

TESIS

**PENGARUH *PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY*
TERHADAP PENGETAHUAN, DUKUNGAN KELUARGA
DAN STIGMA KUSTA DENGAN MODEL PENDEKATAN
CALGARY DI PUSKESMAS BALEREJO KABUPATEN
MADIUN**



Mega Arianti Putri

131314153005

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

**PENGARUH *PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY*
TERHADAP PENGETAHUAN, DUKUNGAN KELUARGA
DAN STIGMA KUSTA DENGAN MODEL PENDEKATAN
CALGARY DI PUSKESMAS BALEREJO KABUPATEN
MADIUN**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Mega Arianti Putri

131314153005

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS
**PENGARUH *PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY* TERHADAP
PENGETAHUAN, DUKUNGAN KELUARGA DAN STIGMA KUSTA
DENGAN MODEL PENDEKATAN *CALGARY***

Nama : Mega Arianti Putri
NIM : 131314153005

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 8 JULI 2015

Oleh :

Pembimbing I



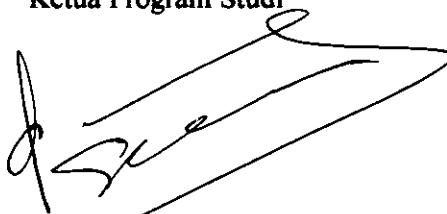
Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes
NIP. 1965052219970210001

Pembimbing II



Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP. 19704102000122001

Mengetahui,
Ketua Program Studi



Prof.dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 1947081219741210001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Proposal Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Mega Arianti Putri

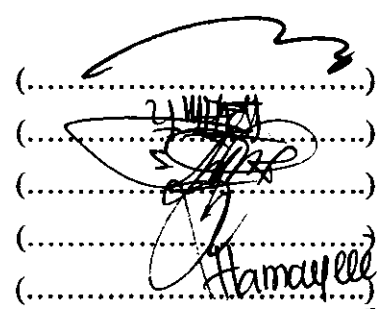
NIM : 131314153005

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengaruh *Psychoeducative Family Therapy* Terhadap Pengetahuan, Dukungan keluarga dan Stigma Kusta dengan Model Pendekatan *Calgary* Di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun

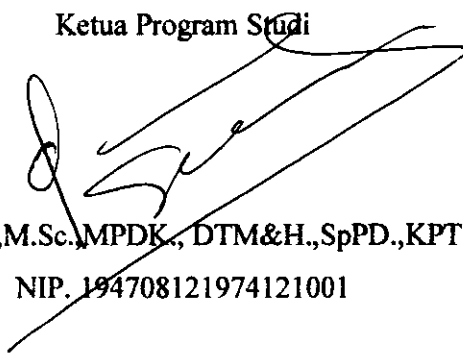
Proposal tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 5 Agustus 2015

Panitia penguji

- | | | |
|----------------|--------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp.,M.Kes | (.....) |
| 2. Penguji I | : Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes | (.....) |
| 3. Penguji II | : Dr. Joni Haryanto,S.Kp.,M.Si | (.....) |
| 4. Penguji III | : Djohar Nuswantoro.,DR.,MPH | (.....) |
| 5. Penguji IV | : Harmayetty, S.Kp.,M.Kes | (.....) |
- 

Mengetahui,

Ketua Program Studi



Prof.Dr.Suharto, dr.,M.Sc.,MPDK., DTM&H.,SpPD.,KPTI.,FINASIM

NIP. 194708121974121001


v

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Mega Arianti Putri

NIM : 131314153005

Tanda Tangan : 

Tanggal : 3 Agustus 2015

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas Rahmat dan Hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Pengaruh *Psychoeducative Family Therapy* Terhadap Pengetahuan, Dukungan Keluarga dan Stigma Kusta Dengan Model Pendekatan *Calgary* di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun”.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan tesis ini sangatlah besar terutama kedua pembimbing saya yaitu Bapak Dr. Budi Utomo, dr., M.Kes selaku pembimbing I dan Ibu Harmayetty, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing II sehingga penyusunan tesis ini dapat berjalan lancar dan terwujud. Pada kesempatan ini saya juga menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak. selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Prof. Dr. Suharto, dr., MSc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang telah memberikan motivasi kepada saya untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

4. Bapak/ Ibu dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah mendidik, melatih, dan memberikan ilmu selama masa perkuliahan serta memberikan inspirasi kepada saya dalam pembuatan tesis ini.
5. Seluruh staf Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas bantuan, fasilitas dan informasi yang telah diberikan.
6. Kepala Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun, Bpk A.Agus Widodo, SKM,MMkes beserta para staf yang memberi kesempatan dan bantuan kepada saya dalam melakukan penelitian.
7. Seluruh responden yang telah terlibat dalam penelitian ini.
8. Keluarga tercinta yang telah memberikan perhatian, doa dan dukungan dalam segala hal baik materiil maupun psikologis.
9. Teman-teman Magister Angkatan 6 atas kebersamaan dan motivasi selama menempuh studi di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
10. Pihak-pihak yang secara tidak langsung membantu penyelesaian tesis ini.

Saya menyadari apa yang tertulis dalam tesis ini masih terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran tetap penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Surabaya, 20 Juli 2015

Penulis

ABSTRACT

**PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY EFFECT OF FAMILY
THERAPY, KNOWLEDGE, FAMILY SUPPORT AND STIGMA
LEPROSY WITH MODEL APPROACH IN CALGARY IN BALEREJO
HEALTH DISTRICT MADIUN**

By : Mega Arianti Putri

Leprosy is a chronic infection of the skin and peripheral nerves caused by *Mycobacterium leprae*. Clients leprosy experience disability, skin, feet, hands and fingers due to the loss of protective sensation of pain. Skin lesions are progressive and permanent physical disability triggers physical and psychological isolation on the client leprosy. Client received a negative impression of leprosy last a lifetime even after the client is cured. The purpose of this study was to analyze the effect of intervention on knowledge psychoeducative family, family support and the stigma of leprosy with a model approach Calgary.

The research design used in this study is quasi experiment with the pre-post test control two group design. Sampling techniques manner with non random purposive sampling. The sample used was the respondent and the respondent's family number 60. Respondents were divided into two groups: the intervention and comparison groups, each group of 30 people. Capturing patient data using questionnaires filled out by the respondent and family. Analysis of the data used is Wilcoxon signed rank test and Whitney man with a significance level of 0.005.

Results demonstrate knowledge ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$), family support ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$) and self-stigma ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$) after psychoeducative family therapy in the intervention group, In the comparison group showed knowledge ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.01$), family support ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$) and self-stigma ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.07$). Results of statistical tests comparing the control group and the intervention group that is knowledge ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.000$), family support ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.000$) and self-stigma ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.004$).

It was concluded that there are significant family psychoeducative to knowledge, family support and self-stigma. The most significant influence of variables contained in the knowledge and support of the family. Some respondents and families who do not experience an increase in the level of knowledge, family support and the stigma (self-stigma) due to the characteristics of respondents and some characteristics of the family system.

Keywords : Leprosy, Psychoeducative Family, self-stigma

EXECUTIVE SUMMARY**THE EFFECT OF PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY TO LEVEL OF KNOWLEDGE, FAMILY SUPPORT AND STIGMA LEPROSY WITH APPROACH IN CALGARY MODEL AT HEALTH DISTRICT BALEREJO MADIUN****By : Mega Arianti Putri**

Leprosy is a chronic infection of the skin and peripheral nerves caused by *Mycobacterium leprae*. Clients leprosy experience disability, skin, feet, hands and fingers due to the loss of protective sensation of pain. Skin lesions are progressive and permanent physical disability triggers physical and psychological isolation on the client leprosy. Without treatment leprosy can permanently damage skin, feet and eyes. Client received a negative impression of leprosy last a lifetime even after the client is cured. Leprosy have shown that stigmatization, isolation, discrimination and rejection among others, are the negative effects of poor psychological rehabilitation of leprosy patients. The need for leprosy patients to enjoy increased emotional wellbeing should not be underestimated. Discouraging stigma among leprosy patients is important because it will enable leprosy patients with active disease to present for treatment early so as to reduce the chances of being deformed. The results showed that leprosy patients had discriminante with their families and leprosy research showed that patients have a poor self-acceptance.

The research design used in this study is quasy experiment with the pre-post test control two group design. Sampling techniques manner with non random purposive sampling. The sample used was the respondent and the respondent's family number 60. Respondents were divided into two groups: the intervention and comparison groups, each group of 30 people. Capturing patient data using questionnaires filled out by the respondent and family. Analysis of the data used is Wilcoxon signed rank test and Whitney man with a significance level of 0.005.

Results demonstrate knowledge ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$), family support ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$) and self-stigma ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$) after psychoeducative family therapy in the intervention group , In the comparison group showed knowledge ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.01$), family support ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.001$) and self-stigma ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.07$). Results of statistical tests comparing the control group and the intervention group that is knowledge ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.000$), family support ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.000$) and self-stigma ($\alpha \leq 0,05$, $p = 0.004$).

It was concluded that there are significant family psychoeducative to knowledge, family support and self-stigma. The most significant influence of variables contained in the knowledge and support of the family. Some respondents and families who do not experience an increase in the level of knowledge, family support and the stigma (self-stigma) due to the characteristics of respondents and some characteristics of the family system. Level of knowledge, family support and self stigma have relations to each other. Families who have less knowledge about leprosy will influence to be given family support. They did not know about

leprosy and the problem which faced by leprosy patients. Leprosy patients who have high self stigma caused by lack of knowledge and they feel there have not sympathy, attention and support from their families. Intervention psychoeducation given which give to respondents and their families will improve skills, to be able to understand and improve coping as a result of health problems that can cause problems in the family. Calgary family assessment with detailed subcategories helps caregiver to collecting the data and reflecting the relevant informations in integrating assessment.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	i
Prasyarat Gelar Magister	ii
Prasyarat Orisinalitas	iii
Halaman Pengesahan Pembimbing.....	iv
Halaman Pengesahan Panitia Penguji	v
Kata Pengantar	vi
<i>Abstract</i>	viii
<i>Executive Summary</i>	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar	xiv
Daftar Tabel	xv
Daftar Lampiran	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan umum	5
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat teoritis	6
1.4.2 Manfaat praktis	6
1.5 <i>Theoretical Mapping</i>	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep Kusta	11
2.1.1 Pengertian	11
2.1.2 Penyebab	11
2.1.3 Klasifikasi penyakit kusta	12
2.1.4 Patogenesis kusta	17
2.1.5 Proses Terjadinya Cacat Kusta	19
2.1.6 Pengobatan penyakit kusta	20
2.2 Psikologi Klien dengan Kusta	22
2.3 Pengetahuan	23
2.3.1 Pengertian	23
2.3.2 Tingkatan pengetahuan	24
2.3.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan	25
2.3.4 Macam pengetahuan menurut polanya	27
2.4 Stigma Penderita Kusta	29
2.4.1 Pengertian	29
2.4.2 Karakteristik stigma	29
2.4.3 Jenis stigma	29

2.4.4	Proses stigma	30
2.4.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi stigma	32
2.4.6	Dimensi stigma	34
2.5	Konsep Sehat Sakit	34
2.5.1	Pengertian sehat sakit	34
2.5.2	Peran keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	35
2.5.3	Keluarga sebagai <i>care giver</i>	36
2.5.4	Fungsi keluarga	36
2.5.5	Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	38
2.5.6	Dukungan keluarga	39
2.6	Konsep Terapi Keluarga	42
2.6.1	Pengertian	42
2.6.2	Model terapi dalam keluarga	43
2.6.3	Manfaat terapi keluarga	45
2.6.4	Efektifitas terapi keluarga	45
2.7	<i>Psychoeducative Family Therapy</i>	46
2.7.1	Tujuan <i>psychoeducative family therapy</i>	47
2.7.2	Indikasi	47
2.7.3	Lama atau durasi terapi	47
2.8	Konsep <i>Calgary Family Assesment Model</i> (CFAM)	48
2.8.1	Konsep teori	49
2.8.2	Pengkajian struktural keluarga	50
2.8.3	Pengkajian perkembangan keluarga	54
2.8.4	Pengkajian fungsional	55
BAB III	KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN....	58
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	58
3.2	Hipotesis	60
BAB IV	METODE PENELITIAN	61
4.1	Desain Penelitian	61
4.2	Populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel	62
4.2.1	Populasi	62
4.2.2	Sampel dan besar sampel	62
4.2.3	Teknik <i>sampling</i>	63
4.3	Variabel Penelitian	64
4.3.1	Variabel independen	64
4.3.2	Variabel dependen	64
4.4	Definisi Operasional Penelitian	64
4.5	Instrumen Penelitian	66
4.5.1	Tahap uji validitas dan reabilitas alat ukur	66
4.6	Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	67
4.7	Prosedur Pengumpulan atau Pengambilan Data	67
4.8	Cara Analisis Data	69
4.8.1	Deskriptif	69

	4.8.2 Analisis Bivariat	69
	4.9 Kerangka Operasional Penelitian	70
	4.10 Etika Penelitian	71
BAB V	HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	72
	5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	72
	5.2 Hasil Penelitian	73
	5.2.1 Data umum responden	73
	5.2.2 Data umm keluarga responden	75
	5.2.3 Data khusus	77
BAB VI	PEMBAHASAN.....	86
	6.1 Tingkat pengetahuan responden dan keluarga responden setelah diberikan intervensi <i>psychoeducative family</i>	86
	6.2 Dukungan keluarga responden setelah diberikan intervensi <i>psychoeducative family</i>	93
	6.3 Stigma responden setelah diberikan intervensi <i>psychoeducative family</i>	98
	6.4 Keterbatasan Penelitian	101
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	103
	7.1 Kesimpulan	103
	7.2 Saran	104
	DAFTAR PUSTAKA	105

DAFTAR GAMBAR

			Halaman
Gambar	2.1	Kusta tipe <i>tuberkuloid</i>	13
Gambar	2.2	Kusta tipe <i>borderline tuberkuloid</i>	13
Gambar	2.3	Kusta tipe <i>borderline</i>	14
Gambar	2.4	Kusta tipe <i>borderline lepromatous</i>	14
Gambar	2.5	Kusta tipe <i>lepromatous</i>	15
Gambar	2.6	Patogenesis kusta.....	18
Gambar	2.7	Proses stigma	31
Gambar	2.8	Model agen, pejamu dan lingkungan	35
Gambar	2.9	Genogram	53
Gambar	2.10	<i>Ecomap</i>	54
Gambar	2.11	Skema model pengkajian keluarga Calgary.....	57
Gambar	3.1	Kerangka konsep pengaruh psikoedukasi terhadap stigma pada penderita kusta	58
Gambar	4.1	Desain penelitian <i>quasy experiment</i>	61
Gambar	4.2	Kerangka operasional penelitian	70

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel	1.1 <i>Theoretical mapping</i> Pengaruh <i>Psychoeducative Family Therapy</i> Terhadap Stigma Kusta dengan Pendekatan Calgary Di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun	7
Tabel	2.1 Perbedaan tipe PB dan MB	16
Tabel	2.2 Gambaran klinis tipe PB	16
Tabel	2.3 Gambaran klinis tipe MB	17
Tabel	2.4 Tingkatan cacat kusta Indonesia	20
Tabel	4.1 Definisi operasional penelitian	64
Tabel	5.1 Distribusi frekuensi karakteristik subjek	74
Tabel	5.2 Distribusi frekuensi karakteristik keluarga responden	76
Tabel	5.3 Hasil uji normalitas <i>Shapiro-Wilk normality test</i> berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (<i>self stigma</i>) pada responden	78
Tabel	5.4 Hasil uji normalitas <i>Shapiro-Wilk normality test</i> berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga pada keluarga responden	78
Tabel	5.5 Hasil uji kesetaraan <i>Man Whitney test</i> berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma pada responden sebelum dilakukan intervensi.....	79
Tabel	5.6 Hasil uji kesetaraan <i>Man Whitney test</i> berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan pada keluarga responden sebelum dilakukan intervensi.....	79
Tabel	5.7 Tingkat kecacatan pada responden penelitian	80
Tabel	5.8 Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada subjek responden	80
Tabel	5.9 Dukungan Keluarga sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada subjek responden	82
Tabel	5.10 Stigma (<i>self stigma</i>) sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada responden penelitian	83
Tabel	5.11 Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada keluarga responden	84

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran	1	Lembar Permohonan Menjadi Responden 110
Lampiran	2	Lembar Penjelasan 111
Lampiran	3	<i>Informed Consent</i> 113
Lampiran	4	Kuesioner Karakteristik Responden 114
Lampiran	5	Kuesioner Pengetahuan 116
Lampiran	6	Kuesioner Stigma (<i>Self Stigma</i>) 117
Lampiran	7	Kuesioner Dukungan Keluarga 119
Lampiran	8	Pengkajian Keluarga Calgary 120
Lampiran	9	Panduan <i>Psychoeducative Family Therapy</i> 124
Lampiran	10	Lembar Observasi Pelaksanaan Psychoeducative 133
Lampiran	11	Satuan Acara Kegiatan Psychoeducative 136
Lampiran	12	Leaflet 146
Lampiran	13	Uji Validitas dan Reliabilitas 153
Lampiran	14	Data responden dan keluarga responden 155
Lampiran	15	Uji homogenitas 159
Lampiran	16	Uji normalitas 160
Lampiran	17	Uji kesetaraan 161
Lampiran	18	Analisis statistik 162
Lampiran	19	Surat ijin penelitian 166
Lampiran	20	Sertifikat etik 167
Lampiran	21	Surat keterangan telah melakukan penelitian 168
Lampiran	22	Undangan ujian proposal tesis 169
Lampiran	23	Undangan ujian tesis 170

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kusta adalah infeksi kronis pada kulit dan saraf tepi yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Klien kusta mengalami cacat tubuh, kulit, kaki, tangan dan jari-jari karena hilangnya pelindung sensasi nyeri (Roosta *et al.*, 2013). Lesi kulit yang progresif dan cacat fisik yang permanen memicu isolasi secara fisik dan psikologis pada klien kusta (Tsutsumi *et al.*, 2003). Hal tersebut akan memberikan kesan negatif pada klien kusta. Kesan negatif yang diterima klien kusta berlangsung seumur hidup bahkan setelah klien sembuh. Klien kusta diperlakukan seperti orang buangan di masyarakat karena kusta dianggap sebuah penyakit yang menakutkan atau dengan kata lain menjijikkan dan memalukan. (Rafferty, 2005).

Stigma kusta juga terbentuk karena pengaruh Kitab Imamat pada umat kristiani zaman dahulu dalam (Im 13:2) dapat ditemukan sekian banyak tata aturan yang berhubungan dengan penyakit kusta. Seorang imam (dalam Perjanjian Lama) dianggap sekaligus sebagai seorang dokter, tapi bukan untuk menyembuhkan seorang yang menderita sakit kusta, tetapi untuk mengumumkan kalau seseorang itu mengidap kusta dan karenanya harus dikucilkan. Dan karena suatu jenis penyakit (terutama kusta) bisa berjangkit kepada orang lain, maka dipercayai kalau dosapun bisa berjangkit. Untuk menghindari terjadinya hal ini, orang-orang yang demikian harus dikucilkan. Sang imam harus mengumumkan bahwa orang tersebut adalah najis (Soru, 2012). Stigma pada klien kusta seperti ini tentu mempengaruhi pemahaman penyakit dan penerimaan diri bagi klien kusta (Rafferty, 2005)

Para peneliti menunjukkan bahwa stigma kusta berpengaruh luas pada kehidupan klien mulai dari perkawinan, pekerjaan, hubungan antar pribadi serta hubungan dengan lingkungan (Brakel, 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 140 klien kusta 87,9% dikucilkan oleh keluarga. Pengalaman klien kusta juga menunjukkan adanya perilaku yang menyakitkan dari keluarga (85%) (Tsutsumi *et al.*, 2003). Penemuan kasus menunjukkan bahwa satu dari tiga klien kusta ditinggalkan oleh pasangannya (Scoot, 2000). Pada penelitian Koparty (1998) menjelaskan bahwa seorang suami yang menderita kusta dengan lesi di kaki dan tangan diberikan tempat tersendiri didalam rumah, tidak diikutkan didalam pengambilan keputusan dan kegiatan didalam keluarga serta interaksi dengan anggota keluarga yang lain dibatasi. Kecacatan pada klien kusta menjadikan suatu penghambat dalam penerimaan klien kusta. Klien kusta yang mengalami cacat sebanyak 70% dikucilkan dan tidak diterima didalam keluarga (Koparty, 1998). Masalah kesehatan mental pada klien kusta telah terbukti menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi dari masalah kejiwaan (Tsutsumi *et al.*, 2003). Penelitian yang dilakukan pada 77 klien kusta menunjukkan 90,9% mengalami kecemasan dan 58,4% kehilangan harga diri (Adjibade *et al.*, 2013). Hasil penelitian Thilakavathi menunjukkan 55 dari 72 klien kusta memiliki penerimaan diri yang buruk (Thilakavathi, 2012).

Data yang didapatkan dari studi pendahuluan yang dilakukan di Kabupaten Madiun angka kejadian kusta baru cukup tinggi. Klien kusta di Kabupaten Madiun pada saat ditemukan sudah dalam keadaan cacat (Dinkes, 2015). 4 dari 6 klien kusta

mengalami penerimaan diri yang kurang baik. Klien merasakan kehilangan peran didalam keluarga karena kusta yang diderita. Angka kecacatan klien kusta yang tinggi di Kabupaten Madiun disebabkan karena perasaan takut, malu karena stigma kusta dimasyarakat, kurangnya pengetahuan, kesadaran diri, dan kepedulian keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Klien kusta cenderung mengurung diri dirumah karena merasa malu dan tidak memiliki harga diri dimasyarakat. Dukungan keluarga yang didapatkan klien kusta cenderung kurang.

Pada penelitian Andayani (2006) menyebutkan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta merasakan beban baik secara psikologis mengenai pandangan masyarakat dan beban fisik karena pengobatan klien kusta memakan waktu hingga berbulan-bulan. Klien kusta merasa bahwa keluarga kurang dapat memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis. Keluarga tidak bisa memberikan penguatan bagi klien untuk menghadapi masalahnya. (Rahayu, 2011).

Ilmu keperawatan sudah banyak mengembangkan penanganan klien dengan masalah psikologi yang disebabkan oleh beberapa penyakit melalui pendekatan kepada keluarga. Komunikasi atau interaksi yang baik didalam keluarga dapat membantu mengurangi masalah psikologi yang dialami klien. Hasil penelitian Clausson & Berg (2008) menjelaskan bahwa dengan menggunakan pendekatan teori *Calgary* yaitu *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) dan *Calgary Family Intervention Model* (CFIM) memberikan dampak perubahan perilaku didalam keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga

dengan keluhan kesehatan. Penelitian tersebut dilakukan pada sekolah anak dengan gangguan mental. Penelitian dengan pendekatan *Calgary* juga dilakukan Fraguas & Soares (2007) dalam menangani coping keluarga pada klien *diabetic nephropathy*. Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa setiap keluarga memiliki sumber daya untuk mengurus anggotanya yang dihadapkan dengan masalah kesehatan.

Pemerintah telah melakukan upaya dan pengembangan program dalam penanganan penyakit kusta sejak tahun 1950 dengan berbagai kebijakan diantaranya kegiatan pengendalian kusta yang terintegrasi dalam pelayanan kesehatan umum, pengobatan tersedia secara gratis, regimen terapi mengikuti rekomendasi WHO, orang yang terkena kusta tidak boleh diisolasi sampai pemberian kredit mikro pada klien kusta. Program pemerintah tersebut bertujuan untuk memberantas penyakit kusta dan meminimalisasi dampak psikososial yang dialami klien kusta. Program dari pemerintah sudah dilaksanakan namun stigma masih terus melekat pada klien kusta (PPPL, 2014). Data yang didapatkan menunjukkan bahwa pemerintah Kabupaten Madiun khususnya Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo juga telah melaksanakan berbagai kegiatan yang bertujuan untuk mengurangi stigma kusta dimasyarakat. Kegiatan tersebut meliputi pencegahan kecacatan dengan pelatihan perawatan diri klien kusta dan penyuluhan pada masyarakat serta psikoedukasi keluarga klien kusta namun klien masih memiliki perasaan merasa malu dan tidak memiliki harga diri dimasyarakat.

Psikoedukasi yang sudah diterapkan di Kabupaten Madiun khususnya Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo belum dilakukan secara optimal. Berdasarkan latar

belakang tersebut peneliti tertarik untuk memberikan alternatif solusi untuk mengoptimalkan dukungan adalah dengan menggunakan *psychoeducative family therapy*. *Psychoeducative family therapy* berarti memfasilitasi struktur lokal sosial (keluarga, kelompok, dan komunitas) yang kemungkinan sudah tidak berfungsi lagi sehingga dapat kembali memberikan dukungan yang efektif kepada orang yang membutuhkan terkait pengalaman hidup yang membuat stress klien kusta dalam mengurangi stigma kusta dengan metode pendekatan *Calgary*.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah intervensi *psychoeducative family* berpengaruh terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma kusta dengan model pendekatan *Calgary* di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh intervensi *psychoeducative family* terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma kusta dengan model pendekatan *Calgary* di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan klien dan keluarga kelompok perlakuan dan pembandingan pada saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi *psychoeducative family*.

2. Mengidentifikasi dukungan keluarga kelompok perlakuan dan pembanding pada saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi *psychoeducative family* .
3. Mengidentifikasi stigma kusta pada klien kusta kelompok perlakuan dan pembanding pada saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi *psychoeducative family*.
4. Menganalisis pengetahuan klien dan keluarga pada kelompok perlakuan dan pembanding setelah diberikan intervensi *psychoeducative family*.
5. Menganalisis dukungan keluarga pada kelompok perlakuan dan pembanding setelah diberikan intervensi *psychoeducative family*.
6. Menganalisis stigma kusta pada kelompok perlakuan dan pembanding setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pengaruh pemberian intervensi *psychoeducative family* dengan model pendekatan *Calgary* terhadap stigma kusta.

1.4.2 Manfaat praktis

Bagi pelayanan kesehatan penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan kepada praktisi kesehatan bahwa pemberian intervensi *psychoeducative family* dengan model pendekatan *Calgary* dapat dilakukan untuk menurunkan stigma kusta.

1.5 Theoretical Mapping

Tabel 1.1 *Theoretical mapping* pengaruh intervensi *psychoeducative family* diberikan intervensi terhadap stigma kusta dengan pendekatan model Calgary

No.	Judul	Variabel	Jenis Penelitian	Hasil
1.	Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga Pada Anggota Keluarga Dengan Penyakit Kusta Dikabupaten Pekalongan (Rahayu, 2011)	- Psikoedukasi keluarga - Dukungan psikososial	<i>Quasy eksperimental</i>	Terdapat perbedaan yang signifikan dukungan psikososial keluarga sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga.
2.	<i>Family Psychoeducation Reduces Stigma Among Latino Families and Their Loved Ones with Schizophrenia</i> (Hernandez & Barrio, 2015)	- <i>Family psychoeducation</i> - Stigma	<i>Quasy eksperimental</i>	Terdapat perbedaan kepercayaan anggota keluarga mengenai persepsi stigma kusta dan klien juga mendapatkan pemahaman yang lebih besar dari keluarga dan berpengaruh terhadap penerimaan keluarga dan diri klien.
3.	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Klien Kusta Rawat Jalan Di Rumah Sakit Rehatta Donorojo Jepara (Lestari, 2013)	- Dukungan keluarga - Harga diri klien kusta	<i>Descriptive correlation</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan harga diri klien kusta
4.	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi Klien Kusta di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember (Fadilah, 2013)	- Dukungan keluarga - Depresi penderitanya kusta	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi klien kusta. Semakin besar dukungan keluarga maka semakin kecil depresi yang dialami oleh klien kusta.

5.	Gambaran Persepsi Klien Tentang Penyakit Kusta dan Dukungan Keluarga Pada Klien Kusta Di Kota Manado (Mongi, 2012)	- Dukungan keluarga - Persepsi klien tentang penyakit kusta	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan persepsi klien tentang penyakit kusta. Semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka persepsi klien terhadap penyakit kusta semakin baik.
6.	<i>Factors Affecting Perceived Stigma in leprosy Affected Persons in Western Nepal</i> (Adhikari et al, 2014)	- <i>Perceived stigma</i>	<i>Cross sectional</i>	<i>Perceived stigma</i> pada klien kusta cenderung tinggi. Dan hal-hal tersebut dipengaruhi oleh pendapatan yang kurang, perubahan pekerjaan karena penyakit kusta, buta huruf, kurangnya informasi mengenai penyakit kusta, persepsi yang salah terhadap kusta dan sulit disembuhkan.
7.	Faktor-faktor yang melatarbelakangi persepsi klien terhadap stigma penyakit kusta (Soedarjatmi, Istiarti dan Widagdo, 2009)	- Persepsi - Stigma	<i>Case study</i>	Faktor yang mempengaruhi persepsi klien meliputi persepsi terhadap stigma, persepsi terhadap kemungkinan terkena penyakit, persepsi terhadap kegawatan penyakit, persepsi terhadap manfaat berperilaku positif, dan persepsi klien terhadap resiko berperilaku negatif.
8.	<i>How to reduce stigma in leprosy</i> (Sermritirong et al, 2014)	- Stigma	<i>Literature Review</i>	Intervensi yang bisa dilakukan untuk mengurangi stigma meliputi pelayanan yang terintegrasi, <i>information education</i>

				<i>and communication (IEC), perbaikan sosial ekonomi, merubah nama penyakit dan konseling.</i>
9.	<i>A comparison of stigma among patients with leprosy in rural Tanzania and urban United States: a role for public health in dermatology</i> (Rosta et al, 2013)	- Stigma	<i>Cross sectional</i>	Dapat disimpulkan bahwa perbandingan klien di Tannzania dengan di USA secara signifikan memiliki level stigma yang tinggi didalam hubungan keluarga dan lingkungan pekerjaan. Sedangkan klien di Tanzania juga dilaporkan memiliki level stigma yang tinggi dalam interaksi sosial dan harga diri
10.	Penerimaan Diri Klien dan Anggota Keluarga Klien Kusta Di Kecamatan Sumber, Kabupaten Rembang, Provinsi Jawa Tengah (Ertiandani, 2013)	- Penerimaan diri (<i>Self-esteem</i>) klien kusta - Penerimaan keluarga	Kualitatif	Klien kusta dan anggota keluarga dapat menerima dirinya dan penyakitnya yag ditunjukkan dengan interaksi sosial yang baik. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan yang dimiliki, kepercayaan serta dukungan dari keluarga.
11.	<i>Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant Melanoma</i> (Boesen et al., 2005)	- Perubahan suasana hati - Mekanisme koping	<i>A Replication Study</i>	Pada kelompok intervensi menunjukkan perubahan yang signifikan pada keadaan fisik, semangat yang lebih besar, dan gangguan suasana hati yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol, dan secara signifikan

menunjukkan
Perilaku yang aktif dan
pemikiran yang baik
dibandingkan dengan
klien pada kelompok
kontrol.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kusta

2.1.1 Pengertian

Kusta (penyakit *Hansen*) adalah infeksi *granulomatosa* kronik pada manusia yang menyerang jaringan superfisial, terutama kulit dan saraf perifer (Harrison, 2000). Menurut Amiruddin (2012), penyakit kusta adalah suatu penyakit infeksi *granulomatosa* menahun yang disebabkan oleh organisme obligat intraseluler *Mycobacterium leprae*. Kosasih (2005) menyatakan bahwa penyakit kusta adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* (*M.leprae*), yang pertama menyerang syaraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa mulut, saluran nafas bagian atas, mata, otot, tulang dan testis dan merupakan penyakit menular menahun.

2.1.2 Penyebab

Organisme obligat intraseluler *M.leprae* merupakan agen kausal pada lepra. Kuman ini berbentuk batang tahan asam yang termasuk familia *Mycobacteriaceae* atas dasar morfologik, biokimiawi, antigenik dan kemiripan genetik dengan mikobakterium lainnya. Basil ini berbiak sangat lambat, dengan perkiraan waktu penggandaan optimal 11 hingga 13 hari selama pertumbuhan logaritmik pada telapak kaki mencit (Harrison, 2000). Gambaran dari *M.leprae* menyerupai basil Gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora. Genom *Mycobacterium leprae* lebih pendek bila dibandingkan dengan *M.tuberculosis*,

dimana genom *M.leprae* mengkode hanya sebanyak 1600 gen sementara *M.tuberculosis* mengkode sebanyak 4000 gen (Amiruddin, 2012).

Pengamatan dengan mikroskop elektron akan terlihat gambaran ultrastruktur *M.leprae* yang umumnya sama dengan mikobakteria lain. Kuman ini terutama terdapat pada kulit, mukosa hidung, dan saraf perifer yang superfisial dan dapat ditunjukkan dengan apusan sayatan kulit atau kerokan mukosa hidung. Kuman ini secara klinis telah terbukti tumbuh pada daerah temperatur kurang dari 37°C. Pada suatu penelitian *in vitro* pada mencit didapatkan bahwa pertumbuhan optimum *M.leprae* pada temperatur 27-30°C (Amiruddin, 2012).

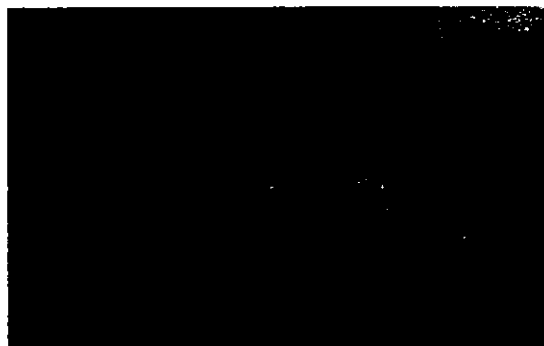
2.1.3 Klasifikasi penyakit kusta

Klasifikasi *M.leprae* bertujuan untuk menentukan strategi pemberantasan, pemilihan regimen terapi yang tepat, identifikasi pasien yang menular dan beresiko mengalami deformitas, memperkirakan prognosis dan meramalkan tipe reaksi kusta yang akan timbul. Sampai saat ini untuk klasifikasi yang dipakai pada penelitian Ridley dan Jopling (1984). Klasifikasi kusta berdasarkan gambaran klinis, *bakteriologis*, *histopatologis* dan mempunyai korelasi dengan tingkat *imunologis* yaitu membagi penyakit kusta dalam 5 tipe yaitu Tipe *Tuberkuloid* (TT), Tipe *Borderline tuberkuloid* (BT), Tipe *Borderline* (BB), Tipe *Borderline lepromatous* (BL) dan Tipe *Lepromatous* (LL) (Amiruddin, 2012).

1) Tipe *tuberkuloid* (TT)

Lesi tipe TT mengenai kulit maupun saraf, berukuran 3-30 cm, berupa makula atau plaktat dengan batas jelas dan pada bagian tengah dapat ditemukan lesi yang regresi atau *central healing*. Permukaan lesi dapat bersisik dengan tepi yang meninggi bahkan dapat menyerupai gambaran psoriasis. Tipe TT ini

menyebabkan kecacatan yang berat. Pemeriksaan BTA tidak ditemukan. Dapat dilihat pada gambar 2.1 dibawah ini.



Gambar 2.1 Kusta tipe tuberkuloid (Amiruddin, 2012)

2) *Borderline tuberkuloid* (BT)

Lesi tipe BT menyerupai tipe TT yakni berupa makula atau plak yang sering disertai lesi satelit dipinggirnya. gambaran hipopigmentasi, kekeringan kulit atau skuama yang tidak jelas seperti pada tipe TT. Lesi satelit biasanya ada dan terletak dekat saraf perifer yang menebal. Pemeriksaan BTA positif. Dapat dilihat pada gambar 2.2 dibawah ini.



Gambar 2.2 Kusta tipe *borderline tuberkuloid* (Amiruddin, 2012)

3) *Borderline* (BB)

Tipe BB merupakan tipe yang paling tidak stabil dari semua spektrum penyakit kusta dan disebut juga sebagai bentuk dimorfik. Bentuk tipe BB jarang

dijumpai. Lesi berbentuk makula infiltrat, permukaan lesi mengkilat serta bervariasi baik dalam ukuran, bentuk serta distribusinya.

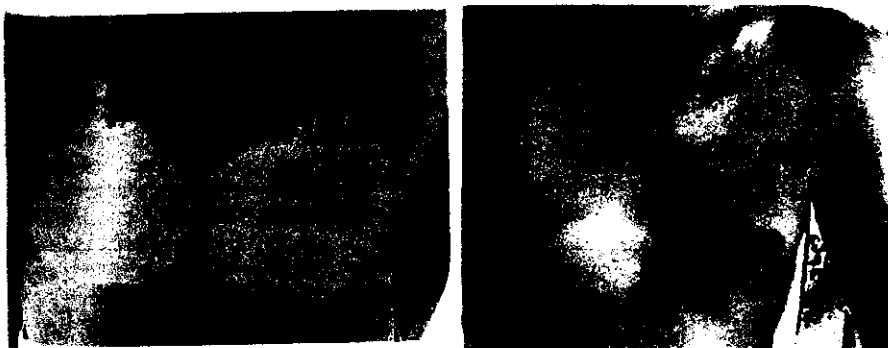
Dapat dilihat pada gambar 2.3 dibawah ini.



Gambar 2.3 Kusta tipe *borderline*
(Guinto, 2004)

4) *Borderline lepromatous* (BL)

Lesi BL dimulai dengan makula yang awalnya dalam jumlah sedikit dan dengan cepat menyebar ke seluruh badan. Makula lebih jelas dan bervariasi bentuknya. Tanda-tanda kerusakan saraf berupa hilangnya sensasi, hipopigmentasi, berkurangnya keringat dan gugurnya rambut lebih cepat muncul dibanding tipe LL dengan penebalan saraf yang dapat teraba pada tempat predileksi. Dapat dilihat pada gambar 2.4 dibawah ini.



Gambar 2.4 Kusta tipe *borderline lepromatous* (Amiruddin, 2012)

5) *Lepromatous* (LL).

Jumlah lesi LL sangat banyak dan simetris, permukaan halus, lebih eritem, mengkilat, berbatas tidak tegas dengan tepi yang kabur dan cenderung menyatu serta tidak ditemukan gangguan anestesi. Distribusi lesi khas yakni diwajah, dahi pelipis, dagu, cuping telinga sedang dibadan mengenai bagian belakang yang dingin, lengan punggung, tangan dan permukaan ekstensor tungkai bawah. Pada stadium lanjut tampak penebalan kulit yang progresif dan terjadi deformitas pada hidung. Dapat dilihat pada gambar 2.5 dibawah ini.



Gambar 2.5 Kusta tipe *lepromatous*
(Guinto,2004)

WHO (2003) juga menjelaskan mengenai pembagian klasifikasi perbedaan tipe PB dan MB serta gambaran klinis pada masing-masing tipe pada tabel 2.1, table 2.1 dan table 2.3 di bawah ini.

Tabel 2.1 Perbedaan tipe PB dan MB

	PB	MB
1. Lesi kulit (makula yang datar, papul meninggi, infiltrat, eritem, nodus)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 1-5 lesi ➢ Hipopigmentasi/eritema ➢ Distribusi tidak simetris 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ > 5 lesi ➢ Distribusi lebih simetris
2. kerusakan saraf(menyebabkan hilangnya sensasi/kelemahan otot yang dipersarafi oleh saraf yang terkena)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Hilangnya sensasi yang jelas ➢ Hanya satu cabang saraf 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Hilangnya sensasi kurang jelas ➢ Banyak cabang saraf

Sumber :Buku Pedoman *Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Dit. Jen P2 dan PL. Jakarta

Tabel 2.2 Gambaran klinis tipe PB

Karakteristik	Tuberkuloid (TT)	Borderline tuberculoid (BT)	Indeterminate (I)
Lesi			
Tipe	Makula dibatasi infiltrat	Makula dibatasi infiltrat saja	Makula
Jumlah	Satu atau beberapa	Satu dengan lesi satelit	Satu atau beberapa
Distribusi	Terlokalisasi & asimetris	Asimetris	Bervariasi
Permukaan	Kering, skuama	Kering, skuama	Dapat halus agak berkilat
Sensibilitas	Hilang	Hilang	Agak terganggu
BTA			
Pada lesi kulit Tes lepromin	Negatif Positif kuat (3+)	Negatif atau 1 + Positif (2 +)	Biasanya negatif Meragukan (1 +)

Sumber : Buku Pedoman *Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Dit. Jen P2 dan PL. Jakarta

Tabel 2.3 Gambaran klinis tipe MB

Karakteristik	Lepromatosa (LL)	Borderline lepromatosa (BL)	Mid-borderline (BB)
Lesi			
Tipe	Makula, infiltrat difus, papul, nodus	Makula, plak, papula	Plak, lesi berbentuk kubah, lesi punched-out
Jumlah	Banyak, distribusi luas, praktis tidak ada kulit sehat	Banyak, tapi kulit sehat masih ada	Beberapa, kulit sehat (+)
Distribusi	simetris Kering, skuama	Cenderung simetris	asimetris
Permukaan	Halus dan berkilap	Halus dan berkilap	sedikit berkilap, beberapa lesi kering
Sensibilitas	Tidak terganggu	Sedikit berkurang	berkurang
BTA			
Pada lesi kulit	Banyak (globi)	Banyak	agak banyak
Pada hembusan hidung	Banyak (globi)	Biasanya tidak ada	tidak ada
Tes lepromin	Negatif	Negatif	biasanya negatif, dapat juga (\pm)

Sumber :Buku Pedoman *Nasional Pemberantasan Penyakit Kusta*. Dit.Jen P2 dan PL. Jakarta

2.1.4 Patogenesis kusta

M.leprae menyerang saraf, kulit dan mata. Mukosa (mulut, hidung dan faring), otot halus, sistem retikulo endotel dan pembuluh darah pada endotel juga sering terkena. *Port of entry M.leprae* kedalam tubuh melalui kontak langsung, *droplet infection*, saluran pencernaan dan gigitan serangga. Setelah basil memasuki tubuh akan bermigrasi ke jaringan saraf dan masuk kedalam sel *Schwann*. Setelah memasuki sel *Schwann*, perkembangan bakteri tergantung pada resistensi atau ketahanan tubuh dari individu yang terinfeksi. Basil mulai berkembang biak perlahan-lahan (sekitar 12-14 hari untuk satu bakteri untuk membagi menjadi dua) dalam sel. Pada tahap ini orang tetap bebas dari tanda-

2.1.5 Proses Terjadinya Cacat Kusta

Terjadinya cacat tergantung dari fungsi serta syaraf mana yang rusak. Diduga kecacatan akibat kusta dapat terjadi melalui 2 proses (Ditjen PP & PL, 2006) yaitu infiltrasi langsung *M. leprae* susunan syaraf tepi dan organ (misalnya mata) dan melalui reaksi kusta.

Pada reaksi terjadi proses inflamasi akut yang menyebabkan kerusakan syaraf. Itulah sebabnya monitoring fungsi syaraf secara rutin sangat penting dalam upaya pencegahan dini cacat kusta. Kerusakan syaraf terjadi kurang dari 6 bulan, bila diobati Prednison dengan tepat, tidak akan terjadi kerusakan syaraf yang permanen (fungsi syaraf masih reversibel). Bila kerusakan syaraf ini sudah terlanjur menjadi cacat permanen maka yang dapat dilakukan adalah upaya pencegahan cacat agar tidak bertambah berat (Ditjen PP & PL, 2006).

Kerusakan akibat kerusakan syaraf tepi dapat dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

Tahap 1: Terjadi kelainan pada syaraf/penebalan syaraf, nyeri tanpa gangguan fungsi gerak, namun telah terjadi gangguan sensorik.

Tahap 2: Terjadi kerusakan syaraf, timbul paralisis (lumpuh) tidak lengkap atau paralisis awal, termasuk pada otot, kelopak mata, otot jari tangan dan jari kaki. Masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot. Bila berlanjut dapat terjadi luka (di mata, tangan dan kaki) dan kekakuan sendi.

Tahap 3: Terjadi penghancuran syaraf, kelumpuhan akan menetap, dapat terjadi infeksi yang progresif dengan kerusakan tulang dan kehilangan penglihatan.

Secara umum fungsi syaraf dikenal ada 3 yaitu fungsi motorik memberi kekuatan pada otot, fungsi sensorik memberi sensasi raba, dan fungsi otonom mengurus kelenjar keringat dan kelenjar minyak. Kecacatan terjadi tergantung pada komponen syaraf yang terkena.

Tabel 2.4 Tingkatan cacat kusta di Indonesia

Tingkat	Mata	Tangan/ Kaki
0	Tidak ada kelainan mata akibat kusta	Tidak ada cacat akibat kusta
1		Anaetesi, kelemahan otot, (tidak ada cacat/ kerusakan yang terlihat akibat kusta)
2	Ada lagophthalmos	Ada cacat/ kerusakan yang terlihat akibat kusta, misalnya : ulkus, jari keriting, kaki semper

Sumber : P2 Kusta, 2006

Pada tabel 2.4 di atas dapat dijelaskan bahwa cacat tingkat 0 berarti tidak ada cacat, cacat tingkat 1 adalah cacat yang disebabkan oleh kerusakan saraf sensoris yang tidak terlihat, seperti hilangnya rasa raba pada kornea mata, telapak tangan dan kaki dan cacat tingkat 2 berarti cacat atau kerusakan yang terlihat. Cacat tingkat 2 pada mata ditandai dengan mata tidak mampu menutup mata dengan rapat (lagophthalmos), terdapat kemerahan yang jelas pada mata (terjadi pada ulserasi kornea atau uveitis) dan adanya gangguan penglihatan berat atau kebutaan. Cacat tingkat 2 pada tangan/kaki ditandai dengan luka dan ulkus ditelapak, deformitas yang disebabkan oleh kelumpuhan otot (kaki semper atau jari kontraktur) dan atau hilangnya jaringan (atrofi) atau reabsorpsi parsial dari jari-jari (Ditjen PP & PL, 2006).

2.1.6 Pengobatan penyakit kusta

Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk membunuh kuman *M.leprae* sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh dan tanda-tanda penyakit menjadi berkurang dan seterusnya menghilang. Pada tahun 1941 telah ditemukan obat DDS (*Diamino Diphenyl Sulfon*). Rejimen pengobatan lain meliputi pemberian dosis tunggal ROM (*Rifampisin Ofloksasin Minosiklin*). Sejak timbulnya masalah

resistensi terhadap DDS maka diambil suatu kebijakan untuk mengadakan perubahan dari pengobatan tunggal DDS menjadi pengobatan kombinasi atau MDT (*Multy Drug Terapy*). Disamping itu pengobatan monoterapi menurut WHO tidak layak dan sejak tahun 1982 di Indonesia mulai digunakan obat MDT (Amiruddin, 2012).

Tipe *Pausibasiler* (PB) mendapatkan terapi DDS 100 mg/hari untuk dimakan dirumah dan rifampisin 600 mg/bln untuk dimakan didepan petugas. Penderita yang telah mendapat 6 dosis MDT dalam 6 bulan atau maksimal 9 bulan dapat langsung dinyatakan RFT (*Release From Treatment*), asal tidak timbul lesi baru atau lesi semula melebar. Penderita yang telah dinyatakan RFT dikeluarkan dari daftar pengobatan dan dimasukkan dalam kelompok pengamatan (*surveilanlance*). Pemeriksaan ulang untuk pengamatan hanya dilakukan 1 kali setahun selama 2 tahun. Bila penderita yang telah dinyatakan RFT ternyata timbul lesi baru atau perluasan lesi lama maka penderita dianggap mengalami relaps (kambuh) dan diklasifikasikan kembali menjadi penderita PB. Pegobatan MDT diulangi dengan regimen PB. Bila setelah 2 tahun berturut-urut tidak timbul gejala aktif, atau tidak dating memeriksakan diri, maka penderita dinyatakan RFC (*Release From Control*) atau sembuh (Amiruddin, 2012).

Tipe MB juga sama mendapatkan terapi DDS dan rifampisin seperti tipe PB yang membedakan adalah adanya terapi klofasimin (lampren) 50 mg/hr untuk diminum di rumah dan 300 mg/bln untuk diminum di depan petugas. Lama pengobatan selama 12 bulan dan maksimal 18 bulan (dengan 12 dosis rifampisin). Bila ada kontraindikasi dapat diberikan kombinasi 600 mg rifampisisn, 400 mg ofliksasin dan 100 minosiklin selama 24 bulan. Penderita MB yang telah

mendapatkan MDT 12 dosis dalam waktu 24 bulan atau maksimum 18 bulan dan BTA negatif (pemeriksaan tiap bulan) dapat dinyatakan RFT. Bila masih BTA positif, pengobatan diteruskan sampai BTA negatif (pemeriksaan setiap 6 bulan). Pemeriksaan dilakukan 1 kali setahun selama 5 tahun untuk pemeriksaan klinis dan bakteriologis. Bila setelah 5 tahun tidak timbul lesi baru atau perluasan lesi lama dan tidak aktif, maka penderita dapat dinyatakan RFC atau sembuh (Amiruddin, 2012).

2.2 Psikologi Klien dengan Kusta

Dampak psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta sangat luas sehingga menimbulkan keresahan bukan oleh penderita sendiri tetapi juga bagi keluarga dan masyarakat. Penderita kusta mengalami perasaan rendah diri, tekanan batin, takut terhadap penyakit dan kemungkinan terjadinya kecacatan, hingga perasaan takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Masalah yang dialami penderita kusta dipengaruhi oleh perilaku penerimaan masyarakat yang memiliki anggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular dan tidak dapat diobati (Zulkifli, 2003).

Stigma pada kusta telah lama muncul dikarenakan perubahan bentuk tubuh yang disebabkan oleh kecacatan fisik yang progresif dan menetap. Kecacatan ini dapat memicu isolasi secara fisik dan psikologis pada penderita kusta. Penelitian yang dilakukan di Bangladesh telah menunjukkan bahwa orang memiliki stigma yang lebih kuat pada kusta dibandingkan stigma pada penyakit lain seperti epilepsy, TBC dan berbagai macam gangguan kulit lainnya. Stigma yang lebih

kuat ditunjukkan masyarakat dengan perilaku diskriminasi kepada penderita kusta. Sebuah studi di India juga menunjukkan prevalensi yang tinggi pada kecemasan dan depresi (Tsutsumi, 2003).

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Pengertian

Notoatmojo (2010), pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan, pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan adanya pendidikan maka akan semakin luas pula pengetahuannya. Sehingga pendidikan mempengaruhi proses belajar, dimana makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi.

Pengetahuan merupakan salah satu komponen perilaku, maka agar terjadi perubahan sikap dan tingkah laku seperti yang diharapkan tentunya memerlukan tambahan pengetahuan ini lewat pendidikan sebagai material baru. Seperti dikemukakan oleh Swidarmoko, (1994) dalam Notoatmodjo (2010) yaitu pengetahuan merupakan kemampuan mengindra dan memahami fakta, pengalaman dan realitas dunia atau kemampuan mengulang kembali informasi yang menyangkut pemahaman pesan yang diinformasikan. Penerapan pengetahuan digunakan pada situasi tertentu setelah diolah menjadi persepsi, sikap ataupun perilaku.

2.3.2 Tingkatan pengetahuan

Menurut Bloom dalam Notoatmojo, 2010, ranah kognitif dibagi menjadi 6 tingkatan yaitu:

1. Pengetahuan / *Knowledge* (C1)

Pengetahuan berhubungan dengan mengingat kepada bahan yang sudah dipelajari sebelumnya. Dengan istilah lain, pengetahuan disebut juga recall (mengingat kembali). Pengetahuan dapat menyangkut bahan yang luas atau sempit, seperti fakta (sempit) dan teori (luas). Namun apa yang diketahui hanya sekedar informasi yang dapat diingat saja.

2. Pemahaman / *Comprehensive Understanding* (C2)

Pemahaman adalah kemampuan memahami arti suatu bahan pelajaran seperti menafsirkan, menjelaskan atau meringkas tentang sesuatu. Kemampuan semacam ini lebih tinggi daripada pengetahuan.

3. Penerapan / *Application* (C3)

Penerapan adalah kemampuan menggunakan atau menafsirkan suatu bahan yang sudah dipelajari kedalam situasi baru atau situasi yang kongkret. Seperti menerapkan suatu dalil, metode, konsep, prinsip atau teori. Kemampuan ini lebih tinggi nilainya daripada pemahaman.

4. Analisis / *Analysis* (C4)

Analisis adalah kemampuan menguraikan atau menjabarkan sesuatu ke dalam komponen atau bagian-bagian, hubungan antar bagian, serta prinsip yang digunakan dalam organisasi atau susunan materi pelajaran.

5. Sintesis / *Synthesis* (C5)

Kemampuan sintesis merupakan kemampuan untuk menghimpun bagian-bagian ke dalam keseluruhan, seperti merumuskan tema, rencana atau melihat hubungan abstrak dari berbagai informasi / fakta. Jadi kemampuan ini adalah semacam kemampuan merumuskan suatu pola atau struktur baru, berdasarkan berbagai informasi atau fakta.

6. Evaluasi / *Evaluation* (C6)

Evaluasi berkenaan dengan kemampuan menggunakan pengetahuan untuk membuat penilaian terhadap sesuatu berdasarkan maksud atau kriteria tertentu. Kriteria yang digunakan dapat bersifat internal (seperti organisasinya), dapat juga eksternal (relevansinya untuk maksud tertentu).

Pengklasifikasian dari tingkatan pengetahuan menurut Bloom yang meliputi 6 tingkatan digunakan pada penjelasan tingkatan pengetahuan yang dijelaskan oleh Notoadmojo (1998) dan Djamarah (2000).

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

1. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan penyerapan informasi (Depkes RI, 1999). Pada umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin baik pengetahuannya (Notoatmodjo, 2007).

2. Informasi

Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang karena meskipun tingkat pendidikan rendah bila memperoleh informasi yang baik dari berbagai media (Notoatmodjo, 2010). Sundjaja (1994) dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan

bahwa media masa dianggap sebagai sistem informasi yang memiliki peranan penting dalam proses pemeliharaan, perubahan dan konflik dalam tatanan masyarakat, kelompok atau individu dalam aktivitas sosial dimana media massa akan akan mempengaruhi fungsi kognitif, afektif, dan behavioral.

3. Pengalaman

Pengalaman pribadi merupakan upaya untuk memperoleh pengetahuan dengan cara mengulangi kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi pada masa lalu (Notoatmodjo, 2010).

4. Lingkungan

Lingkungan memberikan pengaruh sosial pertama bagi seseorang sehingga dapat mempelajari hal-hal yang baik dan buruk yang ada pada lingkungannya. Hal ini mempengaruhi cara berpikir seseorang (Notoatmodjo, 2007). Kita belajar berbagai pengetahuan, ketrampilan, sikap atau norma-norma tertentu dari lingkungan sekitar kita. Lingkungan tersebut disebut sumber-sumber belajar. Adapun sumber-sumber belajar tersebut bisa berasal dari lingkungan sekolah meliputi guru, dosen, teman sekelas, buku, laboratorium, dan perpustakaan. Sedangkan dari luar sekolah kita banyak belajar dari orang tua saudara, teman, tetangga, tokoh masyarakat, buku, majalah, televisi, peristiwa, dan kejadian tertentu (Rohani, 2007).

Sedangkan menurut Walgito dan Nasution, terdapat faktor intelegensi yang mempengaruhi pengetahuan tetapi tidak terdapat faktor pendidikan. Hal ini dikarenakan sumber tersebut menjelaskan bahwa intelegensi merupakan kemampuan yang dibawa sejak lahir, yang memungkinkan seseorang berbuat dengan cara tertentu. Orang berpikir menggunakan pikirannya, cepat atau

tidaknya dan terpecahkan tidaknya suatu masalah tergantung pada kemampuan intelegensinya. Dan orang yang lebih intelegen akan lebih mudah menerima sesuatu. Menurut Smett (1994) kemampuan belajar dan menerima keterampilan dan informasi baru akan menurun pada orang yang berusia lanjut.

2.3.4 Macam pengetahuan menurut polanya

Macam pengetahuan menurut Keraf dan Dua (2001), yaitu:

a. Tahu Bahwa

“Pengetahuan bahwa” adalah pengetahuan tentang informasi tertentu, tahu bahwa sesuatu terjadi, tahu bahwaini atau itu memang demikian adanya, bahwa apa yang dikatakan memang benar. Jenis pengetahuan ini disebut juga pengetahuan teoritis, pengetahuan ilmiah, walaupun masih pada tingkat yang tidak begitu mendalam. Pengetahuan ini berkaitan dengan keberhasilan dalam mengumpulkan informasi atau data tertentu. Maka, kekuatan pengetahuan adalah informasi atau data yang dimiliki oleh seseorang.

b. Tahu Bagaimana

Pengetahuan jenis ini menyangkut bagaimana melakukan sesuatu. Ini yang dikenal sebagai *know-how*. Pengetahuan ini berkaitan dengan ketrampilan atau lebih tepat keahlian dan kemahiran teknis dalam melakukan sesuatu. Seseorang yang mempunyai pengetahuan jenis ini tidak lain berarti ia tahu bagaimana melakukan sesuatu, dengan kata lain pengetahuan jenis ini berkaitan dengan praktek, maka disebut juga pengetahuan praktis. Ini tidak berarti bahwa pengetahuan jenis ini hanya bersifat praktis melainkan tetap mempunyai landasan atau asumsi teoritis tertentu. Hanya saja asumsi dan konsep teoritis itu telah diaplikasikan menjadi pengetahuan praktis.

c. Tahu akan/ mengenai

Jenis pengetahuan ini adalah sesuatu yang sangat spesifik menyangkut pengetahuan akan sesuatu atau seseorang melalui pengalaman atau pengenalan pribadi. Unsur yang paling penting dalam pengetahuan jenis ini adalah pengenalan dan pengalaman pribadi secara langsung dengan obyeknya. Oleh karena itu sering juga disebut sebagai pengetahuan berdasarkan pengenalan. Pengetahuan jenis ini mempunyai ciri-ciri tertentu antara lain mempunyai tingkat objektivitas yang cukup tinggi yang didasarkan pada pengenalan dan pengalaman langsung si subjek namun disisi lain unsur subjektivitasnya cukup kuat, subjek mampu membuat penilaian tertentu atas objek karena pengenalan dan pengalaman pribadi yang bersifat langsung dengan objek dan ciri yang terakhir dari pengetahuan ini adalah bersifat singular, yaitu hanya berkaitan dengan barang atau objek khusus, artinya pengetahuan ini terutama terbatas pada objek yang dikenal secara langsung dan personal dan bukan menyangkut objek serupa lainnya.

d. Tahu Mengapa

Jenis pengetahuan ini berkaitan dengan “pengetahuan bahwa”. Hanya saja “tahu mengapa” jauh lebih mendalam dan serius dari pada “tahu bahwa” karena “tahu mengapa” berkaitan dengan penjelasan. Penjelasan ini tidak hanya berhenti pada informasi yang ada sebagaimana pada “tahu bahwa”, melainkan menerobos masuk kebalik data atau informasi yang ada. Dengan penjelasan tersebut, “tahu mengapa” jauh lebih kritis. Bahkan “tahu mengapa” sudah sampai pada tingkat mengaitkan dan menyusun hubungan-hubungan tak kelihatan antara berbagai informasi yang ada. Lebih dari itu dengan “tahu mengapa” subjek melangkah lebih jauh dari informasi baru yang akan menyingkap pengetahuan yang lebih

mendalam dari sekedar “pengetahuan bahwa”. Pengetahuan model terakhir ini merupakan pengetahuan paling tinggi dan mendalam dan sekaligus juga merupakan pengetahuan ilmiah.

2.4 Stigma Penderita Kusta

2.4.1 Pengertian

Goffman (1968) menyatakan bahwa stigma adalah segala bentuk atribut fisik dan sosial yang mengurangi identitas sosial seseorang, mendiskualifikasikan orang itu dari penerimaan seseorang. Menurut kamus Bahasa Indonesia stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya.

2.4.2 Karakteristik stigma

Blume (2002) menyatakan bahwa karakteristik stigma antara lain :

- 1) Orang membedakan dengan label yang berbeda
- 2) Budaya mendominasi karakteristik yang tidak diinginkan
- 3) Orang-orang berlabel ditempatkan dalam kategori yang berbeda untuk mencapai beberapa derajat pemisahan “kami” dari mereka
- 4) Label status yang dialami berkaitan dengan pengalaman kehilangan dan diskriminasi banyak yang mengarah kehasil yang tidak setara

2.4.3 Jenis stigma

Terdapat dua stigma pada penderita kusta yaitu stigma dari masyarakat (*publicstigma*) yang berarti reaksi atau penilaian masyarakat terhadap penderita kusta dan stigma pada diri sendiri (*self- stigma*) yang berarti reaksi atau penilaian pada diri sendiri akibat adanya masalah kusta (Corrigan, 2008). Stigma

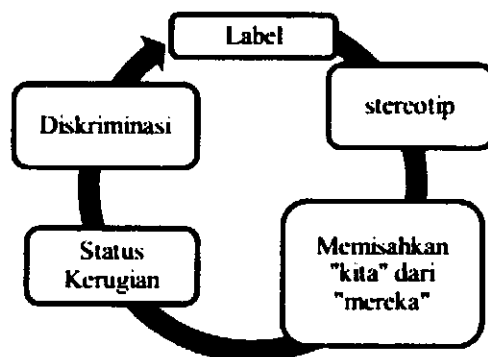
masyarakat dan stigma pada diri sendiri diketahui berkaitan dengan *stereotype* (label), *prejudice* (prasangka) dan *discrimination* (mengucilkan). Perbedaan yang dapat dilihat antara lain pada stigma yang ada dimasyarakat, mereka mempunyai kepercayaan yang negatif terhadap kelompok pasien kusta yang ditunjukkan dengan bereaksi secara emosional dan berperilaku diskriminasi. Sikap dan perilaku dari stigma dimasyarakat menganggap klien membahayakan orang lain dan memiliki karakter yang lemah. Sikap masyarakat bersifat emosional ditunjukkan dengan kemarahan dan ketakutan, serta berperilaku menghindari pasien dan tidak memberi kesempatan dalam kegiatan apapun. Berbeda dengan stigma yang ada atau muncul pada diri sendiri mempunyai pandangan negatif pada diri sendiri, bereaksi dengan emosional dan berperilaku menghindar dari keluarga dan masyarakat. Sikap dan perilaku stigma pada diri sendiri juga meliputi merasa tidak mampu, lemah, harga diri rendah, menganggap dirinya orang yang tidak beruntung, berbeda dari orang lain dan kesulitan dalam mendapatkan kesempatan kerja (Corrigan & Watson, 2002).

2.4.4 Proses stigma

Proses stigma menurut *International Federation–Anti Leprosy Association* menjelaskan bahwa orang-orang yang dianggap berbeda sering mendapatkan label seperti penyandang kusta dan masyarakat cenderung berprasangka dan memiliki pandangan bahwa penderita kusta sangat menular, merupakan orang yang berdosa dan terkutuk, berbahaya, tidak dapat diandalkan dan tidak mampu mengambil keputusan dalam hal mental. Masyarakat tidak lagi melihat pasien yang sebenarnya tetapi hanya melihat label saja, kemudian memisahkan diri dengan pasien dengan menggunakan istilah “kita” dan

“mereka” sehingga menyebabkan pasien terstigmatisasi dan mengalami diskriminasi (ILEP,2011).

Proses terjadinya stigma dapat dilihat pada gambar 2.7 dibawah ini.



Gambar 2.7 Proses stigma (ILEP, 2011)

International Federation– Anti Leprosy Association menyebutkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang dalam menghadapi stigma (ILEP, 2011) :

- 1) Pemahaman masyarakat yang positif atau negatif terhadap suatu penyakit
- 2) Dukungan keluarga dan masyarakat
- 3) Sejauhmana stigma mempengaruhi kehidupan dan rutinitas sehari hari
- 4) Kepribadian dan kemampuan coping

Pada saat seseorang menghadapi stigma, mereka mungkin rentan sehingga memerlukan adanya suatu pengakuan dan dukungan emosional karena sulit untuk mengekspresikan keprihatinan yang dirasakan. Mereka berharap dapat berbicara dengan seseorang yang mampu mengerti, sehingga mereka perlu melakukan konseling. Konseling adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli (konselor) kepada individu yang mengalami masalah.

2.4.5 Faktor yang memengaruhi stigma

Terjadinya stigma pada pasien kusta dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain :

1. Pengetahuan tentang kusta

Pengetahuan tentang kusta sangat mempengaruhi bagaimana individu tersebut akan bersikap (Bradley, 2009). Stigma muncul berkaitan dengan ketidaktahuan tentang mekanisme penularan kusta, perkiraan risiko tertular yang berlebihan melalui kontak biasa dan sikap negatif terhadap kelompok sosial (Herek *et al*, 2002). Chase dan Aggleton (2001) mengatakan bahwa salah satu penyebab terjadinya stigma adalah mis informasi mengenai bagaimana kusta ditularkan (Chase and Aggleton, 2001).

2. Persepsi tentang kusta

Herek, dkk pada tahun 2002 mengungkapkan hasil penelitiannya di Amerika Serikat bahwa sekitar 40 sampai 50% masyarakat percaya bahwa kusta dapat ditularkan melalui percikan bersin atau batuk, minum dari gelas yang sama, dan pemakaian toilet umum (Herek *et al*, 2002). Persepsi terhadap pasien kusta atau akan sangat mempengaruhi bagaimana orang tersebut akan bersikap dan berperilaku terhadap penderita. Persepsi terhadap pasien kusta berkaitan dengan nilai-nilai seperti rasa malu, sikap menyalahkan dan menghakimi. Cock, dkk tahun 2002 menyatakan bahwa stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta berhubungan dengan persepsi tentang rasa malu (*shame*) dan menyalahkan (*blame*) (Cock, 2002).

3. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi munculnya stigma terhadap pasien kusta. Mahendra pada tahun 2006 menyatakan bahwa latar belakang pendidikannya mempengaruhi skor stigma dan diskriminasi terhadap kusta (Mahendra et al, 2006).

4. Umur

Umur secara alamiah mempunyai pengaruh terhadap perilaku seseorang. Bertambahnya umur seseorang mempengaruhi proses terbentuknya motivasi sehingga faktor umur diperkirakan berpengaruh terhadap perilaku seseorang (Suganda, 1997)

5. Dukungan keluarga

Faktor keluarga sangat berperan terhadap perasaan dan perilaku seseorang. Keluarga merupakan orang terdekat yang dapat memberikan motivasi kepada anggota keluarga yang lain. Keluarga juga berperan sebagai *care giver* bagi anggota keluarga yang lain.

6. Keyakinan atau kepercayaan

Kepatuhan terhadap agama agama mempunyai peran dalam membentuk konsep seseorang tentang sehat dan sakit. Konsep ini sangat dipengaruhi oleh keyakinannya tentang peran Tuhan dalam menentukan nasib seseorang, termasuk didalamnya adalah dalam hal sehat dan sakit (Chin, 2005). Peran agama dalam semua aspek kehidupan manusia sudah ada sejak berabad-abad yang lalu. Kepatuhan terhadap nilai-nilai agama para petugas kesehatan dan para pemimpin agama mempunyai peran dalam pencegahan dan pengurangan penularan suatu penyakit.

2.4.6 Dimensi stigma

Dimensi stigma menurut Jones (dalam Heatherton, 2003) ada enam, yaitu:

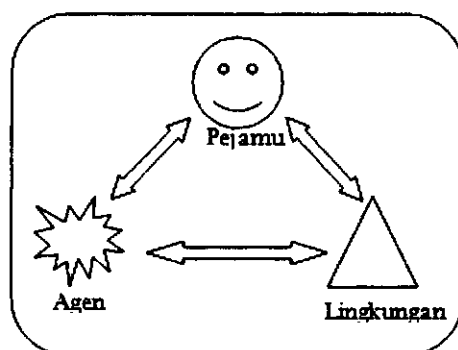
- 1) *Concealability* : Sampai sejauhmana suatu kondisi dapat disembunyikan atau tidak tampak oleh orang lain
- 2) *Course* : menjelaskan bagaimana kondisi terstigmatisasi berubah dari waktu ke waktu
- 3) *Strains* : menjelaskan bagaimana hubungan interpersonal seseorang sangat dipengaruhi oleh kondisi stigmasisasi
- 4) *Aesthetic Qualities* : menjelaskan bagaimana penampilan seseorang sangat dipengaruhi oleh kondisi stigmasisasi
- 5) *Cause* : menjelaskan apakah seseorang mengalami stigmatisasi karena bawaan lahir atau di dapat
- 6) *Peril* : menjelaskan keberbahayaan pada orang lain terkait dengan kondisi terstigmasisasi

2.5 Konsep Sehat Sakit

2.5.1 Pengertian sehat sakit

Sehat merupakan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sehat mengandung 3 karakteristik yaitu merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia, memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal serta sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif (WHO (1947) dalam Perry & Potter,2005). Sakit merupakan gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas, termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian

sosialnya (Parsors (1972) dalam Perry & Potter,2005). Seseorang menggunakan tiga kriteria untuk menentukan apakah mereka sakit yaitu adanya gejala, persepsi tentang bagaimana mereka merasakan baik, buruk, sakit serta kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari, bekerja ataupun sekolah (Perry & Potter, 2005).



Gambar 2.8 Model agen,pejamu dan lingkungan (Perry & Potter, 2005)

2.5.2 Peran keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan atau tidak adanya ikatan perkawinan darah atau adopsi dan anggota keluarga saling berinteraksi dan berkomunikasi serta memiliki peran masing-masing dalam keluarga (Friedman, 2010). Keluarga merupakan satuan unit paling kecil dalam masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan individu yang tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI (1998) dalam Setiadi, 2008). Peranan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Friedman, 2010).

2.5.3 Keluarga sebagai *care giver*

Menurut WHO (2012) konsep keluarga sebagai *primary care giver* dapat didefinisikan bahwa sebuah hubungan antar anggota keluarga sesuai dengan tipe keluarga, dapat juga disertai dengan adanya pengasuh yang turut membantu dalam memberikan bantuan. Keluarga sebagai *primary care giver* dapat memberikan bantuan perawatan secara langsung yang juga memiliki peran signifikan dalam mengatur pemberian perawatan. yang menjadi *primary care giver* dalam keluarga adalah orang-orang yang secara penuh menghabiskan sebagian besar waktu untuk merawat pasien, sedangkan *secondary care giver* adalah mereka dalam keluarga dan saudara yang memiliki peran tambahan dalam merawat pasien (Gaugler, 2003). Menurut suatu penelitian tentang tugas keluarga (*caregiver*) pasien kanker yaitu 68,5 % membantu pekerjaan rumah tangga, 39,9% memberikan dukungan emosional, dan 22,7% mengatur dan membantu masalah keuangan (Girgis, 2012).

2.5.4 Fungsi keluarga

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

1) Fungsi afektif

Fungsi keluarga yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggota keluarga. Keluarga sebagai sumber cinta, pengakuan, penghargaan, dan sumber dukungan primer. Fungsi afektif keluarga merupakan aspek dasar dalam pembentukan dan tercapainya keharmonisan keluarga. Kasih sayang serta

pengakuan dari anggota keluarga akan memberikan perasaan yang nyaman dan meningkatnya harga diri pada pasien kusta.

2) Fungsi sosialisasi

Keluarga berfungsi memberikan pengalaman belajar kepada anggota keluarga. Pengalaman ini ditujukan untuk mengajarkan pada anak bagaimana mengemban peran sebagai orang dewasa di dalam masyarakat, sebelum anak keluar dari rumah untuk hidup mandiri di masyarakat. Keluarga membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Keluarga memberikan penguatan positif kepada pasien kusta untuk meningkatkan perasaan berharga dan meningkatkan perasaan mampu berperan dalam kehidupan sehari-hari.

3) Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi keluarga dalam menjaga dan merawat kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Keluarga diharapkan mampu merawat anggota keluarga yang menderita kusta dengan cara membantu dalam aktivitas sehari-hari dan membantu pasien kusta dalam menjalani pengobatan. Fungsi perawatan kesehatan yang dapat diberikan salah satunya adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga yang kurang diberikan oleh keluarga kepada pasien kusta dapat memicu munculnya masalah psikologis gangguan konsep diri serta masalah psikososial yang lain pada pasien kusta.

4) Fungsi ekonomi keluarga

Fungsi sebagai pencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya.

Keluarga sebagai tempat perencanaan akan kebutuhan di masa yang akan datang melalui menabung. Keluarga membantu memenuhi kebutuhan finansial pasien kusta untuk kebutuhan pengobatan dan kehidupannya sehari-hari.

5) Fungsi reproduksi

Keluarga bertugas meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, serta menjaga kelangsungan hidup keluarga.

2.5.5 Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Suprajitno (2002) menyatakan bahwa fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

1) Mengenal masalah kesehatan keluarga.

Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga.

2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat dan sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang memiliki kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Keluarga hendaknya mampu memerankan tugasnya untuk merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan di rumah. Faktor lingkungan dan

dukungan keluarga yang positif sangat mendukung untuk proses kesembuhan seseorang.

4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.

Keluarga harus berupaya menciptakan suasana yang nyaman untuk setiap anggota keluarga. Lingkungan yang kondusif akan menciptakan kondisi mental yang sehat bagi anggota keluarga dan sekaligus meningkatkan daya tahan keluarga terhadap krisis.

5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

Keluarga dapat merujuk salah satu anggota keluarga yang sakit ke pusat pelayanan kesehatan terdekat dan juga dapat memeriksakan secara rutin jika terdapat gejala kekambuhan.

2.5.6 Dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah semua bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis pada individu yang sedang merasa tertekan atau stress (Taylor, 2006). Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, 2010). Menurut Pender (2002 dalam Bomar, 2004) *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 materiil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam

membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Jenis-jenis dukungan keluarga adalah (Friedman, 2010)

1) Dukungan emosional

Dukungan yang diberikan berupa rasa empati dan perhatian kepada individu, sehingga membuatnya merasa lebih baik, mendapatkan kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai oleh orang lain. Dukungan emosional dalam keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga.

2) *Eseteem support* (dukungan penilaian)

Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menafsirkan lingkungan dan situasi diri dengan benar dan mengadaptasi suatu perilaku dan keputusan diri secara tepat. Keluarga sebagai pemberi bimbingan dan umpan balik atas pencapaian anggota keluarga dengan cara memberikan support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri pada individu. Penghargaan positif kepada pasien kusta dapat diberikan melalui ungkapan hormat, memberikan masukan mengenai masalah yang ada, menghargai gagasan atau perasaan pasien dan memperlakukan sama seperti orang-orang lainnya.

3) *Instrumental support* (dukungan instrumental)

Keluarga menjadi sumber pemberi pertolongan secara nyata. Misalnya bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti memberikan materi, tenaga, dan sarana. Manfaat dari diberikannya dukungan ini yaitu individu merasa mendapat perhatian atau kepedulian dari lingkungan keluarga. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi pasien kusta diharapkan mampu memberikan

dukungan penuh dalam upaya perawatan pasien kusta. Keluarga senantiasa mendampingi pasien kusta dalam minum obat secara teratur dan membantu memenuhi kebutuhan makan dan minum serta istirahat pasien kusta.

4) *Informational support* (dukungan informasional)

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, nasihat, dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Manfaat dari dukungan ini dapat menekan munculnya stressor karena informasi tertentu dapat memberikan pengaruh sugesti pada individu. Keluarga mendampingi pasien kusta untuk berobat serta memperoleh penjelasan atau informasi dari petugas kesehatan terkait penyakit kusta. Informasi yang terkait peningkatan kesehatan pasien kusta bisa diperoleh dari anggota keluarga, teman, tetangga, petugas kesehatan dan media lain.

5) Dukungan psikososial

Bentuk dari dukungan ini terwujud dalam kondisi dimana seseorang menjadi bagian dari suatu kelompok tertentu yang dipercaya dan memiliki kesamaan dalam hal minat, perhatian, kepedulian, atau kegiatan yang disukai. Dukungan psikososial diberikan oleh keluarga kepada pasien kusta selain untuk membantu pasien menghadapi masalah psikososial yang disarankan juga untuk memenuhi kebutuhan psikososial yang dihadapi selama menghadapi penyakit yang dideritanya.

Dukungan psikosial yang diberikan sesuai dengan kebutuhan psikosial yang dibutuhkan oleh pasien kusta, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Scott (2000) mengenai kebutuhan psikosial pasien kusta, antara lain :

(1) Kebutuhan akan penerimaan diri

Cara pasien kusta memandang kehidupan dan penyakitnya merupakan faktor yang menentukan tingkat kesehatan jiwa mereka. Pengalaman emosional yang dialami ketika mengetahui diagnosis tentang penyakitnya membutuhkan dukungan yang harus diberikan segera.

(2) Kebutuhan akan penerimaan sosial

Penerimaan pasien kusta oleh keluarganya sendiri, terutama pasangan hidupnya merupakan suatu kebutuhan psikosial yang diperlukan untuk memperoleh rasa aman.

(3) Kebutuhan akan penerimaan oleh komunitas

Kebutuhan psikosial pasien kusta akan terpenuhi dengan adanya dukungan dari support sistem yang meliputi keluarga, kerabat, teman dan petugas kesehatan.

2.6 Konsep Terapi Keluarga

2.6.1 Pengertian

Terapi keluarga adalah salah satu bentuk intervensi psikologi klinis. Terapi keluarga merupakan pendekatan terapeutik yang melihat masalah individu dalam konteks lingkungan khususnya keluarga dan menitik beratkan pada proses interpersonal. Terapi keluarga merupakan intervensi spesifik dengan tujuan membina komunikasi secara terbuka dan sehat.

Terapi keluarga adalah model terapi yang bertujuan mengubah pola interaksi keluarga sehingga bisa membenahi masalah-masalah dalam keluarga. Terapi keluarga didasarkan pada teori sistem (Bertalanffy, 1968) yang terdiri dari 3 prinsip. Pertama, kausalitas sirkular artinya peristiwa berhubungan dan saling bergantung bukan ditentukan dalam sebab satu arah-efek perhubungan. Kedua, ekologi mengatakan bahwa sistem hanya dapat dimengrti sebagai pola integrasi, tidak sebagai kumpulan dari bagian komponen. Dalam sistem keluarga, perubahan perilaku salah satu anggota akan mempengaruhi yang lain. Ketiga, subjektivitas yang artinya tidak ada pandangan yang objektif terhadap suatu masalah, tiap anggota keluargamempunyai persepsi sendiri dari masalah keluarga (Friedman, 2010)..

2.6.2 Model terapi dalam keluarga

1. *Experiential/Humanistic*

Menurut Almasitoh (2012) Tujuan dari terapi ini adalah insight, kematangan psikoseksual, penguatan fungsi ego, pengurangan gejala patologis, dan memuaskan lebih banyak relasi obyek. Kerangka umumnya adalah sejadian saat ini yaitu data terkini dan dari pengalaman yang diobservasi secara langsung. Aturan dari proses ketidaksadaran adalah pilihan bebas dan kesadaran akan kemampuan diri lebih penting daripada motivasi yang tidak disadari. Fungsi utama dari terapis adalah sebagai fasilitaor aktif pada potensi-potensi untuk pertumbuhan dan menyediakan keluarga pada pengalaman baru.

Jenis-tenis terapi yang digunakan dalam pendekatan *experiential/humanistic* adalah sebagai berikut:

a. Terapi pengalaman (*Experiential or symbolic family therapy*)

Menggunakan pendekatan non-teoritis dalam terapi tetapi lebih menekankan pada proses, yaitu sesuatu yang terjadi selama tahapan terapi keluarga dan bagaimana setiap orang mengalami perasaan dan perubahan pada perilakunya (Almasitoh, 2012).

b. Gestalt *family therapy*

Menekankan pada pengorganisasian diri secara menyeluruh. Fokus utama adalah membantu individu melalui transisi dari keadaan yang selalu dibantu oleh lingkungan ke keadaan mandiri (*self support*) (Almasitoh, 2012).

c. Humanistik

Terapis berperan dalam memperkaya pengalaman keluarga dan memperbesar kemungkinan setiap anggota keluarga untuk menyadari keunikan dan potensi mereka yang luar biasa (Almasitoh, 2012).

d. Pendekatan proses/komunikasi

Terapis dan keluarga bekerjasama untuk menstimulasi proses *healing-promoting*. Pendekatan yang digunakan adalah mengklarifikasi adanya ketidaksesuaian dalam proses komunikasi diantara anggota keluarga (Almasitoh, 2012).

2. *Bowenian*

Almasitoh (2012) berpendapat bahwa tujuan terapi adalah memaksimalkan diferensiasi diri pada masing-masing anggota keluarga. Kerangka umum dari Bowen adalah mengutamakan masa kini dan tetap memperhatikan latar belakang

keluarga. Aturan dari ketidaksadaran adalah konsep terkini yang menyatakan konflik yang tidak disadari meskipun saat ini tampak pada masa interaktif. Fungsi utama dari terapis adalah langsung tapi tidak konfrontasi dan dilihat melalui penyatuan keluarga. Bowen mencoba menjembatani antara pendekatan yang berorientasi pada psikodinamika yang menekankan pada perkembangan diri, isu-isu antar generasi dan peran-peran masa laludengan pendekatan yang membatasi perhatian pada unit keluarga dan pengaruhnya dimasa kini.

2.6.3 Manfaat terapi keluarga

Manfaat untuk pasien yaitu mempercepat proses kesembuhan melalui dinamika keluarga, memperbaiki hubungan interpersonal pasien dengan tiap anggota keluarga atau memperbaiki proses sosialisasi yang dibutuhkan dalam proses rehabilitasinya. Manfaat untuk keluarga yaitu memperbaiki fungsi dan struktur keluarga sehingga peran masing-masing anggota keluarga lebih baik. Keluarga mampu meningkatkan pengertiannya terhadap klien (Friedman, 2010).

2.6.4 Efektifitas terapi keluarga

Efektifitas terapi keluarga merupakan komponen penting dalam proses pemulihan klien, integrasi terapi keluarga memiliki tantangan sebagai berikut :

1. Terapi keluarga lebih kompleks daripada pendekatan non-keluarga karena lebih banyak keluarga yang terlibat.
2. Perlu ketrampilan dan pelatihan khusus untuk terapi keluarga yang berbeda dari lainnya.

2.7 *Psychoeducative Family Therapy*

Psychoeducative family therapy adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2005). Psikoedukasi keluarga merupakan sebuah metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga keperawatan profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan. Psikoedukasi atau *skills training* yang bertujuan memodifikasi sikap dan perilaku secara langsung lewat pelibatan total klien dalam suatu program pendidikan pelatihan (Gazda dalam Supratiknya, 2011).

Berdasarkan *evidence based practice* psikoedukasi keluarga adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi pada keluarga untuk meningkatkan ketrampilan mereka dalam merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, sehingga diharapkan keluarga akan mempunyai coping yang positif terhadap stres dan beban yang dialaminya (Goldenberg & Goldengerg, 2004). Pendapat lain menjelaskan bahwa Psikoedukasi keluarga adalah pemberian pendidikan kepada seseorang yang mendukung treatment dan rehabilitasi. Berdasarkan penelitian psikoedukasi keluarga terbukti efektif keluarga klien skizofrenia keluarga klien ketergantungan napza, keluarga klien dengan bipolar disorder dan keluarga klien dengan depresi (Wiyati, 2012). Selain itu dalam ilmu keperawatan penelitian psikoedukasi juga digunakan untuk memberikan pengaruh

terhadap sikap, perilaku dan dukungan keluarga dalam keptuhan pengobatan pasien TB (Prayogi, 2014).

2.7.1 Tujuan *psychoeducative family therapy*

Tujuan psikoedukasi keluarga adalah meningkatkan fungsi adaptif keluarga dan meningkatkan keterampilan mekanisme koping yang positif. Psikoedukasi keluarga dapat digunakan untuk membantu perawat mengidentifikasi masalah dalam keluarga (Stuart & Sundeen, 2005). Supratiknya (2011) menyatakan bahwa psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan, melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain (Supratiknya, 2011).

2.7.2 Indikasi

Psikoedukasi dapat dilakukan pada keluarga dengan gangguan seperti skizofrenia, depresi mayor, gangguan bipolar, masalah psikososial dan gangguan jiwa. Indikasi psikoedukasi tersebut memungkinkan terapi dilaksanakan pada keluarga dengan kurang pengetahuan sehingga mempengaruhi koping keluarga dalam menghadapi masalah. (Stuart & Laraia, 2005).

2.7.3 Lama atau durasi terapi

Berdasarkan hasil beberapa penelitian, durasi dilakukannya terapi *family psychoeducation* ini pada beberapa kasus bervariasi hingga memunculkan efek, yakni:

- a. Pada keluarga penderita TBC paru (oleh Lestari, 2011) : 41 hari (5 sesi dengan waktu 50-60 menit tiap sesi)

- b. Pada orang tua dari anak thalasemia yang hospitalisasi (oleh Rachmaniah, 2012) : 6 minggu (5 sesi dengan waktu 50-60 menit tiap sesi)
- c. Pada keluarga pasien stroke (oleh Nurbani, 2009) : 7 minggu (5 sesi dengan waktu 50-60 menit tiap sesi)
- d. Pada pasien dengan penyakit kronik dan nyeri fisik (Lefort et al, 1998) : 6 minggu (dengan total 12 jam)
- e. Pada remaja wanita dengan gangguan perilaku dan makan (Olmstead *et al*, 2002) : 6 minggu (dengan waktu 90 menit tiap sesinya)

2.8 Konsep Calgary Family Assessment Model (CFAM)

Calgary Family Assessment Model (CFAM) merupakan satu dari empat model yang digunakan dalam keperawatan keluarga yang merupakan kerangka kerja *International Council of Nurses* (Schober & Affara, 2001). *Calgary Family Assessment Model* (CFAM) merupakan pengkajian yang menyeluruh, sistem kerangka kerja multidimensional, sibernetika, komunikatif dan merubah teori dasar. CFAM diadaptasi sebagai kerangka pengkajian keluarga yang dikembangkan oleh Tom & Sanders (1983) dan sekarang telah mengalami perbaikan. Pengkajian keluarga model Calgary mengembangkan konsep dan teori sistem, komunikasi dan konsep berubah. Teori sistem memberikan kerangka kerja bahwa keluarga sebagai bagian dari suprasistem dan terdiri dari beberapa subsistem. Komunikasi merupakan teori bagaimana individu melakukan interaksi secara berkelanjutan (Wright & Leahey, 2009).

2.8.1 Konsep teori

Dalam konsep *Calgary Family Assesment Model* dan *Calgary Family Intervention Model*, terdapat empat teori yang mendasarinya, antara lain (Wright & Leahey, 2009). :

1. *System theory*

System theory diperkenalkan oleh Von Bertalanffy pada tahun 1936, bahwa unit keluarga merupakan suatu sistem yang terdiri dari sub-sub sistem yaitu anggota keluarga. Keluarga juga merupakan bagian dari supra system yang lebih besar, dimana dalam supra sistem terdapat tetangga dan komunitas sosial lain yang lebih luas. Perubahan pada satu anggota akan mempengaruhi anggota yang lain. Dalam konsep ini aspek “*wholeness*” keluarga juga memegang peranan yang besar, dimana interaksi antar anggota keluarga juga menentukan pemenuhan fungsi dalam keluarga. Memahami perilaku anggota keluarga perlu melihat hubungan “*linear causality* dan *circular causality*”, dimana *linear causality* merupakan suatu peristiwa yang menyebabkan peristiwa yang lain. *Circular causality* merupakan suatu peristiwa yang menyebabkan peristiwa yang lain dan akan mempengaruhi keberlangsungan peristiwa yang terjadi sebelumnya.

2. *Cybernetics theory*

Cybernetics theory mempelajari tentang ilmu komunikasi dan teori kontrol, berhubungan dengan system interpersonal berdasar “*feed back loops*”.

3. *Communications theory*

Fokus teori komunikasi ini adalah tentang bagaimana individu dalam keluarga berinteraksi dengan individu yang lain. Konsep teori komunikasi ini mengamati interaksi verbal dan non verbal pada situasi atau konteks tertentu. Pada

teori ini disebutkan bahwa semua komunikasi non verbal adalah penuh dengan makna dan dalam setiap komunikasi terdapat dua level yaitu *content* (isi) dan *relationship* (hubungan), misalnya apakah dalam hubungan penuh kasih sayang atautkah dalam hubungan penuh konflik.

4. *Change theory*

Pada konsep ini, adanya perubahan terjadi karena hasil dari suatu kejadian dalam kehidupan atau karena adanya intervensi tenaga professional kesehatan. Perubahan tergantung pada persepsi terhadap masalah yang ada, pada konteks ketika masalah terjadi serta tujuan yang ingin dicapai keluarga dan petugas kesehatan terhadap pemecahan masalah yang terjadi.

Pada Model *Calgary Family Assesment*, terdapat dasar pemikiran yang multidimensial antara lain (Wright & Leahey, 2009). :

1. Domain struktural
2. Perkembangan
3. Fungsi keluarga

2.8.2 Pengkajian struktural keluarga

Pengkajian struktural keluarga menurut Wright & Leahey (1994) meliputi internal, eksternal dan konteks. Internal mengkaji mengenai siapa saja yang ada didalam keluarga dan bagaimana mereka berhubungan. Eksternal mengkaji lingkungan yang berada diluar keluarga, sedangkan konteks meliputi pengkajian kepercayaan dan kebudayaan dari keluarga tersebut.

Kondisi internal keluarga yang dikaji meliputi beberapa hal dibawah ini :

1) Komposisi keluarga

Pada komposisi keluarga yang dikaji meliputi anggota dan tipe keluarga, kepemilikan keluarga tentang anggotanya, perubahan dalam komposisi keluarga. Ada lima hal penting dalam konsep keluarga yaitu keluarga merupakan sistem atau unit, anggotanya bisa saling berhubungan atau tidak, dan bisa tinggal bersama-sama atau tidak, terdapat kehadiran anak atau tidak, memiliki komitmen dan ikatan diantara anggota keluarga untuk pencapaian tujuan masa depan, dan fungsi dari unit *care giving* meliputi proteksi, pemenuhan kebutuhan makanan, dan sosialisasi dari anggotanya.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin berhubungan dengan suatu kepercayaan atau harapan mengenai perilaku dan pengalaman pria dan wanita. Kepercayaan tersebut berkembang karena budaya, agama dan pengaruh keluarga.

3) Orientasi seksual

Berhubungan dengan adanya perilaku heteroseksual, gay, lesbian, biseksual.

4) Urutan dalam keluarga

Posisi anak-anak dalam keluarga. Poin penting dalam pengkajian sub kategori ini adalah urutan kelahiran dan jarak kelahiran.

5) Subsistem

Pada subsistem, subkategori ini digunakan untuk melabeli atau menandai tingkat sistem diferensiasi keluarga, keluarga menjalankan fungsinya melalui subsistem yang dimiliki, masing-masing orang memiliki tingkatan kekuasaan

dan penggunaan kemampuan yang berbeda, dan pengkajian subkategori ini meliputi adanya subgroup dalam keluarga serta pengaruhnya.

6) Batasan (*boundary*)

Pada batasan (*boundary*) dijelaskan bahwa subkategori ini berhubungan dengan peraturan “mendefinisikan siapa yang terlihat atau termasuk dan berapa banyak”, sistem dan subsistem keluarga memiliki batasan yang berfungsi melindungi proses diferensiasi dari sistem atau subsistem, batasan-batasan itu cenderung berubah seiring waktu dan gaya atau jenis batasan keluarga dapat memfasilitasi atau bahkan memberi ketidak leluasaan dari fungsi keluarga.

Pengkajian eksternal pada subsistem struktural meliputi beberapa hal dibawah ini :

1) Keluarga besar

Keluarga besar itu adalah keluarga asli dan keluarga generasi sekarang. Pengkajian dalam subkategori ini termasuk pentingnya keluarga inti dan pengaruhnya.

2) Sistem yang lebih luas

Kelompok atau organisasi yang mempengaruhi keluarga (pekerjaan, sekolah, agen social, teman-teman).

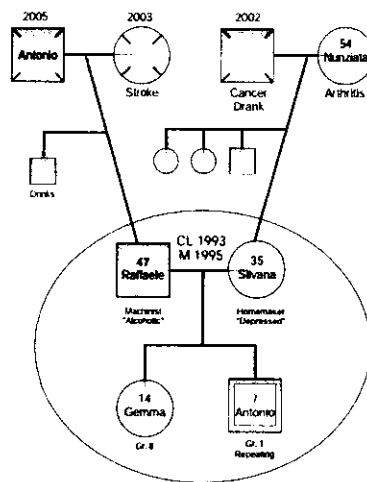
Pengkajian konteks menjelaskan keadaan secara utuh atau latar belakang yang relevan terhadap beberapa kejadian atau kepribadian. Masing-masing sistem keluarga berkumpul dengan sistem luar seperti tetangga, kelas sosial, daerah dan negara yang akan mempengaruhi sistem keluarga. Yang termasuk dalam

subkategori konteks antara lain etnis, ras, kelas sosial, agama dan spiritualitas, lingkungan.

CFAM menggunakan alat bantu dalam pengkajian struktur keluarga antara lain (Wright & Leahey, 1994) :

1) *Genogram*

Genogram adalah diagram susunan keluarga. Bagan genogram menggambarkan hubungan genetik. Gambar *Genogram* dapat dilihat pada gambar 2.9 di bawah ini.

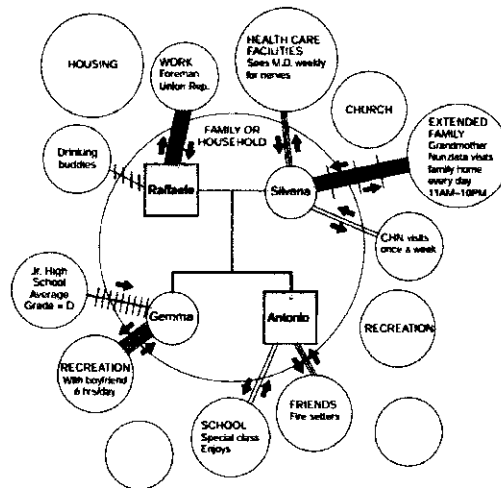


Gambar 2.9 Genogram

2) *Ecomap*

Merupakan diagram kontak keluarga dengan lingkungan, menunjukkan hubungan anggota keluarga dengan sistem yang lebih besar, menunjukkan sebuah gambaran dari keluarga dalam situasinya menggambarkan perhatian penting atau konflik hubungan antara keluarga dan lingkungan.

Gambar *ecomap* dapat dilihat pada gambar 2.10 dibawah ini.



Gambar 2.10 *Ecomap*

2.8.3 Pengkajian perkembangan keluarga

Perawat perlu memahami struktur keluarga dengan memahami siklus perkembangan kehidupan dari masing-masing keluarga. *Developmental assessment* terdiri dari tahapan, tugas dan kasih sayang atau ikatan dalam keluarga (Wright & Leahey, 1994).

1) Tahapan siklus kehidupan keluarga warga Amerika Utara kelas menengah

terdapat 6 tahap :

Tahapan 1 : Tahap meninggalkan rumah atau dewasa muda *single*

Tahapan 2 : Menikah (berkomitmen membentuk sistem baru)

Tahapan 3 : Keluarga dengan anak muda (menerima anggota baru dalam sistem)

Tahapan 4 : Keluarga dengan anak remaja (meningkatkan fleksibilitas dari ikatan keluarga menuju kebebasan anak)

Tahapan 5 : Keluarga pada tahap akhir

- 2) Tahapan siklus kehidupan keluarga yang bercerai dan pasca bercerai.
- 3) Tahapan siklus kehidupan keluarga dengan pernikahan dengan pasangan baru. Proses emosional keluarga dalam transisi ke pernikahan kembali berisi perjuangan yang penuh dengan ketakutan menjalin hubungan yang baru.
- 4) Perbandingan tahapan siklus kehidupan keluarga berada dengan keluarga berpenghasilan rendah.
- 5) Tahapan siklus kehidupan keluarga adopsi
Siklus baru yang legal pada keluarga dengan pada keluarga dengan adopsi tidak secara otomatis memberi efek yang sama terhadap psikologis.

2.8.4 Pengkajian fungsional

Pengkajian fungsional menurut Wright & Leahey (1994) meliputi

1) Instrumental

Aspek instrumental keluarga dalam subkategori ini mengenai aktivitas rutin seperti makan, tidur, memasak, melakukan pengobatan, mengganti pakaian, mandi dan sebagainya.

2) Ekspresif

1. *Emotional communication*

Subkategori ini menunjukkan rentang dan tipe emosi atau perasaan yang diekspresikan atau ditunjukkan atau keduanya.

2. Bentuk komunikasi

Bentuk komunikasi meliputi komunikasi verbal yang diekspresikan oleh isi verbal dan dari makna kata, komunikasi non verbal yang berfokus pada variasi pesan nonverbal dan paraverbal, serta komunikasi sirkuler yang meliputi komunikasi timbal balik antar individu.

3. Pemecahan masalah

Subkategori ini merujuk pada kemampuan keluarga untuk memecahkan masalahnya sendiri dengan efektif.

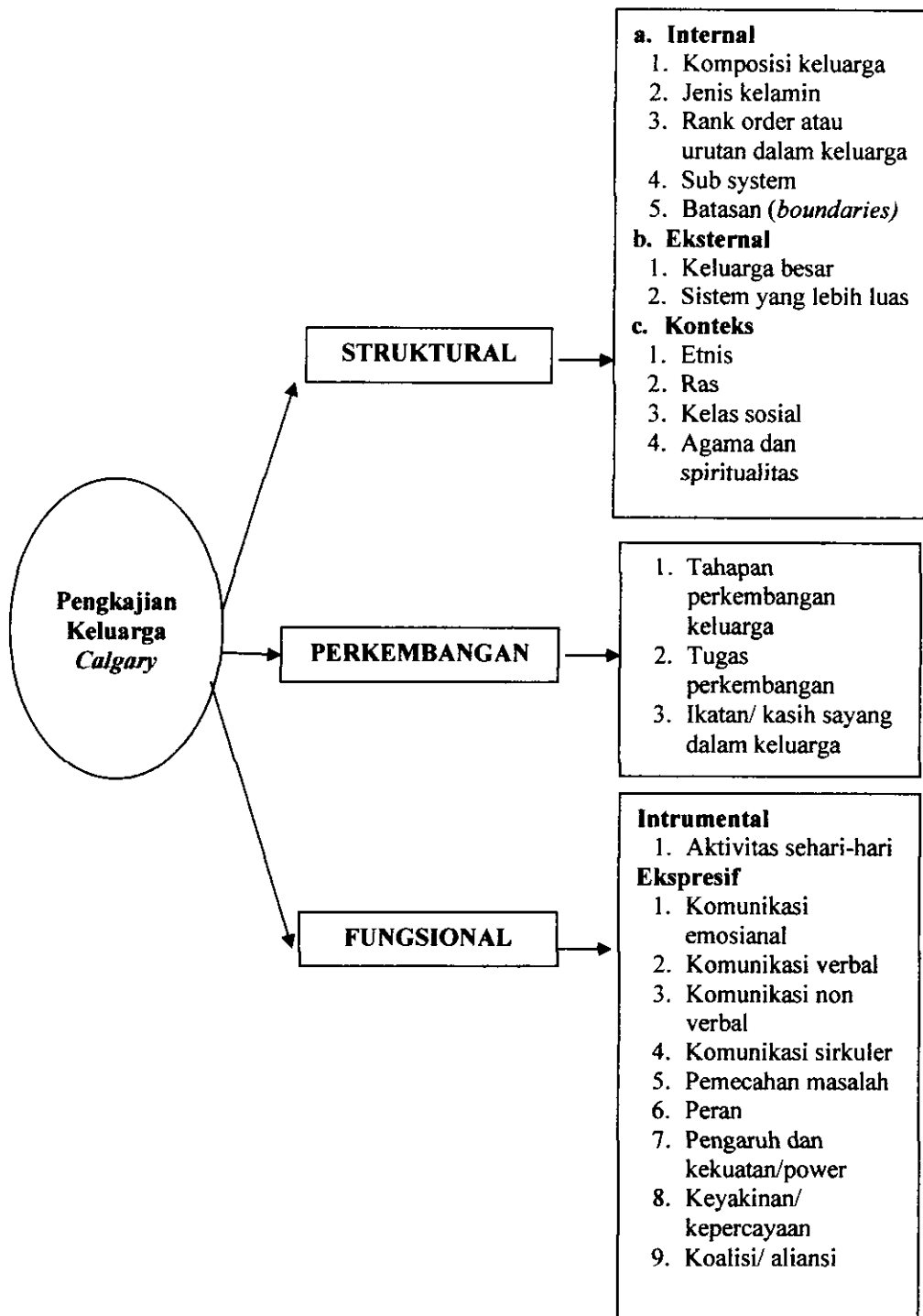
4. Peran

Subkategori ini merujuk kepada pembentukan pola tingkah laku anggota keluarga. Peran adalah perilaku yang konsisten pada sebuah situasi tertentu.

5. Pengaruh dan kekuatan/ *Power*

Subkategori ini adalah sesuatu yang mendasari ide, pendapat dan asumsi yang dimiliki individu dan keluarga. Kepercayaan dan perilaku memiliki hubungan yang sangat dekat.

Gambar dari skema pengkajian Calgary dapat dilihat pada gambar 2.11 dibawah ini.



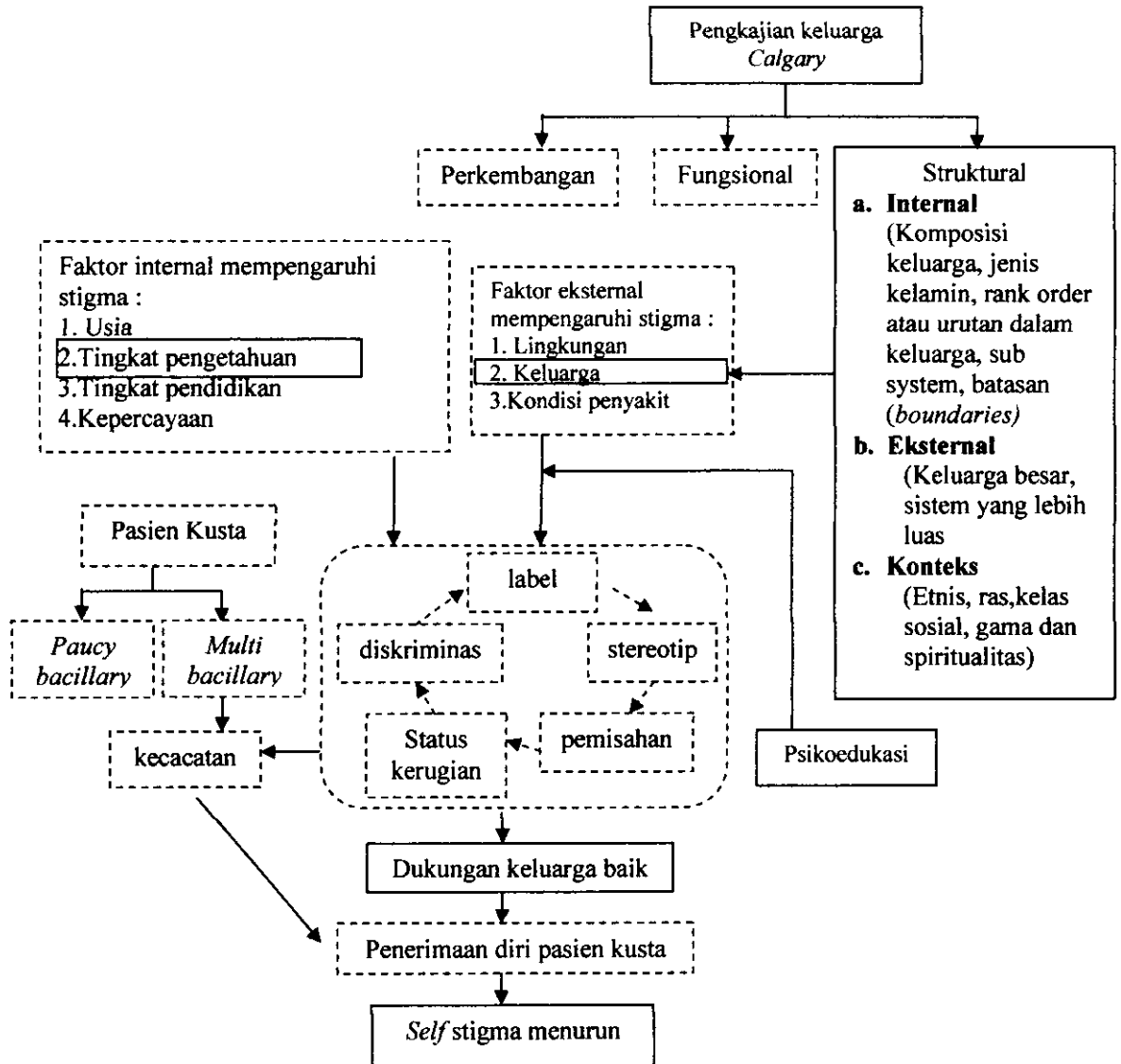
Gambar 2.11 Skema model pengkajian keluarga Calgary (Wright and Leahey, 1994)

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL &
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka konsep pengaruh psikoedukasi terhadap stigma pada penderita kusta

Keterangan : Tidak diteliti ; : diteliti ; \longrightarrow : berpengaruh

Faktor yang mempengaruhi timbulnya stigma yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi usia, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan,

dan kepercayaan. Faktor eksternal meliputi keluarga, lingkungan dan penyakit (Hotez *et al*, 2006). Stigma yang diterima pasien kusta terbentuk dari adanya suatu labeling, stereotip, pemisahan, status kerugian dan diskriminasi yang menyebabkan penderita cenderung mengurung diri, cemas, putus asa dan mengarah pada perilaku bunuh diri. Keluarga yang menjadi faktor eksternal dari munculnya stigma diharapkan dengan mengetahui situasi keluarga dengan melakukan pengkajian keluarga Calgary khususnya domain structural serta pemberian intervensi berupa psikoedukasi kepada keluarga maka keluarga dapat menjalankan tugasnya dalam merawat anggota keluarga yang sakit sehingga stigma yang dialami penderita kusta dapat dikurangi. Banyak anggota keluarga yang kurang memberikan dukungan terhadap pasien kusta sehingga menambah beban kepada pasien kusta. Pemberian intervensi *psychoeducative family* dengan metode pendekatan *Calgary* pada keluarga dapat membuat keluarga lebih memahami kebutuhan yang diperlukan anggota keluarga yang menderita kusta dan memberikan dukungan kepada pasien sehingga berpengaruh terhadap coping dan penerimaan diri pasien kusta. *Calgary* berfokus pada interaksi atau komunikasi didalam keluarga yang merupakan suatu sistem yang terdiri dari sub-sub sistem yaitu anggota keluarga.

3.2 Hipotesis

1. Ada pengaruh pemberian intervensi *psychoeducative family* terhadap pengetahuan keluarga dan pasien kusta
2. Ada pengaruh pemberian intervensi *psychoeducative family* terhadap dukungan keluarga
3. Ada pengaruh pemberian intervensi *psychoeducative family* terhadap stigma pada diri pasien kusta.

BAB 4

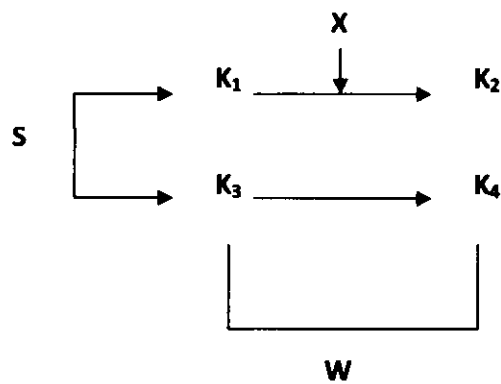
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasy experiment*. *Quasy experiment* dengan rancangan *the pretest posttest with two group design* berupaya untuk megungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental, tetapi pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan tehnik acak. Dapat dilihat pada gambar 4.1 di bawah ini.



Gambar 4.1 Desain penelitian *quasy experiment*

Keterangan :

- S : Responden klien kusta tipe MB dan keluarga
- K₁ : Kelompok intervensi sebelum responden diberikan psikoedukatif *family nursing* dengan variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*)
- K₃ : Kelompok pembandingan dengan responden yang tidak diberikan psikoedukatif *family nursing* dengan variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*)
- K₂ : Kelompok intervensi setelah diberikan psikoedukatif *family nursing* dengan variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*)

- K₄ : Kelompok pembanding yang tidak diberikan psikoedukatif *family nursing* dengan variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*)
- X : Pemberian psikoedukatif *family nursing*
- W : Lama waktu pengambilan data awal sampai data akhir yaitu 7 minggu

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Tehnik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah populasi terjangkau. Populasi terjangkau pada penelitian ini yaitu semua klien kusta dan keluarga yang berada pada Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun pada 3 tahun terakhir (2012-2014) yaitu sejumlah 80 orang .

4.2.2 Sampel dan besar sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah klien kusta dan keluarga yang ada di Desa Balerejo Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo pada 2 tahun terakhir (2012-2014). Besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 responden pada masing-masing kelompok, dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut (Lameshow, 1990) :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{2PQ} + Z_{\beta} \sqrt{P_1Q_1 + P_2Q_2}]^2}{(P_1 - P_2)^2} \\
 &= \frac{[1,96 \sqrt{2(0,28)(0,72)} + 0,84 \sqrt{(0,42)(0,58) + (0,15)(0,85)}]^2}{(0,42 - 0,15)^2} \\
 &= \frac{[1,8]}{(0,07)} \\
 &= 30
 \end{aligned}$$

Keterangan :

- n = Jumlah subyek penelitian
- Z_α = Nilai Z pada derajat kepercayaan tertentu, untuk α=0,05 adalah 1,96

- Z_{β} = Nilai Z pada kekuatan uji tertentu, untuk $\beta= 20\%$ adalah 0,84
- P_1 = Proporsi yang diteliti merupakan proporsi prevalensi kusta di kabupaten Madiun. Membandingkan antara jumlah penderita kusta di Kabupaten Madiun dengan jumlah penderita kusta di puskesmas Balerjo didapatkan hasil sebesar 0,42.
- P_2 = Proporsi alternatif atau taksiran proporsi yang sesungguhnya, mebandingkan jumlah penderita yang mendapatkan penyuluhan dan yang tidak mendapatkan penyuluhan di Puskesmas Balerejo (0,15).
- $P_1 - P_2$ = Selisih proporsi yang diteliti dan proporsi alternatif
- P = Proporsi total dari sampel yang akan diteliti , $(P_1 + P_2) / 2$
- Q = $1 - P$

4.2.3 Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah dengan menggunakan *purposive* sampling. Sampel yang sudah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dibagi kedalam dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Pengelompokan sampel untuk kelompok intervensi dan pembanding dilakukan dengan menggunakan *non random sampling*. Kriteria inklusi dari sampel dalam penelitian ini meliputi :

- Usia klien 20-50 tahun
- Klien dengan jenis kusta MB
- Klien cacat tipe 2
- Klien yang menderita penyakit kusta lebih dari 1 tahun
- Klien tidak memiliki penyakit lain atau komplikasi
- Bisa diajak berkomunikasi
- Klien kusta yang berdomisili di Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo
- Klien kusta yang tinggal satu rumah bersama keluarga

- Klien kusta dan keluarga dengan minimal pendidikan terakhir SD

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen atau variabel bebas pada penelitian ini adalah pemberian intervensi *psychoeducative family*.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen atau variabel terikat pada penelitian ini adalah pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma pada klien kusta.

4.4 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
Independen					
<i>Psychoeducative family nursing</i>	Pemberian edukasi dan pengetahuan psikologi selama 5 sesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi masalah 2. Manajemen masalah 3. Manajemen kesehatan 4. Manajemen beban 5. Pemberdayaan komunitas 	Satuan acara kegiatan dan lembar evaluasi setiap sesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diberikan <i>Psychoeducative family nursing</i> 2. Tidak diberikan <i>Psychoeducative family nursing</i> 	Nominal
Dependen					
Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian 2. Penyebab 3. Gejala 4. Penularan 5. Prognosis 6. Pengobatan 	Kuesioner	Skor maksimal: 30 Skor minimal: 10 Pengetahuan baik jika skor 21-30, pengetahuan cukup jika skor 11-20,	Interval

				dan pengetahuan kurang jika skor 1-10.	
Stigma klien kusta (<i>self stigma</i>)	Cara pandang seseorang yang negatif terhadap penyakit kusta pada dirinya	1. Label 2. Stereotip 3. Pemisahan 4. Status kerugian 5. Diskriminasi	Kuesioner , ILEP (2011)	Skor maksimal :112 Skor minimal : 28 <i>self stigma</i> tinggi jika skor 84-112 , <i>self stigma</i> cukup jika skor 56-83 dan <i>self stigma</i> rendah jika skor 28-55.	Interval
Dukungan keluarga	Upaya keluarga dalam memberikan bantuan pada anggota keluarga sesuai dengan empat jenis dukungan keluarga yang dirasakan oleh klien kusta	1. Instrumental 2. Emosional 3. Informasional 4. Penilaian	Kuesioner , Prayogi (2014)	Skor maksimal : 18 Skor minimal : 0 Dukungan keluarga baik jika skor 13-18, dukungan keluarga cukup jika skor 6-12 dan dukungan keluarga kurang jika rentang skor 0-5	Interval

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan peneliti untuk mengukur variabel dependen tingkat pengetahuan menggunakan pengukuran menurut Arikunto (2006) dengan menggunakan angket atau kuesioner, dapat dilihat pada lampiran 5. Kuesioner terdiri dari 10 pertanyaan. Pada kuesioner terdapat 3 pilihan jawaban tidak setuju, kurang setuju dan setuju. Cara penilaian kuesioner yaitu pilihan jawaban tidak setuju diberikan skor 1, kurang setuju 2 dan setuju 3. Variabel dependen dukungan keluarga diukur dengan menggunakan kuesioner Bisepta (2014), kuesioner dapat dilihat pada lampiran 7. Kuesioner terdiri dari 18 pertanyaan. Pilihan jawaban pada kuesioner adalah iya dan tidak, Cara penilaian kuesioner yaitu pilihan jawaban iya diberikan skor 1 dan tidak diberikan skor 0. Variabel dependen stigma (*self stigma*) diukur dengan menggunakan *Internalized Stigma of mental Illness Scale* (ISMI) yang terdiri dari 28 pertanyaan. Hasil dari variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma diklasifikasikan menjadi baik, cukup dan kurang. Instrumen penelitian yang digunakan dalam variabel independen yaitu pemberian psikoedukasi keluarga berupa satuan acara kegiatan, lembar observasi dan modul panduan dalam melakukan yang dapat dilihat pada lampiran 11, 10 dan 9.

4.5.1 Tahap uji validitas dan reabilitas alat ukur

Peneliti melakukan uji instrument sebelum penelitian dilakukan. Uji instrumen dilakukan kepada 10 partisipan. Pada uji validitas didapatkan hasil bahwa seluruh item pertanyaan dalam penelitian ini valid. Kesimpulan ini diambil dengan membandingkan nilai korelasi *pearson* antara setiap pertanyaan dan total skor dengan nilai korelasi yang terdapat pada tabel R. Pada tabel R, nilai korelasi dengan $\alpha=0,05$ adalah 0,632. Jika nilai korelasi *pearson* antara setiap pertanyaan

lebih dari nilai R tabel berarti pertanyaan valid. Pada semua pertanyaan yang di uji nilai korelasi *pearson* lebih besar dari R tabel. Pengujian yang dilakukan setelah mengetahui seluruh pertanyaan valid adalah dengan menguji reliabilitas. Uji validitas dilakukan dengan melihat nilai *cronbach alpha* dibandingkan dengan R table. *Cronbach alpha* yaitu sebesar 0.964 dibandingkan nilai R tabel 0,7, dengan nilai sebesar ini maka dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa item-item pertanyaan adalah reliabel dan memiliki reliabilitas yang tinggi karena memiliki nilai mendekati 1.

4.6 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Lokasi pengambilan data penelitian dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun. Kegiatan pengambilan data dimulai pada tanggal 30 Maret sampai dengan 4 Mei 2015.

4.7 Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data Penelitian

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini diambil dari populasi berdasarkan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan. Skrining dilakukan untuk memilah pasien kusta dengan tipe MB dan cacat tipe 2. Skrining didasarkan pada klasifikasi WHO (2003) dalam Ditjen PP & PL (2006). Proses skrining dibantu oleh petugas puskesmas. Sampel yang didapatkan berdasarkan kriteria inklusi sejumlah 60 responden.

Responden dan keluarga dikumpulkan di Aula Puskesmas sebelum dilakukan penelitian. Responden dan keluarga diberikan penjelasan mengenai prosedur penelitian, hak dan kewajiban responden selama penelitian serta

pengambilan data awal. Sampel yang sudah didapat, dibagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Kelompok intervensi diberikan psikoedukasi dan kelompok pembanding tidak diberikan psikoedukasi. Responden sebelum diberikan perlakuan dilakukan uji kesetaraan yang bertujuan untuk mengetahui terlebih dahulu kemampuan awal atau kesetaraan antara kelompok pembanding dan intervensi. Prosedur pengumpulan dan pengambilan data penelitian pada kelompok intervensi dan pembanding adalah sebagai berikut :

1. Kelompok intervensi

Pada kelompok intervensi dilakukan pengambilan data awal sebelum penelitian meliputi tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, dan stigma diri. Data awal diambil sebelum responden dan keluarga diberikan psikoedukasi. Keluarga responden pada kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi selama 5 minggu. Setiap minggu keluarga responden mendapatkan 1 sesi intervensi. Waktu yang dibutuhkan setiap sesi \pm 60 menit. Keluarga responden setiap pertemuan dikumpulkan di Aula Puskesmas dan dibagi kedalam kelompok kecil yang masing-masing beranggotakan 10 orang. Psikoedukasi dilakukan selama \pm 60 menit setiap kali pertemuan. Satu minggu setelah sesi ke 5 berakhir dilakukan pengumpulan data akhir dari responden dan keluarga responden meliputi tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma diri.

2. Kelompok Pembanding

Pada kelompok pembanding dilakukan pengambilan data awal sebelum penelitian meliputi tingkat pengetahuan, dukungan keluarga, dan stigma diri. Data awal diambil pada minggu pertama. Keluarga responden kelompok pembanding

tidak mendapatkan psikoedukasi namun pada akhir penelitian akan diberikan hak yang sama untuk mendapatkan psikoedukasi. Pengambilan data akhir dilakukan pada minggu ke 7 meliputi tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma diri.

4.8 Cara Analisis Data

4.8.1 Deskriptif

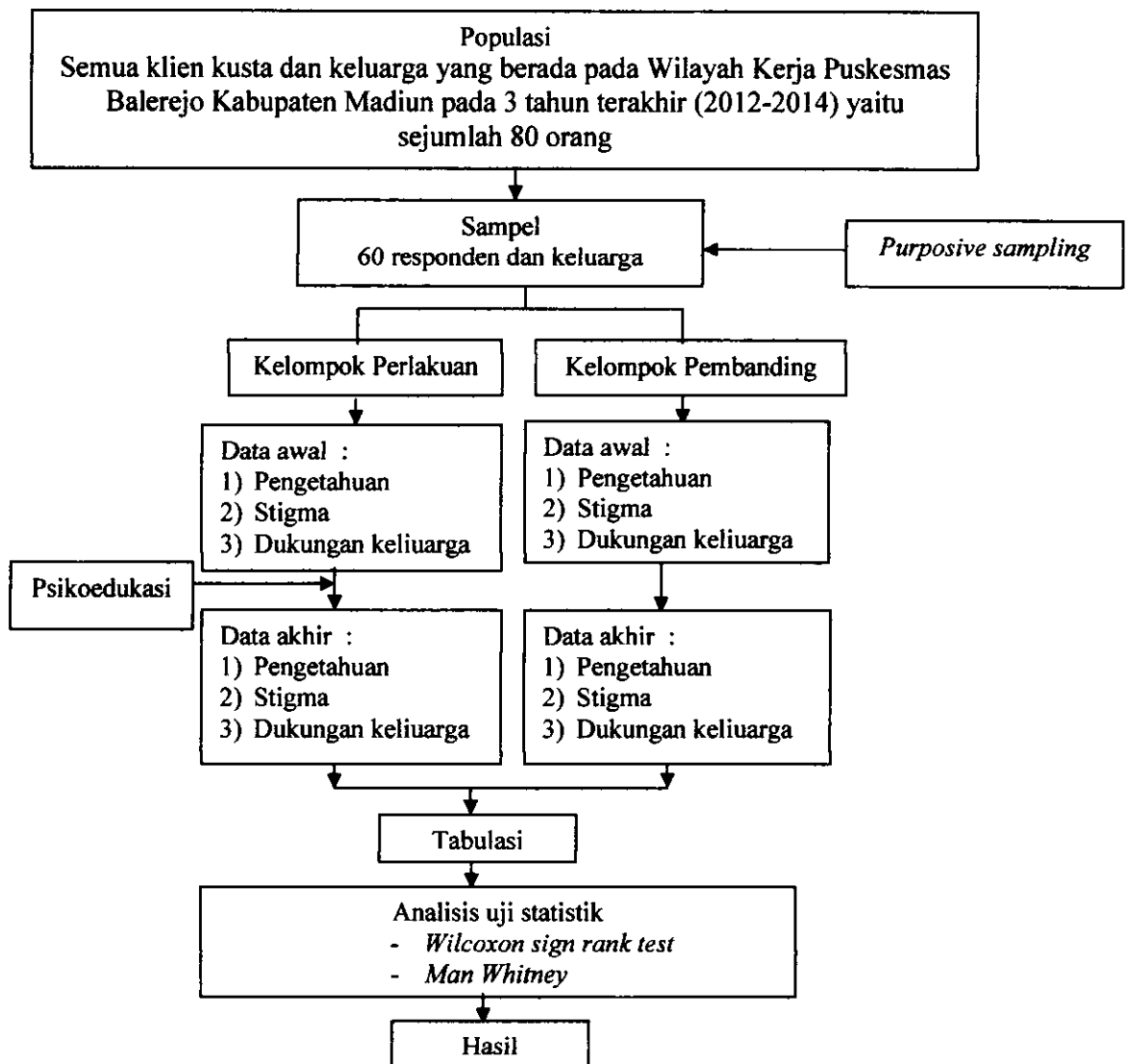
Mendeskripsikan data dilakukan agar data yang telah diorganisir menjadi bermakna. Bentuk deskripsi tersebut dapat berupa naratif, grafik atau dalam bentuk tabel. Pada definisi operasional jenis data pada ketiga variabel yaitu pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma adalah interval, namun dalam penyebutan tingkatan variable data diubah menjadi ordinal. Tahap terakhir adalah membuat kesimpulan dari data yang telah dideskripsikan. Tahap menganalisis dan menginterpretasikan data merupakan tahap yang paling penting karena hal ini untuk memberikan makna dari data yang telah dikumpulkan. Hasil analisis dan interpretasi data merupakan jawaban dari rumusan masalah yang telah ditentukan sebelumnya.

4.8.2 Analisis bivariat

Analisis data yang digunakan untuk mengetahui perbedaan sebelum dan setelah pelaksanaan suatu intervensi didalam suatu sampel adalah uji *Wilcoxon Sign Rank Test* dan uji *Mann Whitney Test* digunakan untuk uji beda 2 kelompok atau antara kelompok intervensi dan pembanding. Hasil uji statistik pada nilai *pretest* dan *posttest* yang didapatkan pada kelompok intervensi dan pembanding menunjukkan nilai yang sama signifikan dengan nilai *p value* kurang dari 0,05.

Delta pada nilai *pretest* dan *posttest* pada kelompok pembanding dan intervensi dilakukan uji *Mann Whitney Test* karena adanya hasil yang sama signifikan antara kelompok intervensi dan pembanding pada *Wilcoxon Sign Rank Test* dan hasil uji kesetaraan yang menunjukkan hasil bahwa antara kelompok pembanding dan intervensi tidak memiliki perbedaan yang signifikan.

4.9 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.2 Kerangka operasional penelitian

4.10 Etika Penelitian

1. Uji etik telah dilakukan pada 11 Maret 2015 di komite etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Penjelasan kepada responden mengenai prosedur penelitian, manfaat penelitian, hak dan kewajiban responden selama penelitian telah diberikan sebelum penelitian dilakukan.
3. Responden diberikan waktu yang cukup untuk menentukan pilihan mengikuti atau menolak ikut serta sebagai responden penelitian. Tidak ada pemaksaan kepada responden untuk menjadi responden dalam penelitian. Responden diminta untuk menandatangani formulir *informed consent*, jika responden menyetujui ikut serta dalam penelitian.
4. Tanpa nama (*Anonimity*)
Identitas responden tidak dicantumkan dalam lembar kuesioner. Pada lembar kuesioner hanya dituliskan inisial responden.
5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)
Informasi yang didapat baik dari responden langsung maupun dari hasil pengamatan dijaga kerahasiaannya. Informasi hanya akan diberikan untuk kepentingan tertentu dan untuk perkembangan ilmu.
6. Keadilan (*Equality*)
Hak dan kewajiban responden dihormati dalam pelaksanaan penelitian. Responden diberikan hak yang dan diperlakukan secara adil dan tanpa diskriminasi. Pada kelompok pembanding responden tetap akan diberikan intervensi *psychoeducative family* setelah penelitian selesai, dan pada kelompok intervensi juga akan diberikan penyuluhan dari puskesmas.

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun merupakan puskesmas pusat di kabupaten Madiun yang membawahi 3 puskesmas pembantu yaitu puskesmas glonggong, kebon agung dan babadan lor. Puskesmas Balerejo memiliki 6 program pokok yaitu promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, kesehatan ibu dan anak, program pengobatan, upaya peningkatan gizi dan kesehatan lingkungan. puskesmas balerejo mempunyai 20 perawat, 2 petugas laborat, 15 bidan, dan 3 dokter. Program pengobatan di puskesmas Balerejo setiap tahun mengalami peningkatan yaitu dengan dibukanya rawat inap pada pertengahan tahun 1993. Puskesmas Balerejo juga melaksanakan program yang bersifat layanan publik dan tidak hanya memberikan layanan kuratif dan rehabilitatif saja. Jumlah kunjungan perhari adalah 50-100 pasien.

Program yang menjadi unggulan di puskesmas Balerejo adalah program pencegahan penyakit menular khususnya program pencegahan kecacatan pada pasien kusta yang merupakan bagian dari program pencegahan penyakit menular. Program tersebut menghasilkan paguyuban tersendiri bagi pasien Kusta. Paguyuban tersebut memiliki kelompok perawatan diri (KPD) Ngudi Sehat yang beranggotakan pasien dan mantan pasien kusta. Paguyuban tersebut rutin dilakukan setiap satu bulan sekali yaitu pada Selasa Pahing di Aula Puskesmas Balerejo. Paguyuban Kusta diharapkan

dapat memulihkan kepercayaan diri orang yang terkena kusta. Melalui Paguyuban Kusta petugas memberdayakan anggota Paguyuban sebagai kader kusta. Kader kusta dianjurkan untuk mengajak berobat ke pelayanan kesehatan atau puskesmas pada anggota keluarga atau masyarakat sekitar yang memiliki tanda-tanda kusta. Anggota paguyuban ini terdiri dari pasien yang sedang menjalani pengobatan serta pasien yang sudah sembuh dan mengalami kecacatan pada tangan, kaki atau mata

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini didapatkan dari responden dan keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok pembandingan. Data penelitian yang disajikan berupa data umum serta data khusus.

5.2.1 Data umum responden

Data umum pada hasil penelitian ini menjelaskan mengenai karakteristik responden seperti jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Pada penjelasan data umum pengelompokan usia responden berdasarkan Depkes RI (2009).

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik subjek responden

No	Karakteristik Subjek Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding		Total	
		f	%	f	%	Σ	%
1.	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	17	57	18	60	35	58
	b. Perempuan	13	43	12	40	25	42
2.	Usia						
	a. 26-35	2	7	2	7	4	7
	b. 36-45	9	30	9	30	18	30
	c. 46-55	11	37	17	56	28	47
	d. 56-65	8	16	2	7	10	16
3.	Tingkat Pendidikan						
	a. SD	8	27	7	23	15	25
	b. SMP	7	23	7	23	14	23
	c. SMA	15	50	16	54	31	52
4.	Pekerjaan						
	a. Buruh/ Tani	10	33	2	7	12	20
	b. Pensiunan	1	3	3	10	4	7
	c. Wiraswasta	3	10	5	16	8	13
	d. IRT	3	10	8	27	11	18
	e. Tidak Bekerja	13	44	12	40	25	42
5.	Penghasilan						
	a. < 1 juta	27	90	28	93	55	92
	b. 1-2 juta	3	10	2	7	5	8
6.	Status Pernikahan						
	a. Belum menikah	0	0	2	7	2	3
	b. Menikah	25	84	21	70	46	77
	c. Janda	1	3	3	10	4	7
	d. Duda	1	3	1	3	2	3
	e. Cerai	3	10	3	10	6	10
7.	Lama sakit						
	a. \leq 3 tahun	11	37	13	43	24	40
	b. > 3 tahun	19	63	17	57	36	60

Pada tabel 5.1 didapatkan bahwa dari 30 responden pada kelompok intervensi sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 43% dengan lama penderita kusta > 3 tahun sejumlah 63%. Usia responden sebagian besar berada pada rentang usia 46-55 tahun yaitu sebesar 37% dengan status pernikahan 84% menikah. Penghasilan responden sebagian besar kurang dari 1 juta setiap bulannya. Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah SMA yaitu sebesar 50%. Sebagian besar responden tidak memiliki pekerjaan yaitu sebesar 44%. Pada kelompok pembandingan dari 30 responden pada kelompok intervensi sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebesar 60% dengan lama penderita kusta > 3 tahun sejumlah 57%. Usia responden sebagian besar berada pada rentang usia 46-55 tahun yaitu sebesar 56% dengan status pernikahan 70% menikah. Tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah SMA yaitu sebesar 54%. Sebagian besar responden tidak memiliki pekerjaan yaitu sebesar 40% dan penghasilan sebagian besar kurang dari 1 juta setiap bulannya.

5.2.2 Data umum keluarga responden

Data umum pada hasil penelitian ini menjelaskan mengenai karakteristik keluarga responden seperti jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Pada penjelasan data umum pengelompokan usia responden berdasarkan Depkes RI (2009).

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik keluarga responden

No	Karakteristik Keluarga Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding		Total	
		f	%	f	%	Σ	%
1.	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	4	13	5	17	9	15
	b. Perempuan	26	87	25	83	51	85
2.	Usia						
	a. 17-25	9	30	6	20	15	25
	b. 26-35	5	17	8	27	13	22
	c. 36-45	6	20	9	30	15	25
	d. 46-55	8	27	6	20	14	23
	e. 56-65	2	6	1	3	3	5
3.	Tingkat Pendidikan						
	a. SMA	30	100	30	100	60	100
4.	Pekerjaan						
	a. Buruh/ Tani	3	10	10	33	13	22
	b. Pensiunan	1	3	2	6	3	5
	c. Wiraswasta	6	20	3	10	9	17
	d. IRT	17	56	12	41	29	49
	e. Tidak Bekerja	4	14	3	10	7	12
5.	Penghasilan						
	a. < 1 juta	27	90	23	77	50	83
	b. 1-2 juta	3	10	7	13	10	17
6.	Status Pernikahan						
	a. Belum menikah	6	20	3	10	9	15
	b. Menikah	24	80	26	87	50	83
	c. Janda	0	0	1	3	1	2
7.	Hubungan keluarga						
	a. Suami	4	14	3	10	7	15
	b. Istri	12	40	10	34	22	37
	c. Anak	10	33	7	23	17	28
	d. Ibu	1	3	1	3	2	4
	e. Kakak	0	0	3	10	3	8
	f. Menantu	1	3	3	10	4	12
	g. Ponakan	2	7	3	10	5	10

Pada tabel 5.2 didapatkan bahwa dari 30 keluarga responden pada kelompok intervensi sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 87%. Usia keluarga yang merawat responden sebagian besar berada pada rentang usia 17-25 tahun yaitu sebesar 30% dengan status pernikahan sudah menikah dan memiliki hubungan keluarga sebagai istri responden. Sebagian besar keluarga responden memiliki pekerjaan sebagai IRT yaitu sebesar 56% yang memiliki tingkat pendidikan SMA yaitu sebesar 100% dengan penghasilan rata-rata kurang dari 1 juta setiap bulannya. Pada kelompok pembandingan dari 30 keluarga responden pada kelompok pembandingan sebagian besar keluarga yang merawat responden adalah perempuan yaitu sebesar 83% dengan usia 36-45 tahun yaitu sebesar 30% dengan status pernikahan sudah menikah dan memiliki hubungan keluarga sebagai istri responden. Semua keluarga responden memiliki tingkat pendidikan SMA dan sebagian besar bekerja sebagai IRT yaitu sebesar 41% dengan penghasilan rata-rata kurang dari 1 juta rupiah setiap bulannya.

5.2.3 Data khusus

1) Uji normalitas

Data dari hasil penelitian pada variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*) dilakukan uji normalitas dengan *Shapiro-Wilk normality test* dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini

Tabel 5.3 Hasil uji normalitas *Shapiro-Wilk normality test* berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*) pada responden.

Variabel	N	Kelompok intervensi		Kelompok Pembanding	
		<i>p value</i>		<i>p value</i>	
		<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>
a. Pengetahuan	30	0,05	0,001	0,14	0,04
b. Dukungan keluarga	30	0,32	0,001	0,15	0,20
c. Stigma (<i>self stigma</i>)	30	0,86	0,003	0,16	0,05

Berdasarkan tabel 5.3 setelah dilakukan uji normalitas data menggunakan *Shapiro-Wilk normality test* menunjukkan sebagian besar data memiliki nilai *p value* yang kurang dari nilai α yang memiliki berarti data responden tidak berdistribusi normal ($p \leq \alpha=0,05$) pada pengukuran variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Data yang memiliki distribusi tidak normal pada kelompok intervensi adalah nilai *posttest* pengetahuan.

Tabel 5.4 Hasil uji normalitas *Shapiro-Wilk normality test* berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga pada keluarga responden.

Variabel	N	Kelompok intervensi		Kelompok Pembanding	
		<i>p value</i>		<i>p value</i>	
		<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>
a. Pengetahuan	30	0,15	0,001	0,36	0,002
b. Dukungan keluarga	30	0,06	0,002	0,05	0,004

Berdasarkan tabel 5.4 setelah dilakukan uji normalitas data menggunakan *Shapiro-Wilk normality test* menunjukkan sebagian besar data memiliki nilai *p value* yang kurang dari nilai α yang memiliki berarti data responden tidak berdistribusi normal ($p \leq \alpha=0,05$) pada pengukuran variabel pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi antara kelompok intervensi dan

kelompok pembanding. Data yang memiliki distribusi tidak normal pada kelompok intervensi adalah nilai *posttest* pengetahuan dan *posttest* dukungan keluarga. Pada kelompok pembanding data yang memiliki distribusi tidak normal adalah nilai *posttest* pengetahuan dan *posttest* dukungan keluarga.

2) Uji kesetaraan responden

Tabel 5.5 Hasil uji kesetaraan *Man Whitney test* berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan, dukungan keluarga pada responden sebelum dilakukan intervensi

Variabel	N	<i>p value</i>
a. Pengetahuan	60	0,223
b. Dukungan keluarga	60	0,101
c. Stigma (<i>self stigma</i>)	60	0,270

Pada tabel 5.5 hasil uji kesetaraan responden antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding menunjukkan bahwa antara kelompok pembanding dan kelompok intervensi adalah setara dengan nilai $p \geq \alpha=0,05$. Hasil uji kesetaraan diatas dapat disimpulkan bahwa kondisi dan kemampuan kelas yang dijadikan sampel penelitian adalah setara.

3) Uji kesetaraan keluarga responden

Tabel 5.6 Hasil uji kesetaraan *Man Whitney test* berdasarkan hasil pengukuran pengetahuan pada keluarga responden sebelum dilakukan intervensi

Variabel	N	<i>p value</i>
a. Pengetahuan	60	0,223

Pada tabel 5.6 hasil uji kesetaraan keluarga responden antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding menunjukkan bahwa antara kelompok pembanding dan kelompok intervensi adalah setara dengan nilai $p \geq \alpha=0,05$. Hasil uji

kesetaraan diatas dapat disimpulkan bahwa kondisi dan kemampuan kelas yang dijadikan sampel penelitian adalah setara

4) Distribusi tingkat kecacatan responden

Tabel 5.7 Tingkat kecacatan pada responden penelitian

Tingkat kecacatan	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding	
	f	%	f	%
Tingkat 2	30	100	30	100

Pada tabel 5.7 diketahui bahwa seluruh responden penelitian mengalami kecacatan dengan tingkat kecacatan tipe 2. Responden dengan kondisi kaki simper sejumlah 9 responden, kondisi terdapat ulkus pada daerah tangan dan kaki sejumlah 31 responden, kondisi jari tangan yang kaku dan berubah bentuk sejumlah 15 responden dan kondisi kelopak mata tidak bisa digerakkan sejumlah 5 responden.

5) Hasil penilaian tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada subjek responden

Tabel 5.8 Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada subjek responden

Tingkat pengetahuan	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding	
	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>
Baik	8	20	14	20
Cukup	17	8	12	7
Kurang	5	2	4	3
		<i>Wilcoxon Sign Rank Test, p = 0,001</i>	<i>Wilcoxon Sign Rank Test, p = 0,01</i>	
<i>Man whitney test, p = 0,000</i>				

Pada tabel 5.8 hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi sebagian besar

masuk kedalam kategori cukup yaitu sejumlah 17 responden dan setelah dilakukan intervensi tingkat pengetahuan responden meningkat dalam kategori baik yaitu sejumlah 20 responden tetapi masih ada 2 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang setelah dilakukan intervensi. Pada kelompok pembandingan hasil *pretest* menunjukkan sebagian besar masuk kedalam kategori baik yaitu sejumlah 14 responden dan hasil *posttest* menunjukkan adanya tingkat pengetahuan responden sejumlah 6 responden. Responden dalam kategori baik meningkat menjadi 20 responden tetapi masih ditemukan tingkat pengetahuan yang rendah pada 3 responden pada kelompok pembandingan. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* pada kelompok intervensi yaitu $p=0,001$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Pada kelompok pembandingan hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* yaitu $p=0,01$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi penyuluhan dari puskesmas. Hasil uji statistik *Man whitney tets* sesudah intervensi didapatkan $p=0,04$ pada kedua kelompok yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok pembandingan.

6) Hasil penelitian dukungan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

Tabel 5.9 Dukungan Keluarga sebelum dan sesudah dilakukan intervensi

Dukungan Keluarga	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding		
	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	
Baik	1	2	0	9	
Cukup	29	28	30	21	
Kurang	0	0	0	0	
		<i>Wilcoxon Sign Rank Test, p = 0,001</i>		<i>Paired t Test, p = 0,001</i>	
<i>Man whitney test, p = 0,000</i>					

Pada tabel 5.9 hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi sebagian besar masuk kedalam kategori cukup yaitu sejumlah 28 responden dan setelah dilakukan intervensi dukungan keluarga responden meningkat dalam kategori baik yaitu sejumlah 2 responden. Pada kelompok pembanding terdapat peningkatan dukungan keluarga sejumlah 9 responden. Responden yang memiliki dukungan keluarga yang baik menjadi 9 responden tetapi masih ditemukan dukungan keluarga yang cukup pada 21 responden pada kelompok pembanding. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* pada kelompok intervensi yaitu $p=0.001$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap dukungan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Pada kelompok pembanding hasil uji statistik dengan *Paired t test* yaitu $p=0.001$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap dukungan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan intervensi penyuluhan dari puskesmas. Hasil uji statistik *Man whitney tests* sesudah intervensi didapatkan $p=0,001$ pada kedua kelompok yang

menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara dukungan keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding.

7) Distribusi stigma (*self stigma*) sebelum dan sesudah dilakukan intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding

Tabel 5.10 Stigma (*self stigma*) sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada responden penelitian

Stigma (<i>self stigma</i>)	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding		
	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	
Tinggi	13	4	7	5	
Cukup	0	0	1	1	
Rendah	17	26	22	24	
		<i>Wilcoxon Sign Rank Test, p = 0,001</i>		<i>Wilcoxon Sign Rank Test, p = 0,07</i>	
<i>Man whitney test, p = 0,004</i>					

Pada tabel 5.10 hasil penelitian pada kelompok intervensi menunjukkan 13 responden memiliki tingkat stigma (*self stigma*) yang tinggi pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi dan setelah dilakukan intervensi masih ada 4 responden yang memiliki tingkat stigma (*self stigma*) yang tinggi. Pada kelompok pembanding menunjukkan 2 responden yang mengalami penurunan tingkat stigma namun masih ada 5 responden yang memiliki tingkat stigma (*self stigma*) yang tinggi. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* pada kelompok intervensi yaitu $p=0.001$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap stigma (*self stigma*) sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Pada kelompok pembanding hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* yaitu $p=0.07$ sehingga $p \geq \alpha=0,05$, yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna terhadap stigma (*self stigma*) sebelum dan sesudah

dilakukan intervensi penyuluhan dari puskesmas. Hasil uji statistik *Man whitney tets* sesudah intervensi didapatkan $p=0,01$ pada kedua kelompok yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara stigma pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding.

8) Distribusi tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada keluarga responden

Tabel 5.11 Tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada keluarga responden

Tingkat pengetahuan	Kelompok Intervensi		Kelompok Pembanding	
	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>	<i>pretest</i>	<i>posttest</i>
Baik	15	26	5	23
Cukup	12	4	22	6
Kurang	3	0	3	1
	<i>Wilcoxon Sign Rank Test,</i> $p = 0,001$		<i>Wilcoxon Sign Rank Test,</i> $p = 0,001$	
	<i>Man whitney test, p = 0,000</i>			

Pada tabel 5.11 hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan keluarga responden pada kelompok intervensi masuk kedalam kategori baik yaitu sejumlah 15 responden sebelum dilakukan intervensi dan setelah dilakukan intervensi responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik meningkat yaitu sejumlah 26 responden tetapi masih ditemukan tingkat pengetahuan keluarga responden cukup yaitu sejumlah 4 responden setelah dilakukan intervensi. Pada kelompok pembanding sebelum dilakukan intervensi tingkat pengetahuan keluarga responden tergolong cukup yaitu sejumlah 22 keluarga responden dan setelah dilakukan intervensi tingkat pengetahuan keluarga responden tergolong baik yaitu sejumlah 23 keluarga

responden dan masih ditemukan 1 keluarga responden yang masih memiliki tingkat pengetahuan kurang setelah dilakukan intervensi. Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* pada kelompok intervensi yaitu $p=0,001$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Pada kelompok pembanding hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank test* yaitu $p=0,001$ sehingga $p \leq \alpha=0,05$, yang berarti ada perbedaan yang bermakna terhadap tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi penyuluhan dari puskesmas. Hasil uji statistik *Man whitney tets* sesudah intervensi didapatkan $p=0,002$ pada kedua kelompok yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga responden pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding.

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Pengetahuan Responden dan Keluarga Responden Setelah Diberikan Intervensi *Psychoeducative Family*

Hasil penelitian tingkat pengetahuan responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family* menunjukkan bahwa sebagian besar masuk kedalam kategori cukup yaitu sejumlah 17 responden. Pada sesi pertama didapatkan bahwa sebagian besar responden dan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit dan pengobatan penyakit kusta. Strategi yang menekankan pada pengetahuan dan pendalaman pengetahuan dilakukan terutama pada sesi kedua. Pada sesi pertama didapatkan bahwa sebagian besar responden tidak mengetahui tentang penyebab dan prognosis kusta. Strategi yang menekankan pada pengetahuan dan pendalaman pengetahuan dilakukan terutama pada sesi kedua. Pada sesi kedua diberikan psikoedukasi tentang kusta, program pengobatan yang harus dijalani oleh pasien dan cara perawatan diri untuk mencegah kecacatan. Pengetahuan tentang kusta akan membuat pasien mengerti sehingga termotivasi untuk berusaha kuat untuk sembuh dan mencegah terjadinya kecacatan.

Tingkat pengetahuan responden meningkat dalam kategori baik yaitu sejumlah 20 responden setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Pengetahuan tentang kusta yang paling besar peningkatannya ada pada pengetahuan tentang pengobatan. Masih ditemukan 2 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang setelah dilakukan intervensi *psychoeducative*

family. Keluarga responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family* menunjukkan bahwa sebagian besar masuk kedalam kategori baik yaitu sejumlah 15 responden dan setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family* tingkat pengetahuan responden dengan kategori baik meningkat yaitu sejumlah 26 responden. Pada sesi pertama didapatkan bahwa sebagian besarkeluarga responden tidak mengetahui tentang penyebab, prognosis dan pengobatan kusta. Strategi yang menekankan pada pengetahuan dan pendalaman pengetahuan dilakukan terutama pada sesi kedua. Pada sesi kedua diberikan psikoedukasi tentang kusta, program pengobatan yang harus dijalani oleh pasien dan cara perawatan diri pada pasien kusta untuk mencegah kecacatan. Pengetahuan tentang kusta akan membuat keluarga mengerti sehingga termotivasi untuk membantu dan mendampingi anggota keluarga dalam mengatasi masalah yang timbul akibat kusta. Masih ditemukan 4 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang cukup setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*.

Responden pada kelompok intervensi masih memiliki tingkat pengetahuan yang kurang walaupun keluarga responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang kusta. Rendahnya tingkat pengetahuan responden disebabkan karena 2 responden pada kelompok intervensi memiliki karakteristik yaitu berjenis kelamin perempuan dan berada dalam rentang usia 56-65 tahun dengan tingkat pendidikan SMP. Pekerjaan responden sebagai IRT membuat responden jarang terpapar informasi dengan dunia luar. Tipe keluarga *extended* dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang juga akan mempengaruhi komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga responden. Pekerjaan keluarga responden sebagai

buruh tani juga berpengaruh terhadap interaksi dalam penyampaian informasi dengan anggota keluarga karena lebih banyak berada diluar rumah dibandingkan didalam rumah. Hasil pengkajian juga menunjukkan bahwa komunikasi antara responden dan anggota keluarga lain menunjukkan komunikasi yang maladaptif. Tidak adanya perhatian dan dukungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Keluarga responden kurang memberikan informasi mengenai penyakit yang diderita oleh anggota keluarga.

Hasil penelitian pada 2 responden tidak sesuai dengan teori psikoedukasi yang menyatakan psikoedukasi yang dilakukan pada keluarga klien akan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang kemampuan cara merawat dan kemampuan koping terhadap stress dan beban yang dialami (Wiyati, 2010). Nurhidayah (2010) juga berpendapat bahwa strategi dan metode pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Hasil penelitian yang tidak sesuai disebabkan karena beberapa hal yang berkaitan dengan karakteristik responden. Hasil penelitian diatas ditunjang oleh pernyataan Stuart dan Laraia (2008) yang menyatakan bahwa pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Penelitian Widianti (2007) juga menyebutkan bahwa seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibanding dengan seseorang yang tingkat pendidikannya rendah. Pernyataan diatas juga ditunjang dengan pendapat Erfandi (2009) yang menyatakan bahwa pengetahuan adalah suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena ada pemahaman baru. Peningkatan pengetahuan pada keluarga dapat dipengaruhi karena setiap anggota keluarga

selalu berinteraksi dengan orang lain, sehingga dimungkinkan melalui interaksi tersebut keluarga mendapatkan pemahaman-pemahaman baru. Pengetahuan yang menetap atau hanya mengalami kenaikan yang tidak signifikan pada kelompok kontrol dapat dipengaruhi oleh daya ingat seseorang. Gagne (1988) dalam *information processing learning theory* berpendapat bahwa dalam pembelajaran terjadi proses penerimaan informasi, untuk kemudian diolah sehingga menghasilkan keluaran dalam bentuk hasil belajar. Pemrosesan informasi melalui interaksi antara kondisi internal dan kondisi eksternal individu. Untuk mengingat sesuatu manusia harus melakukan 3 hal yaitu mendapatkan informasi, menyimpannya dan mengeluarkan kembali. Nasrun (2007) menyatakan bahwa ingatan seseorang dipengaruhi oleh tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan. Pada aplikasi *psychoeducative family therapy* terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu tingkat konsentrasi keluarga dalam mempelajari kusta, diantaranya adalah ketika anak rewel, keluarga dalam kondisi lelah dan kondisi emosionalnya yang tidak stabil. Hal ini sejalan dengan Jensen & Markowitz (2002) bahwa kinerja ingatan secara keseluruhan bisa berada dalam rentang kondisi baik ataupun buruk, tergantung pada keadaan fisik dan emosi.

Hasil penelitian yang menunjukkan usia responden berada pada rentang usia 56-65 tahun tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan Wong (1995) dalam Potter (2005) yang menjelaskan bahwa usia mampu menunjukkan kemampuan belajar dan perilaku seseorang. Edelman dan Manle (1994) dalam Potter (2005) juga menjelaskan bahwa kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang. Jumlah anggota keluarga yang terlalu banyak dan pekerjaan yang memerlukan banyak waktu diluar rumah

akan mempengaruhi pola komunikasi dan interaksi dalam keluarga sehingga penyampaian informasi juga tidak berjalan dengan baik. Hasil penelitian diatas ditunjang dengan pernyataan Wahidah (2010) yang menjelaskan bahwa dengan komunikasi didalam keluarga seseorang dapat menyampaikan informasi, ide pemikiran, pengetahuan konsep kepada anggota keluarga lain secara timbal balik, baik sebagai penyampai maupun sebagai penerima komunikasi. Fungsi komunikasi yang berjalan dalam keluarga akan menghasilkan komunikasi yang efektif didalam keluarga. Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa pengetahuan juga dipengaruhi oleh faktor penghasilan walaupun tidak secara langsung, jika seseorang berpenghasilan cukup maka akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas sumber informasi.

Hasil penelitian tingkat pengetahuan responden pada kelompok pembandingan terdapat 6 responden yang mengalami peningkatan dan 24 responden tidak mengalami peningkatan. Tingkat pengetahuan keluarga responden pada kelompok pembandingan yang mengalami peningkatan sebanyak 18 responden.

Responden pada kelompok pembandingan dengan tingkat pengetahuan yang baik tanpa diberikan intervensi psikoedukasi disebabkan karena sebagian besar berjenis kelamin perempuan dan berada dalam rentang usia 46-55 tahun dengan tingkat pendidikan SMA. Responden sebagian besar tidak bekerja. Status pernikahan responden adalah cerai dan janda. Status pernikahan responden yang cerai dan janda mengatakan bahwa mereka sudah tidak memiliki tanggungan dirumah sehingga sering mengisi waktu luang untuk berobat ke puskesmas dan mengikuti paguyuban kusta. Responden mengalami sakit selama lebih dari 3 tahun sehingga memiliki banyak pengalaman mengenai perawatan kusta dan

pengetahuan mengenai kusta. Tingkat pengetahuan responden yang baik juga ditunjang dengan tingkat pengetahuan keluarga responden yang baik dan keluarga responden memiliki pendidikan terakhir SMA dan sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai IRT sehingga memiliki banyak waktu dirumah dan intensitas berkomunikasi dengan anggota keluarga lebih banyak.

Hasil penelitian diatas ditunjang dengan penelitian Mahanani (2013) bahwa jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Nurhidayah (2010) berpendapat bahwa pendidikan kesehatan sangat dipengaruhi oleh motivasi individu untuk berubah, kemampuan untuk mendapatkan pendidikan kesehatan tergantung pada faktor fisik dan kognitif, tingkat perkembangan dan proses berfikir intelektual. Hersey& Blanchard, 1997 dalam Endah, (2003) menyatakan bahwa dalam teori berubah perubahan yang paling mudah adalah pengetahuan. Penelitian Djaali (2007) juga menyatakan bahwa semakin bertambahnya umur akan semakin berkembangnya daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang yang diperolehnya semakin baik. Dalam menjaga kesehatan biasanya kaum perempuan lebih menjaga kesehatannya dibanding laki-laki. Notoadmojo (2010) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya adalah pengalaman, tingkat pendidikan dan fasilitas. Pengalaman berkaitan dengan usia dan tingkat pendidikan seseorang, yang berarti pendidikan yang tinggi akan mempunyai pengalaman yang lebih luas demikian juga dengan umur yang semakin bertambah maka pengalaman seseorang juga bertambah. Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang, secara umum seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih

luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang seperti televisi, radio, leaflet dan sebagainya.

Pernyataan Sadiman (2008) juga mengemukakan bahwa status pendidikan mempengaruhi kesempatan memperoleh informasi mengenai penatalaksanaan penyakit. Penelitian Mahanani (2013) juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang penyakit, sehingga mempengaruhi pola respon. Perbedaan tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan kemampuan dalam menerima informasi baru. Pendidikan seseorang merupakan salah satu proses perubahan tingkah laku, semakin tinggi pendidikan seseorang maka dalam memilih tempat pelayanan kesehatan semakin diperhitungkan.

Pembahasan hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh intervensi *psychoeducative family* terhadap tingkat pengetahuan responden dan keluarga responden. Hasil penelitian ditunjang dengan hasil uji statistik *wilcoxon sign rank test* yang menunjukkan hasil yang signifikan pada tingkat pengetahuan antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *psychoeducative family* memiliki nilai *p value* sebesar 0,001. Hasil uji statistik *Man whitney tets* sesudah intervensi didapatkan nilai *p value* sebesar 0,000 pada kedua kelompok yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pengetahuan pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Nilai *p value* lebih kecil dari 0,05 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan.

6.2 Dukungan Keluarga Responden Setelah Diberikan Intervensi *Psychoeducative Family*

Hasil penelitian dukungan keluarga responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family* menunjukkan bahwa sebagian besar masuk kedalam kategori cukup yaitu sejumlah 29 responden dan setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family* dukungan keluarga responden meningkat dalam kategori baik yaitu sejumlah 2 responden. Dukungan keluarga yang didapatkan sebagian besar responden adalah cukup sejumlah 28 responden setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*.

Pada sesi pertama ditemukan masalah berupa keluarga kurang memperhatikan responden. Keluarga responden saat dilakukan pengkajian merasa sudah bosan dan lelah dengan anggota keluarga yang menderita kusta dan tidak kunjung sembuh walaupun sudah dilakukan pengobatan. Keluarga responden sebagian besar hanya memberikan dukungan secara informasional dari 4 komponen dukungan keluarga. Dukungan yang paling rendah diberikan adalah dukungan emosional dan instrumental. Pada pelaksanaan *psychoeducative family therapy*, terutama pada sesi tiga dan empat yaitu manajemen stress keluarga dan manajemen beban keluarga, keluarga dapat membagi tugas untuk selalu memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sakit sehingga responden senantiasa dapat terkontrol.

Dukungan keluarga dapat bersifat internal seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung dan dukungan eksternal misalnya dukungan dari sanak keluarga dan masyarakat. Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah

sembuh dari sakit, dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosional. Pengaruh positif dari dukungan ini akan dapat mudah menyesuaikan terhadap kejadian dalam kehidupan (Friedman, 1998). Faktor yang dapat mempengaruhi dukungan keluarga meliputi beberapa hal antara lain faktor internal. Faktor internal merupakan faktor yang muncul dari diri individu tersebut, yaitu emosi berkaitan dengan keadaan psikologis seseorang, dalam hal ini terkait dengan dua jenis dukungan keluarga yaitu dukungan emosional dan harga diri, dan faktor pendidikan dan tingkat pengetahuan berkaitan dengan seberapa besar pengetahuan tentang suatu penyakit.

Data yang didapatkan juga menunjukkan responden pada kelompok intervensi sebagian besar memiliki dukungan keluarga yang cukup disebabkan karena sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dan berada dalam rentang usia 46-55 tahun dengan tingkat pendidikan SMP. Pekerjaan responden sebagai IRT dengan penghasilan kurang dari 1 juta setiap bulannya. Status pernikahan responden adalah menikah. Responden mengalami sakit selama lebih dari 3 tahun.

Dukungan keluarga dalam kategori baik yang masih kurang dibuktikan dengan sebagian besar keluarga responden hanya memberikan dukungan informasional saja tanpa diimbangi dengan dukungan penilaian, instrumental dan emosional. Keluarga responden jarang mengantar responden berobat, hanya mengingatkan responden untuk minum obat tanpa mengetahui obat apa saja yang harus diminum. Keluarga yang merawat responden sebagian besar berada pada rentang usia 17-25 tahun yang sebagian besar adalah istri responden. Hasil wawancara dan pengkajian menunjukkan bahwa keluarga responden yang

sebagian besar adalah istri responden merasa terbebani karena responden yang berperan sebagai kepala keluarga semenjak sakit kusta tidak bekerja lagi yaitu lebih dari 3 tahun sehingga istri merasa peran suami dalam perekonomian keluarga tidak terpenuhi. Kelas perekonomian keluarga dan tingkat pendidikan juga mempengaruhi dukungan keluarga. Bentuk keluarga *extended* dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang juga mempengaruhi dukungan yang diberikan.

Hasil penelitian di atas didukung oleh pendapat Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (2010), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan yang berarti keluarga kecil dengan anggota keluarga yang berjumlah sedikit lebih mendapatkan perhatian dan dukungan dibandingkan keluarga besar. Friedman (1998) dalam Friedman (2010) juga menyatakan bahwa anggota keluarga (istri) yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anggota keluarganya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu yang lebih tua. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas ekonomi.

Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga dipengaruhi oleh kemampuan keluarga dalam mencukupi kebutuhan anggota keluarga. Kemampuan pemenuhan kebutuhan tersebut berhubungan dengan tingkat pendapatan atau tingkat sosial ekonomi keluarga, dimana keluarga dengan tingkat sosial ekonomi menengah memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan keluarga lebih baik dibandingkan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah. Pernyataan di atas sesuai dengan fakta yang ditemukan didalam hasil penelitian yaitu sebagian besar keluarga responden memiliki penghasilan yang rendah yaitu

kurang dari satu juta rupiah per bulannya dengan status kepala keluarga yang tidak bekerja karena menderita kusta. Pernyataan di atas juga ditunjang oleh pendapat Ariyanta (2013) yang menyatakan bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tingkat pendidikan seseorang, tingkat ekonomi.

Hasil penelitian yang didapatkan tidak sesuai dengan hasil penelitian Zulfitri (2006) yang menemukan tingginya dukungan keluarga mayoritas diberikan oleh perempuan sebesar 64,6%. Zulfitri membahas bahwa perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan kesehatan sedangkan perempuan lebih banyak ditemukan untuk memeriksakan kesehatannya.

Hasil penelitian dukungan keluarga responden pada kelompok pembanding mengalami peningkatan sejumlah 9 responden. Kelompok pembanding menunjukkan dukungan keluarga yang lebih baik dari kelompok intervensi disebabkan karena responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan dan berada dalam rentang usia 46-55 tahun dengan tingkat pendidikan SMA. Responden sebagian besar tidak bekerja dengan penghasilan kurang dari 1 juta setiap bulannya. Status pernikahan responden adalah cerai dan janda. Responden mengalami sakit selama lebih dari 3 tahun. Keluarga responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan rentang usia 36-45 tahun. Seluruh keluarga responden memiliki pendidikan terakhir SMA dan sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai IRT. Hubungan keluarga dengan responden sebagian besar adalah sebagai istri dari responden.

Hasil penelitian ditunjang dengan hasil penelitalain Zulfitri (2006) yang menemukan tingginya dukungan keluarga mayoritas diberikan oleh perempuan sebesar 64,6%. Zulfitri membahas bahwa perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan kesehatan sedangkan perempuan lebih banyak ditemukan untuk memeriksakan kesehatannya. Jenis pekerjaan juga secara umum akan berpengaruh dalam pemberian dukungan keluarga, baik dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian dalam merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan, keluarga yang tidak bekerja tentunya mempunyai waktu luang yang cukup untuk merawat anggota keluarga dibandingkan dengan keluarga responden yang bekerja. Hasil penelitian diatas juga sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003) yang menjelaskan bahwa usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah usia yang diatas umur 20 tahun. Tingkat pendidikan keluarga responden sebagian besar adalah SMA. Lueckenotte (2000) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik. Pendidikan rendah berisiko ketidakmampuan dalam merawat kesehatannya (WHO, 2003).

Pemaparan pembahasan hasil penelitian diatas ditunjang dengan adanya hasil uji statistik *wilcoxon sign rank test* yang menunjukkan adanya hasil yang signifikan mengenai perbedaan dukungan keluarga pada saat sebelum dan setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Nilai *p value* yang dihasilkan adalah 0,001. Terdapat perbedaan dukungan keluarga yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding, hasil uji statistik *Man whitney tets* sesudah

intervensi didapatkan *p value* sebesar 0,000 pada kedua kelompok yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara dukungan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding. Nilai *p value* lebih kecil dari 0,05 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan.

6.3 Stigma Kusta Pada Responden Setelah Diberikan Intervensi *Psychoeducative Family*

Hasil penelitian stigma (*self stigma*) responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family* menunjukkan bahwa stigma (*self stigma*) responden tinggi yaitu sejumlah 13 responden dan setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family* stigma (*self stigma*) responden menjadi rendah dalam yaitu sejumlah 26 responden. Masih ditemukan 4 responden yang memiliki stigma (*self stigma*) yang tinggi setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*.

Responden pada kelompok intervensi dengan tingkat pengetahuan yang kurang berjenis kelamin perempuan dan berada dalam rentang usia 56-65 tahun dengan tingkat pendidikan SMP. Pekerjaan responden sebagai IRT dengan penghasilan kurang dari 1 juta setiap bulannya.

Empat responden pada kelompok intervensi dengan stigma (*self stigma*) tinggi masih memiliki tingkat pengetahuan yang kurang dan responden berlatar belakang pendidikan SMP. Tingkat pengetahuan responden yang kurang menyebabkan responden memiliki persepsi bahwa kusta merupakan penyakit menular dan menimbulkan luka yang menjijikkan sehingga responden merasa malu dan takut dijaui masyarakat ataupun keluarga. Responden yang malu

membuat enggan untuk berobat sehingga memperparah keadaan dan responden menjadi cacat. Pekerjaan responden sebagai IRT membuat responden juga menyebabkan jarang terpapar informasi dengan dunia luar. Tipe keluarga *extended* dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang juga akan mempengaruhi komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga responden. Pekerjaan keluarga responden sebagai buruh tani juga berpengaruh terhadap interaksi dalam penyampaian informasi dengan anggota keluarga karena lebih banyak berada diluar rumah dibandingkan didalam rumah. Hasil pengkajian juga menunjukkan bahwa menunjukkan bahwa bentuk dukungan keluarga yang diberikan sebatas kebutuhan sehari-hari pasien. Keluarga cenderung hanya memberikan motivasi untuk patuh terhadap pengobatan dan mengingatkan jadwal berobat, dan tidak pernah mengantarkan pasien berobat Puskesmas dikarenakan harus bekerja. Berdasarkan hal tersebut terkadang pasien merasakan kurang mendapatkan perhatian dan dukungan dari anggota keluarganya sendiri.

Hasil penelitian diatas ditunjang oleh pernyataan Mahendra dkk (2006) yang menyatakan bahwa *self stigma* dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu pengetahuan, tingkat pendidikan, dukungan keluarga serta keyakinan atau kepercayaan seseorang. Pendapat lain dari Susanto (2006) yang menyebutkan bahwa pengetahuan responden mengenai kusta sangat bergantung pada tingkat pendidikan, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi proses atau pola berpikir terhadap sesuatu hal.

Hasil penelitian stigma (*self stigma*) responden pada kelompok pembanding menunjukkan penurunan jumlah responden yang memiliki stigma yang tinggi . Stigma (*self stigma*) responden pada kelompok pembanding yang tinggi sejumlah

5 responden disebabkan karena informasi kesehatan yang didapatkan oleh responden baik melalui media cetak ataupun elektronik hanya akan merubah perilaku sasaran agar berperilaku sehat terutama pada aspek kognitif yang meliputi pengetahuan dan pemahaman sasaran, sasaran dari penyuluhan kesehatan adalah individu, keluarga dan masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan (Maulana, 2009). Pada kelompok intervensi bisa terjadi perubahan tingkat stigma (*self stigma*) disebabkan karena Goldenberg (2004) menyatakan bahwa psikoedukasi adalah terapi yang diberikan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan, untuk dapat memahami dan meningkatkan coping akibat gangguan kesehatan yang dapat mengakibatkan masalah pada keluarga. Meningkatnya coping keluarga dan keterampilan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit akan berpengaruh kepada pemahaman kebutuhan anggota keluarga yang sakit dan berdampak pada perhatian serta dukungan keluarga yang akan diberikan dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

Penelitian Lawrence dan Veronika (2002) menunjukkan hasil terjadi peningkatan 33% pada kelompok klien skizofrenia setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga, karena dalam psikoedukasi keluarga berisi tentang : peningkatan hubungan yang positif antara anggota keluarga, meningkatkan stabilitas keluarga, manajemen stress keluarga, kemampuan motorik keluarga. Pernyataan diatas juga ditunjang oleh Suny dan Win-King (2007) yang menyatakan bahwa terapi psikoedukasi keluarga sangat efektif karena memberikan informasi tentang preventif dan promotif, ketrampilan coping, kognitif, tingkah laku dan ketrampilan bagi keluarga.

Penjabaran hasil penelitian diatas ditunjang dengan uji statistik *wilcoxon sign rank test* yang menunjukkan hasil signifikan pada *self stigma* setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family* yaitu diperoleh nilai *p value* 0,001. Nilai *p value* menunjukkan nilai yang lebih kecil dari α (0,05) pengaruh intervensi *psychoeducative family* signifikan terhadap *self stigma* responden. Terdapat perbedaan stigma (*self stigma*) yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok pembanding, hasil uji statistik *Man whitney tets* sesudah intervensi didapatkan *p value* 0,004 pada kedua kelompok yang menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara stigma pada kelompok intervensi dan kelompok pembanding.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian adalah kelemahan penelitian maupun hambatan yang dialami selama masa penelitian. Pada penelitian ini, keterbatasan yang dialami oleh peneliti adalah:

1. Sampel yang digunakan belum mewaklili masing-masing kelompok usia karena responden yang diperoleh cukup bervariasi dari segi karakteristik demografi dan data primer, dan jumlah responden yang banyak.
2. Keterbatasan waktu, evaluasi jangka pendek pada pengetahuan, dukungan keluarga, dan stigma kusta, ketika penelitian berlangsung terdapat keluarga yang terganggu konsentrasinya, *confounding factor* belum dapat dikendalikan secara optimal
3. Intrumen penilai *Internalized Stigma of mental Illness Scale* (ISMI) adalah instrumen generik yang tidak spesifik untuk menilai stigma (*self stigma*) pada

penderita kusta. *Internalized Stigma of mental Illness Scale* (ISMI) bisa digunakan untuk pasien dengan gangguan jiwa, kusta, HIV / AIDS dan *disability*, Belum ada instrumen untuk menilai stigma (*self stigma*) yang ditetapkan oleh setiap responden secara obyektif (kuantitatif).

4. Pertanyaan kuesioner yang terlalu banyak membuat responden tidak fokus dalam menjawab dan membuat responden memberikan jawaban yang tidak sesuai.
5. Pembahasan antara dukungan keluarga dan derajat stigma belum komprehensif.
6. Analisis yang digunakan masih menggunakan analisis bivariat, belum menganalisis multivariat.
7. Peneliti tidak bisa mengobservasi secara detail bagaimana interaksi yang terjadi didalam keluarga responden. Observasi hanya dilakukan sekali selanjutnya ditanyakan melalui wawancara baik pada responden maupun pada keluarga.
8. Responden pada kelompok intervensi dan pembanding berada pada lingkungan tempat tinggal yang berdekatan sehingga memiliki peluang atau kemungkinan untuk saling bertukar informasi tentang psikoedukasi yang diberikan.

BAB 7

KESIMPULAN & SARAN

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Adjibade,BL,Okunlade & Femi,O, 2013, 'Prevalence, management and percieved psychological impact of leprosy disease In National Tuberculosis And Leprosy Training Centre,Saye Village,Zaria (2005-2010)'. *Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, vol.8,hal.09-12, diakses tanggal 17 November 2014 pukul 14.00, (<http://iosrjournals.org/iosr-jpbs/papers/Vol8-issue4/C0840912.pdf?id=7389>).
- Amiruddin, D, 2012, *Penyakit kusta sebuah pendekatan klinis*, Brilian internasional, Sidoarjo
- Andayani,E 2006, 'Hubungan tingkat kecemasan keluarga tentang penularan penyakit kustadan peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta'. Skripsi_FIK Universitas Diponegoro. *Online* diakses tanggal 23 Desember 2014 pukul 08.30 (<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=4463&val=426>)
- Ariyanta, Fitra. 2013. 'Hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri penderita kusta di Desa Bangklean Kabupaten Blora'. Naskah Publikasi. FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA. diakses Tanggal 1 Mei 2015 pukul 13.00, (eprints.ums.ac.id/27151/1/pdf)
- Bhat, RM & Prakash,C, 2012. 'Leprosy: an overview of pathophysiology'. *Review article*, diakses tanggal 23 Desember 2014 pukul 20.00 (<https://www.lepra.org.uk>).
- Blume, Lawrene, 2002, *Stigma & social control*.*Online* diakses tanggal 10 November 2014 pukul 08.30 (<http://www.ssc.wisc.edu/econ/Durlauf/Networkweb//wordpress/65-119.pdf>)
- Brakel,VWH, 2003, 'Measuring leprosy stigma a preliminary review of the leprosy literature'. *International jurnal of leprosy and other mycobacterial*, diakses tanggal 18 Desember 2014 pukul 20.00, (www.leprosy-ila.org/leprosyjournal/html/71-3/71-3-02.php).
- Clausson,E,. Berg, 2008, 'Family intervention sessions one useful way to improve schoolchildren's mental health'. *Journal of family nursing*.vol.3, hal.289-313. Diakses tanggal 5 Februari 2015 pukul 10.00 (http://www.researchgate.net/profile/Eva_Clausson/publication/23246661_Family_intervention_sessions_one_useful_way_to_improve_schoolchildren's_mental_health/links/0046351cca9ffb5d57000000.pdf).

- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Forum-stigma and mental illness: understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, vol.1, hal 16-20.
- Djaali, 2007, *Psikologi pendidikan*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Fraguas. Soares, 2007, 'Coping of diabetic nephropathy in the family: an approach in perspective calgary family assessment model. A qualitative study'. *Nursing Journal*.vol.6. diakses tanggal 5 Februari 2015 pukul 20.00 (<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1205/248>).
- Friedman, Marilyn M, 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. EGC, Jakarta
- Goldenberg, H. Goldenberg, I, 2004. *Family therapy: an overview*, Cengage Learning. diakses tanggal 28 April 2015 pukul 12.00 (<https://sswr.confex.com/sswr/2015/webprogram/Paper24213.html>)
- Harrison, 2000, *Prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam*, edisi 3, Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Heatherton, T. F., & Wyland, R. J 2003. Assessing self-esteem. In Shane J. Lopez & C. R. Snyder (Eds). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. USA: American Psychological Association
- Hernandez,M, Barrio, C, 2015, Family psychoeducation reduces stigma among latino families and their loved ones with schizophrenia', *Society for social Work and research*. Online diakses tanggal 20 January 2015 pukul 19.00 (<https://sswr.confex.com/sswr/2015/webprogram/Paper24213.html>)
- Hotez, P.J., Ottesen, E., Fenwick, A. & Molyneux, D, 2006, *The neglected tropical diseases: the ancient afflictions of stigma and poverty and the prospects for their control and elimination*. *Advances in experimental biology & medicine*. hal.582, 22-33.
- International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), 2011, *Guidelines to reduce stigma*, Guide 2, 234 Blythe Road, London.
- Jopling WH, 1984. *Hand book of leprosy*. 3rd ed. William Heinemann Medical Book Ltd.London
- Kosasih, A, et al, 2003. *Ilmu penyakit kulit dan kelamin*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta

- Lameshow,S, Hosmer, DW,Klar,J & Lwanga,S,1990, 'Adequacy of sample size in health studies', John Wiley & Sons Ltd, England.
- Lawrence dan Veronika. 2002. 'Understanding families in their own context : schizophrenia and structural family therapy in beijing', *Jurnal Of Family Therapy*.
- Luecknotte. A. G. 2000. *Gerontologic nursing* . 2nd ed. Missouri, Mosby
- Mahanani, Nursita. 2013. 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan diri kusta pada penderita kusta di puskesmas Kunduran Kecamatan Blora Tahun 2011', Skripsi. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Fakultas Ilmu Keolahragaan. Universitas Negeri Semarang. Diakses tanggal 29 Mei 2015 pukul 20.00 (lib.unnes.ac.id/18240/1/6450406030.pdf)
- Marne, R. Prakash, C, 2012, *Leprosy: An overview of pathophysiology, interdisciplinary perspectives on infectious diseases*, media release, diakses tanggal 20 January 2015 pukul 19.00 (<https://sswr.confex.com/sswr/2015/webprogram/Paper24213.html>)
- Maulana, HDJ. 2009. *Promosi kesehatan*. EGC.Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Notoadmodjo, S. 2010. *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*. Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia, Jakarta
- Nurhidayah. R.E. 2010. *Ilmu perilaku dan pendidikan kesehatan untuk perawat*. USU Press. Medan.
- Nursalam. (2013). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Salemba Medika,Jakarta
- Prayogi,B, 2014, 'Pengaruh *psychoeducative family therapy* terhadap kepatuhan PMO'. Tesis. FKp UNAIR
- PPPL, 2014, 'Kegiatan program PPML Ditjen PP dan PL dan hasil yang dicapai tahun 2013'. Diakses tanggal 20 Desember 2014 pukul 16.00 (pppl.depkes.go.id/berita?id=1250).
- Potter, P.A, Perry, A.G. 2005.Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik.Edisi 4.Volume 1.Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. EGC, Jakarta

- Rafferty,J, 2005, 'Curing the stigma of leprosy'. *Lepr Rev*, diakses tanggal 26 Desember 2014 (<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/June05/150523.pdf>).
- Rahayu,D, A. 2011, 'Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta di kabupaten Pekalongan'. Tesis, FIK-UI. *Online* diakses tanggal 12 Desember 2014 pukul 15.00 (<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=4463&val=426>)
- Roosta,Black,ds & Rea, 2013, 'A comparison of stigma among patients with leprosy in rural Tanzania and urban United States: a role for public health in dermatology'. *International Journal Dermato*,diakses tanggal 28 Desember 2014 pukul 10.00 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23451850>).
- Sadiman. 2008. 'Pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan berobat penderita TB Paru di RSUD Jendral A.Yani', Thesis. Program Pasca Sarjana. FETP UGM. Yogyakarta.
- Scollard & David,M, 2008,' The biology of nerve injury in leprosy',vol.08,hal.242-253. Diakses tanggal 28 Desember 2014 (<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Sept08/Lep242-253.pdf>).
- Scott, 2000,' The psychosocial needs of leprosy patients'. *Leprosy review*.vol.71, hal.486-492, diakses tanggal 16 Desember 2014 (<http://emedicine.medscape.com/article/220455-overview>).
- Setiadi, 2008, Keperawatan keluarga, EGC, Jakarta.
- Soru, Esra Alfred, 2012, 'Yesus dan orang kusta (part 1)'. Diakses tanggal 28 Maret 2014 (<https://www.lds.org/scriptures/gs/leviticus?lang=ind>)
- Suprajitno, 2002, *Asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.
- Supratiknya, A. (2011). *Merancang program dan modul psikoedukasi*. Universitas Sanata Darma. Yogyakarta.
- Stuart & Laraia. (2005). Buku saku keperawatan jiwa, Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Thilakavati,S, Manickam, P & Mahendale, SM, 2012,' Awareness, social acceptance and community views on leprosy and its relevance for leprosy control, TAMIL Nadu'. *Indian J Lepr*, vol.84, hal.233-240, diakses 17 November 2014, (<http://www.ijl.org.in>).

- Tsutsumi,A, Izutsu, T, Islam, A, Amed, J,Nakahar,S, Takagi, F& Wakai, H 2003, 'Depressive status of leprosy patients in Bangladesh : Association with self-perception of stigma', *Jurnal of leprosy*, diakses tanggal 25 Desember 2014 pukul 09.00, (www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/Ir/Mar04/Lep57_56).
- Wahidah. Nur. 2010. 'Pola komunikasi dalam keluarga', *Jurnal Keperawatan Musawa*. Vol. 3, No. 2. Desember 2011. diakses tanggal 15 Mei 2015 pukul 15.00 (download.portalgaruda.org/article/php?particle=185725&val=6439&title=POLA%20KOMUNIKASI%20DALAM%20KELUARGA)
- Wahidah, Fajriyatun. 2010. 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi usia 0-4 bulan di Desa Gubug. Grobogan. Semarang', Karya Tulis Ilmiah. Universitas Muhammadiyah Semarang. diakses tanggal 15 April 2015 pukul 19.00 (digilib.unimus.ac.id/files/disk1/121/jtptunimus-gdl-murtipurna-6002-4.pdf)
- WHO. 2003. Evidence and health information, diakses tanggal 28 mei 2015 (www.who.int)
- Wiyati, Ruti dkk. 2010. 'Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial', *Jurnal Keperawatan Soedirman* Vol. 5, No. 2. diakses tanggal 28 April 2015 (http://www.academia.edu/8959581/PENGARUH_PSIKOEDUKASI_KELUARGA_TERHADAP_KEMAMPUAN_KELUARGA_DALAM_MERAWAT_KLIEN_ISOLASI_SOSIAL)
- Widianti, Efri. 2007. 'Remaja dan permasalahannya : bahaya merokok, penyimpangan seks pada remaja dan bahaya penyalahgunaan minuman keras atau narkoba', diakses tanggal 2 Mei 2015. (elib.unikom.ac.id/files/disk1/461/jbptunikombp-gdl-frianindra-23005-8-daftarp-a.pdf)
- Wright,LM & Leahey,M, 2009, *Nurses and families : A guide to family assessment and intervention*, edition.5,1915 Arch Street, Philadelphia
- Zulfitri. R. 2006. 'Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lanjut usia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya di wilayah kerja puskesmas melur pekanbaru', diakses tanggal 11 April 2015 (www.digilib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-95790.pdf)
- Zulkifli, 2003,'Penyakit kusta dan masalah yang ditimbulkannya'. Dipublikasikan oleh USU Digital Library

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mega Arianti Putri

NIM : 131314153005

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “Pengaruh *Psychoeducative Family Therapy* Terhadap Stigma Kusta Dengan Model Pendekatan Calgary Di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun”.

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner dengan sejujurnya. Apabila dalam penelitian ini bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang akan dilakukan, maka Bapak/Ibu/Saudara dapat mengundurkan diri. Bapak/Ibu/Saudara wajib mengikuti semua pertemuan (5 kali pertemuan), jika tidak hadir pada salah satu pertemuan maka tidak diperbolehkan mengikuti pertemuan selanjutnya dan dianggap mengundurkan diri. Bapak/Ibu/Saudara akan mendapatkan kompensasi penggantian uang transport setiap kali pertemuan sebesar Rp. 25000 selama 5 kali pertemuan.

Apabila Bapak/ Ibu/ Saudara berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Mega Arianti Putri

Lampiran 2

LEMBAR PENJELASAN

- Nama Peneliti : Mega Arianti Putri
- Judul Penelitian : Pengaruh *Psychoeducative Family Therapy* Terhadap Stigma Kusta Dengan Model Pendekatan Calgary Di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun
- Tujuan Penelitian : Menganalisis pengaruh *psychoeducative family therapy* terhadap stigma kusta dengan metode pendekatan *Calgary*.
- Manfaat Penelitian : Sebagai upaya mengurangi stigma pada diri pasien kusta.
- Manfaat bagi subjek : Dapat meningkatkan perilaku keluarga dalam memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang menderita kusta.

Dalam penelitian ini, saya akan memberikan lembar kuesioner pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma kusta. Setelah itu peneliti akan melakukan pertemuan dengan responden 5 kali, seminggu 1 kali selama 5 minggu dengan durasi setiap pertemuan 60 menit. Materi dan tindakan yang dilakukan peneliti dalam setiap pertemuan (terlampir). Selama 60 menit tersebut, 10 menit dilakukan untuk fase orientasi, 40 menit akan digunakan untuk diskusi dengan keluarga dan penyampaian materi, kemudian 10 menit berikutnya adalah sesi terminasi. Pada pertemuan ke-6

peneliti akan melakukan penilaian terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma klien.

Dalam penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik. Jika saudara ingin berkomunikasi dengan peneliti, saudara bisa menghubungi :

Nama : Mega Arianti Putri

Alamat : Jl. Sri Utomo No. 1 Madiun

No. Telepon : 085649556233

Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun tanpa ada konsekuensi sebelum saudara memutuskannya.

Yang mendapat penjelasan

Madiun,.....2015
Yang memberi penjelasan

()

(Mega Arianti Putri)

Saksi

()

Lampiran 3

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik,
saya

Nama :

Alamat:

Status :

Bahwa saya mengatakan (*setuju / tidak setuju) untuk ikut berperan sebagai subjek
dalam penelitian yang berjudul :

**Pengaruh *Psychoeducative Family Therapy* Terhadap Stigma Kusta Dengan
Model Pendekatan Calgary Di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun**

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran

*** Coret yang tidak perlu**

Madiun,.....2015

Yang mendapat penjelasan

Yang memberi penjelasan

()

(Mega Arianti Putri)

Saksi

()

- c. SLTA sederajat
- d. Akademi/ universitas
- 5. Pekerjaan :

 - a. Tidak bekerja/pensiun/ ibu rumah tangga
 - b. Bekerja

- 6. Status Pernikahan :a. Kawin b. belum kawin/ cerai/ janda/ duda
- 7. Penghasilan keluarga per bulan :
 - a. kurang dari 1 juta
 - b. 1 – 2 juta
 - c. lebih dari 1 juta
- 8. Lama menderita kusta (sejak dinyatakan oleh dokter) :

Data Keluarga

- 1. Nama (Inisial) :
- 2. Usia (tahun) :
- 3. Jenis kelamin : a. Laki-laki b. Perempuan
- 4. Pendidikan terakhir :
 - a. Sekolah Dasar (SD)
 - b. SLTP sederajat
 - c. SLTA sederajat
 - d. Akademi/ universitas
- 5. Pekerjaan :

 - a. Tidak bekerja/pensiun/ ibu rumah tangga
 - b. Bekerja

- 6. Status Pernikahan :a. Kawin b. belum kawin/ cerai/ janda/ duda
- 7. Penghasilan keluarga per bulan :
 - a. kurang dari 1 juta
 - b. 1 – 2 juta
 - c. lebih dari 1 juta
- 8. Lama menderita kusta (sejak dinyatakan oleh dokter) :

Lampiran 5

KUESIONER PENGETAHUAN

Berikut terdapat beberapa pertanyaan, jawablah sesuai apa yang anda rasakan/ pikirkan dengan cara memberikan tanda (✓) pada kolom jawaban yang ada disebelah kanan pertanyaan.

No.	Pertanyaan	Tidak setuju	Kurang setuju	Setuju
1.	Penyakit kusta atau lepra adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi <i>Mycobacterium leprae</i> (<i>M.leprae</i>),			
2.	<i>Mycobacterium leprae</i> (<i>M.leprae</i>) adalah kuman yang menyebabkan kusta			
3.	Adanya bercak putih yang mati rasa adalah salah satu tanda gejala timbulnya kusta			
4.	Kusta akan menimbulkan kecacatan jika tidak diobati secara teratur			
5.	Kecacatan kusta sering terjadi pada mata, kulit, jari tangan dan kaki.			
6.	Reaksi kuman kusta didalam tubuh tergantung pada daya tahan tubuh seseorang.			
7.	Penularan kusta melalui kontak langsung dengan penderita dalam jangka waktu yang lama			
8.	Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk membunuh kuman <i>M.leprae</i> sehingga tidak berdaya merusak jaringan tubuh			
9.	Pengobatan kusta dengan menggunakan terapi kombinasi atau MDT (<i>Multy Drug Therapy</i>) selama 6 bulan atau maksimal 9 bulan			
10.	Setelah pengobatan selama selama 6 bulan atau maksimal 9 bulan pasien mengalami perluasan luka maka dianggap pasien mengalami kekambuhan			

Keterangan

Pengetahuan baik : skor 21-30

Pengetahuan cukup : skor 11-20

Pengetahuan kurang : skor 1-10

Lampiran 6

Kuesioner *self stigma* (Internalized Stigma of Mental Illness)

Berikut terdapat beberapa pertanyaan, jawablah sesuai apa yang anda rasakan/ pikirkan dengan cara memberikan tanda (✓) pada kolom jawaban yang ada disebelah kanan pertanyaan.

No.	Pertanyaan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
		1	2	3	4
1.	Saya merasa terasing dari lingkungan karena menderita kusta				
2.	Menderita kusta membuat hidup saya menjadi buruk				
3.	Orang yang tidak menderita kusta tidak akan mengerti apa yang saya rasakan.				
4.	Saya malu dan dipermalukan karena menderita kusta.				
5.	Saya kecewa pada diri saya karena menderita kusta				
6.	Saya merasa minder dengan orang lain yang tidak menderita kusta.				
7.	Stereotip tentang kusta merubah perlakuan orang terhadap saya.				
8.	Masyarakat dapat mengetahui bahwa saya mengidap kusta dari penampilan atau penyakit yang tampak ditubuh saya.				
9.	Karena saya menderita kusta, saya membutuhkan pengakuan dari orang lain				
10.	Orang dengan kusta tidak dapat hidup dengan layak				
11.	Kusta membuat orang tidak bisa menikah				
12.	Saya tidak bisa berpartisipasi dalam masyarakat karena saya mend3rita kusta				
13.	Masyarakat mengucilkan saya karena kusta.				
14.	Masyarakat berpikiran saya tidak akan berhasil menjalani hidup karena kusta.				
15.	Saya ditolak dan tidak dianggap dimasyarakat karena kusta				
16.	Masyarakat sering mengasihani atau memperlakukan saya seperti anak kecil karena saya mengidap kusta.				
17.	Tidak ada orang yang tertarik mendekati diri kepada saya karena kusta				

18.	Saya sengaja tidak memberitahukan keadaan saya yang mengidap kusta karena saya tidak ingin menjadi beban orang lain.				
19.	Saya tidak bersosialisasi dimasyarakat karena kusta akan membuat saya aneh dimata orang lain.				
20.	Stereotip negatif tentang kusta membuat saya terisolasi dari lingkungan.				
21.	Saya menjauh dari lingkungan agar tidak membuat malu teman dan keluarga saya.				
22.	Berkumpul dengan orang yang tidak mengidap kusta membuat saya tidak nyaman atau minder				
23.	Saya menghindar dari masyarakat untuk menghindari penolakan				
24.	Saya merasa nyaman ketika berada di tengah masyarakat yang menderita kusta sama seperti saya..				
25.	Pada dasarnya saya bisa menjalani hidup dengan normal, saya menginginkan itu.				
26.	Saya memiliki kehidupan yang menyenangkan meskipun menderita kusta				
27.	Penderita kusta perlu bersosialisasi di masyarakat				
28..	Kusta membuat hidup saya menjadi tangguh				

Sumber : ILEP (2011)

Keterangan

self stigma tinggi : skor 56-112
self stigma rendah : skor 28-55

Lampiran 7

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

I. Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda *check* (✓) pada jawaban yang anda pilih.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Skor
A.	Dukungan Informasional 1. Apakah keluarga mengetahui penyakit kusta yang anda derita 2. Apakah keluarga mengetahui penyebab anda menderita kusta 3. Apakah keluarga mengetahui obat-obat yang harus anda minum 4. Apakah keluarga pernah menasehati anda untuk meminum obat. 5. Apakah keluarga anda tidak pernah member penjelasan tentang penyakit kusta pada anda			
B.	Dukungan instrumental 6. Apakah keluarga mengingatkan jadwal anda untuk berobat 7. Apakah keluarga mengantarkan anda berobat ke puskesmas 8. Apakah keluarga mampu menyediakan obat yang biasa anda minum			
C.	Dukungan emosional 9. Apakah anda merasakan keluarga tetap menyayangi anda walaupun dalam keadaan sakit 10. Apakah keluarga memberikan perhatian yang lebih saat anda sakit 11. Apakah keluarga anda sering meninggalkan anda sendiri 12. Apakah saat bercakap-cakap keluarga menjaga jarak lebih dari biasanya dengan anda 13. Apakah anda dihindari atau dikucilkan didalam keluarga			
D.	Dukungan penilaian (<i>support</i>) 14. Apakah keluarga selalu memberikan motivasi pada anda untuk rajin minum obat dan berobat 15. Apakah keluarga membiarkan anda untuk beraktivitas sendiri 16. Apakah keluarga memberi kesempatan anda untuk memilih sendiri fasilitas kesehatan yang anda inginkan 17. Apakah keluarga memberikan pujian apabila anda berobat secara rutin 18. Apakah selama anda sakit, anda merasa di berikan motivasi oleh keluarga untuk patuh mengikuti prosedur pengobatan			
	Skor total			

Sumber : Prayogi (2014)

Keterangan

- Dukungan keluarga baik : skor 13-18
 Dukungan keluarga cukup : skor 6-12
 Dukungan keluarga kurang : skor 0-5

Lampiran 8

**PENGAKAJIAN KELUARGA CALGARY
(Wright & Leahey, 2009)**

I. STRUKTUR

a. Internal

1. Komposisi Keluarga

No.	Nama	Jenis Kelamin	Hubungan dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

2. Siapa yang berperan sebagai pengambil keputusan di rumah ?

.....

3. Bagaimana keterikatan, keterlibatan dan komunikasi antara masing-masing anggota keluarga ?

.....

4. Apakah ada perubahan struktur yang ada didalam keluarga? Apakah perubahan bersifat menetap?

.....

5. Adakah perbedaan perlakuan pada anggota keluarga perempuan dan laki-laki?

.....

6. Adakah subgroup dalam keluarga serta bagaimana pengaruhnya?

.....

b. Eksternal

1. Apakah ada pengaruh keluarga besar ? Bila ada jelaskan.

.....

2. Apakah ada dukungan pada saat dibutuhkan ? Dengan telpon/ email/ kedekatan fisik ?

.....

3. Siapa yang diminta tolong jika ada masalah muncul dalam keluarga ?
.....
.....
4. Jenis bantuan apa yang anda minta ?
.....
.....
5. Siapa yang terlibat dalam pelayanan kesehatan keluarga ?
.....
.....
6. Apa keinginan keluarga untuk dapat memebantu keluarga ?
.....
.....
7. Bagaiman keluarga dan pembantu mendefinisikan masalah ?
.....
.....
8. Apakah ada agen professional yang datang kerumah (dari keluarga, perawat keluarga) ?
.....
.....
9. Apakah keluarga menggunakan sistem pelayanan kesehatan, siapa pengguna yang paling sering, siapa yang paling bertentangan ?
.....
.....
10. Bagaimana cara keluarga mengetahui kondisi kesehatannya ?
.....
.....
11. Apakah kelas sosial mempengaruhi keluarga terhadap keyakinan tentang perawatan kesehatan, nilai dan interaksi diantara keluarga ?
.....
.....
12. Apakah penyakit yang diderita mempengaruhi masalah finansial keluarga ?
.....
.....
13. Apakah pekerjaan memberikan dampak terhadap tingkat stress keluarga ?
.....
.....

14. Dengan siapakah keluarga menceritakan masalahnya dalam mengatasi penyakit yang dialami?

.....

15. Apakah layanan masyarakat yang ingin diikuti tetapi tidak tahu bagaimana cara menghubunginya ?

.....

16. Bagaimana tingkat kenyamanan yang dirasakan antara keluarga dengan tetangga (gunakan skala 1-10) ?

.....

II. PERKEMBANGAN

1. Tahap dan tipe perkembangan keluarga

.....

2. Bagaimana ikatan atau kasih sayang didalam keluarga?

.....

III. Fungsional

1. Bagaimana pengaruh sanksi dan norma yang berlaku terhadap penampilan peran dalam keluarga oleh anggota keluarga ?

.....

2. Bagaimana anggota keluarga dapat mengatasi masalahnya dengan perannya masing-masing ?

.....

3. Apakah ada peran konflik atau kerjasama didalam keluarga ?

.....

4. Bagaimana pendapat dan perasaan masing-masing anggota keluarga terhadap aturan yang diterapkan dalam keluarga ?

.....

-
5. Bagaimana cara masing-masing anggota keluarga menunjukkan pengaruh dan kekuasaannya ?
-
-
-
6. Siapa yang paling berpengaruh dan berkuasa dalam keluarga ?
-
-
7. Bagaimana keyakinan anggota keluarga tentang masalah kesehatan ?
-
-
-
8. Apakah ada kekhawatiran yang berhubungan dengan masalah kesehatan saat ini ? Jelaskan!
-
-
-
9. Bagaimana hubungan antaranggota keluarga dirumah misalnya ayah dengan ibu, ayah dengan anak, ibu dengan anak ?
-
-
-
10. Bagaimana hubungan antara keluarga dengan perawat atau petugas kesehatan lain ?
-
-
-
11. Apa saja hambatan yang terjadi dalam hubungan tersebut, jelaskan !
-
-
-
12. Bagaimana intensitas hubungan tersebut ?
-
-
-
13. Bagaimana keterlibatan anggota keluarga dalam membantu dan memenuhi ADL pasien atau diri sendiri?
-
-
-

Lampiran 9

PANDUAN *PSYCHOEDUCATIVE FAMILY THERAPY*

Pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga terdiri dari 5 sesi. Setiap sesi dilakukan selama ± 60 menit. Adapun urutan dari terapi ini adalah sebagai berikut :

Sesi I : Pengkajian Masalah Keluarga

Pada sesi pertama ini terapis dan keluarga bersama-sama mengidentifikasi masalah yang timbul di keluarga karena memiliki anggota keluarga yang menderita kusta. terapi ini mengikut sertakan seluruh anggota keluarga yang terpengaruh dan terlibat dalam perawatan klien terutama *caregiver*. Hal yang perlu diidentifikasi adalah makna kusta bagi keluarga dan dampaknya pada orang tua, anak, dan saudara kandung. Pengkajian dibuat terpisah antara masalah yang dirasakan oleh *caregiver* dan anggota keluarga yang lain. Pengkajian berfokus pada masalah dalam merawat klien sakit dan masalah yang muncul pada diri karena merawat klien. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan pada saat mengkaji masalah ini adalah sebagai berikut

1. Situasi bagaimana yang membuat stress pada keluarga anda?
2. Bagaimana perasaan anda mengenai ketergantungan, interaksi sosial atau respon terhadap tindakan pada anggota keluarga yang menderita kusta?
3. Seberapa besar dukungan yang anda dapatkan dari profesional kesehatan, komunitas atau keluarga besar anda?

A. Tujuan Sesi I

1. Peserta dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi keluarga
2. Peserta mengetahui tujuan program psikoedukasi keluarga
3. Peserta mendapat kesempatan untuk menyampaikan masalah yang ada selama merawat anggota keluarga yang menderita kusta)
4. Peserta dapat menyampaikan keinginan dan harapannya selama mengikuti program psikoedukasi keluarga

B. Setting

Peserta (keluarga) duduk berhadapan dengan terapis dalam posisi yang nyaman

C. Alat dan Bahan

Leaflet dan *power point*, modul dan buku kerja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi)

D. Metode

Tukar pendapat, ceramah, diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan keluarga 2 hari sebelum pelaksanaan terapi
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan

Fase Orientasi

 - a. Salam terapeutik : salam dari terapis
 - b. Memperkenalkan nama dan panggilan terapis

- c. Menanyakan nama dan panggilan peserta
 - d. Validasi:
Menanyakan bagaimana perasaan peserta dalam mengikuti program psikoedukasi keluarga saat ini
 - e. Kontrak
Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu untuk bekerjasama dan membantu keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan kusta
 - f. Terapi mengingatkan langkah-langkah setiap sesi sebagai berikut:
 - 1) Menyetujui pelaksanaan terapi selama 5 sesi.
 - 2) Lama kegiatan 45-60 menit.
 - 3) Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga yang tidak berganti.
- F. Fase Kerja
- a. Menanyakan tentang apa yang dirasakan keluarga selama ini terkait dengan penyakit kusta yang dialami salah satu anggota keluarga
 - 1) Masalah pribadi yang dirasakan oleh anggota keluarga sendiri
Masalah dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta
 - 2) Masalah dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta
 - 3) Keluarga menuliskan masalahnya pada buku kerja keluarga
 - 4) Terapis menuliskan pada buku kerja sendiri
 - b. Menanyakan perubahan yang terjadi dalam keluarga dengan adanya salah satu anggota keluarga yang menderita kusta. Setiap anggota keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan perubahan-perubahan yang dialami dalam keluarga
 - c. Menanyakan keinginan dan harapan keluarga selama mengikuti psikoedukasi keluarga
 - d. Memberikan kesempatan keluarga untuk mengajukan pertanyaan terkait dengan hasil diskusi yang sudah dilakukan
- G. Fase Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Menyimpulkan hasil diskusi sesi 1
 - 2) Menanyakan perasaan keluarga setelah selesai sesi 1
 - 3) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan kemampuan keluarga dalam menyampaikan apa yang dirasakan
 - b. Tindak Lanjut
Menganjurkan keluarga untuk menyampaikan dan mendiskusikan pada anggota keluarga yang lain tentang masalah yang dihadapi keluarga dan perubahan-perubahan yang terjadi pada keluarga dengan kusta
 - c. Kontrak
Menyetujui topik sesi 2 yaitu menyampaikan tentang kusta dan cara merawat anggota keluarga yang menderita kusta

H. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi Proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, kreatifitas keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan kegiatan secara keseluruhan

2. Dokumentasi Kemampuan

Pada dokumentasi kemampuan dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu masalah pribadi yang dirasakan anggota keluarga dan masalah yang dialami selama merawat anggota keluarga yang menderita Kusta dan perubahan-perubahan yang terjadi dalam keluarga.

Sesi II: Perawatan Klien Kusta

Sesi II ini berfokus pada edukasi mengenai masalah yang dialami oleh klien. Edukasi yang diberikan kepada keluarga terkait dengan diagnosis medis dan diagnosa keperawatan yang dialami oleh klien. Edukasi pada sesi II ini disesuaikan dengan SAK keluarga yang telah dikembangkan untuk intervensi generalis. Intervensi yang diberikan pada sesi II ini didasarkan dengan diagnosis keperawatan yang muncul pada klien

Bellack dan Muesser (1993) dalam Fortinash dan Worrer 2004 menyatakan bahwa intervensi dengan memberikan edukasi pada keluarga dapat membantu keluarga menghadapi stressor karena klien sakit yang berefek positif pada kondisi klien. Townsend (2009) menyatakan dampak positif psikoedukatif secara tidak langsung pada klien yaitu dengan memberikan informasi mengenai penyakit klien pada keluarga dan memberikan saran mengenai coping yang baik akan menurunkan kecenderungan klien untuk kambuh dan menurunkan kemungkinan pengaruh berbahaya kusta terhadap anggota keluarga yang lain.

A. Tujuan sesi II

1. Keluarga mengetahui tentang kusta yang diderita oleh klien
2. Keluarga mengetahui tentang pengertian, gejala, etiologi, prognosis, intervensi dan terapi yang dapat diberikan kepada klien kusta
3. Keluarga mengetahui cara merawat klien dengan kusta di rumah
4. Keluarga mengetahui cara mengatasi permasalahan ketika merawat klien yang menderita kusta di rumah

B. Setting

Peserta (keluarga) duduk berhadapan dengan terapis dalam posisi yang nyaman

C. Alat

Leaflet/ lembar balik dan buku kerja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi)

D. Metode

Ceramah, diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan keluarga minimal 2 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan peserta

2. Pelaksanaan

Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis
- b. Evaluasi: menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang masalah yang dialami oleh anggota keluarga yang lain
- c. Kontrak: menyepakati waktu dan lama sesi

Fase Kerja

- a. Mendiskusikan tentang kusta yang dialami oleh salah satu anggota keluarga
 - 1). Anggota keluarga menyampaikan pengalamannya selama ini
 - 2). Memberi kesempatan anggota keluarga lain untuk memberi pendapat
- b. Menyampaikan tentang konsep kusta meliputi pengertian, penyebab, tanda, prognosis intervensi dan terapi
 - 1). Anggota keluarga menyampaikan pengalaman mereka
 - 2). Memberi kesempatan kepada keluarga untuk bertanya perawatan pasien kusta yang selama ini dilakukan oleh keluarga
- c. Mendemonstrasikan cara merawat klien yang menderita kusta
 - 1). Meminta keluarga untuk mendemonstrasikan kembali salah satu cara perawatan diri anggota keluarga yang menderita kusta
 - 2). Memberi masukan terhadap hal-hal yang perlu ditingkatkan oleh keluarga
 - 3). Memberi kesempatan anggota keluarga lain untuk memperagakan cara merawat anggota keluarga yang menderita kusta

F. Fase Terminasi

- a. Evalausi
 - 1). Menanyakan perasaan keluarga setelah sesi II selesai
 - 2). Memberikan umpan balik positif atas kerja sama peserta yang baik
- b. Tindak lanjut: menganjurkan keluarga untuk menyampaikan tentang materi kusta yang telah dijelaskan kepada anggota keluarga yang lain
- c. Kontrak: menyepakati topik sesi berikutnya, waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya

G. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evalausi

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu tentang kusta yang diderita oleh anggota keluarga

Sesi III: Manajemen Stress Keluarga

Stress adalah kondisi ketidakseimbangan yang terjadi saat ada kesenjangan keinginan individu dalam lingkungan internal atau eksternalnya dengan kemampuan untuk menghadapi keinginan-keinginan tersebut (Townsen, 2009). Manajemen Stress adalah berbagai metode yang digunakan oleh seseorang untuk mengurangi tekanan dan respon maladaptif lain terhadap stress dalam hidup, termasuk latihan relaksasi, latihan fisik, musik, mental imagery atau teknik lain yang berhasil pada individu tersebut.

Sesi III adalah sesi untuk membantu mengatasi masalah masing-masing individu keluarga yang muncul karena merawat klien, stress terutama terjadi pada *care giver* yang setiap saat berinteraksi dengan klien. Pada sesi III ini terapis mengajarkan cara-cara manajemen stress pada seluruh anggota keluarga terutama *care giver*

A. Tujuan sesi III

1. Keluarga mampu berbagi pengalaman dengan anggota keluarga lain tentang stress yang dirasakan akibat salah satu anggota yang menderita kusta dalam keluarga
2. Keluarga mendapatkan informasi tentang cara mengatasi stress yang dialami akibat salah satu anggota yang menderita kusta dalam keluarga
3. Keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengatasi stres
4. Keluarga dapat mengatasi hambatan dalam mengurangi stres

B. Setting

Peserta (keluarga) duduk berhadapan dengan terapis dalam posisi yang nyaman

C. Alat

Lembar balik/ leaflet, modul dan buku kerja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi), alat bantu disesuaikan dengan teknik manajemen stres yang dipilih

D. Metode

Ceramah, diskusi, curah pendapat, role play (bermain peran) dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingatkan keluarga minimal 2 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri tempat dan peserta

2. Pelaksanaan

Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik: salam dari terapis
- b. Validasi: menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya yaitu tentang materi kusta dan cara merawat klien dirumah
- c. Kontrak: menyepakati lama waktu terapi (sesi) serta materi yang akan disampaikan

Fase Kerja

Menanyakan pada keluarga terkait stres yang mereka alami dengan adanya anggota keluarga yang menderita kusta

- a. Anggota keluarga menyampaikan pengalaman mereka
- b. Memberikan pujian/penghargaan atas kemampuan anggota keluarga menyampaikan pendapat/perasaannya
- c. Menjelaskan tentang stres yang dialami keluarga akibat salah satu anggota menderita kusta dengan menggunakan leaflet
- d. Meminta anggota keluarga mengidentifikasi tanda dan gejala serta cara mengurangi stres sesuai dengan penjelasan terapis
- e. Mendemonstrasikan cara mengurangi stres yang dialami oleh anggota keluarga
- f. Meminta anggota keluarga untuk mendemonstrasikan kembali cara mengurangi stres yang telah diajarkan

Fase Terminasi

a. Evaluasi

- 1). Menanyakan perasaan keluarga setelah sesi III selesai
- 2). Memberikan umpan balik positif atas kerjasama peserta yang baik
- b. Tindak lanjut: menagnjurkan keluarga untuk berlatih cara mengurangi stres
- c. Kontrak: menyepakati topik sesi berikutnya, waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya

F. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan
2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu cara mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta

Sesi IV: Manajemen beban Keluarga

Pada sesi IV ini terapis bersama-sama dengan seluruh anggota keluarga membicarakan mengenai masalah yang muncul karena klien sakit dan mencari pemecahan masalah bersama-sama. Pada sesi ini sangat diperlukan kontribusi dari seluruh anggota keluarga untuk memecahkan masalah yang dirasakan keluarga

A. Tujuan sesi IV

1. Keluarga mengenal beban yang dialami keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta
2. Keluarga mengetahui cara mengatasi beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta
3. Keluarga mampu menjelaskan cara mengatasi beban yang telah diajarkan oleh terapis
4. Semua anggota keluarga menyepakati acra mengatasi beban keluarga dan perannya masing-masing dalam mengatasi beban keluarga

B. Setting

Peserta (keluarga) duduk berhadapan dengan terapis dalam posisi yang nyaman

C. Alat

Lembar balik/leaflet, modul dan buku keja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi)

D. Metode

Ceramah, diskusi, curah pendapat, roleplay dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. Mengingat kembali 2 hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat, dan peserta

2. Pelaksanaan

Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik: salam dari terapis

- b. Evaluasi: menanyakan penerapan cara mengatasi stres yang sudah dilakukan keluarga di rumah sesuai dengan yang diajarkan pada sesi sebelumnya dan hasil yang dirasakan
- c. Kontrak: menyepakati kontrak waktu dan topik yang akan disampaikan yaitu tentang beban keluarga

Fase Kerja

- a. Menanyakan apa yang dirasakan anggota keluarga tentang beban objektif ataupun subyektif yang dialami keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta
- b. Menanyakan pendapat anggota keluarga tentang cara mengatasi beban yang sudah dilakukan dengan adanya anggota keluarga yang menderita kusta
- c. Menjelaskan macam-macam beban keluarga dan cara mengatasi beban yang dialami keluarga karena adanya anggota keluarga yang menderita kusta dengan menggunakan leaflet
- d. Meminta anggota keluarga untuk mengulangi menyebutkan macam-macam beban keluarga dan cara mengatasi beban yang dirasakan keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta sesuai dengan penjelasan terapis
- e. Terapis mendemonstrasikan satu cara untuk mengatasi beban yang dipilih oleh keluarga
- f. Memberi kesempatan anggota keluarga untuk mendemonstrasikan ulang
- g. Memberikan pujian atas partisipasi anggota keluarga selama pelaksanaan terapi

Fase Terminasi

a. Evaluasi

- 1). Menanyakan perasaan keluarga setelah sesi IV selesai
- 2). Memberikan umpan balik positif atas kerjasama keluarga

b. Tindak Lanjut

- 1). Mengajukan keluarga untuk menerapkan cara mengatasi beban yang telah diajarkan

c. Kontrak: menyepakati waktu, tempat dan topik pertemuan berikutnya

F. Evaluasi dan dokumentasi

1. Evaluasi Proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu cara mengatasi beban keluarga serta demonstrasi cara mengatasi beban keluarga

Sesi V Pemberdayaan Komunitas Untuk Membantu Keluarga

Pada sesi V ini mengenai pemberdayaan sumber-sumber di luar keluarga yaitu di komunitas untuk membantu permasalahan di keluarga dengan klien yang menderita kusta. Komunitas memiliki pengaruh yang besar dalam rehabilitasi dan pemulihan klien yang menderita kusta

A. Tujuan Sesi V

1. Keluarga dapat memanfaatkan sumber daya yang ada di komunitas untuk membantu keluarga
2. Keluarga mengetahui tempat pelayanan kesehatan yang ada di sekitar keluarga
3. Keluarga dapat berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang sistem rujukan, advokasi hak-hak klien dengan keterbelakangan dengan mencari dukungan untuk pembentukan *self help group*.

B. Setting

Peserta (keluarga), terapis dan tenaga kesehatan duduk berhadapan dengan posisi melingkar

C. Alat

Lembar balik/leaflet dan buku kerja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi)

D. Metoda

Ceramah, diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a. mengingatkan kembali 2 hari sebelumnya
- b. mempersiapkan diri, tempat dan peserta

2. Pelaksanaan

Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik: salam terapeutik dari terapis
- b. Evaluasi: mengevaluasi hasil keluarga dalam menerapkan cara untuk mengatasi beban pada keluarga
- c. Kontrak: menyampaikan topik pada sesi ini yaitu tentang pemberdayaan komunitas

Fase Kerja

- a. Menanyakan hambatan yang dirasakan selama merawat anggota keluarga yang menderita kusta
 - 1). Masing-masing keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan pendapat
 - 2). Memberi kesempatan pada keluarga lain untuk menanggapi
- b. Menanyakan hambatan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan selama ini
 - 1). Masing-masing keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan pendapat
 - 2). Memberi kesempatan pada keluarga lain untuk menanggapi
- c. Menjelaskan kepada keluarga bagaimana seharusnya hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan
- d. Memberi kesempatan keluarga untuk berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang sistem rujukan dan mencari dukungan untuk pembentukan *self help group*
 - 1). Masing-masing keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan pendapat
 - 2). Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya
 - 3). Memfasilitasi dialog antara keluarga dengan pihak puskesmas
 - 4). Menyimpulkan hasil diskusi

Fase Terminasi

a. Evaluasi

- 1). Menanyakan perasaan keluarga setelah sesi v selesai

- 2). Memberikan umpan balik positif atas kerjasama peserta yang baik
 - b. Tindak Lanjut
 - 1). Menganjurkan keluarga untuk tetap menerapkan apa yang telah dilakukan selama terapi
 - c. Terminasi akhir
- F. Evaluasi dan Dokumentasi
1. Evaluasi Proses
Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan
 2. Dokumentasi

Lampiran 10

LEMBAR OBSERVASI SESI I

NO.	KEGIATAN	KODE PESERTA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi										
2.	Menyebutkan situasi yang membuat stress keluarga										
3.	Mengungkapkan perasaan keluarga mengenai ketergantungan, interaksi sosial atau respon terhadap tindakan pada anggota keluarga yang menderita kusta										
4.	Mengungkapkan seberapa besar dukungan yang diberikan dari tenaga kesehatan, komunitas dan keluarga.										
5.	Keaktifan dalam diskusi										

Keterangan :

Berikan tanda silang (X) jika tidak melakukan, dan *check list* (√) jika melakukan.

LEMBAR OBSERVASI SESI II

NO.	KEGIATAN	KODE PESERTA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi										
2.	Mengungkapkan pengalaman dalam merawat anggota keluarga dengan kusta										
3.	Menyebutkan pengertian, penyebab, tanda gejala, pengobatan serta perawatan pasien kusta										
4.	Keaktifan dalam diskusi										

Keterangan :

Berikan tanda silang (X) jika tidak melakukan, dan *check list* (√) jika melakukan.

LEMBAR OBSERVASI SESI III

NO.	KEGIATAN	KODE PESERTA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi										
2.	Mengungkapkan stress yang dialami keluarga akibat anggota keluarga yang menderita kusta										
3.	Mengidentifikasi tanda dan gejala serta mengurangi stress sesuai penjelasan terapis										
4.	Keaktifan dalam diskusi										

Keterangan :

Berikan tanda silang (X) jika tidak melakukan, dan *check list* (√) jika melakukan.

LEMBAR OBSERVASI SESI II

NO.	KEGIATAN	KODE PESERTA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi										
2.	Mengungkapkan beban yang dialami keluarga akibat anggota keluarga yang menderita kusta										
3.	Menyebutkan cara mengatasi beban yang dirasakan keluarga akibat anggota keluarga yang menderita kusta										
4.	Keaktifan dalam diskusi										

Keterangan :

Berikan tanda silang (X) jika tidak melakukan, dan *check list* (√) jika melakukan.

LEMBAR OBSERVASI SESI II

NO.	KEGIATAN	KODE PESERTA									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Hadir dalam kegiatan psikoedukasi										
2.	Mengungkapkan hambatan yang dirasakan keluarga selama merawat anggota keluarga yang menderita kusta										
3.	Menyebutkan sistem rujukan dan pencarian pelayanan kesehatan di komunitas										
4.	Keaktifan dalam diskusi										

Keterangan :

Berikan tanda silang (X) jika tidak melakukan, dan *check list* (√) jika melakukan.

Lampiran 11

**SATUAN ACARA KEGIATAN
PSIKOEDUKASI KELUARGA SESI 1**

- I. Pokok Bahasan : Pengkajian Masalah Keluarga Pasien Kusta
 II. Sasaran : Keluarga Pasien Kusta
 III. Waktu : 60 menit
 IV. Tempat : PKM Balerejo
 V. Tujuan :
1. Peserta dapat menyetujui kontrak program psikoedukasi keluarga
 2. Peserta mengetahui tujuan program psikoedukasi keluarga
 3. Peserta mendapat kesempatan untuk menyampaikan masalah yang ada selama merawat anggota keluarga yang menderita kusta)
 4. Peserta dapat menyampaikan keinginan dan harapannya selama mengikuti program psikoedukasi keluarga
- VI. Kegiatan Psikoedukasi

Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Terapis	Kegiatan Responden	Metode dan media
Fase orientasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Salam terapeutik - Memperkenalkan nama dan panggilan terapis - Menanyakan menjelaskan nama dan panggilan peserta - Melakukan validasi perasaan peserta pada saat mengikuti psikoedukasi keluarga - Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu untuk bekerjasama dan membantu keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan kusta. - Menjelaskan sesi yang akan dilalui dalam menjalani psikoedukasi. 	Menjawab salam, mendengarkan, memperkenalkan diri	Ceramah
Fase kerja	40 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian masalah keluarga pasien kusta. 	Menjawab apa yang ditanyakan oleh terapis	Ceramah dan diskusi, lembar observasi
Fase terminasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi, tindak lanjut dan kontrak untuk sesi 2. 	Memperhatikan dan mendengarkan	Ceramah

VII. Materi dan modul (terlampir).

VIII. Evaluasi dan dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu masalah pribadi yang dirasakan anggota keluarga dan masalah yang dialami selama merawat anggota keluarga yang menderita kusta dan perubahan yang terjadi dalam keluarga.

SATUAN ACARA KEGIATAN PSIKOEDUKASI KELUARGA SESI 2

- I. Pokok Bahasan : Perawatan Pada Pasien Kusta
 II. Sasaran : Keluarga Pasien Kusta
 III. Waktu : 60 menit
 IV. Tempat : PKM Balerejo
 V. Tujuan :
1. Keluarga mengetahui tentang kusta yang diderita oleh klien
 2. Keluarga mengetahui tentang pengertian, gejala, etiologi, prognosis, intervensi dan terapi yang dapat diberikan kepada klien kusta
 3. Keluarga mengetahui cara merawat klien dengan kusta di rumah
 4. Keluarga mengetahui cara mengatasi permasalahan ketika merawat klien yang menderita kusta dirumah
- VI. Kegiatan Psikoedukasi

Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Terapis	Kegiatan Responden	Metode dan media
Fase orientasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Salam terapeutik - Validasi dengan menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang masalah yang dialami oleh anggota keluarga yang lain - Kontrak: menyepakati lama waktu dan serta materi yang akan diampaikan 	Menjawab salam, mendengarkan, menjawab pertanyaan yang diajukan terapis	Ceramah
Fase kerja	40 menit	Menjelaskan : <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian kusta - Penyebab kusta - Tanda dan gejala yang ditimbulkan kusta - Penularan kusta - Pengobatan kusta - Perawatan pada pasien kusta 	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah, leaflet
Fase terminasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi, tindak lanjut dan kontrak 	Memperhatikan dan mendengarkan	Ceramah, diskusi

		untuk sesi 3.		
--	--	---------------	--	--

VII. Materi dan modul (terlampir).

VIII. Evaluasi dan dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu pengetahuan keluarga dan cara merawat anggota keluarga dengan kusta .

SATUAN ACARA KEGIATAN PSIKOEDUKASI KELUARGA SESI 3

- I. Pokok Bahasan : Manajemen stress keluarga dengan kusta
 II. Sasaran : Keluarga Pasien Kusta
 III. Waktu : 60 menit
 IV. Tempat : PKM Balerejo
 V. Tujuan :
1. Keluarga mampu berbagi pengalaman dengan anggota keluarga lain tentang stress yang dirasakan akibat salah satu anggota yang menderita kusta dalam keluarga
 2. Keluarga mendapatkan informasi tentang cara mengatasi stress yang dialami akibat salah satu anggota yang menderita kusta dalam keluarga
 3. Keluarga mampu mendemonstrasikan cara mengatasi stress
 4. Keluarga dapat mengatasi hambatan dalam mengurangi stres
- VI. Kegiatan Psikoedukasi

Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Terapis	Kegiatan Responden	Metode dan media
Fase orientasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Salam terapeutik - Validasi dengan menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang masalah yang dialami oleh anggota keluarga yang lain - Kontrak: menyepakati lama waktu sertamateri yang akan disampaikan. 	Menjawab salam, mendengarkan, menjawab pertanyaan yang diajukan terapis	Ceramah
Fase kerja	40 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan kepada keluarga terkait stress yang dialami dengan adanya anggota keluarga yang menderita kusta. 	Menjawab pertanyaan yang diajukan terapis	Ceramah, Diskusi, lembar observasi
Fase terminasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi, tindak lanjut dan kontrak untuk sesi 4. 	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah

VII. Materi dan modul (terlampir).

VIII. Evaluasi dan dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu cara mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta

SATUAN ACARA KEGIATAN PSIKOEDUKASI KELUARGA SESI 4

- I. Pokok Bahasan : Manajemen beban keluarga dengan kusta
 II. Sasaran : Keluarga Pasien Kusta
 III. Waktu : 60 menit
 IV. Tempat : PKM Balerejo
 V. Tujuan :
1. Keluarga mengenal beban yang dialami keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta
 2. Keluarga mengetahui cara mengatasi beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta
 3. Keluarga mampu menjelaskan cara mengatasi beban yang telah diajarkan oleh terapis
 4. Semua anggota keluarga menyepakati acra mengatasi beban keluarga dan perannya masing-masing dalam mengatasi beban keluarga.

VI. Kegiatan Psikoedukasi

Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Terapis	Kegiatan Responden	Metode dan media
Fase orientasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Salam terapeutik - Validasi dengan menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang masalah yang dialami oleh anggota keluarga yang lain - Kontrak: menyepakati lama waktu serta materi yang akan disampaikan. 	Menjawab salam, mendengarkan, menjawab pertanyaan yang diajukan terapis	Ceramah
Fase kerja	40 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian terhadap beban keluarga dengan anggota keluarga yang terkena kusta. 	Menjawab pertanyaan yang diajukan terapis	Ceramah dan diskusi, lembar observasi
Fase terminasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi, tindak lanjut dan kontrak untuk sesi 5. 	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah diskusi

VII. Materi dan modul (terlampir).

VIII. Evaluasi dan dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga yaitu cara mengatasi beban keluarga serta demonstrasi cara mengatasi beban keluarga.

SATUAN ACARA KEGIATAN PSIKOEDUKASI KELUARGA SESI 5

- I. Pokok Bahasan : Pemberdayaan komunitas untuk membantu keluarga
- II. Sasaran : Keluarga Pasien Kusta
- III. Waktu : 60 menit
- IV. Tempat : PKM Balerejo
- V. Tujuan :
1. Keluarga dapat memanfaatkan sumber daya yang ada di komunitas untuk membantu keluarga
 2. Keluarga mengetahui tempat pelayanan kesehatan yang ada di sekitar keluarga
 3. Keluarga dapat berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang sistem rujukan, advokasi hak-hak klien dengan keterbelakangan dengan mencari dukungan untuk pembentukan *self help group*.
- VI. Kegiatan Psikoedukasi

Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Terapis	Kegiatan Responden	Metode dan media
Fase orientasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Salam terapeutik - Validasi dengan menanyakan perasaan keluarga hari ini dan menanyakan apakah keluarga mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya. - Kontrak: menyepakati lama waktu serta materi yang akan disampaikan. 	Menjawab salam, mendengarkan, menjawab pertanyaan yang diajkan terapis	Ceramah
Fase kerja	40 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian terhadap pemanfaatan sumber daya yang ada di komunitas. 	Menjawab pertanyaan yang dijukan terapis, mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah, diskusi, lembar observasi
Fase terminasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi, dan menganjurkan keluarga untuk tetap menerapkan apa yang sdah dilakukan selama terapi. 	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah, diskusi

VII. Materi dan modul (terlampir)

VIII. Evaluasi dan dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi ketepatan waktu pelaksanaan terapi khususnya tahap kerja, keaktifan keluarga, keterlibatan keluarga dan proses pelaksanaan secara keseluruhan

2. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh keluarga.

KUSTA



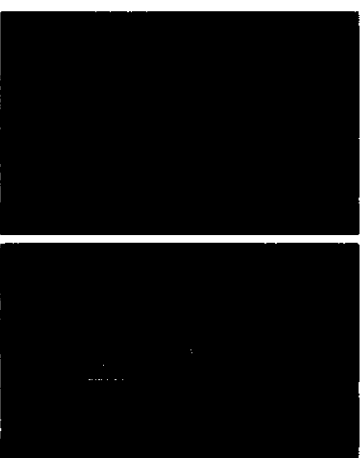
PENULAPAN PENYAKIT

KUSTA

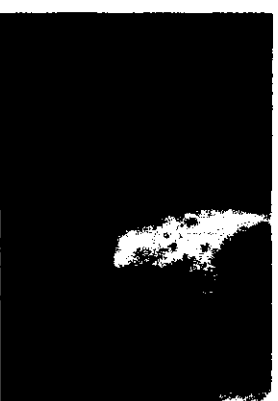
- Sentuhan kulit terutama saat mengalami lesi atau luka
- Melalui bersin atau lendir hidung
- Kontak langsung yang erat dan lama dengan penderita

TANDA-TANDA

- Ⓞ Terdapat bercak putih dikulir seperti panu atau kemerahan
- Ⓞ Tidak gatal, tidak sakit, kurang atau hilang rasa
- Ⓞ Warna kemerah-merahan setempat atau tersebar
- Ⓞ Adanya bintil-bintil kemerahan yang tersebar
- Ⓞ Wajah muncul benjolan-benjolan dan terasa tegang
- Ⓞ Jika mengenai saluran nafas menimbulkan suara paru



BISA DIobati ?



- ↳ Penyakit kusta dapat diobati dan ada obatnya
- ↳ Obat penyakit kusta bisa didapat di puskesmas secara gratis
- ↳ Dapat sembuh jika mengikuti pengobatan teratur 6-12 bulan

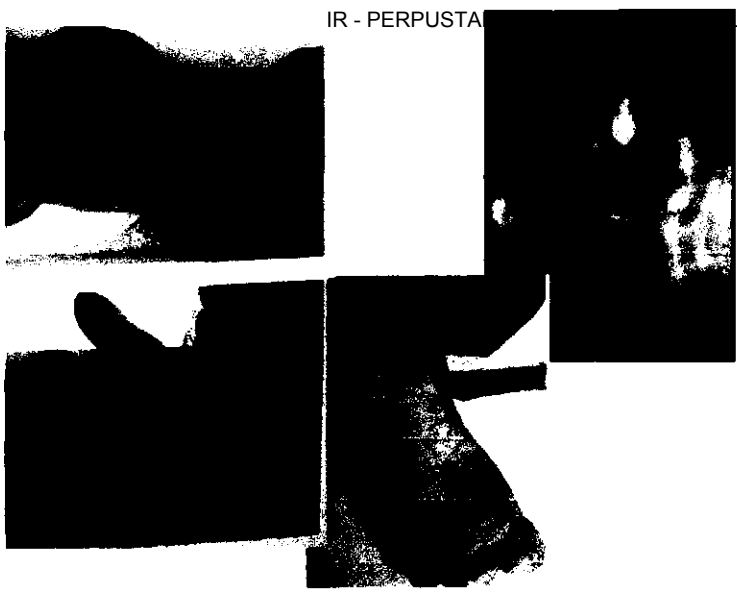
APAKAH KUSTA

ITU ?

Kusta adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman kusta yang menyerang syaraf tepi dengan tanda dikulit. 6 dari 7 kasus kusta tidak menular pada orang lain

KUSTA JIKA TIDAK DIANAGANI/ DIOBATI

- Pada mata terjadi kebutaan
- Pada tangan dan kaki terjadi mati rasa pada telapak, jari-jari putus, memendek, kiting.



puskesmas jika menemukan tanda-tanda kusta

- Meningkatkan kebersihan lingkungan
- Menjalkan Pola Hidup Bersih dan Sehat, konsumsi makanan gizi seimbang dan menjaga kesehatan diri
- Segera lakukan pengobatan teratur agar cepat sembuh

BILA MENEMUI PENDEBITA KUSTA

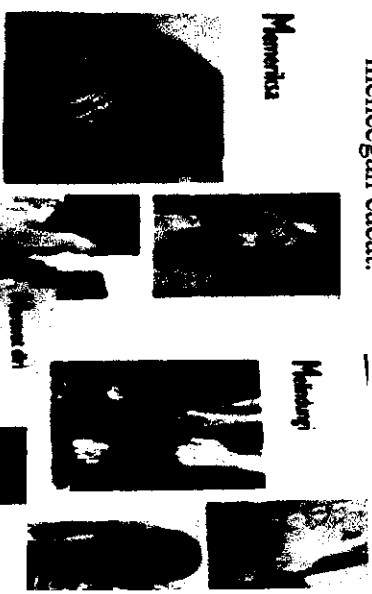
- 📌 Jangan dijaui ataupun dikucilkan
- 📌 Segera ajak ke puskesmas untuk melakukan pemeriksaan
- 📌 Berikan dorongan dan semangat dan dorongan untuk sembuh
- 📌 Perhatikan pola hidup dan lingkungan yang bersih dan sehat agar penyembuhan lebih cepat

PEDAWAITAN PASIEN KUSTA

- 🕒 Lakukan pemeriksaan adanya luka pada bagian tubuh yang rentan terhadap kecacatan (mata, kaki dan tangan).
- 🕒 Hindari aktivitas yang terlalu berat karena dapat menimbulkan reaksi kusta
- 🕒 Lakukan pemeriksaan adanya luka pada bagian tubuh yang rentan terhadap kecacatan (mata, kaki dan tangan).
- 🕒 Lindungi bagian tubuh dengan menggunakan sarung tangan, kaca mata dan sandal untuk meminimalisasi terjadinya luka.
- 🕒 Lakukan perawatan diri pada bagian tubuh yang mengalami penebalan untuk mencegah cacat.

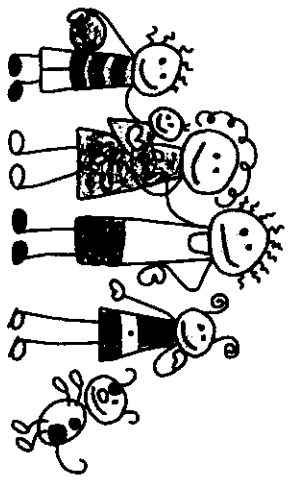
Memeriksa

Melindungi



- 🕒 Hindari aktivitas yang terlalu berat

Perilaku Keluarga Tidak Efektif



Apakah coping keluarga tidak efektif itu ?

Perilaku keluarga yang membuat individu kurang mencapai kemampuan yang optimal dalam melaksanakan tugas-tugas utamanya.



- Keluarga menjadi cemas
- Menghindari masalah yang dihadapi oleh pasien

- Tidak membantu atau kurang memberikan dukungan penyembuhan penyakit pasien

- Tidak menghargai kebutuhan klien
- Menunjukkan sikap bermusuhan
- Menunjukkan perilaku kurang mendukung

- Keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh keluarga mengganggu ekonomi atau kesejahteraan social

- Mengabaikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit

- Pengabaian hubungan dengan anggota keluarga yang lain.

- Menunjukkan penolakan

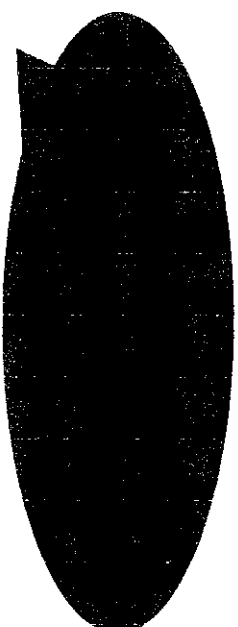
Apakah yang seharusnya dilakukan oleh keluarga ?

- Keluarga mengenal masalah yang terjadi didalam keluarga : isi masalah, waktu terjadinya masalah, frekuensi masalah, sumber masalah dan perasaan yang dirasakan anggota keluarga dengan adanya masalah.

- Keluarga mengidentifikasi cara menyelesaikan masalah yang sudah dilakukan.

- Keluarga memilih alternative pemecahan masalah secara sehat

manajemen konflik, komunikasi terbuka dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga.



Hal-hal yang seharusnya dipahami oleh keluarga

- Keluarga memegang peranan penting dalam membantu proses kesembuhan pasien
- Keluarga menjadi pendukung utama tercapainya kemampuan optimal bagi individu dalam mengembangkan potensi dirinya
- Sebaiknya mengadakan pertemuan keluarga secara rutin untuk membahas masalah bersama
- Keluarga yang harmonis menjadi faktor penting dalam menciptakan kesehatan jiwa anggotanya
- Diskusikan dengan seluruh anggota keluarga
- Mencari orang yang dianggap mampu membantu menyelesaikan masalah tersebut misal diskusi dengan seseorang keluarga yang lebih bijaksana, berbicara dengan orang yang punya pengalaman yang sama
- Jika terkait dengan masalah kesehatan bisa menghubungi petugas kesehatan yang memahami benar permasalahan dalam keluarga.

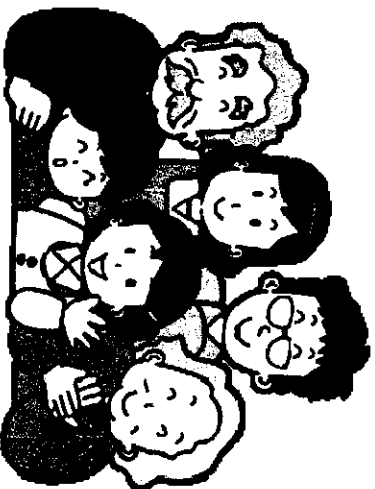
Pemberdayaan

Keluarga Mengatasi

Hambatan dalam

Merawat Pasien

Kusta



Pemberdayaan keluarga adalah keluarga mampu menggunakan potensi atau sumber-sumber yang ada dalam keluarga untuk meningkatkan fungsi keluarga

Hambatan adalah

sesuatu keadaan yang

membuat tidak berjalan

lancarnya suatu

kegiatan

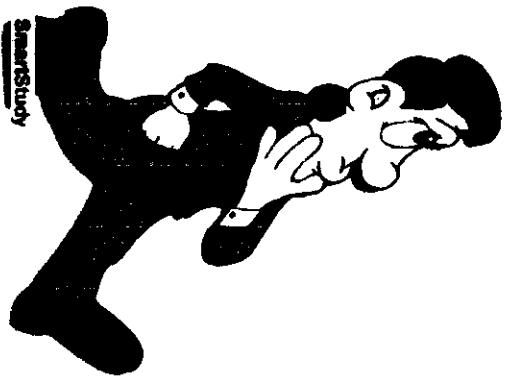
Penyebab pemberdayaan keluarga tidak efektif dan munculnya hambatan

- ✎ Tidak ada komunikasi dalam keluarga.
- ✎ Kurangnya rasa tanggung jawab dalam keluarga.
- ✎ Kurangnya rasa kebersamaan dalam keluarga
- ✎ Merasa terbebani dengan adanya anggota keluarga yang sakit.

CARA MENGATASINYA

- ✎ Berbagi peran dalam keluarga
- ✎ Membuat jadwal kegiatan keluarga untuk bersama-sama merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

**CARA MENGATASI
BEBAN AKIBAT
ANGGOTA KELUARGA
SAKIT KUSTA**



BEBAN ?????

Suatu keadaan yang
membuat seseorang merasa
tertekan

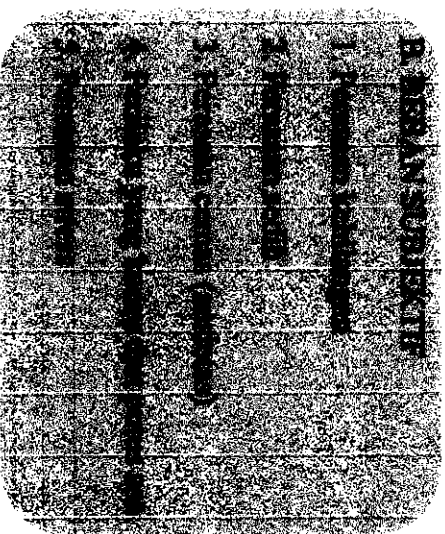
JENIS BEBAN

- a. Dapat dilihat (beban objektif)
- b. Dapat dirasakan (beban subjektif)

**TANDA-TANDA
TERJADI BEBAN**

A. BEBAN OBJEKTIF

- 1. Mempunyai waktu yang terbatas
- 2. Hubungan keluarga yang tidak harmonis
- 3. Kesulitan keuangan
- 4. Kesehatan fisik menjadi terganggu



CARA MENANGTANI BEBAN

Beban Objektif

- ↓ Berbagi tugas untuk merawat
- ↓ Berbagi tugas untuk mencari informasi merawat
- ↓ Berbagi tugas dalam melakukan follow up atau membawa cek up

PENYEBAB

- Adanya anggota keluarga yang sakit
 - Lama masa perawatan sehingga membutuhkan biaya yang banyak
 - Banyaknya waktu yang digunakan untuk merawat anggota yang sakit
 - Merasa sendiri/ tidak ada yang membantu dalam merawat
- Beban Subjektif
- ⊗ Komunikasi terbuka dalam keluarga
 - ⊗ Bermusyawarah apabila mengalami suatu habatan
 - ⊗ Bekerjasama dengan anggota keluarga yang lain dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Lampiran 13

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Hasil valididitas pengetahuan

Pertanyaan	Korelasi	Pertanyaan	Korelasi
pertanyaan 1	0.685	pertanyaan 6	0.69
pertanyaan 2	0.679	pertanyaan 7	0.735
pertanyaan 3	0.723	pertanyaan 8	0.833
pertanyaan 4	0.819	pertanyaan 9	0.7
pertanyaan 5	0.673	pertanyaan 10	0.735

Hasil reliabilitas pengetahuan

Cronbach's Alpha	N of Items
.893	10

Hasil validitas dukungan keluarga

Pertanyaan	Korelasi	Pertanyaan	Korelasi	Pertanyaan	Korelasi
pertanyaan 1	0.756	pertanyaan 7	0.756	pertanyaan 13	0.809
pertanyaan 2	0.709	pertanyaan 8	0.656	pertanyaan 14	0.873
pertanyaan 3	0.756	pertanyaan 9	0.752	pertanyaan 15	0.722
pertanyaan 4	0.784	pertanyaan 10	0.687	pertanyaan 16	0.72
pertanyaan 5	0.784	pertanyaan 11	0.654	pertanyaan 17	0.752
pertanyaan 6	0.752	pertanyaan 12	0.756	pertanyaan 18	0.687

Hasil reliabilitas dukungan keluarga

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	18

Hasil validitas stigma

pertanyaan 1	Pearson Correlation	.701*	pertanyaan 11	Pearson Correlation	.706*	pertanyaan 21	Pearson Correlation	.808**
pertanyaan 2	Pearson Correlation	.750*	pertanyaan 12	Pearson Correlation	.843**	pertanyaan 22	Pearson Correlation	.725*
pertanyaan 3	Pearson Correlation	.818**	pertanyaan 13	Pearson Correlation	.632	pertanyaan 23	Pearson Correlation	.707*
pertanyaan 4	Pearson Correlation	.646*	pertanyaan 14	Pearson Correlation	.697*	pertanyaan 24	Pearson Correlation	.700*
pertanyaan 5	Pearson Correlation	.757*	pertanyaan 15	Pearson Correlation	.624	pertanyaan 25	Pearson Correlation	.646*
pertanyaan 6	Pearson Correlation	.870**	pertanyaan 16	Pearson Correlation	.808**	pertanyaan 26	Pearson Correlation	.633*
pertanyaan 7	Pearson Correlation	.679*	pertanyaan 17	Pearson Correlation	.705*	pertanyaan 27	Pearson Correlation	.669*
pertanyaan 8	Pearson Correlation	.605	pertanyaan 18	Pearson Correlation	.692*	pertanyaan 28	Pearson Correlation	.738*
pertanyaan 9	Pearson Correlation	.858**	pertanyaan 19	Pearson Correlation	.780**			
pertanyaan 10	Pearson Correlation	.621	pertanyaan 20	Pearson Correlation	.639*			

Hasil reliabilitas stigma

Cronbach's Alpha	N of Items
.964	28

Lampiran 14

DATA RESPONDEN

PERLAKUAN

No resp	Jns Kel	stts prkwinan	stts klrg	Pkrjaan resp	Usia	Pndidikn	Penghasilan
1	L	kawin	suami	tidak bekerja	50	SD	500000 < 1 juta
2	P	janda	istri	IRT	45	SD	0 < 1 juta
3	P	kawin	istri	tidak bekerja	41	SD	500000 < 1 juta
4	L	kawin	suami	tidak bekerja	53	SD	300000 < 1 juta
5	P	janda	istri	tidak bekerja	48	SD	450000 < 1 juta
6	P	kawin	istri	tidak bekerja	51	SMP	500000 < 1 juta
7	P	janda	istri	tidak bekerja	49	SMP	500000 < 1 juta
8	L	kawin	suami	tani	42	SMA	1000000 1-2 juta
9	P	kawin	istri	buruh tani	44	SMP	500000 < 1 juta
10	L	kawin	suami	tani	40	SMA	1000000 1-2 juta
11	L	duda	suami	tani	61	SMP	1100000 1-2 juta
12	L	kawin	suami	tidak bekerja	60	SD	300000 < 1 juta
13	L	kawin	suami	tidak bekerja	65	SD	500000 < 1 juta
14	P	kawin	istri	tidak bekerja	30	SMA	0 < 1 juta
15	L	kawin	suami	tukang	60	SD	850000 < 1 juta
16	L	kawin	suami	tukang	30	SD	900000 < 1 juta
17	P	janda	istri	IRT	42	SMP	0 < 1 juta
18	P	kawin	istri	IRT	54	SD	0 < 1 juta
19	P	kawin	istri	buruh tani	44	SD	400000 < 1 juta
20	L	kawin	suami	tani	54	SD	700000 < 1 juta
21	L	kawin	istri	tani	45	SD	800000 < 1 juta
22	P	kawin	istri	tidak bekerja	38	SD	300000 < 1 juta
23	L	kawin	suami	tidak bekerja	49	SD	0 < 1 juta
24	L	kawin	suami	tidak bekerja	60	SMP	0 < 1 juta
25	P	kawin	istri	tidak bekerja	50	SD	0 < 1 juta
26	L	duda	suami	swasta	57	SD	700000 < 1 juta
27	L	kawin	suami	tani	41	SD	600000 < 1 juta
28	L	kawin	suami	tani	42	SMA	700000 < 1 juta
29	L	duda	suami	pensiunan	66	SMA	900000 < 1 juta
30	L	kawin	suami	tani	56	SMP	750000 < 1 juta

PEMBANDING

No res	Jns Kel	stts prkwinan	stts klrga	Pkrjaan res	Usia	Pnddkn	Penghasilan	
1	L	kawin	suami	tdk bekerja	61	SMP	500000	< 1 juta
2	P	kawin	istri	tdk bekerja	44	SMP	400000	< 1 juta
3	L	kawin	suami	tdk bekerja	50	SD	500000	< 1 juta
4	P	janda	istri	IRT	45	SD	0	< 1 juta
5	P	kawin	istri	IRT	41	SD	0	< 1 juta
6	L	kawin	suami	tdk bekerja	53	SD	500000	< 1 juta
7	P	janda	istri	tdk bekerja	48	SD	500000	< 1 juta
8	P	janda	istri	tdk bekerja	49	SMP	500000	< 1 juta
9	L	kawin	suami	petani	42	SMA	700000	< 1 juta
10	L	kawin	suami	tdk bekerja	32	SMA	400000	< 1 juta
11	L	kawin	suami	tdk bekerja	54	SMA	300000	< 1 juta
12	P	janda	istri	pensiun	55	SMA	900000	< 1 juta
13	P	janda	istri	IRT	48	SMA	0	< 1 juta
14	L	belum menikah	suami	tdk bekerja	30	SMP	0	< 1 juta
15	L	duda	suami	tukang	54	SMA	850000	< 1 juta
16	L	duda	suami	pensiun	54	SMA	900000	< 1 juta
17	P	kawin	istri	IRT	51	SMP	0	< 1 juta
18	P	janda	istri	IRT	48	SMA	0	< 1 juta
19	L	kawin	suami	pensiun	50	SMA	900000	< 1 juta
20	L	duda	suami	Swasta	50	SMA	700000	< 1 juta
21	L	kawin	suami	tdk bekerja	50	SMA	300000	< 1 juta
22	L	kawin	suami	bengkel	38	SMA	1000000	1-2 juta
23	L	kawin	suami	xpabrik	48	SMA	400000	< 1 juta
24	P	kawin	suami	kuli	57	SMP	600000	< 1 juta
25	L	belum menikah	anak	tani	37	SD	1200000	1-2 juta
26	L	kawin	suami	pramuniaga	53	SMA	700000	< 1 juta
27	L	kawin	suami	tdk bekerja	55	SD	500000	< 1 juta
28	P	kawin	istri	IRT	45	SMA	0	< 1 juta
29	P	janda	istri	IRT	38	SMA	0	< 1 juta
30	p	kawin	istri	IRT	51	SMP	0	< 1 juta

DATA KELUARGA RESPONDEN

PERLAKUAN

Data Keluarga Responden							
No res	Jns Kel	stts prkawinan	stts klrga	Usia	Pnddkn	Pekerjaan	Penghasilan
1	P	kawin	istri	39	SMA	IRT	0 < 1 juta
2	P	kawin	anak	24	SMA	buruh pabrik	700000 < 1 juta
3	L	kawin	suami	48	SMA	bengkel	1200000 1-2 juta
4	P	kawin	istri	42	SMA	IRT	0 < 1 juta
5	L	kawin	anak	22	SMA	tani	1000000 1-2 juta
6	L	kawin	suami	55	SMA	pensiunan	900000 < 1 juta
7	P	kawin	am	27	SMA	IRT	0 < 1 juta
8	P	kawin	istri	42	SMA	IRT	0 < 1 juta
9	P	belum menikah	anak	25	SMA	tidak bekerja	400000 < 1 juta
10	P	kawin	istri	35	SMA	IRT	0 < 1 juta
11	P	kawin	ponakan	35	SMA	swasta	900000 < 1 juta
12	P	kawin	istri	52	SMA	IRT	0 < 1 juta
13	P	kawin	istri	56	SMA	IRT	0 < 1 juta
14	P	kawin	istri	52	SMA	IRT	0 < 1 juta
15	P	kawin	istri	52	SMA	IRT	0 < 1 juta
16	P	kawin	istri	28	SMA	IRT	0 < 1 juta
17	P	belum menikah	anak	29	SMA	IRT	0 < 1 juta
18	L	kawin	suami	60	SMA	swasta	1100000 1-2 juta
19	P	belum menikah	anak	25	SMA	tidak bekerja	400000 < 1 juta
20	P	kawin	istri	46	SMA	IRT	0 < 1 juta
21	P	belum menikah	anak	22	SMA	bengkel	900000 < 1 juta
22	L	kawin	suami	50	SMA	tani	800000 < 1 juta
23	P	belum menikah	anak	22	SMA	swasta	700000 < 1 juta
24	P	kawin	istri	45	SMA	IRT	0 < 1 juta
25	L	belum menikah	anak	20	SMA	tidak bekerja	450000 < 1 juta
26	P	kawin	ponakan	24	SMA	swasta	900000 < 1 juta
27	P	kawin	anak	20	SMA	IRT	0 < 1 juta
28	P	kawin	istri	42	SMA	tidak bekerja	500000 < 1 juta
29	P	kawin	anak	38	SMA	IRT	0 < 1 juta
30	P	kawin	istri	46	SMA	IRT	0 < 1 juta

PEMBANDING

Data Keluarga Responden

1	P	kawin	istri	56	SMK	IRT	0	< 1 juta
2	P	belum menikah	anak	25	SMA	tdk bekerja	300000	< 1 juta
3	p	kawin	istri	39	SMA	IRT	0	< 1 juta
4	P	kawin	anak	24	SMA	buruh pabrik	1200000	1-2 juta
5	L	kawin	suami	48	STM	Bengkel	1000000	1-2 juta
6	P	kawin	istri	42	SMA	IRT	0	< 1 juta
7	L	kawin	istri	22	SMA	petani	800000	< 1 juta
8	P	kawin	am	27	SMA	IRT	0	< 1 juta
9	P	kawin	istri	42	SMA	IRT	0	< 1 juta
10	P	kawin	istri	28	SMA	rywn pab	1100000	1-2 juta
11	P	kawin	istri	48	SMA	buruh cuc	600000	< 1 juta
12	L	kawin	anak	31	STM	Bengkel	900000	< 1 juta
13	P	belum menikah	ponakan	24	SMA	tdk bekerja	0	< 1 juta
14	P	kawin	ibu	51	SMA	petani	1400000	1-2 juta
15	P	kawin	anak	26	SMA	IRT	0	< 1 juta
16	P	kawin	anak mantu	26	SMA	IRT	0	< 1 juta
17	P	belum menikah	anak	21	SMA	tdk bkrja	0	< 1 juta
18	P	janda	kakak	51	SMA	pensiun	1100000	1-2 juta
19	P	kawin	istri	45	SMA	IRT	0	< 1 juta
20	P	kawin	ponakan	28	SMA	IRT	0	< 1 juta
21	P	kawin	istri	45	SMP	IRT	0	< 1 juta
22	P	kawin	istri	29	SMA	buruh cuc	450000	< 1 juta
23	P	kawin	istri	45	SMA	pabrik	900000	< 1 juta
24	P	kawin	istri	42	SMA	PRT	800000	< 1 juta
25	P	kawin	kakak	42	SMA	petani	1200000	1-2 juta
26	P	kawin	anak	25	SMA	petani	1200000	1-2 juta
27	P	kawin	anak mantu	28	SMA	IRT	0	< 1 juta
28	L	kawin	suami	54	SMP	tukang	700000	< 1 juta
29	P	kawin	kakak	45	SMA	IRT	0	< 1 juta
30	L	kawin	suami	55	SMA	pensiunan	750000	< 1 juta

Lampiran 15

UJI HOMOGENITAS

Bartlett test of homogeneity of variances

Responden

data: Usia by Kelompok

Bartlett's K-squared = 1.6276, df = 1, p-value = 0.202

data: Penghasilan by Kelompok

Bartlett's K-squared = 0.0387, df = 1, p-value = 0.8441

Keluarga Responden

data: Usia by Kelompok

Bartlett's K-squared = 0.2968, df = 1, p-value = 0.5859

data: Penghasilan by Kelompok

Bartlett's K-squared = 0.7352, df = 1, p-value = 0.3912

Lampiran 16

UJI NORMALITAS

Responden Kelompok Kontrol	Responden Kelompok Perlakuan
<p>Uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk normality test</p> <p>data: Dukunga.pre W = 0.9477, p-value = 0.1464</p> <p>data: Dukungan.post W = 0.9527, p-value = 0.1993</p> <p>data: Pengetahuan.pre W = 0.9471, p-value = 0.1417</p> <p>data: Pengetahuan.post W = 0.8876, p-value = 0.004224</p> <p>data: stigma.pre W = 0.9496, p-value = 0.1652</p> <p>data: stigma.post W = 0.9317, p-value = 0.05443</p>	<p>Uji normalitas Data Responden menggunakan Shapiro-Wilk normality test</p> <p>data: Dukunga.pre W = 0.9604, p-value = 0.3171</p> <p>data: Dukungan.post W = 0.872, p-value = 0.00186</p> <p>data: Pengetahuan.pre W = 0.9312, p-value = 0.05288</p> <p>data: Pengetahuan.post W = 0.8628, p-value = 0.001163</p> <p>data: stigma.pre W = 0.9814, p-value = 0.8616</p> <p>data: stigma.post W = 0.8834, p-value = 0.00337</p>

Keluarga Responden Kelompok Kontrol	Keluarga Responden Kelompok Perlakuan
<p>Uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk normality test</p> <p>data: Dukunga.pre W = 0.8917, p-value = 0.005292</p> <p>data: Dukungan.post W = 0.8905, p-value = 0.004967</p> <p>data: Pengetahuan.pre W = 0.9625, p-value = 0.3593</p> <p>data: Pengetahuan.post W = 0.8798, p-value = 0.002784</p>	<p>Uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk normality test</p> <p>Shapiro-Wilk normality test</p> <p>data: Dukunga.pre W = 0.9333, p-value = 0.06004</p> <p>data: Dukungan.post W = 0.8806, p-value = 0.002913</p> <p>data: stigma.pre W = 0.9814, p-value = 0.7216</p> <p>data: stigma.post W = 0.8834, p-value = 0.123374</p>

Lampiran 17

UJI KESETARAAN

RESPONDEN

Test Statistics^a

	pengetahuan
Mann-Whitney U	296.500
Wilcoxon W	761.500
Z	-2.276
Asymp. Sig. (2-tailed)	.223

a. Grouping Variable: kelompok

Test Statistics^a

	dukungan_ kdrga
Mann-Whitney U	340.500
Wilcoxon W	805.500
Z	-1.639
Asymp. Sig. (2-tailed)	.101

a. Grouping Variable: kelompok

Test Statistics^a

	sigma
Mann-Whitney U	375.500
Wilcoxon W	840.500
Z	-1.103
Asymp. Sig. (2-tailed)	.270

a. Grouping Variable: kelompok

KELUARGA RESPONDEN

Test Statistics^a

	pengetahuan
Mann-Whitney U	296.500
Wilcoxon W	761.500
Z	-2.276
Asymp. Sig. (2-tailed)	.223

a. Grouping Variable: kelompok

Lampiran 18

ANALISIS STATISTIK

Responden Kelompok Kontrol	Responden Kelompok Perlakuan
<p>Dukungan keluarga (Pre-post) menggunakan Paired t-test $t = -5.5678$, $df = 29$, $p\text{-value} = 0,001632$ alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0 95 percent confidence interval: -2.825824 -1.307510 sample estimates: mean of the differences -2.066667</p> <p>Pengetahuan (pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction $V = 9.5$, $p\text{-value} = 0.001632$ alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0 <pre>> cat(gettext(domain="R-RcmdrPlugin.EZR", "Wilcoxon's signed rank test"), + "p.value = 0.00163</pre></p> <p>Self stigma (pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction $V = 103.5$, $p\text{-value} = 0.06953$ alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0 <pre>> cat(gettext(domain="R-RcmdrPlugin.EZR", "Wilcoxon's signed rank test"), + "p.value = 0.0695 + ")</pre></p>	<p>Self stigma (Pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction $V = 321.5$, $p\text{-value} = 0.000161$ alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p> <p>Pengetahuan (Pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction $V = 18$, $p\text{-value} = 0.0001123$ alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p> <p>Dukungan keluarga (Pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction $V = 39.5$, $p\text{-value} = 0.001537$ alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p>

Keluarga Responden Kelompok Kontrol	Keluarga Responden Kelompok Perlakuan
<p>Dukungan keluarga (pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction</p> <p>V = 0, p-value = 0.001254 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p>	<p>Pengetahuan (pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction</p> <p>V = 0, p-value = 0.001233 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p>
<p>Pengetahuan (pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction</p> <p>V = 1, p-value = 0.0013245 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p>	<p>Dukungan keluarga (pre-post) menggunakan Wilcoxon signed rank test with continuity correction</p> <p>V = 12, p-value = 0.001423 alternative hypothesis: true location shift is not equal to 0</p>

Analisis nilai delta *pretest posttest* pada kelompok perlakuan dan pembandingan menggunakan Man whitney test

Klien**Pengetahuan****Ranks**

	kel...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan	1	30	42.03	1261.00
	2	30	18.97	569.00
	Total	60		

Test Statistics^a

	pengetahuan
Mann-Whitney U	104.000
Wilcoxon W	569.000
Z	-5.156
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

Dukungan**Ranks**

	kel...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
duk_keluarga	1	30	17.88	536.50
	2	30	43.12	1293.50
	Total	60		

Test Statistics^a

	duk_keluarga
Mann-Whitney U	71.500
Wilcoxon W	536.500
Z	-5.614
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

Stigma**Ranks**

	kel...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
stigma	1	30	24.13	724.00
	2	30	36.87	1106.00
	Total	60		

Test Statistics^a

	stigma
Mann-Whitney U	259.000
Wilcoxon W	724.000
Z	-2.865
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004

a. Grouping Variable: kelompok

Keluarga
Pengetahuan

Ranks

	kel...	N	Mean Rank	Sum of Ranks
duk_klrga	1	30	19.52	585.50
	2	30	41.48	1244.50
	Total	60		

Test Statistics^a

	duk_klrga
Mann-Whitney U	120.500
Wilcoxon W	585.500
Z	-4.896
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: kelompok

Dukungan

Ranks

	kel.	N	Mean Rank	Sum of Ranks
pengetahuan	1	30	26.10	783.00
	2	30	34.90	1047.00
	Total	60		

Test Statistics^a

	pengetahuan
Mann-Whitney U	318.000
Wilcoxon W	783.000
Z	-1.958
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Grouping Variable: kelompok

Lampiran 19



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Surabaya, 26 Maret 2015

Nomor : 132 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
 Kepala Bakesbangpol Linmas Kabupaten Madiun
 di –
 Tempat

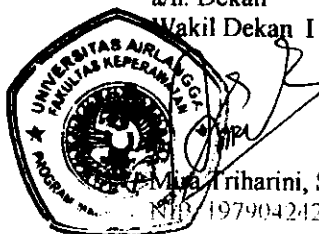
Dengan hormat,
 Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Mega Arianti Putri, S.Kep.Ns
 NIM : 131314153005
 Judul Penelitian : Pengaruh *Psychoeducative Family Therapy* terhadap stigma kusta dengan model pendekatan Calgary di Puskesmas Balerejo Kab. Madiun

Tempat : Puskesmas Balerejo Kab. Madiun

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan
 Wakil Dekan I




Mega Triharini, SKp. M.Kep
 NIM 197904242006042002

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun
2. Kepala Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun

Lampiran 20



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

No : 104-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

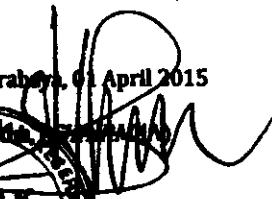

**"PENGARUH PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY
 TERHADAP STIGMA KUSTA DENGAN MODEL PENDEKATAN CALGARY
 DI PUSKESMAS BALEREJO KABUPATEN MADIUN"**

Peneliti Utama : Mega Arianti Putri, S.Kep.,Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol

Surabaya, 01 April 2015

FKM Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.
 NIP. 19400320 197703 1 002

Lampiran 21



PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS BALEREJO
Jalan Raya Madiun – Surabaya No.82 Balerejo Telp. (0351) 383798
MADIUN 63152

SURAT KETERANGANNomor : 440/ *90* / 402.102.05/ 2015

Yang bertanda tangan dibawah ini kami :

Nama : A. AGUS WIDODO, SKM, MMkes.
NIP : 19591231 198403 1 083
Jabatan : KEPALA PUSKESMAS BALEREJO
Kantor /Instansi : PUSKESMAS BALEREJO – DINAS KESEHATAN
KABUPATEN MADIUN

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa:

Nama : MEGA ARIANTI PUTRI, S.Kep.Ns
NIM : 131314153005
Jurusan/ Fakultas : Mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Judul : **Pengaruh Psychoeducative Family Therapy Terhadap Stigma Kusta dengan Model Pendekatan Calgary di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun.**
Waktu penelitian : 30 Maret s/d 4 Mei 2015

Pada hari ini tanggal 10 Mei 2015 telah selesai melaksanakan penelitian yang dimaksud sesuai dengan prosedur yang ada.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan seperlunya .

Balerejo, 10 Mei 2015

Kepala Puskesmas Balerejo


A. AGUS WIDODO, S KM, M MKes
NIP. 19591231 198403 1 083

Lampiran 22



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

Surabaya, 25 Februari 2015

Nomor : 70 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
 Lampiran :
 Perihal : **Undangan Sidang Proposal Tesis**

Kepada Yth.:

1. Dr. Budi Utomo, dr.MS	(Ketua Penguji)
2. Harmayetty, S.Kp.M.Kes	(Penguji 1)
3. Prof.Dr.Indropo Agusni, dr.Sp.KK(K)	(Penguji 2)
4. Dr.Ah. Yusuf, S.Kp.M.Kes	(Penguji 3)
5. Dr.Joni Haryanto, S.Kp. M.Si	(Penguji 4)

Dengan hormat,
 Sehubungan dengan selesainya penulisan proposal penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan VI Tahun Akademik 2014/2015

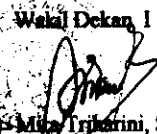
Nama : Mega Arianti Putri, S.Kep.Ns
 NIM : 131314153005
 Judul Proposal : Pengaruh *psychoeducative family therapy* terhadap stigma kusta dengan model pendekatan Calgary di Puskesmas balerejo Kab. Madiun.

Pembimbing Ketua : Dr. Budi Utomo, dr.MS
 Pembimbing : Harmayetty, S.Kp.M.Kes

Maka dengan ini mengundang Saudara untuk menjadi panitia penilai proposal tesis tersebut yang akan diselenggarakan :

Hari/ Tanggal : Rabu, 4 Maret 2015
 Waktu : 09.00 WIB
 Tempat : Fakultas Keperawatan
 Ruang : R.Rapim

Demikian atas perhatiannya kami sampaikan terimakasih

Wakil Dekan I

 Mita Triharini, SKp. M.Kep
 NIP. 197904242006042002

Lampiran 23



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp (031)5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax (031)5913257, 5913752
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Surabaya, 10 Juli 2015

Nomor : 206 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
 Lampiran : -
 Hal : Undangan Ujian Tesis

Kepada Yth.:

1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp.M.Kes	(Ketua Penguji)
2. Dr. Budi Utomo, dr.M.Kes	(Penguji 1)
3. Harmayetty, S.Kp.M.Kes	(Penguji 2)
4. Dr. Joni Haryanto, S.Kp.M.Si	(Penguji 3)
5. Djohar Nuswantoro, dr.MPH	(Penguji 4)

Dengan hormat,
 Sehubungan dengan selesainya penulisan tesis mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan
 Fakultas Keperawatan angkatan VI Tahun Akademik 2014/2015

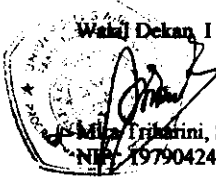
Nama : Mega Arianti Putri, S.Kep.Ns
 NIM : 131314153005
 Judul Tesis : Pengaruh *psyhoeducative family therapy* terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma kusta dgn model pendekatan calgary di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun

Pembimbing Ketua : Dr. Budi Utomo, dr.M.Kes
 Anggota : Harmayetty, S.Kp.M.Kes

Maka dengan ini mengundang Saudara untuk menjadi panitia penilai tesis tersebut yang akan diselenggarakan :

Hari/ Tanggal : Senin, 3 Agustus 2015
 Waktu : 10.00 – 12.00 WIB
 Tempat : Fakultas Keperawatan Unair
 Ruang : R. Rapat Pimpinan

Demikian atas perhatiannya kami sampaikan terimakasih.

Wakil Dekan I

 Mega Triharini, SKp. M.Kep
 NIP. 197904242006042002

