah pada

usia muda dan produktif (Depkes RI, 2006). Penelitian yang dilakukan oleh Djaiman (1999) mendapatkan hasil bahwa sebanyak 84,1% klien kusta berada pada usia produktif. Klien kusta akan mengalami keterbatasan fisik dalam melakukan aktivitas akibat kecacatan yang diderita, sehingga pada rentang usia tersebut akan mengurangi tingkat produktivitas.

Klien kusta yang yang berusia produktif yang mengalami kecacatan tersebut akan memberikan dampak yang negatif seperti pengangguran (Djaiman, 1999). Klien kusta yang mengalami keterbatasan fisik akibat kusta menjadikan masyarakat tersebut enggan dan malu untuk bergaul, sehingga jika terus-menerus terjadi akan mengalami harga diri rendah pada klien kusta. Usia merupakan salah satu faktor yang meningkatkan risiko untuk terjadinya harga diri rendah. Menurut penelitian Dahrianis (2013), pada individu dengan rentang usia 20-35 tahun rentan mengalami harga diri rendah.

Tindakan pencegahan dapat dilakukan, khususnya bagi klien kusta yang memasuki usia produktif. Kegiatan konseling mengenai perkembangan maupun dampak penyakit kusta dapat dilakukan. Hal ini dilakukan untuk mempersiapkan kondisi psikologis dari klien kusta. Pemberian keterampilan-keterampilan juga dapat dilakukan untuk meningkatkan produktivitas klien kusta yang terhambat dalam melakukan pekerjaan.

Hasil penelitian terdapat pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 32 responden, sebanyak 21 responden (65,6%) memiliki jenis kelamin laki-laki dan 11 responden (34,4%) memiliki jenis kelamin perempuan. Hasil penelitian ini sesuai

dengan Depkes RI (2006) yang menyatakan bahwa kejadian penyakit kusta pada laki-laki lebih banyak terjadi daripada wanita, kecuali di Afrika, wanita lebih banyak terkena penyakit kusta dari pada laki-laki.

Laki-laki lebih banyak terpapar dengan faktor risiko terkena penyakit kusta akibat gaya hidupnya seperti halnya penyakit menular lainnya (Depkes RI, 2006). Laki-laki pada umumnya mempunyai aktivitas diluar rumah yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan, sehingga laki-laki lebih rentan untuk tertular penyakit kusta (Susanto, 2006). Kejadian kusta pada perempuan lebih rendah kemungkinan dipengaruhi oleh faktor lingkungan atau biologi. Perempuan yang banyak melakukan aktivitas di dalam rumah seperti ibu rumah tangga memperkecil risiko tertular penyakit kusta. Kegiatan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat baik di lingkungan rumah maupun di luar rumah. Pemberian promosi kesehatan kerja bagi klien kusta juga dapat dilakukan dengan melakukan *screening* kesehatan bagi klien kusta dan pendidikan kesehatan.

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang meningkatkan risiko untuk terjadinya harga diri rendah. Menurut Sulistyono (2007) laki-laki memiliki tingkat harga diri lebih tinggi daripada perempuan. Faktor yang mempengaruhi tingkat harga diri pada laki-laki dan perempuan berbeda. Faktor yang mempengaruhi tingkat harga diri pada perempuan adalah kemampuan dalam melakukan hubungan interpersonal yang positif. Sedangkan pada laki-laki faktor yang mempengaruhi adalah kemandirian dan kemampuan laki-laki dalam melibatkan perasaannya (Sarandria, 2012)



Pada tabel 5.2 dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 32 responden, sebagian besar telah menikah sebanyak 29 responden (90,6%) dan sisanya sebanyak 3 orang (9,4%) berstatus duda atau janda. Hasil penelitian ini sesuai dengan Pedoman nasional pemberantasan penyakit kusta menyatakan bahwa klien kusta terbanyak adalah pada usia muda dan produktif (Depkes RI, 2006). Seseorang kebanyakan menikah pada usia muda dan produktif.. Menikah memberikan dampak lebih baik bagi kesehatan jiwa untuk semua gender (Videbeck, 2008). Adanya pernikahan merupakan sumber dukungan sosial dan berpengaruh secara signifikan terhadap harga diri individu (Murray *et al*, 2008 dalam Susanti, 2012). Status pernikahan dapat dijadikan sebagai bentuk dukungan dari orang terdekat klien yang dapat berpengaruh pada harga diri klien (Cahyani, 2014)

Tingkat pendidikan sebagian besar klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember adalah Sekolah Dasar sebanyak 20 responden (62,5 %). Pendidikan yang rendah mengakibatkan kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakit kusta, sehingga klien kusta tidak memahami akibat buruk yang ditimbulkan dari penyakit kusta (Susanto, 2006). Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Kaur & Van Brakel (2002) bahwa sebagian besar (65%) klien kusta tidak menempuh pendidikan formal. Masih rendahnya pendidikan masyarakat berakibat kurangnya informasi dan pengetahuan terhadap kesehatan, hal ini merupakan salah satu dampak semakin meluasnya insidensi penularan penyakit kusta di wilayah Puskesmas Tanggul dan di wilayah Puskesmas Sumberbaru. Pengetahuan dan masyarakat tentang suatu penyakit merupakan domain yang penting bagi

terbentuknya perilaku seseorang (Murti, 2006). Pengetahuan akan merangsang terjadinya perubahan sikap dan tindakan seorang individu. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan promosi kesehatan mengenai penyakit kusta. Promosi kesehatan yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pendidikan kesehatan bagi klien, keluarga, dan masyarakat mengenai penyakit kusta. Diharapkan dengan adanya promosi kesehatan ini dapat meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku kesehatan baik dari klien kusta, keluarga, maupun masyarakat.

Hasil penelitian tentang karakteristik responden tentang pekerjaan pada tabel 5.2, sebagian besar klien kusta memiliki pekerjaan petani sebanyak 13 responden (42,1%). Pekerjaan seseorang akan menentukan besarnya jumlah penghasilan yang didapatkan. Penghasilan yang dimiliki oleh seseorang akan mempengaruhi terhadap status kesehatan orang tersebut. Keadaan ekonomi yang kurang mampu akan mempengaruhi akses seseorang terhadap layanan kesehatan dan konsumsi pangan seseorang yang akan berpengaruh terhadap kesehatannya. Menurut Coopersmith (1967 dalam Prastowo, 2012) tingkat ekonomi dan kelas sosial yang di dalamnya termasuk pekerjaan, pendapatan, dan tempat tinggal berpengaruh pada harga diri seseorang. Memfasilitasi masyarakat agar mendapat pelayanan kesehatan yang optimal dapat dilakukan, melalui pemberian jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan bagi klien kusta yang memiliki ekonomi rendah.

### 5.2.2 Karakteristik Penyakit Kusta Klien Kusta Di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember

Hasil penelitian selanjutnya adalah karakteristik penyakit kusta yang meliputi tipe kusta, tingkat kecacatan dan lama mengalami, Karakteristik penyakit kusta yang pertama adalah tipe kusta yang menunjukkan bahwa sebagian besar sebanyak 28 responden (87,5%) adalah tipe kusta MB. Tipe MB mempunyai waktu pengobatan yang lebih lama dibandingkan dengan Tipe PB. Kusta jenis MB memiliki karakteristik basah, koloninya banyak sehingga risiko untuk menularkan penyakit semakin tinggi. Susanto (2010) menyatakan bahwa faktor sumber penularan penyakit kusta adalah klien kusta tipe MB. Kusta tipe MB dapat menular secara langsung pada orang lain dan orang yang sering kontak dengan klien kusta tipe MB.

Tipe *multibacillary* memiliki karakteristik berwarna kemerahan, tersebar merata diseluruh badan, berbatas tidak begitu jelas, terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada cuping telinga dan wajah. Karakteristik yang muncul akan mengakibatkan kecacatan bagi klien kusta. Kecacatan lebih sering terjadi pada klien kusta tipe MB. Keadaan tersebut diakibatkan sifat alami tipe MB yang memiliki penyebaran kuman lebih cepat dan banyak menimbulkan kecacatan pada akhir sprektum (Hasnani, 2003). Penyebab lain yang menyebabkan kecacatan lebih sering pada tipe MB adalah adanya perbedaan respon imunitas, dimana ditemukan sistem imunitas yang kurang baik pada tipe MB.

Pada penelitian didapatkan bahwa sebagian besar klien mengalami tingkat kecacatan 0 yaitu 18 (56,3%) dengan rata-rata lama klien mengalami kusta 8,95 bulan.

Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan penyakit kusta di wilayah Puskesmas Tanggul dan Puskesmas Sumberbaru cukup tinggi. Beberapa klien kusta tidak memperhatikan terjadinya perkembangan penyakit yang dialami, sehingga keadaan penyakit yang diderita dianggap tidak mengganggu aktifitas pekerjaannya, baru dianggap mengganggu jika telah terjadi kesakitan atau bahkan kecacatan.

Penyakit kusta merupakan penyakit kronik sehingga perkembangan penyakit kusta seiring dengan lama seseorang mengalami kusta. Adanya gangguan saraf akibat *Mycobacterium leprae* mengakibatkan klien kusta mengalami mati rasa, deformitas, dan kecacatan. Pencegahan kecacatan dapat dilakukan dengan pengobatan dini dan perawatan bagi klien kusta, untuk itu petugas kesehatan harus lebih aktif dalam melakukan deteksi dini dan perawatan baik secara *home care* yang melibatkan keluarga maupun perawatan di klinik

### 5.2.3 Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga pada Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember

Fungsi afektif keluarga berfungsi memenuhi kebutuhan sosio emosional anggota keluarga yang dapat mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat baik bagi anggota keluarga maupun keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Keadaan pelaksanaan fungsi afektif keluarga klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember bervariasi. Sebagian besar keluarga tidak melaksanakan fungsi afektif dengan dua indikator tidak dilaksanakan yaitu indikator membina keakraban dan keseimbangan saling menghormati.

Keluarga dikatakan melaksanakan dan mencapai fungsi afektif keluarga apabila keluarga telah melaksanakan 7 indikator dari pelaksanaan fungsi afektif keluarga, yaitu:

a. memelihara saling asuh

memelihara saling asuh merupakan komponen dimana keluarga menciptakan sistem saling asuh serta memelihara dan mempertahankan sistem tersebut (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar klien yaitu 22 orang (68,8%) melaksanakan indikator ini dan sisanya tidak melaksanakan. Terlaksananya indikator ini didukung dengan pertanyaan-pertanyaan yang menggambarkan bahwa keluarga telah melaksanakan indikator ini, yaitu pemberian motivasi dan semangat untuk sembuh, sebanyak 81,3% menjawab keluarga selalu memberikan semangat dan motivasi pada klien. Pertanyaan lain yang mendukung adalah sebanyak 84,2 % menjawab bahwa keluarga tidak mengabaikan klien selama sakit. Terlaksananya indikator ini dapat diakibatkan adanya ikatan yang terbentuk dari keluarga sehingga perasaan kasih sayang dapat selalu diberikan

Indikator ini memiliki konsep kunci yaitu keluarga memberikan kasih sayang dan dukungan pada setiap anggota keluarga sehingga nantinya kemampuan untuk memberikan kasih sayang pada setiap anggota keluarga meningkat yang pada akhirnya tercipta hubungan yang saling mendukung (Muhlisin, 2012). Bentuk-bentuk pelaksanaan dari memelihara saling asuh yang dapat diaplikasikan oleh keluarga pada klien kusta adalah dengan bentuk penerimaan, dukungan, dan kehangatan yang tetap diberikan selama klien kusta menjalani kondisi baik sehat maupun sakit.

## b. membina keakraban

Membina keakraban menunjukkan kedekatan antar anggota keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikologis terhadap keakraban secara emosional dengan orang lain. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar klien yaitu 20 orang (62,5%) tidak melaksanakan indikator ini. Hal ini didukung dengan beberapa pertanyaan yang dijawab oleh reponden terkait pelaksanaan indikator ini, sebanyak 71,1% menyatakan jarang sekali dijenguk oleh keluarga, selain itu 55,3% menjawab keluarga mau mengajak bicara namun jarang mendengarkan keluhan-keluhan dari klien. Faktor-faktor yang dapat mengakibatkan tidak terlaksananya indikator membina keakraban adalah berubahnya pola komunikasi keluarga akibat adanya stresor sakit yang dialami klien.

Membina keakraban ini harus ditunjang dengan komunikasi yang baik antar anggota keluarga. Adanya anggota keluarga yang berada dalam kondisi sakit dapat menjadi stressor bagi keluarga yang mempengaruhi psikologis. Komunikasi sulit berlangsung bila seseorang dalam keadaan sedih, bingung, marah, merasa kecewa, merasa iri hati, diliputi prasangka, dan suasana psikologis lainnya (Wahida, 2011), sehingga dapat mengakibatkan keluarga kesulitan dalam membina keakraban. Pada klien kusta, penyakit kusta yang dialami dapat menjadi stresor bagi klien dan keluarga sehingga komunikasi yang terjalin antara klien dan keluarga tidak terlaksana. Komunikasi yang tidak terlaksana akan mempengaruhi keakraban dari

tiap anggota keluarga. Konseling bagi keluarga dapat dilakukan untuk memperbaiki komunikasi dan keakraban antara anggota keluarga dengan klien kusta.

c. Keseimbangan saling menghormati

Adanya keseimbangan saling menghargai antara anggota keluarga serta adanya sikap saling mengakui keberadaan dan hak akan membentuk iklim yang positif dalam keluarga. Iklim positif yang dapat dipertahankan oleh keluarga akan membantu keluarga dalam mencapai fungsi afektif (Muhlisin, 2012). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 19 orang (59,4%) tidak melaksanakan indikator ini. Hal ini didukung dengan hasil penilaian sebanyak 68,8% responden menjawab jarang diperbolehkan untuk berinteraksi dengan orang lain dan 46,9% responden dilarang untuk melakukan pekerjaan.

Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengetahui keberadaan dari setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim yang positif maka afektif akan tercapai (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Klien kusta dapat mengalami diskriminasi baik dari keluarga maupun masyarakat. Bentuk diskriminasi yang dialami dapat berbentuk *labeling* dan pelanggaran hak-hak bagi klien kusta (Susanto, 2010). Adanya ketidakseimbangan dalam menghormati hak klien akan mengakibatkan klien merasa terisolasi yang nantinya akan dapat berpengaruh pada psikologis klien. Keseimbangan saling menghormati antar anggota keluarga dapat dilakukan dengan memberikan kebebasan bagi klien kusta untuk melakukan aktivitas yang dapat dilakukan. Kegiatan pendidikan kesehatan juga dapat dilakukan untuk memberikan pemahaman bagi masyarakat tentang kusta dan menghapus stigma dan

diskriminasi sehingga klien kusta dapat memperoleh hak-haknya sebagai individu yang utuh

d. Ikatan dan identifikasi

Ikatan dan identifikasi merupakan kondisi dimana keluarga memberikan kenyamanan bagi anggota keluarganya. Ikatan dan identifikasi dimulai ketika pasangan memulai kehidupan baru dan berlangsung selama daur hidup. Berdasarkan penelitian sebanyak 21 orang (37,5%) melaksanakan indikator ini. Hal ini didukung dengan 68,8% menjawab bahwa selama sakit keluarga memberikan perhatian yang lebih ada klien. Pelaksanaan indikator ini dipengaruhi oleh adanya ikatan yang terjalin antara anggota keluarga sejak awal memulai kehidupan sehingga pelaksanaan indikator ini tidak dapat terpisahkan dari keluarga. Adanya pertalian antara anggota keluarga memungkinkan pemenuhan kebutuhan yang tidak mungkin dipenuhi sendiri oleh individu dalam keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Ikatan dan identifikasi yang dilakukan akan membentuk sensitifitas, perhatian dan responsifitas antar anggota keluarga. Bentuk-bentuk sensitifitas, perhatian dan responsifitas yang diberikan keluarga akan memberikan nyaman dan lingkungan yang kondusif bagi klien kusta.

e. Keterpisahan dan keterkaitan

keterpisahan keterpaduan berhubungan dengan karakteristik hubungan kedekatan keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa 17 orang (53,1%) tidak melaksanakan indikator ini. Hal ini didukung dengan 39,5% menjawab jarang pergi keluar bersama keluarga mereka



dan 63,8% menjawab bahwa keluarga selalu tidak menuruti keinginan dari klien. Ketika keluarga mencapai pola keterpisahan dan keterpaduan maka anggota keluarga dapat merasakan dan memenuhi kebutuhan psikologisnya. Indikator ini berkaitan dengan pemberian otonomi bagi anggota keluarga. Pada klien kusta keluarga dapat membatasi otonomi dari klien dimungkinkan untuk menghindari diskriminasi atau pengucilan dari masyarakat. Pembatasan otonomi pada klien kusta akan menimbulkan dampak psikologis bagi klien kusta, untuk itu perlunya konseling bagi keluarga dengan klien kusta. Keluarga yang tidak melaksanakan indikator ini memerlukan pemahaman tentang kondisi klien kusta dengan melakukan konseling dan konsultasi terkait kondisi klien kusta sehingga indikator ini dapat terlaksana.

f. Pola kebutuhan dan respon

pola kebutuhan dan respon merupakan sebuah pola dimana keluarga memiliki sensitifitas dan kepekaan terhadap kebutuhan dari anggota keluarga dan berespon akan kebutuhan dari anggota keluarga tersebut. Sebanyak 23 klien (71,9%) melaksanakan indikator ini. Hal ini didukung dengan 98,3% menjawab bahwa keluarga klien selalu menjaga kebersihan dan menyediakan makan-makanan bergizi. Kebersihan dan makan-makanan bergizi merupakan sebuah kebutuhan bagi klien kusta. Kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan dan berespon terhadap kondisi klien dapat dipengaruhi oleh pengetahuan. Pendidikan yang rendah mengakibatkan kurangnya pengetahuan klien terhadap penyakit kusta, sehingga klien kusta dan keluarga tidak memahami akibat buruk yang ditimbulkan dari

penyakit kusta (Susanto, 2006). Hal ini juga berpengaruh pada keluarga dalam membentuk pola kebutuhan dan respon. Pola kebutuhan repon ini dapat dipertahankan dengan meningkatnya sensitifitas dan responsibilitas dari keluarga, pendidikan kesehatan dapat dilakukan pada keluarga yang belum melaksanakan indikator ini.

g. Peran terapeutik

peran terapeutik meliputi mendengarkan masalah, bersikap simpati, memberikan ketenangan dan kasih sayang, dan memberikan bantuan untuk memecahkan masalah secara bersama-sama (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Berdasarkan penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 20 responden (62,5 %) melakukan indikator ini. Hal ini didukung dengan 81,3% klien menjawab bahwa keluarga klien selalu memberikan solusi dari permasalahan klien dan 87,5 % klien menjawab bahwa keluarga selalu menanyakan atau memantau kondisi klien. Dalam aplikasinya pelaksanaan peran terapeutik ini keluarga klien kusta tidak hanya mendengarkan masalah dari klien tetapi juga memberikan solusi dari setiap masalah.

Berdasarkan nilai total dari setiap responden didapatkan bahwa 17 responden (53,1%) melaksanakan fungsi afektif keluarga dan 15 klien kusta (46,9%) tidak melaksanakan fungsi afektif keluarga. Pada fungsi ini keluarga memiliki peran atau tugas untuk mempertahankan suasana yang kondusif dan positif, perasaan saling memiliki dan berarti, suasana penuh kasih sayang dan *reinforcement* (Efendy, 2009). Pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga yang terwujud dalam

pelaksanaan fungsi afektif ini keluarga akan mampu melaksanakan tujuan utama psikososial keluarga yaitu membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga, stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin suatu hubungan yang akrab, dan harga diri.

Pemberian motivasi bagi keluarga untuk mendukung kesehatan bagi klien kusta harus terus dilakukan. Petugas kesehatan dapat melibatkan keluarga dalam perawatan klien kusta di rumah. Terciptanya hubungan yang baik antara keluarga dan klien diharapkan mampu memberikan suatu lingkungan yang kondusif bagi klien untuk mencapai kesehatan yang optimal.

#### 5.2.4 Tingkat Harga Diri pada Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember

Harga diri (*self esteem*) adalah sebuah penilaian diri individu terhadap dirinya sendiri yang dihasilkan dari analisis perilaku orang lain dengan ideal dirinya (Stuart, 2013). Klien kusta pada umumnya merasa rendah diri dan tertekan terhadap penyakitnya. Hal ini diakibatkan oleh sikap penerimaan negatif dari masyarakat terhadap penyakit kusta (Zulkifli, 2003). Berbeda dengan hasil penelitian pada tabel 5.7 didapatkan bahwa sebanyak 21 klien kusta (65,6%) memiliki harga diri tinggi.

Hal ini didukung dengan hasil analisis data bahwa 40,3% klien kusta mengungkapkan penerimaan diri yang positif. Adanya penerimaan positif ini akan mempengaruhi klien dalam mengatur dan mengontrol tingkah laku dan orang lain (Coopersmith, 1967 dalam Sudrajat 2012). Penerimaan yang positif akan membantu

klien untuk beradaptasi dengan diskriminasi maupun stigma yang diterima.

Terbentuknya harga diri terdiri dari empat indikator yaitu:

a. Mengungkapkan penerimaan secara verbal

Sebanyak 93,8% menunjukkan pengungkapan penerimaan diri secara verbal, yang dibuktikan bahwa klien menjawab merasa berguna, berharga, dan tidak gagal dalam dirinya. Dimensi penerimaan secara verbal ditandai dengan adanya penghargaan dan rasa hormat yang didapat individu dari orang lain serta besarnya sumbangan dari pikiran atau pendapat (Coopersmith, 1967 dalam Sudrajat 2012). Adanya penghargaan dan penerimaan diri secara positif ini akan membentuk koping yang positif bagi klien kusta yang ditunjukkan dalam bentuk kepercayaan diri.

b. Menerima kritikan dan berhubungan dengan orang lain

Sebanyak 78,1% klien menunjukkan penerimaan terhadap kritikan dan berhubungan dengan orang lain. Indikator ini termasuk ke dalam dimensi keberartian dalam harga diri. Dimensi ini ditandai dengan kehangatan, keikutsertaan, perhatian, dan kesukaan orang lain terhadap individu tersebut (Coopersmith, 1967 dalam Sudrajat 2012). Penerimaan kritikan dapat dibentuk dengan keterbukaan diri dalam berhubungan dengan orang lain. Keterbukaan diri ini akan mempengaruhi individu terutama klien kusta untuk menilai dirinya baik secara positif maupun negatif.

c. Menceritakan keberhasilan yang diraih

Sebanyak 71,9% klien mengungkapkan keberhasilan yang diraih, dibuktikan dengan responden menjawab bahwa mereka dapat melakukan pekerjaan dengan sebaik mungkin dan merasa memiliki sifat-sifat yang baik. Indikator ini masuk ke

dalam dimensi harga diri yaitu dimensi kemampuan. Kemampuan (*Competence*) merupakan keberhasilan individu untuk mengerjakan tugas dengan baik. Kemampuan ini diartikan sebagai kesuksesan individu dalam menuruti tuntutan prestasi (Coopersmith, 1967 dalam Sudrajat 2012). Kemampuan yang ditunjukkan dari klien kusta pada penelitian ini adalah kemampuan dalam hal pekerjaan. Terbukti sebagian besar klien kusta masih bekerja sebagai petani. Bekerja atau pekerjaan memberikan pemenuhan kebutuhan, seperti kebutuhan material, harga diri, penerimaan sosial, status sosial, dan penghormatan dari orang lain, sehingga dalam hal ini dapat menunjang harga diri klien kusta.

#### d. Pemenuhan peran yang signifikan

Sebanyak 56,3% klien kusta menunjukkan pemenuhan peran yang signifikan, yang dibuktikan dengan klien menjawab merasa puas dengan diri sendiri dan merasa memiliki sifat yang positif. Pemenuhan peran yang signifikan merupakan dimensi harga diri yaitu kebajikan. Kebajikan (*Virtue*) merupakan kemampuan dalam mematuhi standar moral dan etika yang ditandai dengan kepatuhan untuk menghindari tingkah laku yang harus dihindari dan melakukan tingkah laku yang sesuai dengan moral, etika dan agama (Coopersmith, 1967 dalam Sudrajat 2012). Perilaku yang sesuai dengan standar moral yang dilakukan oleh klien kusta dapat mempengaruhi penerimaan masyarakat maupun keluarga sehingga dapat menunjang dari harga diri klien.

Harga diri terbentuk mulai dari masa anak-anak dan terus berkembang seiring perkembangan individu tersebut. Harga diri tinggi didapat dari dua sumber yaitu diri

sendiri dan orang lain melalui adanya kasih sayang dan penghargaan. Sebaliknya harga diri rendah didapatkan ketika individu kehilangan kasih sayang dan penghargaan dari orang lain (Stuart,2013). Pencegahan lebih lanjut dapat dilakukan khususnya pada klien dengan harga diri rendah agar tidak berlanjut ke permasalahan kejiwaan dan memperbaiki kualitas hidup bagi klien. Kerja sama antara pelayanan kesehatan dan keluarga klien kusta dapat dilakukan untuk tindakan pencegahan tersebut.

#### 5.2.6 Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri

Klien Kusta di Wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa fungsi afektif keluarga keluarga tidak dilaksanakan dengan tingkat harga diri rendah sebanyak 6 klien kusta (35,3%), fungsi afektif keluarga tidak dilaksanakan dengan tingkat harga diri tinggi sebanyak 11 klien kusta (64,7%), fungsi afektif keluarga dilaksanakan dengan harga diri rendah sebanyak 5 klien kusta (33,3%), dan fungsi afektif keluarga dilaksanakan dengan tingkat harga diri tinggi sebanyak 10 klien (66,7%).

Hasil uji statistik yang dilakukan pada penelitian menunjukkan bahwa nilai *p value* 0,911 dengan alpha 5% yang berarti menunjukkan bahwa hipotesis ditolak yaitu tidak ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember. Hal ini juga didukung dengan hasil korelasi

koefisien yaitu 0,021 yang menyatakan bahwa hubungan sangat rendah antara kedua variabel. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Atmaja (2011) mengenai hubungan dukungan keluarga dan harga diri pasien kusta di RS. Dr. Sitanala Tangerang yang menunjukkan bahwa nilai  $p \geq 0,005$  dengan alpha 5% yang berarti tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan harga diri pasien kusta di rumah sakit Dr. Sitanala Tangerang.

Peneliti saat melakukan penelitian menemukan fenomena-fenomena yang muncul dalam masyarakat berkaitan dengan stigma yang buruk tentang penyakit kusta yaitu keluarga klien kusta berusaha menyembunyikan klien kusta dari masyarakat, keluarga jarang berkumpul dengan klien kusta karena takut tertular dan masyarakat berusaha menjauhi klien kusta serta melarang klien kusta untuk ikut dalam kegiatan sosial. Penelitian menunjukkan stigma, diskriminasi, dan penolakan oleh orang lain menimbulkan dampak psikologi yang negatif pada klien kusta (Enwereji, 2011). Salah satu dampak psikologis yang dialami adalah harga diri rendah yang ditunjukkan dengan adanya perasaan malu, tidak mau menerima kondisi, kurang kontak mata, dan menurunnya produktivitas. Berbeda dengan hasil penelitian saat ini, pada penelitian didapatkan hasil bahwa sebanyak 21 klien memiliki harga diri tinggi. Penerimaan positif terhadap diri sendiri diungkapkan oleh klien kusta.

Harga diri (*self esteem*) adalah sebuah penilaian diri individu terhadap dirinya sendiri yang dihasilkan dari analisis perilaku orang lain dengan ideal dirinya (Stuart, 2013). Harga diri berkembang mulai dari masa anak-anak dan berlanjut seiring perkembangan individu tersebut. Tingkat harga diri klien kusta tidak hanya

ditentukan oleh pelaksanaan fungsi afektif keluarga tetapi juga berbagai faktor lain. Hal-hal yang dapat meningkatkan harga diri seseorang menurut Coopersmith (1967) diantaranya adalah keberhasilan yang diperoleh selama dirinya berinteraksi dengan lingkungan. Keberhasilan itu sendiri antara lain:

- a. *Power*, kemampuan untuk mempengaruhi atau menguasai orang lain;
- b. *Virtue*, kesesuaian diri dan kecemasan dalam mengemukakan tentang dirinya;
- c. *Significance*, penerimaan perhatian dari keluarga;
- d. *Competence*, kesuksesan dan perasaan ketidakpuasan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada klien kusta menunjukkan sebagian besar klien kusta menunjukkan keberhasilan dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ditunjukkan dengan klien kusta mengungkapkan penerimaan, kesesuaian diri dan perasaan kepuasan serta kesuksesan. Hal ini dapat ditunjang dengan kondisi lingkungan sosial yang positif dari klien. Keaktifan petugas kesehatan dalam mengatasi dan menangani kondisi yang dialami klien kusta dapat membuat kondisi lingkungan yang positif sehingga dapat membantu klien kusta dalam berinteraksi dan mencapai keberhasilan dalam berinteraksi dengan lingkungan yang dapat mendukung harga diri yang tinggi bagi klien kusta.

Kondisi fisik juga dapat mempengaruhi dari harga diri seseorang. Kondisi fisik yang dialami klien kusta berupa kecacatan dapat mempengaruhi penilaian klien kusta terhadap dirinya. Perubahan penampilan tubuh yang diakibatkan diantaranya oleh amputasi, kecacatan maupun stressor lainnya akan mempengaruhi seseorang dalam menilai kondisi tubuhnya (Putri, 2012). Perubahan fungsi tubuh yang



diakibatkan oleh penyakit kronis dan terminal akan mempengaruhi gambaran diri seseorang. Perubahan fungsi tubuh yang tidak optimal akan membuat individu mempersepsikan negatif tubuhnya. Sebagian besar klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru mengalami tingkat kecacatan 0 hingga 1, dimana pada tingkat kecacatan ini masih belum terlihat nyata perubahan struktur dan fungsi tubuh yang dialami. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 50% klien kusta memiliki gambaran diri yang positif. Penilaian positif terhadap kondisi tubuh klien kusta akan mempengaruhi tingkat harga diri klien kusta.

Tingkat harga diri yang tinggi pada klien kusta harus dipertahankan oleh klien kusta untuk mencegah masalah-masalah baik fisik maupun psikologis yang dialami. Pada klien kusta yang mengalami harga diri rendah perlu dilakukan penanganan lebih lanjut dengan memanfaatkan sumber koping internal maupun eksternal. Individu dalam mengatasi masalah psikologis tidak hanya menggunakan kekuatan internal saja melainkan juga bergantung pada sumber eksternal seperti keluarga, karena keluarga merupakan orang terdekat dari seorang individu sehingga keberadaan keluarga sangat penting dalam memberikan dukungan dan menciptakan kondisi yang kondusif bagi klien kusta (Fadilah, 2011). Dalam model adaptasi stress Stuart (2006) keluarga merupakan sumber koping bagi individu dalam membentuk mekanisme koping bagi individu tersebut, dengan adanya sebagai sumber koping bagi klien kusta diharapkan keluarga dapat menjadi sumber koping yang positif sehingga dapat membantu membentuk koping yang positif bagi klien kusta. Keluarga dapat membantu dengan memaksimalkan peran dan fungsi keluarga bagi klien kusta

### 5.3 Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pada penelitian yang telah dilakukan, terdapat beberapa keterbatasan penelitian, diantaranya:

1. Perbedaan bahasa menyebabkan peneliti mengalami kesulitan saat melakukan pengumpulan data pada responden keluarga, disaat responden keluarga menanyakan tentang pertanyaan kuisisioner yang tidak dimengerti karena mayoritas responden keluarga menggunakan bahasa madura. Perbedaan bahasa yang dialami membuat reponden harus didampingi dalam pengisian kuesioner yang mempengaruhi subyektifitas responden dalam menjawab;
2. Birokrasi dan kondisi lapangan seperti jarak rumah klien yang jauh serta alamat yang tidak lengkap membuat waktu penelitian lebih lama dari proposal yang telah dibuat;
3. Jumlah sampel yang sedikit yaitu 32 responden dapat menyebabkan tidak representatifnya sampel yang digunakan. Semakin besar sampel maka akan semakin baik dan representatif hasil penelitian yang diperoleh.

### 5.4 Implikasi Keperawatan

Penelitian tentang hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru di Kaupaten Jember ini dapat memberikan beberapa implikasi kepada keluarga, klien, institusi pendidikan, dan keperawatan.

## a. Implikasi Keperawatan bagi Klien

### 1) bagi individu

Peran dapat dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam membentuk mekanisme coping bagi klien agar klien dapat meningkatkan konsep diri yang positif. Perawat sebagai konselor membantu klien dalam menggali kemampuan diri yang dimiliki oleh klien untuk meningkatkan harga diri dan gambaran diri klien. Perawat sebagai kolaborator dan fasilitator dapat membantu klien kusta untuk mendapatkan perawatan dan asuhan keperawatan secara holistik dan komprehensif untuk mencapai kesehatan yang optimal.

### 2) bagi keluarga

Peran perawat yang dapat dilakukan untuk membantu keluarga dalam menjalankan fungsi afektif keluarga adalah perawat sebagai konselor bagi keluarga dalam memberikan pemecahan permasalahan keluarga baik secara fisik maupun psikologis klien kusta. Perawat sebagai koordinator yakni perawat bersama keluarga diharapkan dapat mengidentifikasi semua sumber dan kemampuan yang ada dalam keluarga untuk memaksimalkan fungsi afektif keluarga maupun fungsi keluarga yang lain untuk menunjang kesehatan klien. Perawat dan keluarga juga dapat bekerja sama dalam melakukan perawatan bagi klien kusta dengan melakukan perawatan *home care*.

### 3) bagi komunitas

Peran perawat yang dapat dilakukan untuk membantu komunitas adalah meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penyakit kusta melalui peran

perawat sebagai perawat komunitas. Perawat dapat memberikan pengenalan secara dini mengenai penyakit kusta beserta pengobatan dan pencegahan yang dapat dilakukan. Diharapkan dengan peningkatan pengetahuan ini dapat meningkatkan peran dan fungsi masyarakat dalam memberikan motivasi dan dukungan serta untuk mencegah penularan penyakit kusta

b. Implikasi keperawatan bagi institusi pendidikan

Peran perawat terkait pada hasil penelitian ini yaitu sebagai health monitor. Perawat dapat membantu keluarga untuk mengenali masalah kesehatan yang akan muncul dengan cara menganalisis bersama dengan keluarga apa yang membuat masalah kesehatan tersebut muncul dan bagaimana dampaknya terhadap anggota keluarga. Dengan melakukan hal tersebut, perawat juga dapat mengembangkan dan menerapkan hasil penelitian terkait pelaksanaan fungsi afektif keluarga dan harga diri klien kusta. Penelitian tersebut dapat menambah referensi hasil riset untuk memperdalam keilmuan di instansi pendidikan khususnya untuk menambah pengetahuan peserta didik dan pengajar.

## BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan pelaksanaan fungsi afektif keluarga di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

- a. Gambaran klien kusta menunjukkan rata-rata berusia 39 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dan berstatus telah menikah, sebagian besar klien kusta berpendidikan rendah dengan pekerjaan sebagai petani dan ibu rumah tangga, Karakteristik penyakit kusta yang dialami oleh klien diketahui sebagian besar klien kusta mengalami kusta tipe MB dengan variasi tingkat kecacatan 0 dan 1 dan rata-rata menderita kusta selama 9 bulan.
- b. Sebesar 53,1 % klien kusta di wilayah kerja Puskemas Tanggul dan Sumberbaru tidak melaksanakan fungsi afektif keluarga dengan 65,6% memiliki harga diri tinggi
- d. Tidak ada hubungan yang signifikan antara pelaksanaan fungsi afektif keluarga dengan tingkat harga diri klien kusta di wilayah kerja puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember.

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

### a. Bagi Institusi Pendidikan

Instansi pendidikan sebaiknya dapat mengembangkan sebuah penelitian lebih lanjut maupun pengembangan keilmuan mengenai konsep diri bagi klien kusta sehingga dapat dijadikan intervensi bagi klien kusta yang mengalami harga diri rendah maupun konsep diri yang negatif.

### b. Bagi Institusi pelayanan Kesehatan

#### 1) Bagi Dinas Kesehatan

Aktif melakukan deteksi dini tidak hanya kesehatan fisik tetapi juga terhadap kesehatan mental terutama permasalahan harga diri pada klien kusta sehingga permasalahan kesehatan mental pada klien kusta dapat diketahui dan ditangani lebih dini. Penetapan kebijakan mengenai deteksi dini dapat dilakukan dengan membuat sebuah program *screening* wajib bagi klien kusta dan keluarga.

#### 2) Bagi Puskesmas Tanggul dan Puskesmas Sumberbaru

Petugas kesehatan sebaiknya lebih memaksimalkan kegiatan *screening* pada klien kusta. Petugas kesehatan aktif memberikan intervensi baik untuk kondisi fisik maupun psikologis. Hal ini dapat dilakukan melalui kunjungan rumah pada klien kusta maupun keluarga untuk selalu menjaga kondisi kesehatan fisik dan mental klien kusta. Pemberian konseling dan penyuluhan bagi keluarga dan klien kusta dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan bagi klien maupun keluarga.

## c. Bagi Keperawatan

Perawat harus mampu melakukan asuhan keperawatan secara tepat dan holistik pada klien kusta yang mencakup pencegahan primer, sekunder, maupun tersier. Kegiatan perawatan secara holistic dan komprehensif dapat dilakukan dengan memberikan perawatan di pelayanan kesehatan maupun kunjungan rumah dalam bentuk *home care* dengan melibatkan keluarga

## d. Bagi Masyarakat

Anggota keluarga klien kusta dan masyarakat sekitar hendaknya meningkatkan dukungannya terhadap klien kusta agar klien kusta terhindar dari gangguan harga diri rendah. Bagi masyarakat dan keluarga penderita sebaiknya mengetahui faktor risiko reaksi kusta, agar dapat membantu penderita dalam mengenal secara dini terjadinya gejala kusta sehingga cepat memperoleh penanganan dan memberikan dukungan kepada penderita kusta, serta tidak mengucilkan penderita kusta. Hal penting lainnya yang sebaiknya dilakukan oleh keluarga yaitu meningkatkan kedekatan emosional dengan klien kusta sehingga kejadian harga diri rendah maupun gangguan psikologis lain dapat diatasi. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan kasih sayang, membina keakraban dan meningkatkan sensitifitas dan responsifitas bagi klien kusta.

## e. Bagi Peneliti

Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan untuk meneliti mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi harga diri rendah klien kusta dan pengembangan intervensi bagi klien yang mengalami harga diri rendah khususnya bagi klien kusta

dan untuk optimalisasi pelaksanaan fungsi afektif keluarga. Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan pemberian terapi seperti terapi kognitif bagi klien kusta yang mengalami harga diri rendah maupun dengan pemberian terapi aktivitas kelompok bagi klien kusta maupun keluarga dengan klien kusta untuk meningkatkan fungsi afektif keluarga.





## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin. 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta:EGC.
- ANTARA. 2015. Kasus Kusta Indonesia Ketiga Terbesar Di Dunia. [serial online]. <http://www.antaraneews.com/berita/474529/kasus-kusta-indonesia-ketiga-terbesar-di-dunia> [6 Februari 2015].
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta:EGC.
- Cahyani, Yuninda Ayu. 2014. "Perbedaan Harga Diri Klien Kusta Antara Yang Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) Dan Tidak Aktif Mengikuti Kelompok Perawatan Diri (KPD) Di Kabupaten Jember". Tidak Diterbitkan. Skripsi. Universitas Jember:Program Studi Ilmu Keperawatan.
- CDC. 2011. Neglected Tropical Disease. [Serial online]. <http://www.cdc.gov/globalhealth/ntd/>. [6 Februari 2015].
- Dahrianis, *et al.* 2013. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Konsep Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Khusus Daerah Prov. Sulawesi Selatan. Vol 3(3).
- Depkes. 2015. Hari Kusta Sedunia 2015: Hilangkan Stigma! Kusta Bisa Sembuh Tuntas. [Serial online]. <http://www.depkes.go.id/article/view/15012300020/hari-kusta-sedunia-2015-hilangkan-stigma-kusta-bisa-semuh-tuntas.html> [26 Januari 2015].
- Depkes RI. 2006. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan,
- Depkes RI. 2012. *Buku Pedoman Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Djaiman, S.P.H., 1999. Profil Penderita Kusta di Kecamatan Sarang, Kabupaten Rembang, 1996. [serial online]. [23 Mei 2015].

- Dinkes Jatim. 2012. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2012.[serial online]. [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2012/15\\_Profil\\_Kes.Prov.JawaTimur\\_2012.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf) [10 januari 2015].
- Efendi, Ferry. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta:Salemba Medika
- Fadilah, Superzeki Zaidatul. 2013. "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember". Tidak Diterbitkan. Skripsi. Jember:Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Fajar, Nur Alam.2010.Dampak Psikososial Penderita Kusta Dalam Proses Penyembuhannya.*Jurnal Pembangunan Manusia*.Vol.10(1).
- Friedman, Marilyn M., Bowden, Vicky R., dan Jones, Elaine G. 2003. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Alih bahasa oleh Achir Yani S. 2010. Jakarta: EGC.
- Kaur & Van Brakel. 2002. Dehabilitation of leprosy affected people a study on leprosy affected beggars. [serial online]. [www.leprahealthaction.org](http://www.leprahealthaction.org) [15 April 2015].
- Muhlisin, Abi. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta:Gosyen Publishing.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.Edisi 3 Jakarta:Salemba Medika.
- Oktavianti, Ridha dkk. 2008. *Self Esteem*. Jakarta: Universitas Pendidikan Indonesia
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Pradita, Oxy Rian. 2013. Gambaran Tingkat Kecemasan Klien Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Buaran Kabupaten Pekalongan. [serial online] [http://www.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=fstream\\_pdf&fid=418&bid=473](http://www.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=fstream_pdf&fid=418&bid=473) [6 Februari 2015].

- Rahayu, D. A. 2012. "Dukungan Psikososial Keluarga Penderita Kusta Di Kabupaten Pekalongan". Tidak Diterbitkan. Hasil Penelitian. Semarang: Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Riskesdas. 2013. Riset Kesehatan Dasar 2013. [serial online]. [http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan\\_Riskesdas2013.PDF](http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.PDF) [ 6 Februari 2015].
- Salbiah. 2003. *Konsep Diri*. Serial Online]. [http://eprints.undip.ac.id/166627/DAFTAR\\_PUSTAKA.Pdf](http://eprints.undip.ac.id/166627/DAFTAR_PUSTAKA.Pdf). [18 Februari 2015]
- Sarandria. 2012. "Efektifitas Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Untuk Meningkatkan Self Esteem Pada Dewasa Muda". Tidak Diterbitkan. Tesis. Depok:Program Magister Profesi Psikolog Universitas Indonesia.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Stuart, Gail W. 2013. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. China:Elsevier.
- Sugiyono 2012. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung:Alfabeta.
- Sulistyo, Simeon.2012 "Pengaruh Grafoterapi Terhadap Harga Diri Klien Remaja". Tidak Diterbitkan. Skripsi. Semarang:Universitas Katolik Soegijapranata.
- Sunarti, Euis. 2012. Peran dan Fungsi Keluarga.[Serial Online] [.http://euissunarti.staff.ipb.ac.id/files/2012/04/Dr.-Euis-Sunarti-OK-FUNGSI-DAN-PERAN-KELUARGA.pdf](http://euissunarti.staff.ipb.ac.id/files/2012/04/Dr.-Euis-Sunarti-OK-FUNGSI-DAN-PERAN-KELUARGA.pdf) [ 26 Januari 2015].
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta:EGC.
- Susanti. 2012. Hubungan Harga Diri dan Psychological Well-Being Pada Wanita Lajang Ditinjau Dari Bidang Pekerjaan. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*.Vol 1 (1).

- Susanto, Tantut. 2010. "Pengalaman Klien Dewasa Menjalani Perawatan Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember Jawa Timur: Studi Fenomenologi". Tidak Diterbitkan. Tesis. Jawa Barat: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- The International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP). *Bagaimana Mendiagnosis dan Mengobati Lepra*. Alih Bahasa oleh Tim penerjemah RS Kusta Dokter Rivai Abdullah. 2012. Britania Raya: The ILEP Action Group.
- Wati, Wakurnia. 2008. Keyakinan Diri Penderita Kusta Dalam Upaya Mencari Kesembuhan Di Puskesmas Poka Kotaambon. [Serial Online] <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10087/WAKURNIA%20WATI%20K11109595.pdf?sequence=1> [6Februari 2015].
- Waruwu. 2006. Efektivitas Living Value Education Program (Living Value : An Education Progam) Dalam Meningkatkan Harga Diri Remaja Akhir. *Jurnal Provitae*, 2(1), hlm. 12-20.
- WHO. 2014. Weekly Epidemiological Record. [serial online]. <http://www.who.int/wer/2014/wer8936.pdf?ua=1> [19 Januari 2015].
- Zulkifli. 2003. Penyakit kusta dan masalah yang ditimbulkannya. Dipublikasikan oleh USU Digital Library.



# LAMPIRAN

**Lampiran A: Lembar *Informed*****SURAT PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Ayesie Natasa Zulka  
NIM : 1123101010032  
pekerjaan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember  
alamat : Jalan Kalimantan 2 No.9, Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Harga Diri Klien Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Bapak/Ibu. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Ayesie Natasa Zulka  
NIM 112310101032

**Lampiran B: Lembar *Consent***

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

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

menyatakan bersedia bahwa saya akan menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Ayesie Natasa Zulka

NIM : 112310101032

Program studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Harga Diri Klien Kusta Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul dan Sumberbaru Kabupaten Jember

Penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada saya selaku responden. Peneliti sudah memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu sebagai kepentingan ilmiah untuk menyelesaikan tugas akhir sebagai mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal yang belum dimengerti dan saya telah mendapatkan jawaban dengan jelas. Peneliti akan menjaga kerahasiaan jawaban dan pertanyaan yang sudah saya berikan. Dengan ini saya menyatakan secara sukarela menjadi responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember, Maret 2015

(.....)  
Nama terang dan tanda tangan

**Lampiran C : Data Responden**

Kode Responden

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

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

**1. Karakteristik Demografi**

- a. Nama :
- b. Alamat :
- c. Usia : ..... tahun
- d. Jenis Kelamin : a. Laki-laki   
b. Perempuan
- e. Status pernikahan : a. Menikah   
b. Belum menikah   
c. Duda/Janda
- f. Pendidikan Terakhir : a. Tidak sekolah  d. SMU/SMK   
b. SD  e. Perguruan Tinggi   
c. SMP  f. Lain-lain
- h. Pekerjaan : a. Tidak bekerja  d. Petani   
b. TNI/POLRI  e. Pelajar/mahasiswa   
c. Wiraswasta  f. IRT (Ibu Rumah Tangga)   
d. PNS  g. Lain-lain

**2. Karakteristik Penyakit Kusta**

- a. Tipe Kusta : a. Tipe kering atau paucibacillary (PB)   
b. Tipe basah atau multibacillary (MB)



- b. Tingkat kecacatan kusta :
- a. Tingkat 0
  - b. Tingkat 1
  - c. Tingkat 2
- c. Lama menderita kusta : ..... bulan



**Lampiran D: Kuesioner Fungsi Afektif Keluarga**

Kode Responden
----------------

**PETUNUJUK PENGISIAN KUESIONER**

- a. 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 atau peneliti
- b. Berikan jawaban dari pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) di kolom jawaban. Hampir selalu atau selalu pada kolom (SL), cukup sering pada kolom (SR), kadang –kadang atau jarang pada kolom (JR), tidak pernah atau sedikit pada kolom (TP). Setiap pertanyaan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
- c. Kriteria :
  - 1) Selalu (SL) : selalu terjadi
  - 2) Kadang-kadang (KK) : terjadi dan tidak terjadi sama banyaknya
  - 3) jarang (JR) : lebih banyak tidak terjadi
  - 4) Tidak Pernah (TP) : tidak pernah terjadi
- d. 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.

No	Pernyataan	selalu	Kadang-kadang	jarang	Tidak pernah
1	Saya memiliki semangat untuk sembuh karena keluarga saya				
2	Keluarga mengabaikan saya ketika saya sakit				
3	Keluarga saya mengajak saya berjalan-jalan untuk rekreasi				
4	Keluarga saya tidak mau membantu saya				
5	Keluarga mendengarkan keluhan-keluhan yang saya sampaikan				
6	Keluarga saya memberi kebebasan untuk tetap berinteraksi dengan orang lain				
7	Keluarga saya tidak menuruti kemauan saya				
8	Keluarga lebih memperhatikan kondisi saya sejak sakit				
9	Keluarga saya tidak mampu memberikan solusi dari masalah saya				
10	Saya merasa bahagia saat saya berkumpul dengan keluarga saya				
11	Keluarga tidak mau berbicara dengan saya				
12	Keluarga saya menjaga kebersihan lingkungan rumah				
13	Keluarga saya memberikan solusi ketika saya mengeluh tentang penyakit saya				
14	Saya bebas melakukan hal yang saya ingin lakukan				
15	Keluarga saya membantu saya melakukan aktivitas sehari-hari yang tidak bisa saya lakukan				

16	saya merasa menjadi beban dalam keluarga				
17	Keluarga menanyakan bagaimana kondisi penyakit saya				
18	Keluarga saya datang menjenguk saya				
19	Saya tidak diperbolehkan melakukan pekerjaan rumah oleh keluarga saya				
20	Selama saya sakit, Saya tetap makan makanan bergizi seperti sayur, daging, dan buah				
21	Saat saya sakit, saya merasa nyaman bersama keluarga saya				
22	Keluarga mengacuhkan saya setiap saya mengalami masalah dengan penyakit saya				

**Lampiran E: Kuesioner Harga Diri**

Kode Responden

*Rosenberg Self Esteem Scale***PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

Berikut ini disajikan sepuluh buah pernyataan yang berkaitan dengan perasaan anda secara umum. Berilah tanda centang (√) di kolom jawaban, dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Sangat Setuju (SS) dengan pernyataan tersebut;
- b. Setuju (S) dengan pernyataan tersebut;
- c. Tidak Setuju (TS) dengan pernyataan tersebut;
- d. Sangat Tidak Setuju (STS) dengan pernyataan tersebut.

Jawablah secara jujur dan pilihlah jawaban yang benar-benar menggambarkan diri anda

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Secara keseluruhan, saya puas dengan diri saya				
2	Kadang-kadang, saya merasa diri saya tidak baik sama sekali				
3	Saya merasa kalau saya memiliki beberapa sifat-sifat yang baik				
4	Saya mampu melakukan suatu pekerjaan sebaik orang lain				

5	Saya merasa tidak banyak yang bisa saya banggakan dari diri saya				
6	Kadang-kadang saya merasa tidak berguna				
7	Saya merasa diri saya berharga, setidaknya-tidaknnya sama dengan orang lain				
8	Saya berharap dapat lebih menghargai diri sendiri				
9	Saya cenderung melihat diri saya sebagai orang yang gagal dalam banyak hal				
10	Saya bersikap positif terhadap diri saya sendiri				

**Lampiran F: Kuesioner Gambaran diri**

Kode Responden

**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

Berikut ini disajikan sepuluh buah pernyataan yang berkaitan dengan perasaan anda secara umum. Berilah tanda centang (√) di kolom jawaban, dengan kriteria sebagai berikut:

- e. Sangat Setuju (SS) dengan pernyataan tersebut;
- f. Setuju (S) dengan pernyataan tersebut;
- g. Tidak Setuju (TS) dengan pernyataan tersebut;
- h. Sangat Tidak Setuju (STS) dengan pernyataan tersebut.

Jawablah secara jujur dan pilihlah jawaban yang benar-benar menggambarkan diri anda

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Menurut saya penyakit dan kecacatan akibat kusta merubah penampilan saya dihadapan orang lain				
2	Saya tidak malu walaupun saya mengalami kecacatan akibat kusta				
3	Adanya penyakit dan kecacatan akibat kusta tidak membuat saya malu untuk bekerja				
4	Saya malu dengan kecacatan akibat kusta yang				

	mempengaruhi penampilan saya				
5	Saya mengikuti pengobatan untuk kesembuhan penyakit dan kecacatan kusta yang saya alami				
6	Saya mengikuti terapi pengobatan kusta secara rutin				
7	Saya melakukan pengobatan terhadap luka akibat kusta yang saya alami				
8	Saya minum obat untuk kesembuhan penyakit kusta jika saya merasa sakit				
9	Saya tidak ingin mengikuti terapi pengobatan kusta yang dilaksanakan di pelayanan kesehatan				
10	Tidak ada yang perlu ditakuti dari keadaan saya sekarang karena penyakit kusta				
11	Adanya penyakit dan kecacatan kusta yang saya alami sekarang saya tetap tegar				
12	Adanya luka karena kusta pada tubuh saya tidak membuat saya malu untuk keluar rumah				
13	Saya merasa tidak nyaman apabila saya berjabat tangan dengan saya karena saya sakit kusta				
14	Saya malu keluar rumah dengan kondisi kesehatan saya sekarang karena sakit kusta				
15	Saya ingin kecacatan saya akibat penyakit kusta ini tidak diketahui oleh orang lain				
16	Saya harus melakukan pengobatan untuk mencegah timbulnya kecacatan kusta				



17	Saya takut akibat kecacatan kusta saya membuat orang menjauhi saya				
18	Saya ingin orang lain tidak mengetahui keadaan kesehatan saya yaitu sakit kusta				
19	Saya senang apabila orang lain tidak menghindari saya karena penyakit dan kecacatan kusta yang saya alami				
20	Meskipun saya sakit kusta saya masih bisa melakukan pekerjaan				
21	Masyarakat menjauhi saya karena bercak-bercak (merah/putih) di tubuh saya				
22	Orang lain bertanya penyakit saya setelah melihat adanya cacat di tubuh saya				
23	Saya berusaha menyembunyikan bagian tubuh saya yang mengalami perubahan bentuk akibat kusta di depan orang				
24	Orang lain menjauhi saya ketika tubuh saya membengkak karena ada reaksi kusta				
25	Saya minum obat setiap hari untuk menghindari terjadinya reaksi kusta				
26	Adanya bercak-bercak (merah/putih) karena reaksi kusta tidak membuat orang lain menjauhi saya				
27	Saya hanya merawat cacat kusta saya saat pertemuan di puskesmas				
28	Sejak saya sakit kusta saya tidak menghindar				

	dari keluarga				
29	Adanya perubahan bentuk pada tubuh saya tidak membuat saya malu berkumpul dengan orang lain				
30	Saya masih mengikuti kegiatan berdoa bersama meskipun terdapat bercak (merah/putih) d tubuh saya				
31	Saya melihat orang lain menjauhi saya karena melihat kecacatan di tubuh saya				
32	Saya lebih suka berkumpul dengan orang yang mempunyai penyakit yang sama dengan saya				
33	Saya malu dengan bercak-bercak (merah/putih) akibat kusta di tubuh saya				
34	Saya memakai pelindung untuk melindungi tubuh saya dari terjadinya luka/kecacatan kusta				
35	Saya merawat kecacatan kusta yang saya alami hanya seingat saya saja				
36	Saya malu melakukan kegiatan sehari-hari areba saya sakit kusta				
37	Saya tidak meminum obat secara rutin karena penyakit kusta tidak bisa disembuhkan				
38	Saya tidak terganggu dengan adanya reaksi kusta yang menjadikan badan saya bengkak				
39	Saya malu orang lain melihat ada bercak (merah/putih) di wajah saya				

40	Saya tidak takut kecacatan akibat kusta bertambah parah				
----	---	--	--	--	--



**Lampiran G: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas****G.1 Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga****G.1.1 Hasil Uji Validitas Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga**

$$df = N - 2$$

$$df = 23 - 2 = 21 \text{ r tabel} = 0,413 \text{ dengan } \alpha 0,05$$

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	23	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	23	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.894	35

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	104.43	303.711	.752	.885
p2	106.39	370.067	-.802	.911
p3	104.43	322.802	.272	.894
p4	106.22	330.905	.145	.895
p5	104.70	295.767	.819	.883
p6	104.61	306.885	.681	.887
p7	104.83	288.059	.949	.880
p8	104.30	328.767	.152	.896
p9	105.22	297.451	.682	.886
p10	105.30	345.403	-.243	.904
p11	104.26	322.383	.451	.891
p12	105.87	336.300	-.050	.900
p13	105.13	325.755	.158	.897
p14	104.91	300.447	.805	.884
p15	106.39	370.067	-.802	.911
p16	103.91	335.538	.000	.895
p17	104.26	314.020	.761	.888
p18	105.22	291.178	.810	.883
p19	105.04	335.589	-.038	.901
p20	104.43	315.711	.447	.891

p21	106.09	320.356	.350	.893
p22	104.48	309.261	.691	.887
p23	104.26	314.020	.761	.888
p24	104.09	324.628	.770	.891
p25	104.61	306.249	.698	.887
p26	104.57	305.984	.700	.886
p27	104.30	320.312	.383	.892
p28	104.09	340.901	-.385	.898
p29	104.83	288.059	.949	.880
p30	104.09	327.901	.533	.892
p31	104.30	311.040	.643	.888
p32	105.43	310.348	.509	.890
p33	104.61	305.976	.705	.886
p34	104.61	306.885	.681	.887
p35	104.83	288.059	.949	.880

G.1.2 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	23	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	23	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.964	22

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	69.04	324.134	.887	.960
p5	69.30	325.949	.717	.962
p6	69.22	326.723	.835	.961
p7	69.43	316.166	.886	.960
p9	69.83	324.241	.659	.963
p11	68.87	345.937	.558	.963
p14	69.52	331.534	.675	.962
p17	68.87	336.664	.892	.961
p18	69.83	320.423	.733	.962
p20	69.04	337.498	.557	.964
p22	69.09	341.810	.515	.964
p23	68.87	336.664	.892	.961
p24	68.70	349.494	.896	.963
p25	69.22	326.542	.840	.961
p26	69.17	325.968	.849	.961
p29	69.43	316.166	.886	.960
p30	68.70	353.312	.629	.964
p31	68.91	333.538	.743	.962
p32	70.04	339.680	.440	.965
p33	69.22	326.269	.847	.961
p34	69.22	326.723	.835	.961

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	69.04	324.134	.887	.960
p5	69.30	325.949	.717	.962
p6	69.22	326.723	.835	.961
p7	69.43	316.166	.886	.960
p9	69.83	324.241	.659	.963
p11	68.87	345.937	.558	.963
p14	69.52	331.534	.675	.962
p17	68.87	336.664	.892	.961
p18	69.83	320.423	.733	.962
p20	69.04	337.498	.557	.964
p22	69.09	341.810	.515	.964
p23	68.87	336.664	.892	.961
p24	68.70	349.494	.896	.963
p25	69.22	326.542	.840	.961
p26	69.17	325.968	.849	.961
p29	69.43	316.166	.886	.960
p30	68.70	353.312	.629	.964
p31	68.91	333.538	.743	.962
p32	70.04	339.680	.440	.965
p33	69.22	326.269	.847	.961
p34	69.22	326.723	.835	.961
p35	69.43	316.166	.886	.960

**Lampiran H. Hasil Analisis Data**

**H.1 Analisis Univariat**

**H.1.1 Karakteristik Responden**

**Statistics**

usia

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		39.47
Median		39.00
Std. Deviation		11.687
Minimum		23
Maximum		60

**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
usia	Mean	39.47	2.066	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	35.26	
		Upper Bound	43.68	
	5% Trimmed Mean	39.24		
	Median	39.00		
	Variance	136.580		
	Std. Deviation	11.687		
	Minimum	23		
	Maximum	60		
	Range	37		
	Interquartile Range	21		
	Skewness	.127	.414	
	Kurtosis	-1.272	.809	

**usia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	3	9.4	9.4
	24	1	3.1	12.5
	25	1	3.1	15.6
	27	1	3.1	18.8
	28	1	3.1	21.9
	29	1	3.1	25.0
	30	3	9.4	34.4
	32	1	3.1	37.5
	34	1	3.1	40.6
	35	1	3.1	43.8



38	2	6.3	6.3	50.0
40	1	3.1	3.1	53.1
41	1	3.1	3.1	56.3
43	1	3.1	3.1	59.4
44	1	3.1	3.1	62.5
45	1	3.1	3.1	65.6
49	2	6.3	6.3	71.9
50	3	9.4	9.4	81.3
51	1	3.1	3.1	84.4
52	1	3.1	3.1	87.5
55	2	6.3	6.3	93.8
60	2	6.3	6.3	100.0
Total	32	100.0	100.0	

**jeniskelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid L	21	65.6	65.6	65.6
P	11	34.4	34.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

**sts.nikah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menikaG	29	90.6	90.6	90.6
duda/janda	3	9.4	9.4	100.0
Total	32	100.0	100.0	

**pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak sekolaG	6	18.8	18.8	18.8
SD	20	62.5	62.5	81.3
SMP	2	6.3	6.3	87.5
SMA	4	12.5	12.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	

**kerja**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja	11	34.4	34.4	34.4
	Wiraswasta	4	12.5	12.5	46.9
	PETANI	13	40.6	40.6	87.5
	IRT	4	12.5	12.5	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

H.1.2 Karakteristik penyakit

**tipekusta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PB	4	12.5	12.5	12.5
	MB	28	87.5	87.5	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

**Statistics**

		lamasakit
N	Valid	32
	Missing	0
Mean		8.59
Median		8.00
Mode		8
Std. Deviation		1.663
Minimum		6
Maximum		12

a. Multiple modes exist. TGe smallest value is sGown

**Descriptives**

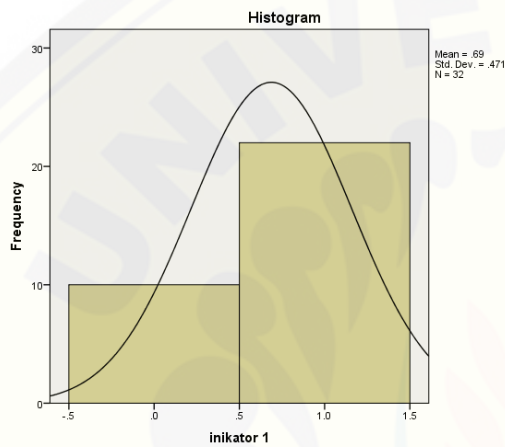
		Statistic	Std. Error	
lamasakit	Mean	8.59	.294	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.99	
		Upper Bound	9.19	
	5% Trimmed Mean	8.55		
	Median	8.00		
	Variance	2.765		
	Std. Deviation	1.663		
	Minimum	6		
	Maximum	12		
	Range	6		



a. Multiple modes exist. TGe smallest value is sGown

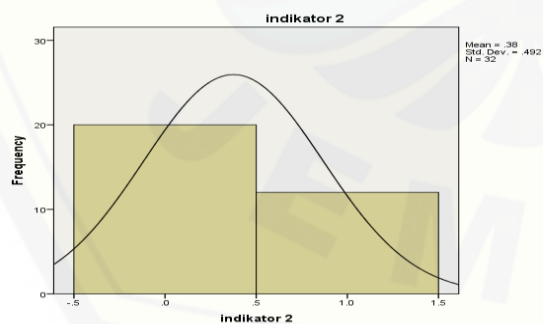
**Tot.ind1**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	31.3	31.3	31.3
	12	68.8	68.8	100.0
Total	32	100.0	100.0	



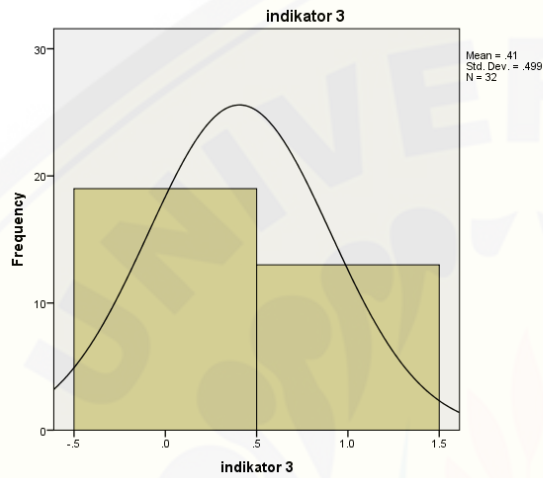
**indikator 2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak dilaksanakan	20	62.5	62.5
	dilaksanakan	12	37.5	100.0
Total		32	100.0	



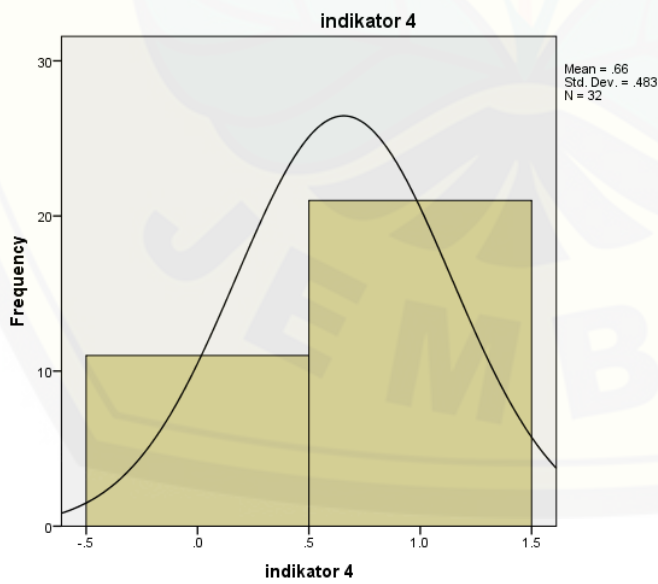
**indikator 3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak dilaksanakan	19	59.4	59.4	59.4
dilaksanakan	13	40.6	40.6	100.0
Total	32	100.0	100.0	



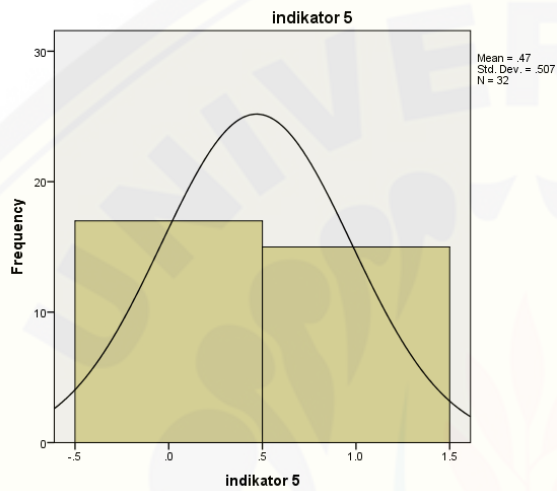
**indikator 4**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak dilaksanakan	11	34.4	34.4	34.4
dilaksanakan	21	65.6	65.6	100.0
Total	32	100.0	100.0	



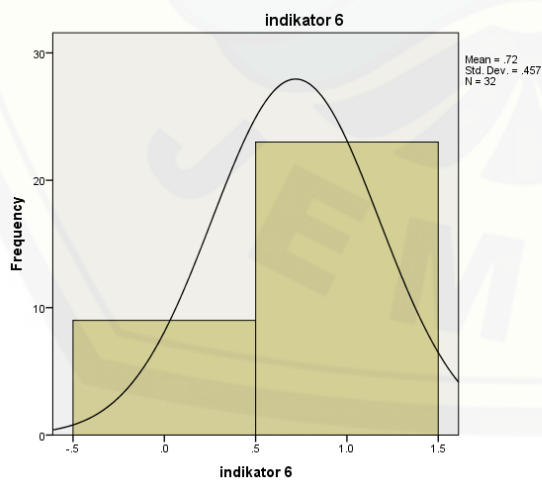
**indikator 5**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak dilaksanakan	17	53.1	53.1	53.1
	dilaksanakan	15	46.9	46.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	



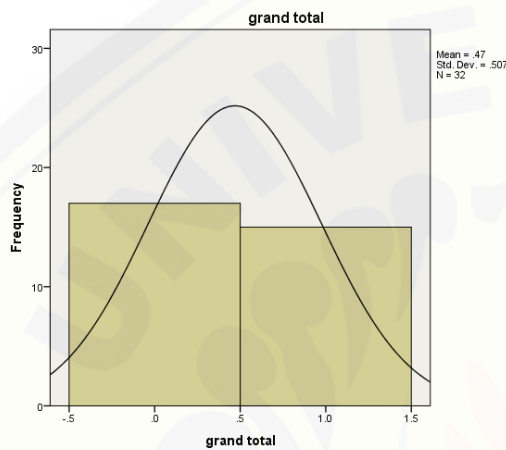
**indikator 6**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak dilaksanakan	9	28.1	28.1	28.1
	dilaksanakan	23	71.9	71.9	100.0
	Total	32	100.0	100.0	



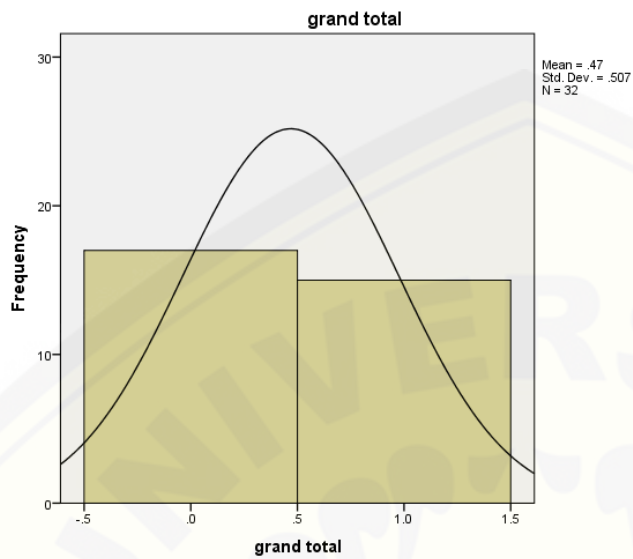
**indikator 7**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak dilaksanakan	12	37.5	37.5	37.5
dilaksanakan	20	62.5	62.5	100.0
Total	32	100.0	100.0	



**grand total**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak dilaksanakan	17	53.1	53.1	53.1
dilaksanakan	15	46.9	46.9	100.0
Total	32	100.0	100.0	



H.1.1.4 Data harga diri klien

**Statistics**

**TOTAL**

N	Valid	32
	Missing	0
Mean		24.22
Median		25.00
Mode		19 <sup>a</sup>
Std. Deviation		5.470
Skewness		-.224
Std. Error of Skewness		.414
Minimum		15
Maximum		32

a. Multiple modes exist. TGe smallest value is sGown

**TINGKATHD**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Garga diri rendaG	11	34.4	34.4	34.4
	Garga diri tinggi	21	65.6	65.6	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

**TOTAL**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15	2	6.3	6.3	6.3
	17	2	6.3	6.3	12.5



18	3	9.4	9.4	21.9
19	4	12.5	12.5	34.4
22	1	3.1	3.1	37.5
23	1	3.1	3.1	40.6
24	2	6.3	6.3	46.9
25	2	6.3	6.3	53.1
26	1	3.1	3.1	56.3
27	3	9.4	9.4	65.6
28	1	3.1	3.1	68.8
29	3	9.4	9.4	78.1
30	2	6.3	6.3	84.4
31	4	12.5	12.5	96.9
32	1	3.1	3.1	100.0
Total	32	100.0	100.0	

H.1.1.5 Data gambaran diri

**Statistics**

total		
N	Valid	32
	Missing	0
Mean		121.47
Median		121.00
Mode		124
Std. Deviation		15.238
Skewness		.248
Std. Error of Skewness		.414

**gambaran diri**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gambaran diri negatif	16	50.0	50.0	50.0
	gambaran diri positif	16	50.0	50.0	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

**total**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	99	1	3.1	3.1	3.1
	100	2	6.3	6.3	9.4
	101	1	3.1	3.1	12.5
	102	1	3.1	3.1	15.6
	104	1	3.1	3.1	18.8
	105	1	3.1	3.1	21.9
	106	1	3.1	3.1	25.0
	113	1	3.1	3.1	28.1
	116	2	6.3	6.3	34.4

117	3	9.4	9.4	43.8
118	1	3.1	3.1	46.9
119	1	3.1	3.1	50.0
123	3	9.4	9.4	59.4
124	5	15.6	15.6	75.0
141	1	3.1	3.1	78.1
142	2	6.3	6.3	84.4
143	2	6.3	6.3	90.6
145	1	3.1	3.1	93.8
146	2	6.3	6.3	100.0
Total	32	100.0	100.0	

**H.2 Analisis Bivariat**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
scorefungafektif * scoreGD	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%

**scorefungafektif \* scoreHD Crosstabulation**

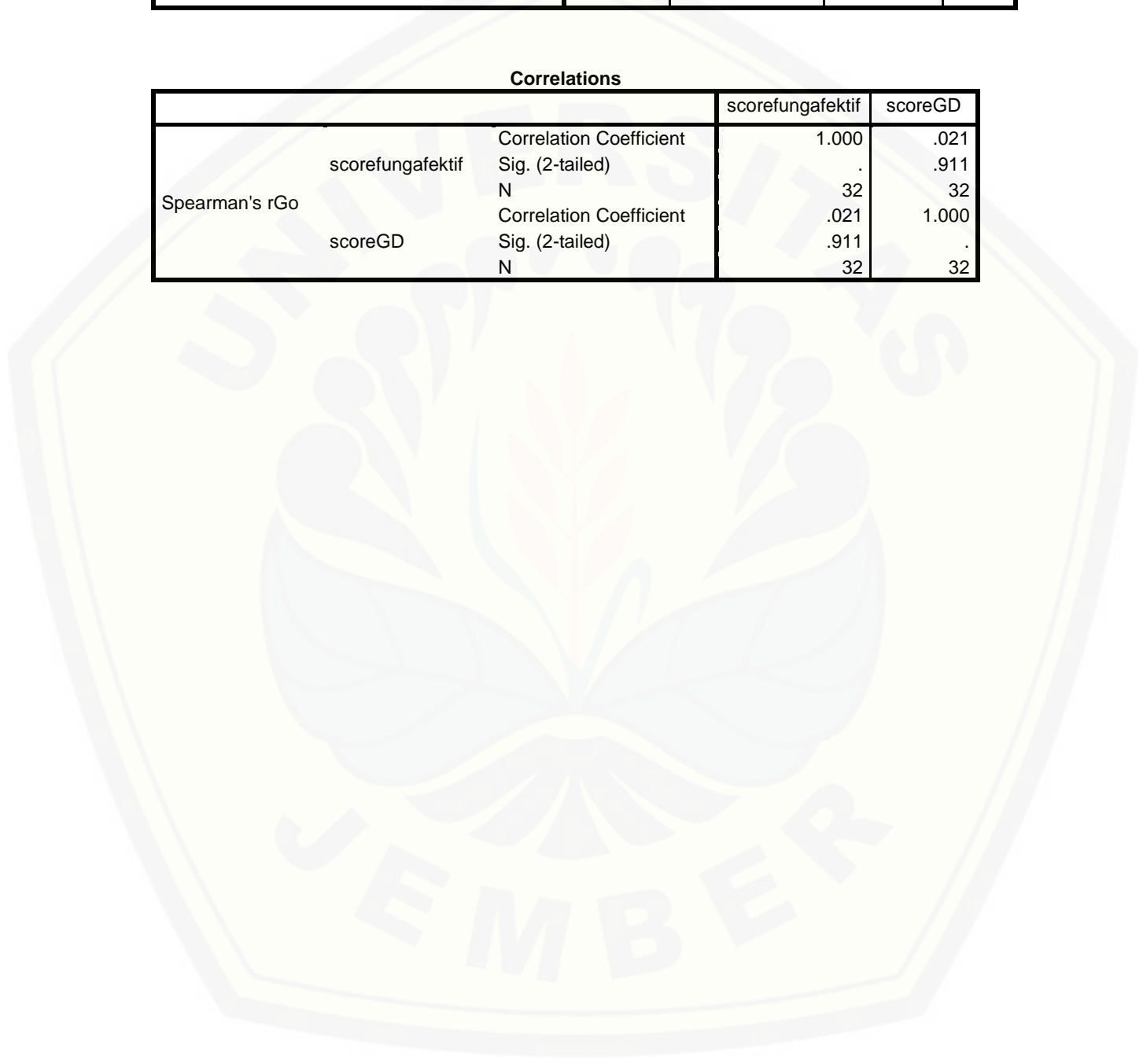
			scoreHD		Total
			harga diri rendah	harga diri tinggi	
scorefungafektif	tidak dilaksanakan	Count	6	11	17
		% within scorefungafektif	35.3%	64.7%	100.0%
		% of Total	18.8%	34.4%	53.1%
	dilaksanakan	Count	5	10	15
		% within scorefungafektif	33.3%	66.7%	100.0%
		% of Total	15.6%	31.3%	46.9%
Total	Count	11	21	32	
	% within scorefungafektif	34.4%	65.6%	100.0%	
	% of Total	34.4%	65.6%	100.0%	

**Symmetric Measures**

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.021	.177	.113	.911 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.021	.177	.113	.911 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		32			

**Correlations**

		scorefungafektif	scoreGD
scorefungafektif	Correlation Coefficient	1.000	.021
	Sig. (2-tailed)	.	.911
	N	32	32
Spearman's rGo	Correlation Coefficient	.021	1.000
	Sig. (2-tailed)	.911	.
	N	32	32



**Lampiran i: Dokumentasi**



Gambar 1: Kegiatan Pengambilan Data Oleh Peneliti pada Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Tanggul



Gambar 1: Kegiatan Pengambilan Data Oleh Peneliti pada Klien Kusta di Wilayah Kerja Puskesmas Sumberbaru



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 10 Februari 2015

Nomor : 440 / 3138 / 414 / 2015  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :  
Yth. Sdr. Kepala Bidang P2KL  
Dinas Kesehatan Kab. Jember  
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/180/314/2015, Tanggal 06 Februari 2015, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan dengan judul "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Harga Diri Klien Kusta"  
Waktu Pelaksanaan : 10 Februari 2015 s/d 10 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

  
**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER**  
**dr. BAMBANG SUWARTONO, MM**  
Pembina Utama Muda  
NIP : 19570202 198211 1 002

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 10 Februari 2015

Nomor : 440 / /414/ 2015  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :  
Yth.Sdr. 1. Kepala Puskesmas Sumberbaru  
2. Kepala Puskesmas Rowotengah  
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/180/314/2015, Tanggal 06 Februari 2015, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan dengan judul "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Harga Diri Klien Kusta"  
Waktu Pelaksanaan : 10 Februari 2015 s/d 10 Maret 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS : SUMBERBARU**  
**KECAMATAN : SUMBERBARU**

*Jalan P.B. Sudirman Nomor : 6 Sumberbaru Tlp.(0334)324018 Kode pos : 68156.*

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 445/ 93 / 414.50/2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Imam Hadi Susilo BK.  
NIP : 19660418 200604 1 003.  
Jabatan : Kepala Puskesmas Sumberbaru.  
Alamat : Jalan P.B Sudirman Nomor 6 Sumberbaru.

Dengan ini menerangkan bahwa yang namanya tersebut di bawah ini :

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Fakultas : Proqram Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember

Telah melaksanakan Studi Pendahuluan tentang “Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Harga Diri Klien Kusta” di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember tanggal : 23 Februari s/d 26 Februari 2015.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dipergunakan sebagai mana mestinya.

Sumberbaru, 23 Februari 2015  
Kepala Puskesmas Sumberbaru  
  
(dr. Imam Hadi Susilo BK)  
NIP. 19660418 200604 1 003



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

Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada  
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember  
di –  
J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/810/314/2015

Tentang

**UJI VALIDITAS & RELIABILITAS**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah  
2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 04 Mei 2015 Nomor : 1301/UN25.1.14/SP/2015 perihal Ijin Melaksanakan Uji Validitas & Reliabilitas.

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama /NIM. : Ayesie Natasa Zulka 112310101032  
Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas & Reliabilitas dengan judul :  
"Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Dua Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Jember".  
Lokasi : Dinas Kesehatan Kab. Jember, Wilayah Kerja Puskesmas Balung dan Karang Duren.  
Tanggal : 06-05-2015 s/d 06-06-2015

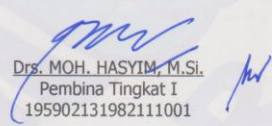
Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

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

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
Tanggal : 06-05-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Sekretaris

  
Drs. MOH. HASYIM, M.Si.  
Pembina Tingkat I  
195902131982111001

- Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember  
2. Ybs





PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 08 Mei 2015

Nomor : 440/9772/414/2015  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada :  
Yth. Sdr. 1. Kepala Puskesmas Balung  
2. Kepala Puskesmas Karangduren  
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/810/314/2015, Tanggal 06 Mei 2015, Perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 1112310101032  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan uji validitas dan reliabilitas dengan judul "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Dua Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Jember"  
Waktu Pelaksanaan : 08 Mei 2015 s/d 08 Juni 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Uji Validitas dan Reliabilitas ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

  
KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER  
**dr. BAMBANG SUWARTONO, MM**  
Pembina Utama Muda  
NIP : 19570202 198211 1 002

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN  
**PUSKESMAS BALUNG**  
KECAMATAN BALUNG

JL. RAMBIPUJI NO. 25 TELP. (0336) 624088 KODE POS 68161 BALUNG

Balung, 10 Juni 2015

Nomor : 445 / 75 / 414.23/2015  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : **Pemberitahuan.**

KEPADA  
Yth. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan  
Universitas Jember  
di

**Jember**

Menindak lanjuti surat dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember No. 440/9772/414/2015 tertanggal, 08 Mei tahun 2015 Perihal Ijin Penelitian dengan Judul ; “ **Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Dua Wilayah Kerja Puskesmas Kabupaten Jember.** “ Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa nama yang tersebut dibawah ini :

N a m a : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Fakultas : Ilmu Kesehatan Universitas Jember.  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember.

Telah benar – benar mengadakan penelitian di Puskesmas Balung Kabupaten Jember, selama 1 (Satu ) bulan tanggal, 08 Mei 2015 s/d 08 Juni 2015

Demikian surat pemberitahuan ini dikeluarkan supaya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pt. Kepala Puskesmas Balung  
  
Dr. YAYAK HENDARINI  
NIP. 19710331 200212 2 003



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
LEMBAGA PENELITIAN

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

Nomor : 739/UN25.3.1/LT/2015

20 Mei 2015

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan  
Penelitian

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

JEMBER

Memperhatikan surat Ketua dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor :  
1421/UN25.1.14/LT/2015 tanggal 18 Mei 2015, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Ayesie Natasa Zulka/112310101032  
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Alamat / HP : Jl. Kalimantan II No. 9 Jember/Hp. 085258947404  
Judul Penelitian : Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga Dengan Tingkat  
Harga Diri Klien Kusta di Dua Wilayah Kerja Puskesmas di  
Kabupaten Jember  
Lokasi Penelitian : 1. Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember  
2. Puskesmas Tanggul Kabupaten Jember  
Lama Penelitian : Dua bulan (20 Mei 2015 – 20 Juli 2015)

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

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua  
Sekretaris,

Dr. Zainuri, M.Si  
NIP196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

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



CERTIFICATE NO : QMS/173



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 di -  
 J E M B E R

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/939/314/2015

Tentang

**PENELITIAN**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 20 Mei 2015 Nomor : 739/UN25.3.1/LT/2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

**MEREKOMENDASIKAN**

- Nama / NIM. : Ayesie Natasa Zulka 112310101032  
 Instansi : Jurusan Ilmu Keperawatan / PSIK / Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :  
 "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Dua Wilayah Kerja Puskesmas di Kabupaten Jember".  
 Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Sumberbaru dan Tanggul Kabupaten Jember  
 Tanggal : 23-05-2015 s/d 23-07-2015

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

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

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

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 23-05-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Sekretaris

  
 Drs. MOH. HASYIM, M.Si.  
 Pembina Tingkat I  
 195902131982111001

- Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember  
 2. Ybs.

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 27 Mei 2015

Nomor : 440 / 12005 / 414/ 2015  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth.Sdr. 1. Kepala Puskesmas Sumberbaru  
2. Kepala Puskesmas Tanggul  
di -  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/939/314/2015, Tanggal 23 Mei 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember  
Keperluan : Melaksanakan penelitian dengan judul "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Dua Wilayah Kerja Puskesmas di Kabupaten Jember"  
Waktu Pelaksanaan : 27 Mei 2015 s/d 27 Juli 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN JEMBER**  
  
**dr. BAMBANG SUWARTONO, MM**  
Pembina Utama Muda  
NIP :19570202 198211 1 002

Tembusan:  
Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT TANGGUL  
JL. PB SUDIRMAN 291 TELP.441048 TANGGUL 68155

**SURAT KETERANGAN SELESAI MELAKSANAKAN TUGAS**

NOMOR : 800 / 140 / 414.45 / 2015

Berdasarkan Surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Nomor : **440 / 12005 / 414 / 2015**, Tanggal 27 Mei 2015, Perihal Ijin Penelitian, maka dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
Fakultas : Program Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember

Telah Selesai melaksanakan Penelitian tentang “ **Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta di Puskesmas Tanggul Kabupaten Jember** Sejak tanggal 27 Mei 2015

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Dikeluarkan di : Tanggul  
Pada tanggal : 22 Juni 2015



Kepala Puskesmas Tanggul

**dr. BAMBANG WITARNO**  
NIP. 19571110 198510 1 001

**Tembusan disampaikan kepada Yth :**

1. Yth. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Yth. Fakultas Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
3. Yth. Sdr. Yang Bersangkutan





**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
**PUSKESMAS : SUMBERBARU**  
**KECAMATAN : SUMBERBARU**

*Jalan P.B. Sudirman Nomor : 6 Sumberbaru Tlp.(0334)324018 Kode pos : 68156.*

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 445/ ~~BSS~~ / 414.50/2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Imam Hadi Susilo BK.  
NIP : 19660418 200604 1 003.  
Jabatan : Kepala Puskesmas Sumberbaru.  
Alamat : Jalan P.B Sudirman Nomor 6 Sumberbaru.

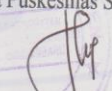
Dengan ini menerangkan bahwa yang namanya tersebut di bawah ini :

Nama : AYESIE NATASA ZULKA  
NIM : 112310101032  
Fakultas : Proqram Studi Ilmu Kesehatan Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember

Telah melaksanakan Studi Pendahuluan tentang "Hubungan Pelaksanaan Fungsi Afektif Keluarga dengan Tingkat Harga Diri Klien Kusta" di wilayah kerja Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember tanggal : 27 Mei s/d 22 Juni 2015.

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dipergunakan sebagai mana mestinya.



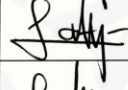
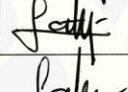
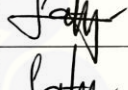
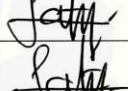
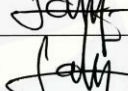
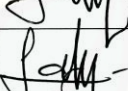
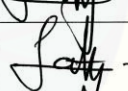
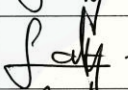
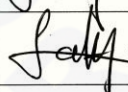

Sumberbaru, 22 Juni 2015  
Kepala Puskesmas Sumberbaru

  
(dr. Imam Hadi susilo BK)  
NIP: 19660418 200604 1 003



## KARTU BIMBINGAN SKRIPSI

Dosen Pembimbing Utama: Latifa Aini Susumaningrum, SKep,MKep.SpKom  
NIP : 197109262009122001

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Saran DPU	Tanda Tangan
1	6 Januari 2015	tema skripsi	- Cari data masalah buku - buku yang mendukung.	
2	12 Januari 2015	rancangan masalah yg diteliti	- Cari jurnal dan penelitian - penelitian terdahulu	
3	4 Januari 2015	Kerangka teori	- Perbaiki kerangka teori	
4	15 Januari 2015	Kerangka teori	- Perbaiki kerangka teori	
5	19 Januari 2015	- kerangka teori - rancangan skripsi	- Perbaiki kerangka teori - tentukan variabel	
6	22 Januari 2015	- kerangka teori	- Buat bab 1 dan bab 2	
7	23 Januari 2015	- teori bab 1 + bab 2	- Perbaiki tujuan dan manfaat	
8	26 Januari 2015	- Bab 1 dan judul Penelitian	- Perbaiki latar belakang - Cari data	
9	27 Januari 2015	- bab 1 dan judul	- Perbaiki latar belakang - bab 3	
10	28 Januari 2015	- konsultasi judul dan bab 1	- Aca judul Penelitian Skripsi	
11	29 Januari 2015	- Bab 1 - bab 3	- Cari data - Cari Jurnal - Perbaiki bab 1	
12	30 Januari 2015	- Bab 1 - bab 3	- Perbaiki bab 1 - Perbaiki penulisan	

13.	9 Februari 2015	- Bab 1 - 3	- Perbaiki bab 1 - lengkapi data	Sah
14	10 Februari 2015	- Bab 1-3	- Perbaiki bab 1, 2 - buat rancangan kuesioner	Sah
15	11 Februari 2015	- Bab 1-3	- Perbaiki bab 1, 2 - Perbaiki kuesioner	Sah
16	12 Februari 2015	- Bab 1-3	Perbaiki bab 1 - tentukan tempat penelitian	Sah
17	13 Februari 2015	- Bab 1-3	- Perbaiki bab 1, 2 - tentukan tempat uji validitas	Sah
18	14 Februari 2015	- Bab 1-3	- Perbaiki bab 1 - Buat rancangan bab 4 - Buat kuesioner	Sah
19	26 Februari 2015	- Bab 1-3	- Perbaiki bab 1 - Lanjutkan studi pendahuluan	Sah
20	5 Maret 2015	Bab 1-3	- Perbaiki bab 1-3	Sah
21	11 Maret 2015		Acc Seminar.	Sah
22	10 April 2015	Konsultasi Revisi bab 1-4	- Revisi bab 1-4. - Perbaiki kuesioner	Sah
23.	15 April 2015	Konsultasi Revisi bab 1-4	- Konsultasi ke DPA dan Penguji. - Segera lakukan Uji Validitas	Sah
24	26 Mei 2015	Konsultasi Uji Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	- Buang pertanyaan yg tidak valid - Perbaiki Blue print - lakukan penelitian	Sah



KARTU BIMBINGAN SKRIPSI

Dosen Pembimbing Anggota: Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep, Sp.KepJ  
 NIP : 198505112008122005

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Tanda Tangan
1	28 Januari 2015	- Kerangka teori - Judul penelitian	- ACC judul - buat bab 1-3 - lakukan studi pendahuluan	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>
2	6 Februari 2015	- Bab 1-3	- Perbaiki bab 1-3	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>
3	25 02 2015	- Shipen perawat, uls, uls, uls - uls variabel tanggul - uls hipotesis sub - uls judul penelitian	- tentukan uji statistik	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>
4	9 Maret 2015	Bab 1-3	- alasan pilih harga dan ukuran yang besar - shipen menarakan ke tolak masalah - perhatikan typo error dan tata cara penulisan paragraf	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>
5	12 Maret 2015	1-4	acc uji	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>
6	20 April 2015	Revisi bab 1-4		
7	19 Juni 2015	Konsultasi bab 5-6	- Revisi dan ulas tabel cross tab. - Revisi Implikasi kepr/saran simpula - Berikan solusi th variabel yg dibahas	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>
8	22 Juni 2015		- Pertimbangkan segi keterbatasan penelitian - sampel yg kecil - analisis kuesioner - acc sidang hasil	<i>Emi Wuri Wuryaningsih</i>