



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA
TERHADAP DUKUNGAN PSIKOSOSIAL KELUARGA
PADA ANGGOTA KELUARGA DENGAN PENYAKIT KUSTA
DI KABUPATEN PEKALONGAN**

TESIS

DESI ARIYANA RAHAYU

0906504631

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA
TERHADAP DUKUNGAN PSIKOSOSIAL KELUARGA
PADA ANGGOTA KELUARGA DENGAN PENYAKIT KUSTA
DI KABUPATEN PEKALONGAN**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar

Magister Ilmu Keperawatan

DESI ARIYANA RAHAYU

0906504631

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI, 2011**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Desi Ariyana Rahayu
NPM : 0906504631
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul “Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Dukungan Psikoedukasi Keluarga pada Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta di Kabupaten Pekalongan” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif in Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2011

Yang menyatakan,

Desi Ariyana Rahayu

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allahu Robbi atas segala rahmat serta hidayah-Nya sehingga tesis dengan judul : **“Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga pada Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta di Kabupaten Pekalongan”** dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN., sebagai Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N.,D.N.Sc, selaku pembimbing I tesis yang senantiasa meluangkan waktu dalam membimbing penulis dengan sangat sabar dan cermat, membuka pola pikir penulis, serta memberikan masukan dan arahan untuk perbaikan serta memotivasi dalam penyelesaian tesis ini
4. Dr. Luknis Sabri, M.Kes., selaku pembimbing II tesis, yang dengan kesabaran memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan tesis ini.
5. Badan Perencanaan Pengembangan Daerah dan Penanaman Modal (BAPPEDA PM) Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan izin bagi penulis untuk melakukan penelitian di Kabupaten Pekalongan.
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan yang telah memberi izin bagi penulis untuk mengumpulkan data dan melakukan intervensi keperawatan di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Pekalongan.
7. Kepala Puskesmas Buaran dan Tirto 1 beserta staf yang telah banyak membantu dalam pengurusan perizinan dan pelaksanaan penelitian.
8. Seluruh responden, keluarga dengan penderita kusta di Kabupaten Pekalongan yang dengan tulus bersedia terlibat dalam penelitian ini.

9. Kedua orangtua penulis yang dengan kesabaran dan untaian doa selalu memberikan dukungan dalam menyelesaikan proses belajar ini.
10. Suamiku terkasih, Muhamad Khoirul Umam, yang selalu memberikan dukungan dan untaian doa sehingga penulis bisa melalui proses ini dengan tetap menjaga calon amanah Allah yang dipercayakan kepada penulis.
11. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian proposal tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian proposal tesis ini.

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Alloh SWT. Akhirnya penulis mengharapkan tesis ini dapat berguna untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2011

Penulis

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2011
Desi Ariyana Rahayu

Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta di Kabupaten Pekalongan.

xiv + 117 hal + 16 tabel + 4 skema + 11 lampiran

ABSTRAK

Kusta merupakan suatu penyakit yang mendatangkan stigma sehingga menimbulkan masalah psikososial bagi penderita kusta, keluarga maupun masyarakat. Keluarga sebagai *support system* diharapkan mampu memberikan dukungan psikososial bagi penderita kusta sehingga masalah psikososial yang muncul dapat teratasi. Psikoedukasi keluarga merupakan suatu strategi yang dapat diterapkan untuk membantu keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada penderita kusta. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Jenis penelitian kuasi eksperimen pre-post test dengan kelompok kontrol, menggunakan 42 sampel (intervensi dan kontrol). Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan signifikan dukungan psikososial keluarga sebelum dan setelah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi. Psikoedukasi keluarga dapat dikembangkan ke arah pembentukan *self help group* bagi keluarga dan penderita.

Kata kunci: psikoedukasi keluarga, kusta, dukungan psikososial.
Daftar Pustaka: 66 (1991-2010)

**POST GRADUATE PROGRAM
NURSING FACULTY – UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, June 2011
Desi Ariyana Rahayu

The effect of family psychoeducation to family psychosocial support in family members suffering from leprosy in Pekalongan Regency

xiv + 117 pages + 16 tables + 4 schemes + 11 attachments

ABSTRACT

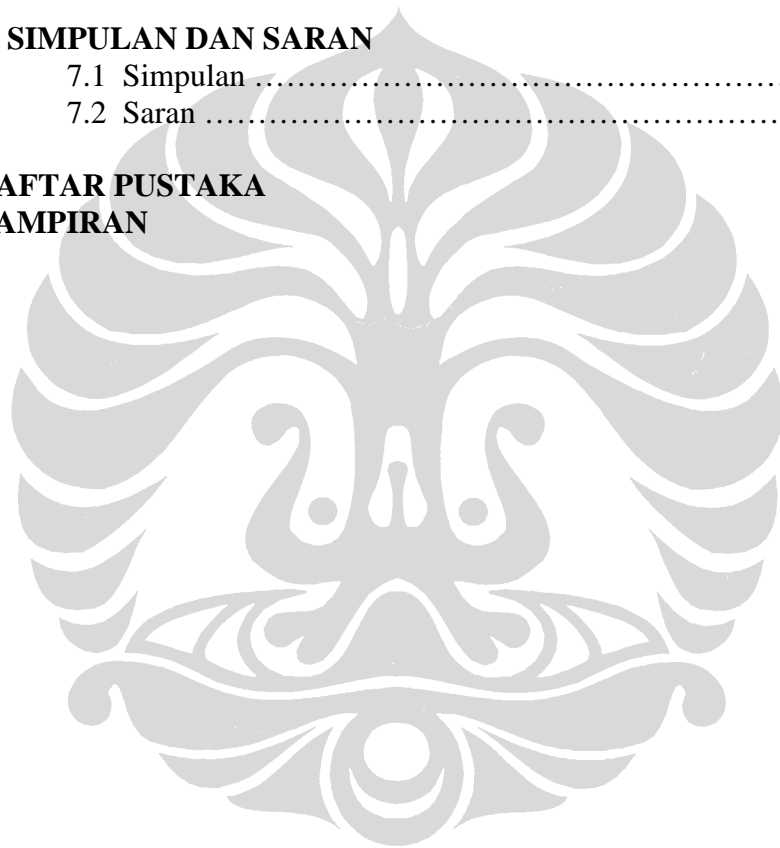
Leprosy is a disease that brings stigma that cause psychosocial problems for the clients, their families and communities. Family as a support system is expected to provide psychosocial support for people with leprosy so that psychosocial problems can be resolved. Family psychoeducation is a strategy that can be applied to assist families in providing psychosocial support to people with leprosy. This study aimed to identify the effect of family psychoeducation to family psychosocial support in family members suffering from leprosy. The study used quasi experimental, pre-post test with control group design, using 42 samples (intervention and control). Results showed that there was a significant difference between family psychosocial support before and after provision of family psychoeducation in the intervention group. Family psychoeducation can be developed toward the establishment of self help group for the families and clients.

Keywords: family psychoeducation, leprosy, psychosocial support
Bibliography: 66 (1991-2010)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1: PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	13
1.3 Tujuan	14
1.4 Manfaat Penelitian	15
2: TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Kusta	17
2.2 Penderita Kusta dalam Lingkungan Keluarga	26
2.3 Konsep Terapi Keluarga	37
2.4 Peran Perawat Jiwa dalam Keluarga	43
2.5 Psikoedukasi Keluarga	45
2.6 Kerangka Teori	50
3: KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	52
3.2 Hipotesis Penelitian	53
3.3 Definisi Operasional	54
4: METODOLOGI	
4.1 Desain Penelitian	56
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	58
4.3 Waktu Penelitian	60
4.4 Tempat Penelitian	61
4.5 Etika Penelitian	61
4.6 Uji Instrumen	65
4.7 Prosedur Pelaksanaan Penelitian	66
4.8 Pengolahan dan Analisis Data	70

5: HASIL PENELITIAN	74
5.1 Karakteristik Keluarga	80
5.2 Dukungan Psikososial Keluarga	85
5.3 Pengaruh Karakteristik dengan Dukungan Psikososial	92
6: PEMBAHASAN	113
6.1 Bahasan Hasil Penelitian	114
6.2 Keterbatasan Penelitian	
6.3 Implikasi Hasil Penelitian	116
7: SIMPULAN DAN SARAN	117
7.1 Simpulan	
7.2 Saran	
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

World Health Organization (WHO) menyebutkan dalam laporan global mengenai penyakit tropis terabaikan, bahwa terdapat 17 penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases*) yang membutuhkan perhatian dunia. Penyakit tropis terabaikan adalah sekumpulan penyakit menular yang seringkali diderita oleh masyarakat kalangan ekonomi lemah, khususnya daerah pedesaan yang miskin (Liese, dkk, 2010; Narain, dkk, 2010). Penyakit tersebut dianggap sebagai penyakit terabaikan karena mempunyai beberapa karakter, yaitu: kurangnya perhatian dari pembuat kebijakan, kurang mendapat prioritas dalam strategi kesehatan, penelitian terkait penyakit yang belum mencukupi, alokasi sumber yang terbatas, serta sedikitnya intervensi yang diberikan (WHO, 2010).

Penyakit tropis terabaikan banyak ditemukan di negara beriklim tropis dan endemik di 149 negara di dunia. Keberadaan penyakit ini mengancam kehidupan jutaan orang dan mempunyai dampak sosial, terutama bagi masyarakat miskin karena dapat mengurangi produktivitas, padahal apabila mendapat perhatian penuh dari semua pihak, keberadaan penyakit tersebut dapat dicegah (Kaur & Van Brakel, 2002). Ke-17 penyakit tersebut diantaranya adalah: *dengue*, *buruli ulcer*, *treponematoses*, *changas*, *human african trypanosomiasis*, *leishmaniasis*, *cysticercosis*, *drancunculiasis*, *echinococcosis*, *onchocerciasis*, *schistosomiasis*, trakom, infeksi trematoda, cacing perut, rabies, kaki gajah, dan kusta. Direktorat Jenderal WHO menyatakan, sekalipun secara medis berbeda, penyakit tropis terabaikan memiliki kesamaan yang diasosiasikan dengan kemiskinan, lingkungan buruk, dan daerah tropis. Beberapa dari penyakit tersebut di Indonesia masih menjadi masalah, antara

lain: *dengue*, rabies, kaki gajah, trakom dan kusta (Kompas Cetak, 2010, ¶9, <http://www.health.kompas.com>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011).

Kusta atau lepra (*leprosy*) atau disebut juga *Morbus Hansen* merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, melalui kulit dan mukosa hidung. Penyakit kusta terutama menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat yang apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini dapat menimbulkan kecacatan (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007). Jumlah penderita kusta di seluruh dunia dari tahun ke tahun mengalami penurunan, tetapi di Indonesia jumlah penderita kusta cenderung naik. Peningkatan jumlah kusta di Indonesia dibuktikan dengan data statistik terbaru yang menyebutkan bahwa Indonesia menjadi negara peringkat ketiga untuk penderita kusta terbanyak, seperti yang disampaikan oleh Menteri Kesehatan pada peringatan Hari Kusta Sedunia pada tanggal 31 Januari 2011 yang lalu (Kemenkes RI, 2011, ¶ <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011). Tahun 2008 prevalensi penderita kusta global yang terdata dari 118 negara sejumlah 212.802 kasus yang berarti mengalami penurunan sebanyak 19,6% dari tahun 2007. Penurunan sejumlah 4% pun juga tercatat dari tahun 2006 ke 2007. Didapat catatan dari beberapa negara yang sebelumnya sangat endemik kebanyakan sekarang telah mencapai eliminasi atau hampir bebas kusta (WHO, 2010).

Saat ini Indonesia mencatat 19 Provinsi yang telah mencapai eliminasi (penurunan kejadian) kusta dengan angka penemuan kasus kurang dari 10 per 100.000 populasi atau kurang dari 1.000 kasus per tahun. Sampai akhir 2009 tercatat 17.260 kasus baru kusta di Indonesia dan telah diobati. Saat ini tinggal 150 Kabupaten / Kota yang belum mencapai eliminasi. Sebanyak 1.500-1.700 (10%) kasus kecacatan tingkat II ditemukan setiap tahunnya. Sekitar 14.000 (80%) adalah kasus kusta jenis *Multi Basiller*, sedangkan sekitar 1500-1800

Universitas Indonesia

kasus merupakan kasus pada anak (Kemenkes RI, 2011, ¶ <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011). Jawa Tengah merupakan daerah endemis rendah kusta dan ada di peringkat kedua untuk jumlah penemuan kasus baru yang mencapai 130 penderita pada triwulan pertama tahun 2010. Jumlah penderita kusta di Jawa Tengah hingga 30 Maret 2010 tercatat 1960 penderita, 173 penderita berusia kurang dari 15 tahun dan 1.787 penderita berusia lebih dari 15 tahun. Sebanyak 9 daerah di sepanjang pantura Jawa Tengah meliputi Blora, Rembang, Kudus, Demak, Brebes, Tegal, Pemalang, Kota Pekalongan, dan Kabupaten Pekalongan, merupakan daerah endemis tinggi kusta, dengan rata-rata jumlah kasus lebih dari 1 per 10.000 penduduk (Kemenkes RI, 2011, ¶ <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan menyebutkan bahwa jumlah penderita penyakit kusta di Kabupaten Pekalongan terus meningkat. Sebelumnya pada tahun 2008 jumlah penderita kusta di daerah ini sebanyak 70 orang, kemudian bertambah lagi pada tahun 2009 sebanyak 52 orang dan kini mencapai 216 orang hingga 244 orang pada akhir tahun 2010. Berdasar data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan dapat dicatat bahwa penderita kusta tertinggi berada di wilayah kerja Puskesmas Pekalongan Utara. Hal ini disebabkan karena faktor kondisi lingkungan yang kumuh dan mempengaruhi pola hidup tidak sehat yang dimiliki oleh masyarakat. Selain itu sebagian warga sering menyepelekan keluhan awal yang dialami dan tidak mengetahui jika bercak putih di kulit seperti panu dan mati rasa yang dialami ternyata penyakit kusta. Dari 26 wilayah kerja Puskesmas yang berada di Kabupaten Pekalongan, penderita kusta ditemukan pada 24 wilayah Puskesmas. Bahkan pada tahun 2011 ini Kota Pekalongan merupakan salah satu daerah dari 14 Kabupaten / Kota di Jawa Tengah yang masuk kategori endemis kusta (Dinkes Kabupaten

Pekalongan, 2010). Untuk mengantisipasi permasalahan kusta tersebut maka Pemerintah telah menggalakkan program pengendalian penyakit kusta di semua wilayah Provinsi di Indonesia.

Dinas Provinsi Jawa Tengah telah melakukan berbagai program penanggulangan dan pengendalian penyakit kusta, seperti penemuan penderita kusta secara dini. Penemuan secara dini sangat penting agar bisa segera ditangani sehingga tidak menimbulkan kecacatan, pencarian kasus dilakukan oleh petugas kesehatan di Puskesmas. Disamping itu dilakukan pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan lingkungan sekitar penderita (minimal 5 rumah atau 20 orang) yang melakukan kontak intensif dengan penderita. Jika penderita ditemukan dalam kondisi cacat, maka dilaksanakan pengendalian kecacatan dan rehabilitasi medik agar cacat yang diderita tidak bertambah berat (Dinkes Kabupaten Pekalongan, 2010). Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan menyebutkan bahwa petugas telah diturunkan untuk melakukan pemeriksaan secara menyeluruh, bahkan pemeriksaan selain langsung ke masyarakat juga dilakukan di sekolah-sekolah dari mulai tingkat SD hingga SMA untuk melakukan deteksi dini (Safuan, 2011, ¶ 8, <http://www.mediaindonesia.com>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011). Deteksi dini merupakan salah satu upaya preventif untuk menghindari masalah kesehatan berlanjut yang bisa disebabkan oleh penyakit kusta, selain itu melalui deteksi dini juga akan ditemukan kondisi yang menyebabkan terjadinya penyebaran kusta.

Meningkatnya penyebaran penderita kusta dapat diakibatkan karena lingkungan kumuh, sehingga memudahkan penyebaran *Mycobacterium leprae*. Direktur Jenderal WHO menyebutkan bahwa penyakit kusta berkaitan erat dengan kemiskinan (Liese, dkk, 2010; Narain, dkk, 2010). Kemiskinan sangat mempengaruhi pola hidup sehat masyarakat, ditinjau dari segi kecukupan gizi yang berhubungan dengan kondisi kekebalan tubuh maupun dari

perilaku hidup tidak sehat seperti yang sering ditemui di beberapa daerah kumuh di Indonesia, seperti sistem sanitasi air bersih yang kurang, kebiasaan mandi tanpa menggunakan sabun, dan kebersihan diri yang kurang. Perilaku hidup yang tidak sehat dari masyarakat ini selain diakibatkan karena ketidakmampuan dalam hal materi, juga dapat disebabkan karena ketidaktahuan masyarakat karena kurangnya akses informasi yang berkaitan dengan kesehatan. Beberapa warga yang mulai mengalami keluhan pada kulitnya juga terkadang tidak mau memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan yang ada karena menganggap keluhan tersebut biasa dialami tanpa mewaspadai bahwa keluhan yang dirasakan tersebut merupakan tanda awal dari penyakit kusta (Kompas Cetak, 2010, ¶ <http://health.kompas.com>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011). Masyarakat awam kurang mengetahui tanda dan gejala dini dari penyakit kusta termasuk faktor yang bisa menimbulkan kecacatan, seperti: usia, lama sakit, status imunisasi BCG, tipe penyakit, serta riwayat keteraturan berobat, sehingga pengobatan kusta cenderung terlambat yang secara lanjut dapat berdampak pada kecacatan (Hasnani, 2002). Masalah kesehatan yang muncul karena penyakit kusta tersebut dapat mengakibatkan masalah hingga tingkat nasional.

Kusta merupakan salah satu jenis penyakit menular yang menjadi masalah kesehatan nasional di Indonesia karena menimbulkan berbagai masalah yang kompleks dan luas. Masalah yang ditimbulkan bukan hanya masalah kesehatan saja tetapi sampai pada masalah ekonomi, pendidikan bagi anak-anak, sosial budaya bahkan juga menjadi masalah negara. Kusta dapat menyebabkan beberapa masalah yang diakibatkan karena adanya persepsi yang salah terhadap penyakit kusta, diantaranya adalah anggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit kutukan, dapat menular, menimbulkan luka yang menjijikkan hingga berakibat kepada kecacatan. Anggapan tersebut tidaklah benar, karena penyakit kusta bukan disebabkan oleh kutukan, guna-guna, makanan, atau

penyakit keturunan sebagaimana yang sering dipersepsikan oleh masyarakat (Kaur & Van Brakel, 2002). Pemikiran yang salah mengenai kusta tersebut akan menimbulkan stigma yang muncul diantara masyarakat terhadap penyakit kusta.

Stigma yang berkembang di masyarakat terkait penyakit kusta menimbulkan beberapa masalah bagi penderita, seperti dikucilkan oleh masyarakat, diabaikan dan kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan (Kaur & Van Brakel, 2002). Selain itu stigma tersebut juga mempunyai dampak bagi keluarga penderita kusta, karena dapat mengakibatkan isolasi sosial masyarakat terhadap keluarga penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002). Beberapa masalah psikososial akibat penyakit kusta ini dapat dirasakan baik oleh penderita kusta maupun keluarganya, seperti perasaan malu dan ketakutan akan kemungkinan terjadi kecacatan karena kusta, ketakutan penderita menghadapi keluarga maupun masyarakat karena sikap penerimaan yang kurang wajar, upaya keluarga untuk menyembunyikan anggota keluarganya yang menderita kusta karena dianggap aib, atau bahkan mengasingkan anggota keluarga karena takut ketularan (Zulkifli, 2003). Respon dari anggota keluarga terhadap penderita kusta karena ketakutan akan kemungkinan penularan penyakit tersebut akan mempengaruhi partisipasi anggota keluarga dalam hal perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita kusta sehingga keluarga kurang memberikan dukungan kepada penderita untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mengobati penyakitnya tersebut. Persepsi yang kurang tepat mengenai penularan penyakit kusta di dalam keluarga inilah yang harus dihilangkan dengan memberikan pengertian dan pengetahuan kepada keluarga tentang penyakit kusta.

Penularan dapat terjadi karena kontak lama antara penderita kusta yang tidak diobati kepada orang yang sehat melalui pernapasan, tetapi tidak semua orang serta merta tertular kusta begitu kontak dengan penderita. Kemungkinan

anggota keluarga dapat tertular, jika penderita tidak minum obat secara teratur (WHO, 2010). Faktor lain yang mendukung adalah: pendidikan, pengetahuan, status perkawinan, pekerjaan, keakraban, dan status gizi dari orang yang tinggal dekat dengan klien (Ruswan, 1997). Secara statistik disebutkan hanya 5% yang mungkin akan tertular. Dapat dikatakan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular yang paling rendah kemungkinan penularannya. Penularan masih mungkin terjadi pada kontak lama antara penderita kusta yang tidak diobati kepada orang yang sehat melalui pernafasan (Kemenkes RI, 2011, ¶ <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011).

Berdasar uraian sebelumnya mengenai persepsi dan stigma yang berkembang terkait penyakit kusta baik di dalam keluarga maupun masyarakat, maka dapat diuraikan bahwa penyakit kusta dapat menyebabkan berbagai masalah baik bagi diri pasien sendiri, keluarga hingga masyarakat. Permasalahan penyakit kusta sangat kompleks terkait dengan kehidupan penderita, keluarga dan lingkungan sekitarnya. Masalah yang dihadapi oleh penderita kusta sendiri, bukan hanya terkait masalah kesehatan secara fisik, tetapi juga menyebabkan masalah psikologis dan sosial. Selain itu masalah psikososial juga ikut dirasakan oleh keluarga penderita kusta dan masyarakat di lingkungan sekitar.

Permasalahan fisik penyakit kusta terkait dengan lesi pada kulit dan kecacatan fisik (WHO, 2010). Penyakit kusta bisa menimbulkan gangguan pada susunan saraf tepi, kulit, saluran nafas dan organ lainnya kecuali susunan saraf pusat. Akibat paling berat dari penyakit kusta adalah adanya kecacatan apabila penyakit ini terlambat untuk dideteksi dan diobati (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007). Permasalahan psikologis kusta akan mengakibatkan gangguan interaksi sosial pada penderita akibat pandangan yang negatif dari masyarakat terkait penyakit kusta (Kaur & Van Brakel, 2002). Masalah psikologis yang dapat dialami oleh penderita kusta diantaranya adalah perasaan rendah diri terutama pada penderita yang telah mengalami kecacatan, seperti

Universitas Indonesia

data yang ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Habib (2009) mengenai hubungan tingkat kecacatan dan konsep diri pada penderita kusta dan penelitian oleh Santoso (2009) mengenai perbedaan konsep diri pada tingkat kecacatan penderita kusta. Susanto (2010) dalam penelitiannya mengenai arti dan makna penderita kusta yang menjalani perawatan di Jember memperoleh data mengenai dampak psikologis yang dialami klien akibat kusta seperti malu, menarik diri dengan bersembunyi dalam rumah, dan beberapa anggota keluarga dan masyarakat menganggap jijik terhadap kondisi yang dialami oleh klien. Dampak yang mungkin muncul dengan adanya isolasi diri ini, penderita akan mengurung diri di dalam rumah sehingga pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak akan bisa dijangkau. Masalah sosial yang dapat muncul dalam keluarga adalah rasa takut apabila ditinggalkan oleh masyarakat dan berusaha menutupi penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya agar tidak diketahui oleh masyarakat. Sementara penderita dan keluarganya adalah makhluk sosial yang memiliki kebutuhan untuk bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat dan diterima oleh mereka. Permasalahan sosial ini muncul di masyarakat akibat ketakutan pada klien kusta di komunitas (*leprophobia*) karena kurangnya pengetahuan dan sosialisasi kepada masyarakat terhadap penyakit kusta (Suryanda, 2007).

Permasalahan yang muncul akibat penyakit kusta yang telah diuraikan sebelumnya dapat menimbulkan suatu masalah dalam masyarakat yang disebut sebagai masalah psikososial. *Psychosocial* berasal dari kombinasi konsep individual "*psyche*" dan "*social*" komunitas dimana individu hidup dan berinteraksi. Masalah psikososial tersebut dapat memicu masalah yang lebih luas seperti masalah ekonomi, pendidikan, dan sosial budaya sebagai dampak nasional. Untuk mengantisipasi masalah yang meluas tersebut, maka masalah psikososial ini memerlukan suatu intervensi untuk mengatasi masalah yang ada. Bentuk intervensi yang diberikan dapat dilakukan dengan

melibatkan unit terkecil dari suatu sistem masyarakat penderita kusta, yaitu keluarga. Keluarga diharapkan dapat menjadi suatu sistem yang dapat memberikan dukungan dalam terbentuknya perawatan kesehatan yang berkelanjutan dalam membantu penderita kusta, bukan hanya memberikan perawatan secara fisik tetapi juga perawatan secara psikologis dan sosial yang akan membentuk suatu sistem mekanisme koping yang sehat bagi penderita kusta dan mengurangi masalah psikososial yang timbul di masyarakat.

Berdasar uraian yang telah disampaikan sebelumnya, peneliti juga telah melakukan studi pendahuluan di daerah dimana peneliti akan melakukan penelitian terkait fenomena masalah psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta. Berdasar hasil survei awal yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Januari 2011 di Puskesmas Wonokerto Pekalongan, diperoleh data dari 10 penderita kusta 5 orang diantaranya menyembunyikan penyakitnya dari masyarakat. Hal ini menunjukkan bagaimana penderita kusta sendiri berfikir bahwa penyakit kusta merupakan suatu penyakit yang memalukan. Fakta lain yang diperoleh adalah data dari beberapa responden yang mengalami pengabaian oleh keluarga karena penyakit kusta yang diderita sudah berakibat pada kecacatan dan mutilasi anggota tubuh. Penderita yang mengalami kondisi tersebut merasa bahwa keluarga kurang dapat memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis yang akan memberikan penguatan bagi penderita untuk menghadapi masalahnya. Demikian halnya data yang diperoleh dari keluarga, mereka berfikir bahwa dengan adanya anggota keluarga yang menderita penyakit kusta maka hal tersebut menjadi aib bagi keluarga, selain itu merawat anggota keluarga merupakan suatu beban bagi keluarga. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andayani (2006) yang menyebutkan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga yang mempunyai penyakit kusta merasakan beban yang dialami baik secara psikis mengenai

pandangan masyarakat tentang kusta dan rasa takut akan kemungkinan tertular, maupun beban secara fisik karena harus merawat penderita kusta yang pengobatannya bisa memakan waktu hingga berbulan-bulan.

Berdasar fenomena yang ditemukan di lapangan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit yang dapat menimbulkan masalah psikososial baik bagi penderita maupun keluarga yang merawat. Hal inilah yang akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan bagi anggota keluarganya yang menderita kusta. Bentuk dukungan yang bisa diberikan adalah dukungan psikososial. *Psychosocial support* (dukungan psikososial) berhubungan dengan pentingnya konteks sosial dalam menghadapi dampak psikososial yang dihadapi individu karena kejadian yang membuat stress. Dalam prakteknya ini berarti memfasilitasi struktur lokal sosial (keluarga, kelompok komunitas, sekolah) yang kemungkinan sudah tidak berfungsi lagi sehingga dapat kembali memberikan *support* yang efektif kepada orang yang membutuhkan terkait pengalaman hidup yang membuat stress (Nicolai, 2003). Bentuk dukungan yang diberikan kepada anggota keluarga yang menderita kusta dalam bentuk dukungan psikososial diharapkan mampu mengatasi masalah psikososial yang ditimbulkan oleh penyakit kusta. Masalah psikososial merupakan masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejolak sosial masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa (Depkes RI, 2008). Dukungan yang diberikan keluarga merupakan suatu bentuk intervensi yang melibatkan keluarga sebagai *support system* penderita. Seperti diketahui bahwa keluarga merupakan unit yang paling kecil dan paling dekat dengan klien, yang mampu menjadi *caregiver* bagi klien. Hal tersebut yang menyebabkan peran keluarga sangatlah besar dalam memberikan dukungan bagi klien dalam menjalani pengobatan dan perawatan yang biasanya memerlukan waktu hingga berbulan-bulan, sehingga apabila keluarga tidak memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis maka penderita

Universitas Indonesia

kusta tidak akan dapat menjalani pengobatannya hingga tuntas. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti (2009) mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan harga diri penderita kusta dinyatakan bahwa didapatkan hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan harga diri penderita kusta. Secara lanjut dukungan psikososial juga diharapkan dapat diberikan keluarga kepada penderita kusta sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan psikososial penderita kusta, diantaranya: kebutuhan akan penerimaan diri, kebutuhan akan penerimaan sosial, dan penerimaan oleh komunitas dan masyarakat sekitarnya (Scott, 2000).

Dukungan psikososial yang diberikan oleh keluarga menjadi suatu intervensi yang memerlukan fasilitasi dari perawat dalam menjalankan perannya sebagai seorang pendidik. Salah satu intervensi perawat dengan melibatkan keluarga adalah melalui psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi keluarga melibatkan keluarga penderita kusta sebagai sistem dukungan (*support system*) terdekat bagi penderita kusta dalam mengelola lingkungan di sekitar keluarga. Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk intervensi yang dapat diberikan kepada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan masalah kesehatan fisik yang berdampak pada mental emosional keluarga hingga menimbulkan munculnya masalah psikososial. Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga ini adalah untuk memberikan informasi tentang kesehatan mental (Varcarolis, 2006). Seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Nurbani (2009) yang menyebutkan bahwa psikoedukasi keluarga menurunkan tingkat ansietas dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita stroke. Berdasar penjelasan tersebut maka diharapkan psikoedukasi keluarga yang diberikan dapat menjadi suatu bentuk terapi keluarga bagi keluarga penderita kusta agar dapat meningkatkan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang sakit sehingga kebutuhan psikososial penderita kusta dapat terpenuhi. Psikoedukasi keluarga diberikan

bukan hanya membantu keluarga untuk mengetahui secara lengkap mengenai penyakit kusta, tetapi juga membantu keluarga untuk mampu memberikan dukungan kepada penderita kusta dalam hal perawatan secara fisik tetapi juga meliputi dukungan secara psikologis dan sosial yang disebut sebagai dukungan psikososial.

Psikoedukasi keluarga merupakan suatu elemen program perawatan dengan memberikan informasi yang edukatif kepada keluarga terkait: masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta, manajemen perawatan penyakit kusta, manajemen ansietas keluarga, manajemen beban keluarga dan pemanfaatan sumber komunitas dalam perawatan penderita kusta. Kelima poin tersebut merupakan kunci masuk perawat jiwa dalam memfasilitasi dan melatih keluarga agar dapat memberikan dukungan psikososial kepada penderita kusta dengan lebih terarah. Selama ini Puskesmas telah memfasilitasi upaya kuratif dalam mengatasi penyakit kusta dengan menggalakkan program pengendalian penyakit kusta di tiap Puskesmas, demikian pula pada Puskesmas di wilayah Kabupaten Pekalongan (Dinkes Kabupaten Pekalongan, 2010). Namun demikian hal tersebut dianggap belum dapat memfasilitasi keluarga untuk dapat terlibat dalam perawatan penderita kusta terutama terkait masalah psikososial yang dihadapi oleh keluarga. Oleh karena itu sebagai seorang perawat jiwa, diharapkan melalui psikoedukasi keluarga yang akan dilakukan dapat lebih melibatkan keluarga dalam upaya membentuk suatu sistem perawatan preventif dan rehabilitatif bukan hanya dalam bentuk perawatan fisik tetapi juga menyangkut aspek psikologis dan sosial.

1.2. Rumusan Masalah

Kusta merupakan suatu penyakit menular yang bisa dicegah, asalkan penderita mau menjalani pengobatan secara teratur dan menerapkan pola hidup sehat. Hal tersebut membutuhkan dukungan dari masyarakat terutama keluarga untuk ikut serta dalam perawatan anggota keluarga yang menderita kusta sehingga kecacatan dan penularan penyakit kusta bisa dicegah. Stigma serta diskriminasi masyarakat kepada penderita penyakit kusta dan keluarganya akibat ketakutan terhadap penularan kusta terus berlangsung. Diskriminasi masyarakat kepada penderita penyakit kusta dan keluarganya dapat menimbulkan masalah psikososial.

Masalah psikososial akibat kusta dirasakan tidak hanya oleh penderita kusta, tetapi juga keluarga dan masyarakat. Keluarga dalam hal ini mengalami isolasi sosial dari masyarakat akibat penyakit yang diderita anggota keluarganya. Selain itu keluarga sendiri juga merasakan beban secara fisik maupun psikologis di dalam memberikan perawatan bagi penderita kusta sehingga hal ini akan mengurangi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan terutama dukungan psikososial kepada penderita. Kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga akan menyebabkan penderita enggan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menjalani pengobatan kusta secara teratur. Akses penderita yang kurang ke fasilitas pelayanan kesehatan berakibat lanjut kepada peningkatan angka penularan dan kecacatan penderita kusta. Untuk itulah, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang juga terjun di komunitas mempunyai tanggung jawab untuk memberikan suatu intervensi yang melibatkan keluarga sebagai support sistem terdekat penderita kusta. Intervensi yang diberikan dengan melibatkan pihak keluarga tidak hanya membantu keluarga dalam mengatasi masalah fisik tetapi juga masalah psikologis dan sosial yang dihadapi keluarga selama merawat penderita kusta, melalui psikoedukasi keluarga.

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga adalah saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit fisik yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala, manajemen stres dan beban keluarga selama merawat penderita kusta serta memfasilitasi pemanfaatan sumber yang ada di komunitas. Dengan pemberian psikoedukasi keluarga diharapkan keluarga mampu memenuhi kebutuhan psikososial penderita kusta melalui dukungan psikososial yang diberikan oleh keluarga. Berdasarkan data tersebut, maka masalah yang ingin dijawab dalam penelitian ini adalah bagaimana pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tingkat dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah diketahuinya bagaimana pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Teridentifikasinya karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, hubungan dengan klien) keluarga penderita kusta.
- 1.3.2.2. Teridentifikasinya dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi sebelum diberikan psikoedukasi.
- 1.3.2.3. Teridentifikasinya dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi sesudah diberikan psikoedukasi.

- 1.3.2.4. Teridentifikasinya dukungan psikososial keluarga pada kelompok kontrol sebelum diberikan psikoedukasi.
- 1.3.2.5. Teridentifikasinya dukungan psikososial keluarga kelompok kontrol sesudah diberikan psikoedukasi.
- 1.3.2.6. Teridentifikasinya perbedaan dukungan psikososial keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi.
- 1.3.2.7. Teridentifikasinya perbedaan dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi.
- 1.3.2.8. Teridentifikasinya perbedaan dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan psikoedukasi.

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak yang peduli dan terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan jiwa baik di pelayanan kesehatan maupun masyarakat. Manfaat penelitian meliputi:

1.4.1. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan psikososial di tatanan komunitas dalam menghadapi masalah psikososial yang dihadapi oleh keluarga penderita kusta.

1.4.2. Manfaat Keilmuan

- 1.4.2.1. Bagi institusi pelayanan kesehatan, diharapkan agar penelitian ini dapat mendukung upaya dalam melibatkan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial pada anggota keluarganya yang menderita kusta.

1.4.2.2. Bagi komunitas, diharapkan agar penelitian ini dapat menjadi suatu dasar dalam upaya menurunkan stigma masyarakat terhadap penderita dan keluarga klien dengan penyakit kusta dengan cara melibatkan keluarga dan masyarakat dalam memberikan dukungan kepada penderita kusta.

1.4.2.3. Bagi keluarga, diharapkan agar penelitian ini dapat memfasilitasi dan memberikan manfaat bagi peningkatan pemberian dukungan psikososial keluarga kepada penderita kusta sebagai upaya menurunkan masalah psikososial yang diakibatkan oleh penyakit kusta.

1.4.3. Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Hasil penelitian ini bermanfaat secara metodologi, bahwa dengan penerapan terapi psikoedukasi keluarga diharapkan dapat lebih efektif dalam membentuk sistem dukungan psikososial bagi keluarga yang merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta.

1.4.3.2 Sebagai *evidence base* untuk penelitian selanjutnya yang bermanfaat untuk mengurangi masalah psikososial keluarga karena merawat anggota keluarga dengan penderita kusta melalui pemberian terapi individu, terapi keluarga maupun terapi kelompok yang lain.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dari teori tersebut meliputi: konsep kusta, keluarga, terapi keluarga, peran keperawatan jiwa dalam keluarga, dan psikoedukasi keluarga.

2.1 Kusta

2.1.1 Pengertian

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya dapat menyerang kulit, mukosa (kulit), saluran pernafasan bagian atas, sistem etikulo endothelial, mata, otot, tulang dan testis (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007). Kusta atau lepra (*leprosy*) atau disebut juga *Morbus Hansen* merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, melalui kulit dan mukosa hidung. Penyakit kusta terutama menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat yang apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini dapat menimbulkan kecacatan (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007). Penyakit kusta adalah penyakit infeksi yang kronik, penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang intra seluler obligat, saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu mulut dan mukosa traktus respiratorius bagian atas, kemudian dapat ke organ-organ lain kecuali susunan saraf pusat.

Jadi dapat disimpulkan bahwa kusta termasuk penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang ditularkan melalui saluran nafas dan menyerang saraf tepi, kulit serta organ tubuh lain kecuali saraf pusat.

2.1.2 Etiologi

Mycobacterium leprae dan telah ditemukan sejak tahun 1500 SM. Cara penularannya belum diketahui, diduga melalui kontak langsung yang erat dan lama, mungkin melalui penyebaran droplet dari tipe leptomatososa, ada juga yang menduga melalui insekta atau inhalasi. Yang pertama diserang adalah saraf tepi dengan manifestasi pertama pada kulit, lalu menyerang mukosa saluran pernafasan atas dan organ lain kecuali sistem saraf pusat. Terutama pada usia antara 25-35 tahun, makin muda usia makin kurang kekebalan, sehingga anak-anak sangat rentan. Juga terutama mengenai keadaan sosioekonomi rendah yang sanitasinya buruk, gizi buruk, dan perumahan tak adekuat. Masa inkubasinya sangat lama diperkirakan 2-5 tahun (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007).

2.1.3 Diagnosa dan Klasifikasi

2.1.3.1 Diagnosa

Untuk menentukan diagnosa penyakit kusta perlu dicari tanda-tanda utama *cardinal sign*. Pada waktu dilakukan pemeriksaan klinis ditemukan tanda-tanda sebagai berikut: kelainan kulit dapat berupa hipopigmentasi (bercak putih seperti panu), bercak eritema (kemerahan), infiltrat (penebalan kulit), nodul (benjolan); berkurang sampai hilang rasa pada kelainan kulit tersebut; penebalan syaraf tepi; adanya Bakteri Tahan Asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA positif).

2.1.3.2 Klasifikasi

Setelah diagnosa ditegakkan penderita perlu diklasifikasikan sesuai dengan klasifikasi WHO yang bertujuan untuk : 1) Menentukan regimen pengobatan, prognosis dan komplikasi; 2) Menentukan operasional, misalnya menemukan pasien-pasien yang menular yang mempunyai nilai epidemiologis tinggi

sebagai target utama pengobatan; dan 3) Mengidentifikasi pasien yang kemungkinan besar akan menderita cacat.

Klasifikasi kusta adalah : 1). *Pausi Basiller* (PB), yang terdiri dari 2 jenis, yaitu : a) PB 1, yaitu: *Pausi Basiller* dengan jumlah lesi 1 dan tidak ada kerusakan syaraf dan b) PB 2 yaitu: *Pausi Basiller* dengan jumlah lesi 2 – 5 asimetris, mati rasa jelas, kerusakan hanya 1 syaraf; 2) *Multi Basiller* (MB). Termasuk kusta tipe *Lepromatosa* (LL), *Bordeline lepromatous dimorphous* (B) dan *Lepromatous* (L) menurut Madrid dan semua tipe kusta dengan BTA positif, terdapat banyak lesi, simetris dan mati rasa.

2.1.4 Pengobatan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam masa pengobatan kusta antara lain : penderita harus minum obat secara teratur sampai dinyatakan sembuh; penderita mendapat pengobatan *Multi Drug Therapy* (MDT) di Puskesmas secara gratis dan lama pengobatan 6 – 9 bulan pada penderita kusta tipe PB dan 12 – 18 bulan pada penderita kusta tipe MB. Regimen pengobatan mengikuti rekomendasi dari WHO yaitu :

2.1.4.1 MDT untuk kusta PB 1

Regimen obat kusta PB 1 terdiri dari :

- 1) Dewasa dengan berat badan 50 – 70 kg : Rifampisin 600 mg, ofloxasin 400 mg, minosiklin 100 mg.
- 2) Pada anak usia kurang dari 5 – 14 tahun : Rifampisin 300 mg, ofloxasin 200 mg, minosiklin 50 mg.
- 3) Anak usia kurang dari 5 tahun dan ibu hamil tidak diberi Rifampisin Ofloxasin Minocyclin (ROM).
- 4) Pemberian obat sekali saja langsung *Relies From Treatment* (RFT), bila obat-obat ini belum datang dari WHO maka

sementara semua kasus PB 1 diobati selama 6 bulan dengan regimen PB 2 – 5. lesi satu dengan pembesaran syaraf diberikan regimen PB 2 – 5

2.1.4.2 MDT untuk kusta PB 2 – 5

Regimen obat kusta PB 2 – 5 terdiri dari 2 macam obat yaitu Rifampisin dan Dapson (DDS). Program pemberiannya yaitu :

- 1) Hari ke 1 : Obat diberikan dan diminum di puskesmas dengan pengawasan petugas puskesmas terdiri dari 2 kapsul : Rifampisin 300 mg dan 1 tablet DDS 100 mg.
- 2) Hari ke 2 : Obat diteruskan selama sebulan (28 hari) obat dibawa pulang dan ditelan setiap hari di rumah yaitu tablet DDS 100 mg.

Setelah selesai minum obat sesuai dengan jumlah dosis dan batas waktu yang ditentukan, tanpa pemeriksaan laboratorium penderita dinyatakan RFT dan diawasi selama 2 tahun pada kusta tipe MB. Pada penderita kusta yang terlambat diobati dengan obat MDT dapat menimbulkan kecacatan seperti : jari-jari tangan atau kaki terjadi pemendekan atau kontraktur, tangan lunglai, kaki simper dan kebutaan. Penderita yang beresiko terjadi kecacatan adalah : penderita yang terlambat ditemukan dan terlambat diobati dengan kombinasi MDT; penderita dengan reaksi terutama reaksi refersal; dan penderita dengan banyak bercak di kulit terletak di dekat saraf.

2.1.5 Reaksi kusta

Reaksi kusta adalah suatu episode dalam perjalanan kronis penyakit kusta yang merupakan reaksi kekebalan (*cellular respons*) atau reaksi antigen antibody (*humoral respon*) dengan akibat merugikan penderita. Reaksi ini dapat terjadi sebelum pada saat, maupun sesudah pengobatan. Umumnya ditandai dengan bercak bertambah merah disertai dengan peradangan akut

pada kulit, syaraf, timbul benjolan kemerahan yang nyeri, syaraf tepi menjadi sakit, nyeri dan bengkak, demam dan lesu, tangan dan kaki mungkin membengkak. Paling sering terjadi pada 6 bulan sampai 1 tahun setelah selesai pengobatan. Reaksi kusta merupakan peristiwa awal terjadinya kecacatan bila dideteksi dan diobati dengan obat dan dosis khusus menggunakan *Prednisone*. Ada 2 macam reaksi kusta yaitu reaksi tipe I (*Reversal reaction*) dan reaksi tipe II (*Erythema Nodusum Leprosum*). Hal-hal yang mempermudah terjadinya reaksi kusta misalnya : penderita dalam kondisi lemah; kehamilan; sesudah mendapat imunisasi; pembedahan; stres fisik; dan saat setelah melahirkan.

2.1.6 Tingkat Kecacatan Penderita Kusta

Tingkat kecacatan merupakan suatu keadaan atau kondisi penderita yang diakibatkan oleh penyakitnya (kusta) yang dapat digolongkan menurut berat ringannya kecacatan tersebut. Mengingat bahwa organ paling berfungsi dalam kegiatan sehari-hari adalah mata, tangan dan kaki, maka WHO (1998, dalam Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007) membagi cacat menjadi 3 tingkatan kecacatan yaitu sesuai tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Tingkat Kecacatan Menurut WHO

TINGKAT KECACATAN		
Tingkat	Mata	Telapak tangan / kaki
0	Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta	Tidak ada anastesi, tidak ada kerusakan yang kelihatan akibat kusta
I	Ada kelainan mata akibat kusta tetapi tidak kelihatan dan visus sedikit berkurang akibat kusta.	Ada anastesi tetapi tidak ada cacat atau kerusakan yang kelihatan.
II	Ada lagophthalmus, visus sangat terganggu akibat kusta.	Ada cacat kerusakan yang kelihatan, misalnya: ulkus, jari-jari kiting, kaki simper.

Sumber: (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007)

2.1.7 Penemuan Penderita

2.1.7.1 Penemuan penderita secara pasif (sukarela)

Penemuan penderita secara pasif adalah penemuan penderita yang dilakukan terhadap orang yang belum pernah berobat kusta yang datang sendiri atau atas saran orang lain ke Puskesmas atau sarana kesehatan yang lain. Penderita biasanya sudah dalam stadium lanjut. Faktor- faktor yang menyebabkan penderita terlambat datang berobat ke Puskesmas atau sarana kesehatan yang lain: tidak mengerti tanda dini penyakit kusta; malu datang ke Puskesmas; adanya Puskesmas yang belum siap; tidak tahu bahwa ada obat tersedia cuma-cuma di Puskesmas; jarak penderita ke Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya terlalu jauh.

2.1.7.2 Penemuan penderita secara aktif

Penemuan penderita kusta secara aktif dapat dilaksanakan dalam beberapa kegiatan: Pemeriksaan kontak serumah (survey kontak); Pemeriksaan anak SD atau TK atau sederajat (survey sekolah); dan *chase survey*.

2.1.8 Eliminasi kusta

Menurut definisi WHO, eliminasi sebagai angka prevalensi (angka kesakitan) kurang dari 1 penderita per 10.000 penduduk. Penyakit kusta akan dapat dieliminasi kalau kita menemukan semua penderita dan mengobatinya dengan menggunakan pengobatan kombinasi atau MDT. Eliminasi berarti menurunkan beban penyakit pada tingkat yang sangat rendah. Ini akan mengakibatkan pengurangan sumber infeksi, sehingga kusta mungkin akan lenyap secara alamiah dibanyak bagian dunia.

2.1.9 Perawatan Penyakit Kusta

Prinsip pencegahan bertambahnya cacat pada dasarnya adalah 3M:

1. Melindungi mata, tangan dan kaki dari trauma fisik
2. Memeriksa mata, tangan dan kaki secara teratur
3. Melakukan perawatan diri

2.1.10 Dampak Psikososial Penyakit Kusta

Permasalahan penyakit kusta bila dikaji secara mendalam merupakan permasalahan yang kompleks. Masalah yang dihadapi penderita bukan hanya masalah medis tetapi juga menyangkut masalah psikososial. Dampak psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta sangat luas sehingga menimbulkan keresahan bukan hanya oleh penderita sendiri tetapi juga bagi keluarga, masyarakat dan negara. Hal yang mendasari konsep perilaku penerimaan masyarakat adalah anggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, bahkan menganggap penyakit tersebut merupakan kutukan dari Tuhan. Hal ini menjadikan suatu ketakutan yang berlebihan terhadap penyakit kusta yang disebut sebagai *leprophobia* (Zulkifli, 2003).

Masalah psikososial yang dapat muncul dari penyakit kusta ini antara lain (Zulkifli, 2003):

2.1.10.1 Masalah terhadap diri penderita kusta

Pada umumnya penderita kusta mengalami perasaan rendah diri, mengalami tekanan batin, takut terhadap penyakit dan kemungkinan terjadinya kecacatan, hingga merasa takut menghadapi keluarga dan masyarakat karena sikap penerimaan mereka yang kurang wajar. Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Santoso (2009) mengenai perbedaan konsep diri dengan tingkat kecacatan penderita kusta, diperoleh hasil bahwa semakin tinggi tingkat kecacatan penderita kusta, maka akan

semakin rendah pula konsep diri yang dimiliki. Perasaan takut dan malu yang dirasakan oleh penderita tersebut dapat menyebabkan penderita segan untuk berobat dan pada akhirnya kecacatan yang ditimbulkan akan menyebabkan ia menjadi tidak dapat mandiri sehingga beberapa penderita tidak jarang dijumpai menjadi pengemis atau gelandangan (Kaur & Van Brakel, 2002). Penjelasan diatas sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Maryani (2009) mengenai konsep diri penderita kusta yang dilakukan secara kualitatif, diperoleh hasil bahwa dampak penyakit kusta yang dialami penderita meliputi 3 hal, yaitu: 1) Dampak psikologis, dengan munculnya gangguan citra tubuh dan ideal diri; 2) Dampak perilaku, yaitu dengan upaya penderita untuk berbohong dengan tidak mengatakan penyakit yang dideritanya; dan 3) Dampak sosial, yaitu adanya gangguan peran.

2.1.10.2 Masalah terhadap keluarga

Menghadapi anggota keluarga yang didiagnosis menderita kusta biasanya keluarga menjadi panik dan berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui oleh masyarakat disekitarnya atau bahkan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan. Perasaan cemas yang dialami keluarga terhadap kemungkinan penularan ini akan mempengaruhi peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta (Andayani, 2006).

2.1.10.3 Masalah terhadap masyarakat

Pada umumnya masyarakat mengenal penyakit kusta dari tradisi kebudayaan dan agama dan memiliki pemikiran bahwa penyakit kusta merupakan penyakit yang sangat menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan bisa menimbulkan kecacatan. Sebagai akibat kurangnya pengetahuan

dan informasi tentang penyakit kusta inilah yang menyebabkan penderita kusta sulit diterima di dalam masyarakat. Akibatnya masyarakat mulai menjauhi penderita, merasa takut dan mengabaikannya. Perilaku seperti ini dapat memicu pengasingan terhadap penderita kusta dan keluarganya (Zulkifli, 2003).

2.1.11 Stigma Masyarakat Terhadap Kusta

Poerwanto (2006), mengartikan stigma adalah ciri negatif/label yang diberikan pada seseorang atau kelompok tertentu. Stigma dapat pula diartikan sebagai keyakinan atau kepercayaan yang salah dan lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasar reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan. Goffman (1963, dalam Wong, 2004) menyebutkan tiga faktor yang mengakibatkan adanya stigma, yaitu: adanya stigmatisasi karena kecacatan fisik, stigmatisasi karena karakter individu, dan stigmatisasi karena suatu kelas sosial. Ketiga kriteria tersebut apabila dikaitkan dengan penyakit kusta, sesuai dengan yang dialami oleh klien kusta.

Kusta adalah salah satu dari penyakit yang mempunyai stigma sosial yang tinggi. Stigma sosial pada kusta dihubungkan dengan mitos dan kepercayaan terhadap penyakit kusta. Penderita kusta tidak hanya mengalami kerusakan secara fisik namun juga menderita secara psikososial karena perilaku lingkungan. Pembatasan secara fisik dan psikososial secara jangka panjang lambat laun akan menyingkirkan penderita dari masyarakat. Penderita dengan cacat mengalami ketidakmampuan untuk berperan secara normal dalam masyarakat, yang disebut sebagai pembatasan partisipasi. Hal ini secara jangka panjang akan menimbulkan pengangguran, kemiskinan, kehilangan status sosial, dan harga diri penderita kusta. Dengan kurangnya dukungan sosial dan

kepercayaan diri, beberapa penderita yang tidak menjalani dehabilitasi bahkan ada yang menjadi pengemis. Hal ini berdasar hasil penelitian yang dilakukan pada pengemis penderita kusta di Delhi oleh Kaur & Van Brakel (2002).

2.2 Penderita Kusta dalam Lingkungan Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Menurut Whall (1987, dalam Friedman, 2010), keluarga adalah sebuah kelompok yang mengidentifikasi diri dan terdiri atas dua individu atau lebih yang memiliki hubungan khusus, yang dapat terkait dengan hubungan darah atau hukum atau dapat juga tidak, namun berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga. Menurut Departemen Kesehatan RI (1988, dalam Friedman, 2010) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Menurut Shives (2005) keluarga adalah sekelompok individu yang saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam melakukan berbagai fungsi dasar.

Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah atau diikat berdasarkan hukum, yang tinggal dalam satu rumah dan saling berinteraksi untuk melakukan berbagai fungsi dasar. *Family Service of America* mendefinisikan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan keintiman. Sedangkan Allen, Fine, dan Demo (2000, dalam Friedman, 2010) menyebutkan bahwa keluarga ditandai dengan kelahiran, pernikahan, adopsi, atau pilihan. Dari definisi tersebut maka keluarga dapat diartikan sebagai dua orang atau lebih

yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga.

Keluarga yang sehat diartikan sebagai keluarga yang mampu berfungsi secara optimal dan hal ini ditandai dengan: menunjukkan tingkat kemampuan ketrampilan negosiasi yang tinggi dalam menghadapi masalahnya secara terus menerus; mengungkapkan berbagai perasaan, kepercayaan, dan perbedaan mereka dengan jelas, terbuka, dan spontan; menghargai perasaan anggotanya; memotivasi otonomi anggotanya; mengharapkan anggota keluarga untuk memikul tanggung jawab pribadi terhadap tindakan yang mereka lakukan; dan menunjukkan perilaku afiliatif (kedekatan dan kehangatan satu sama lain) Beavers & Hampson (1993, dalam Friedman, 2010).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Friedman (2010), membagi fungsi keluarga menjadi lima, yaitu. :

2.2.2.1 Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan salah satu fungsi yang paling penting di dalam keluarga karena menjadi dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit keluarga itu sendiri. Kemampuan untuk menyediakan kebutuhan ini merupakan penentu utama apakah suatu keluarga tertentu dapat bertahan atau tidak. Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga yang lain memberikan dasar penghargaan pada kehidupan keluarga.

2.2.2.2 Fungsi Sosialisasi

Menurut Leslie & Korman (1989 dalam Friedman, 2010), sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan

lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat. Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik anak-anak tentang cara menjalankan fungsi dan memikul peran sosial orang dewasa seperti peran yang dipikul suami-ayah dan istri-ibu. Bagian integral sosialisasi dalam keluarga melibatkan penanaman kendali dan nilai dengan menanamkan perasaan mana yang benar dan salah kepada anak yang sedang tumbuh.

2.2.2.3 Fungsi Reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat, yaitu dengan menyediakan anggota baru bagi masyarakat. Sampai saat ini reproduksi masih mendominasi fungsi primer keluarga yang merupakan justifikasi keberadaan keluarga, namun di beberapa negara yang menganut faham modern, anggota keluarga tidak lagi ditentukan berdasar kelahiran namun bisa juga dipilih untuk menjadi bagian dalam keluarga.

2.2.2.4 Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup (finansial, ruang, dan materi) serta alokasi yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Sumber penghasilan dalam keluarga merupakan hal yang menjadi fokus dalam menentukan tercukupi atau tidak kebutuhan ekonomi suatu keluarga.

2.2.2.5 Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan dapat dengan menyediakan kebutuhan fisik (makanan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan). Agar keluarga dapat menjadi sumber kesehatan primer dan efektif, mereka harus menjadi lebih terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan proses terapi total Levine & Zuckerman (2000, dalam Friedman, 2010).

Pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang menderita kusta, fungsi perawatan kesehatan sangat dibutuhkan oleh penderita baik dalam sebagai bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga. Dengan kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga dapat memicu munculnya masalah psikologis gangguan konsep diri yang dialami oleh penderita kusta (Widyastuti, 2009). Dukungan sosial yang kurang diberikan kepada penderita kusta juga akan memicu munculnya masalah psikososial yang lain.

2.2.3 Tugas Keluarga

Menurut Bailon & Maglaya (1998), keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

2.2.3.1 Mengenal masalah kesehatan keluarga. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua atau keluarga.

2.2.3.2 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 di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

2.2.3.3 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.

2.2.3.4 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.

2.2.3.5 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-gejala kekambuhan.

2.2.4 Keluarga dengan Kusta

Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kusta pada umumnya akan mempunyai perasaan takut akan diasingkan oleh masyarakat di sekitarnya sehingga mereka akan berupaya untuk menyembunyikan penderita agar tidak diketahui oleh masyarakat disekitarnya dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut akan kemungkinan tertular oleh penyakit yang sama. Seperti penelitian

yang dilakukan oleh Scott (2000) mengenai dampak psikososial dari penyakit kusta yang menyebutkan bahwa pada beberapa kasus, penderita kusta diabaikan oleh pasangannya, keluarga bahkan teman.

2.2.5 Peran Pemberi Asuhan Keluarga

Caregiver adalah seseorang dalam keluarga yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit atau orang yang tidak mampu, bahkan biasanya orang tersebut bergantung pada *caregiver*-nya (Oyebode, 2003). *Caregiver* juga dapat didefinisikan sebagai individu yang memberikan perhatian kepada individu lainnya, misalnya lansia, individu yang sakit, dan individu yang memiliki keterbatasan lainnya dalam berbagai tingkat usia. Seorang *caregiver* bisa berasal dari anggota keluarga, teman, tenaga sukarela, ataupun tenaga profesional yang mendapatkan bayaran. *Caregiver* dapat bekerja penuh-waktu atau paruh-waktu, tinggal bersama individu yang dibantunya, atau tinggal terpisah dari individu yang dibantunya (Widyanti, 2009).

2.2.6 Beban Keluarga

Menurut WHO, beban keluarga pertama kali dicetuskan pada tahun 1960 dan diidentifikasi menjadi dua, yaitu beban subyektif dan beban obyektif yang berhubungan dengan penyakit mental yang lama. Pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kusta, beban keluarga juga dapat terjadi. Terlebih dengan adanya stigma negatif dari lingkungan terhadap penyakit kusta.

2.2.6.1 Beban Obyektif

Berhubungan dengan masalah yang dialami oleh anggota keluarga, kekacauan hubungan keluarga, pembatasan sosial, pekerjaan dan waktu luang, kesulitan finansial atau keuangan yang akan berdampak negatif pada kesehatan fisik individu tersebut.

Keluarga yang anggota keluarganya mengalami kusta membutuhkan bantuan dari pelayanan kesehatan secara teratur untuk berobat secara teratur minimal sebulan sekali. Hal tersebut tentu memerlukan kemampuan finansial yang cukup dalam memenuhi kebutuhan untuk berobat, apalagi pada kondisi ekonomi yang ditemukan pada masyarakat penderita kusta di Indonesia yang umumnya merupakan kalangan ekonomi menengah kebawah. Untuk mencapai akses pelayanan kesehatan seperti Puskesmas maupun Rumah Sakit membutuhkan biaya dalam hal transportasi dan biaya berobat, meskipun pengobatan kusta sekarang merupakan jaminan dari Pemerintah (gratis). Terkadang biaya menjadi kendala bagi penderita kusta dan keluarganya untuk berobat secara rutin. Penyakit kusta yang memakan waktu lama dalam penyembuhan juga akan berpengaruh kepada kehidupan sosial keluarga dan lingkungan sekitar dan waktu produktif keluarga juga terganggu karena waktu yang seharusnya untuk bekerja menjadi berkurang karena terpakai untuk merawat keluarganya yang sakit.

2.2.6.2 Beban Subyektif

Beban subyektif dideskripsikan sebagai reaksi psikologis yang berhubungan dengan perasaan yang dialaminya seperti perasaan kehilangan, sedih, ansietas dan keadaan memalukan dalam situasi sosial, stres koping dengan perilaku yang kacau dan frustrasi yang disebabkan oleh perubahan hubungan dalam keluarga. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kusta juga sudah tentu mengalami masalah psikologis yang cukup berat. Kecemasan akan kemungkinan tertular penyakit, perasaan malu karena mempunyai keluarga yang

sakit kusta, mengalami isolasi sosial dari masyarakat (Andayani, 2006). Hal-hal tersebut tentu menimbulkan masalah psikologis dan beban tersendiri bagi keluarga.

Pada prinsipnya beban keluarga yang dirasakan baik subyektif maupun obyektif merupakan suatu aspek psikososial yang terjadi pada anggota keluarga yang mengalami penyakit baik fisik maupun mental. Seperti halnya yang dirasakan oleh keluarga yang anggota keluarganya menderita kusta.

2.2.7 Dukungan Psikososial Keluarga

Menurut Pender, Murdaugh, Parsons (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 materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Terlebih dengan kondisi penyakit kusta dan masalah psikososial yang bisa muncul akibat penyakit kusta, diantaranya: masalah terhadap diri penderita kusta, masalah terhadap keluarga penderita kusta, dan masalah terhadap masyarakat sekitar penderita kusta.

Psychosocial berasal dari kombinasi konsep individual “*psyche*” dan “*social*” komunitas dimana individu hidup dan berinteraksi. *Psychosocial support* (dukungan psikososial) berhubungan dengan pentingnya konteks sosial dalam menghadapi dampak psikososial yang dihadapi individu karena kejadian yang menimbulkan ketegangan atau

membuat stres. Dalam prakteknya ini berarti memfasilitasi struktur lokal sosial (keluarga, kelompok komunitas, sekolah) yang sudah tidak berfungsi lagi sehingga dapat kembali memberikan support yang efektif kepada orang yang membutuhkan terkait pengalaman hidup yang membuat stress (Nicolai, 2003).

Dukungan psikososial merupakan suatu bentuk dukungan yang dapat diberikan kepada penderita kusta untuk memenuhi kebutuhan psikososial penderita sekaligus mengatasi masalah psikososial yang dapat muncul dari penyakitnya. Dukungan psikososial ini meliputi dukungan psikologis dan dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga.

Dukungan psikologis atau emosional keluarga merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk memberikan perhatian, kasih sayang, dan empati (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2010), dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga (Friedman, 2010).

Dukungan sosial merupakan informasi verbal maupun non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang dekat dengan subyek di dalam lingkungan sosialnya, atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimanya (Sarason, 1996). Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dianggap oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses untuk keluarga.

Dukungan psikososial diberikan oleh keluarga kepada penderita kusta selain untuk membantu penderita kusta menghadapi masalah psikososial yang dirasakan juga untuk membantu penderita memenuhi kebutuhan psikososial yang dihadapi selama menghadapi penyakit yang dideritanya. Hal ini sesuai dengan kebutuhan psikososial yang dibutuhkan oleh penderita kusta, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Scott (2000) mengenai kebutuhan psikososial penderita kusta, antara lain :

2.2.7.1 Kebutuhan akan penerimaan diri

Cara penderita 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.

2.2.7.2 Kebutuhan akan penerimaan sosial

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

2.2.7.3 Kebutuhan akan penerimaan oleh komunitas

Kebutuhan psikososial penderita kusta akan terpenuhi dengan adanya dukungan dari support system yang meliputi: keluarga, kerabat, teman, dan petugas kesehatan.

Dukungan keluarga dijabarkan oleh Bomar (2004) sebagai suatu bentuk perilaku melayani yang dilakukan oleh keluarga, baik dalam bentuk dukungan emosional (perhatian, kasih sayang, empati), dukungan penghargaan (menghargai, umpan balik), dukungan informasional (saran, nasehat, informasi), maupun dalam bentuk dukungan instrumental (bantuan, tenaga, dana, dan waktu). Dukungan keluarga tersebut merupakan komponen yang sangat dibutuhkan oleh penderita

kusta dalam menghadapi penyakitnya. Sherbourne & Stewart (1995) mengembangkan dukungan keluarga menjadi 4 kategori, antara lain: dukungan emosional, dukungan tangible, dukungan kasih sayang serta dukungan interaksi sosial.

Seperti halnya yang dijelaskan oleh Cohen & McKay, 1984; Cutrona & Russel, 1990; House, 1984; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981; Wills, 1984 (dalam Sarafino, 1996) yang menyebutkan bahwa terdapat beberapa bentuk atau jenis dukungan keluarga yang sangat dibutuhkan oleh penderita kusta, antara lain :

2.2.6.1 Dukungan emosional : dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki, dan dicintai pada saat stres.

2.2.6.2 Dukungan penghargaan : dukungan ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif dari orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu.

2.2.6.3 Dukungan instrumental : dukungan yang sifatnya nyata berupa bantuan langsung, misalnya seseorang memberikan atau meminjamkan uang dan dapat juga berupa bantuan langsung mengerjakan tugas tertentu pada saat mengalami stres.

2.2.6.4 Dukungan informasi : dukungan ini berupa pemberian saran, pengarahan, atau umpan balik tentang bagaimana ia melakukan sesuatu. Misal ketika seseorang mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan, ia menerima saran dan umpan balik tentang ide-idenya dari rekan sekerjanya.

2.2.6.5 Dukungan jaringan sosial : bentuk dukungan ini tampil 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 ini dapat muncul dalam suasana bercanda atau percakapan santai.

Berdasar ketiga pengelompokan mengenai dukungan keluarga tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa dukungan psikososial keluarga meliputi dukungan psikologis yang berfokus pada dukungan emosional dan kasih sayang serta dukungan sosial yang berfokus pada dukungan penghargaan, informasional, instrumental, serta dukungan interaksi sosial.

2.3 Terapi Keluarga

2.3.1 Konsep Terapi Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawat anggota keluarganya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga tersebut. Perawat membantu keluarga agar mampu melakukan lima tugas kesehatan, antara lain: mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan, memberi perawatan pada anggota yang sehat, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat Bailon & Maglaya (1978 dalam Yosep, 2007).

Terapi keluarga adalah bentuk terapi kelompok dimana klien dan anggota keluarganya berpartisipasi (Videbeck, 2007) yang bertujuan membantu perkembangan keluarga yang lebih baik, meningkatkan komunikasi terbuka, langsung, jelas, spesifik dan jujur, menciptakan aturan yang

fleksibel, manusiawi dan responsif terhadap bermacam-macam kebutuhan, serta menghubungkan nilai-nilai sosial dalam masyarakat yang bersifat terbuka dan penuh harapan.

2.3.2 Strategi Terapi Keluarga

Strategi dalam melakukan terapi keluarga meliputi :

2.3.2.1 Reframing

Dimana masalah ditegaskan kembali oleh ahli terapi / orang yang melakukan terapi sebagai sesuatu yang dibutuhkan oleh keluarga.

2.3.2.2 Pengendalian perubahan

Melatih keluarga untuk melakukan beberapa kegiatan sesuai target atau tujuan yang diharapkan dalam rentang waktu tertentu.

2.3.2.3 Paradok

Melakukan sesuatu yang bertentangan dengan yang biasa dilakukan atau merubah perilaku dari yang biasa dilakukan.

2.3.3 Langkah-langkah Terapi Keluarga

2.3.3.1 Pengkajian

Pengkajian keluarga dilakukan dengan menggunakan berbagai alat/ instrument pengkajian keluarga. Dalam pengkajian keluarga, perawat mengumpulkan data, sosial budaya, data lingkungan, struktur dan fungsi keluarga dan intensitas stress serta strategi koping keluarga yang dilakukan secara terus menerus. Sedangkan pengkajian individu anggota keluarga mencakup aspek mental/ jiwa, fisik, emosi, sosial dan spiritual. Data yang telah dikumpulkan secara sistematis, kemudian diklasifikasikan dan dianalisis untuk menginterpretasikan artinya. Seringkali, data sekilas dikumpulkan untuk tiap area

utama. Ketika pengkaji menemukan kemungkinan atau potensi masalah, pengkaji kemudian menggali bidang tersebut secara lebih mendalam. Sebagai tambahan, kekuatan keluarga perlu digali dalam proses pengkajian. Jumlah dan jenis informasi yang tergantung pada klien yang mungkin ingin menyampaikan lebih banyak informasi pada satu area daripada area yang lain. Walaupun pengkajian merupakan langkah pertama proses perawatan, data terus dikumpulkan sepanjang pemberian pelayanan atau terapi keluarga.

2.3.3.2 Menemukan masalah dan menentukan diagnosis

Pengkajian keluarga mencapai puncaknya dalam mengidentifikasi masalah keluarga yang actual dan potensial. Banyak masalah kesehatan keluarga berada dalam lingkup praktik perawat dan disebut diagnosis keperawatan keluarga. Masalah keluarga ini, begitu pula, berada dalam lingkup praktik profesi dan bidang lain. Masalah keluarga masih perlu diidentifikasi dan dibahas dengan keluarga yang akan memverifikasi bahwa kebutuhan atau masalah tersebut dipersepsikan secara bersama. Seringkali peran perawat pada situasi ini adalah merujuk keluarga kepada sumber yang sesuai dan melakukan koordinasi, penyuluhan dan dukungan terkait dengan masalah dan rujukan.

Diagnosis dalam terapi keperawatan keluarga merupakan perpanjangan dari diagnosis kepada sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil pengkajian keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga termasuk masalah kesehatan actual dan potensial. Pada tingkat keluarga, diagnosis keperawatan dapat ditegakan bertolak dari salah satu teori keperawatan atau teori keluarga atau menggunakan diagnosis

NANDA. Sebagai contoh, apabila kerangka kerja struktural fungsional atau interaksional yang digunakan, diagnosis keperawatan keluarga dapat meliputi konflik peran atau transisi, masalah pengasuhan anak, konflik nilai, atau masalah komunikasi. Jika kerangka kerja sistem yang digunakan, diagnosisnya antara lain ketertutupan keluarga terkait interaksi dengan komunitas, tidak utuhnya subsistem orang tua, keterpisahan antara anggota keluarga.

2.3.3.3 Perencanaan

Penetapan sasaran, penyusunan tujuan, yang jelas spesifik dan dapat diterima, merupakan hal yang penting. Jika tujuan keluarga tidak jelas, maka tidak akan banyak berbeda apapun kegiatan yang dilakukan karena hasil akhir yang dicapai pun tidak diketahui. Sepanjang pernyataan tujuan didefinisikan dan diterima sebagai oleh keluarga, tindakan yang diinginkan tampak akan diikuti. Sebagai tambahan untuk penerimaan, kejelasan dan kespesifikan tujuan, maka tujuan juga perlu dinyatakan dalam bentuk perilaku sehingga dapat diukur (dievaluasi). Tujuan perlu diuraikan jangka pendek, yaitu spesifik, langsung dan terukur, tujuan tingkat menengah, atau pada sisi lain dari rentang sebagai jangka panjang, lebih umum, tujuan mutlak yang mengindikasikan maksud yang luas perawat dan keluarga diharapkan untuk dicapai. Tujuan jangka pendek diperlukan untuk memotivasi dan memberikan keyakinan kepada keluarga dan individu bahwa mereka telah membuat kemajuan, begitu pula untuk menuntun keluarga ke tujuan yang lebih luas, dan lebih komprehensif.

Keluarga mempunyai hak dan tanggung jawab untuk membuat keputusan kesehatan mereka sendiri. Karena prinsip terapi atau

keperawatan keluarga, bahwa keluarga yang akan menyetujui atau memilihnya, walaupun mungkin secara profesional tidak kita setujui. Yang paling penting adalah informasi dan pemahaman klien terhadap konsekuensi tindakan (sehingga keluarga akan membuat keputusan yang benar berdasarkan informasi) karena ada ketentuan hukum yang mempersyaratkan persetujuan tindakan tertulis (*informed consent*) dan dokumen hak klien yang menegaskan perlunya bagi klien dan keluarga untuk terlibat dalam semua aspek keputusan pemberian kesehatan.

2.3.3.4 Intervensi

Setelah melakukan pengkajian keluarga dan membahas bersama permasalahan keluarga, perawat dan anggota keluarga perlu memutuskan apakah ada indikasi untuk intervensi keluarga. Kriteria untuk membuat keputusan ini meliputi minat dan motivasi keluarga untuk menerima bantuan dan mengatasi masalah tersebut, tingkat fungsi keluarga, tingkat ketrampilan perawat, dan sumber yang tersedia (Wright & Leahey, 2000 dalam Bomar, 2004).

Model Intervensi Keluarga Calgary :

- 1) Kognitif: Intervensi diarahkan pada ranah kognitif fungsi keluarga memberi ide, pendapat atau pendidikan baru tentang masalah atau resiko kesehatan tertentu. Beberapa contoh antara lain: memberikan informasi dan pendapat, penilaian ulang kognitif (*reframing*), menawarkan pendidikan, dan mengeksternalisasi masalah. Sebagai tambahan, pertanyaan interventif dapat dirumuskan untuk memacu perubahan di dalam ranah kognitif fungsi keluarga.

- 2) Afektif : Tindakan keperawatan diarahkan pada ranah afektif fungsi keluarga yang ditujukan untuk membantu keluarga dengan respons emosi yang tinggi yang dapat menghentikan upaya penyelesaian masalah mereka. beberapa contoh antara lain: memvalidasi atau menormalisasi respons emosi, menceritakan pengalaman sakit, dan menggambarkan dukungan keluarga. Pertanyaan interventif dapat disusun untuk mempengaruhi perubahan di dalam ranah afektif fungsi keluarga.
- 3) Perilaku: Strategi keperawatan diarahkan untuk membantu anggota keluarga berinteraksi atau berperilaku berbeda antara satu dengan yang lain serta dengan orang lain di luar keluarga. Beberapa contoh, antara lain: menggerakkan anggota keluarga sebagai pemberi asuhan, dan perlengkapan ritual. Pertanyaan interventif dapat dilengkapi untuk mengundang perubahan di dalam ranah perilaku fungsi keluarga.

2.3.3.5 Evaluasi

Komponen kelima proses keperawatan adalah evaluasi. Evaluasi berdasarkan beberapa efektif intervensi yang dilakukan dalam keluarga, perawat dan lainnya. Keberhasilan lebih ditentukan oleh hasil pada sistem keluarga dan anggota keluarga (bagaimana keluarga merespons), dari pada intervensi yang diimplementasikan. Evaluasi sekali lagi, merupakan kegiatan bersama perawat dan keluarga. Walaupun pendekatan evaluasi berorientasi pada keluarga yang paling relevan, tapi sering membuat frustrasi karena kesulitan dalam menyusun kriteria objektif untuk hasil yang diinginkan dan karena faktor selain intervensi yang telah direncanakan yang mempengaruhi hasil pada keluarga klien. Oleh karena pilihan tersebut tidak ada

seorangpun yang dapat secara tegas “murni”, melihat kemanjuran dari intervensi keperawatan. Sebelum rencana asuhan diperluas atau dimodifikasi, tindakan keperawatan tertentu perlu di telaah ulang oleh perawat dan keluarga untuk memutuskan apakah tindakan tersebut memang membantu kecuali respon keluarga terhadap intervensi keperawatan dievaluasi bersama, maka tindakan keperawatan yang tidak efektif dapat terus berlangsung.

2.4 Peran Keperawatan Jiwa dalam Keluarga

Keperawatan jiwa adalah suatu proses interpersonal dalam meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mempengaruhi pada fungsi yang terintegrasi. Pasien yang dikelola dapat meliputi individu, keluarga, kelompok, organisasi, maupun komunitas. Tiga domain dalam praktek keperawatan jiwa yaitu: perawatan langsung, komunikasi dan manajemen (Stuart & Laraia, 2008). Dari pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa keperawatan jiwa diberikan tidak hanya kepada individu saja tetapi juga dapat melibatkan diri ke dalam keluarga dalam upaya untuk membantu bukan hanya dalam pemenuhan kebutuhan mental tetapi juga mencakup kebutuhan psikososial keluarga. Perawat jiwa berusaha menemukan dan memenuhi kebutuhan dasar manusia yang terganggu meliputi kebutuhan fisik, kebutuhan rasa aman, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, kebutuhan akan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri. Sebagai contoh dalam merawat penderita dan keluarga penderita kusta, ditemukan beberapa masalah yang diakibatkan karena adanya stigma. Untuk itulah keperawatan jiwa mempunyai peran sebagai pendidik, pemimpin, *surrogate parent*, dan konselor.

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan penyakit kusta dapat mengalami perubahan proses keluarga. Faktor yang berhubungan dengan proses perubahan keluarga seperti transisi perkembangan atau krisis, pergeseran formal

atau informal dalam komunitas, modifikasi dalam keuangan keluarga, pergeseran kekuasaan dalam anggota keluarga, modifikasi dalam status sosial keluarga, pergeseran status kesehatan dari anggota keluarga dan transisi. Menurut Wilkinson (2007), dalam menjalankan perannya di dalam keluarga, tindakan keperawatan yang dapat dilakukan antara lain:

2.4.1 Pendidikan untuk pasien atau keluarga

Ajari ketrampilan merawat pasien yang diperlukan oleh keluarga misalnya manajemen waktu dan pengobatan.

2.4.2 Aktivitas kolaboratif

Gali sumber-sumber di RS dan komunitas yang tersedia bersama keluarga, kerjasama multidisiplin dalam perawatan pasien dengan melibatkan keluarga, merujuk terapi keluarga sesuai indikasi.

2.4.3 Aktivitas lain

Bantu keluarga dalam mengidentifikasi perilaku yang mungkin menghambat pengobatan yang dianjurkan, bantu keluarga dalam mengidentifikasi kekuatan personal, dukung keluarga untuk menyatakan perasaan secara verbal, berpartisipasi dalam perawatan, dan berikan penguatan positif terhadap penggunaan mekanisme koping yang efektif.

Terapi lanjutan atau spesialis yang dapat diberikan pada keluarga :

2.4.1 Terapi fungsi keluarga

Terapi ini diberikan pada keluarga dengan anak remaja yang berperilaku maladaptif. Buruknya hubungan antara orangtua dan anak disebabkan oleh buruknya komunikasi sehingga untuk membantu persamaan persepsi dan pemahaman diantara mereka dapat menggunakan terapi fungsi keluarga.

2.4.2 Terapi sistem keluarga

Tujuannya untuk mengurangi penderitaan keluarga dan meningkatkan sifat fungsional anggota keluarga meliputi pemahaman keluarga dan kontribusi dalam psikopatologi pasien, mobilisasi kekuatan keluarga,

sumber fungsional, restruktur pola perilaku keluarga yang maladaptif, dan membantu keluarga dalam pemecahan masalah.

2.4.3 Psikoedukasi keluarga

Merupakan suatu program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara memberikan informasi edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukatif dan pragmatik.

2.5 Psikoedukasi Keluarga

2.5.1 Definisi

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2008).

Psikoedukasi keluarga adalah suatu metoda berdasar pada penemuan klinis untuk melatih keluarga-keluarga dan bekerja sama dengan para profesional kesehatan jiwa sebagai bagian dari perawatan menyeluruh secara klinis yang direncanakan untuk anggota keluarga. Menurut Carson (2000) psikoedukasi merupakan alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor risiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Jadi pada prinsipnya psikoedukasi ini membantu anggota keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit melalui pemberian informasi dan edukasi yang dapat mendukung pengobatan dan rehabilitasi pasien dan meningkatkan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

Penelitian psikoedukasi yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial telah dilakukan oleh Nurbani (2009) pada keluarga pasien stroke dengan jumlah sampel 22 keluarga kelompok intervensi dan 23 keluarga kelompok kontrol. Dari hasil

penelitian diperoleh bahwa terdapat penurunan kecemasan yang bermakna dari keluarga yang telah mendapat psikoedukasi.

Penelitian psikoedukasi yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial juga dilaksanakan oleh Boesen (2005) pada pasien *Cutaneous Malignant melanoma* dari 262 pasien dengan melanoma dipilih secara acak yang terdiri dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi dilakukan psikoedukasi sebanyak 6 sesi dengan diberikan pendidikan kesehatan, peningkatan ketrampilan penyelesaian masalah, manajemen stres dan dukungan psikologis. Dari hasil penelitian kelompok intervensi menunjukkan hasil yang signifikan yaitu berkurangnya kelelahan, bersemangat atau tenaga lebih kuat, gangguan suasana hati lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

2.5.2 Tujuan

Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga adalah saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit fisik yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya (Varcarolis, 2006). Pendidikan kelompok keluarga membantu anggota keluarga membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya. Pertemuan psikoedukasi keluarga atau beberapa keluarga memberikan perasaan saling berbagi dan strategi untuk bersama-sama membagi perasaan yang dirasakan. Kelompok psikoedukasi keluarga sangat bermanfaat untuk masalah mental dan sama manfaatnya untuk penyakit medis atau bedah (Varcarolis, 2006). Tujuan umum dari psikoedukasi

keluarga adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkat yang rendah. Tujuan khusus antara lain:

- 1) Meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan.
- 2) Memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan atau serangan berulang pada penyakit yang diderita.
- 3) Mengembalikan fungsi pasien dan keluarga.
- 4) Melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.
- 5) Melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang perkembangan keluarga.

Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga teknik pengajaran untuk keluarga dalam membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2008). Program ini juga bertujuan untuk memberikan support keluarga. Keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan seperti masalah keuangan, sosial dan psikologis dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya. Walaupun fokus dari terapi ini adalah kelompok psikoedukasi keluarga, tapi pada prinsipnya tujuan dari terapi ini adalah untuk memberikan perasaan sejahtera sejahtera atau kesehatan mental pada keluarga (Levine, 2002).

2.5.3 Indikasi Psikoedukasi Keluarga

Indikasi dari terapi psikoedukasi keluarga adalah anggota keluarga dengan aspek psikososial dan gangguan jiwa. Menurut Carson (2000) situasi yang tepat dari penerapan psikoedukasi keluarga adalah:

- 1) Informasi dan latihan tentang area khusus kehidupan keluarga, seperti latihan ketrampilan komunikasi atau latihan menjadi orang tua yang efektif.
- 2) Informasi dan dukungan terhadap kelompok keluarga khusus stres dan krisis, seperti kelompok pendukung keluarga dengan penyakit Alzheimer.
- 3) Pencegahan dan peningkatan seperti konseling pranikah untuk keluarga sebelum terjadinya krisis.
- 4) Keluarga dengan anggota keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. Masalah psikososial yang dimaksud dalam hal ini adalah masalah psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta.

2.5.4 Pedoman Psikoedukasi Keluarga

Melihat beberapa penelitian yang telah menggunakan terapi psikoedukasi keluarga pada masalah psikososial, maka peneliti juga akan menggunakan modifikasi dari pedoman psikoedukasi yang telah digunakan sebelumnya yang telah dikembangkan oleh Nurbani (2009).

Adapun sesi-sesinya adalah sebagai berikut:

- 1) Sesi 1: Pengkajian masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan kusta.

Pada sesi ini peserta dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi keluarga, mengetahui tujuan, mendapat kesempatan untuk menyampaikan pengalaman keluarga dalam memberikan dukungan kepada penderita kusta, dan menyampaikan keinginan dan harapan selama mengikuti program psikoedukasi keluarga.

- 2) Sesi 2: Merawat dan memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga dengan penyakit kusta

Pada sesi ini tujuannya adalah peserta terapi psikoedukasi keluarga mampu menyebutkan tentang penyakit kusta dan bagaimana memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang menderita kusta.

3) Sesi 3: Manajemen beban subyektif keluarga (ansietas)

Peserta terapi psikoedukasi keluarga mampu berbagi pengalaman dengan anggota kelompok lain tentang ansietas yang dirasakan akibat salah satu anggota keluarga mengalami penyakit kusta dan mendapat informasi tentang ansietas yang dialami serta mengetahui cara mengatasinya.

4) Sesi 4: Manajemen beban obyektif keluarga

Peserta psikoedukasi keluarga mengenal tanda-tanda beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang menderita penyakit kusta dan peserta mengetahui cara mengatasi beban yang dialami.

5) Sesi 5: Hambatan dan pemberdayaan komunitas

Peserta psikoedukasi keluarga dapat melakukan komunikasi yang baik dengan petugas kesehatan terdekat dalam komunitas (Puskesmas).

2.5.5 Pelaksanaan

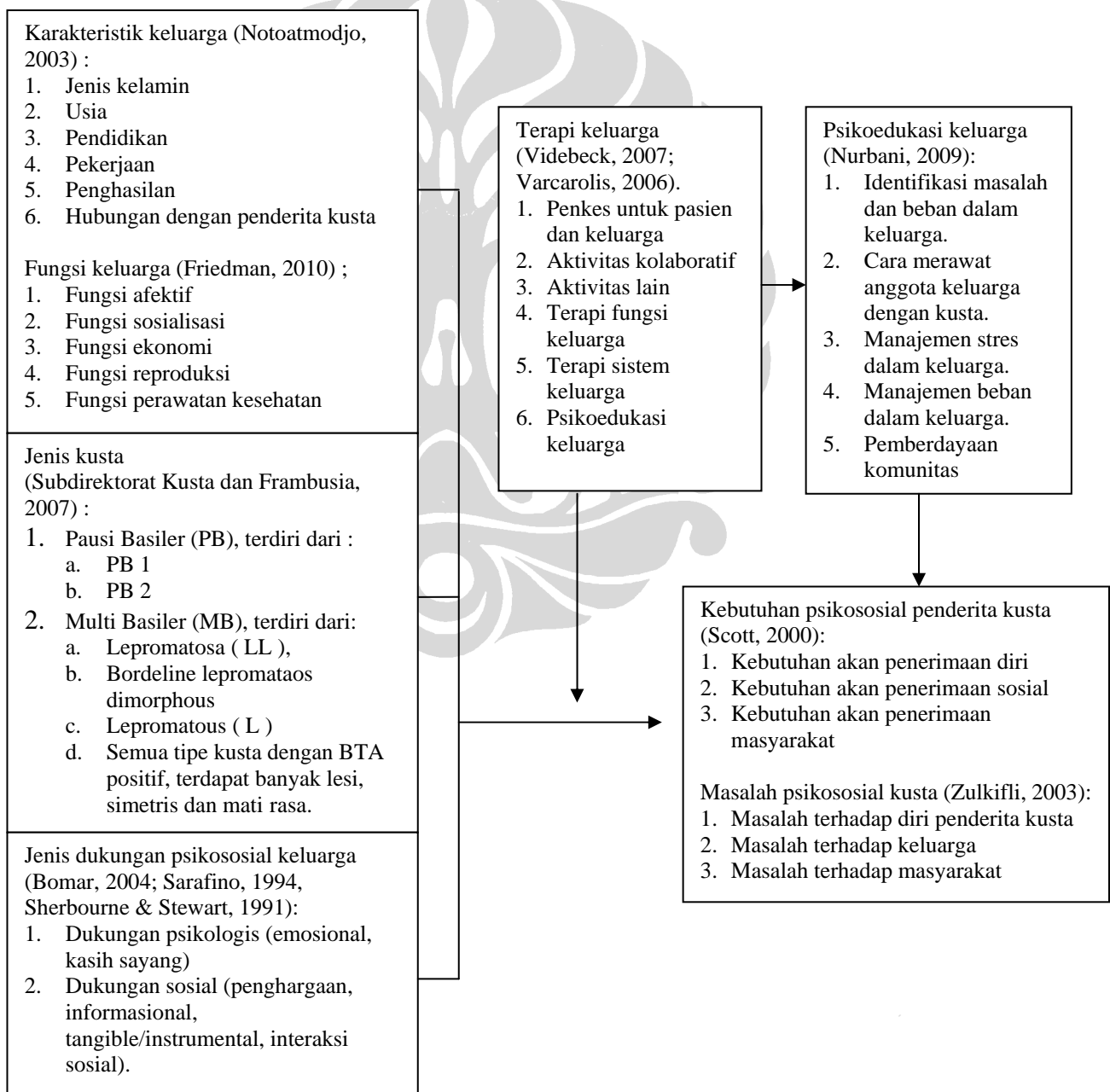
Psikoedukasi dalam pelaksanaannya dapat diberikan dalam lima sesi. Kelima sesi tersebut meliputi: sesi pertama, yaitu mengidentifikasi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit kusta; sesi kedua, yaitu mengajarkan kepada keluarga cara merawat anggota keluarga yang menderita kusta dan cara untuk memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang sakit kusta; sesi ketiga, yaitu mengajarkan kepada keluarga untuk mengatasi ansietas yang dihadapi selama merawat anggota keluarga dengan kusta; sesi keempat, yaitu: membantu keluarga untuk mengatasi beban obyektif yang dihadapi keluarga selama merawat anggota keluarga yang sakit

kusta; sesi kelima, yaitu: membantu keluarga untuk memanfaatkan sumber pendukung yang ada di komunitas.

2.6 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan landasan penelitian yang disusun berdasarkan informasi, konsep, dan teori yang telah dijelaskan dalam tinjauan teori.

Skema 2.1 Kerangka Teori



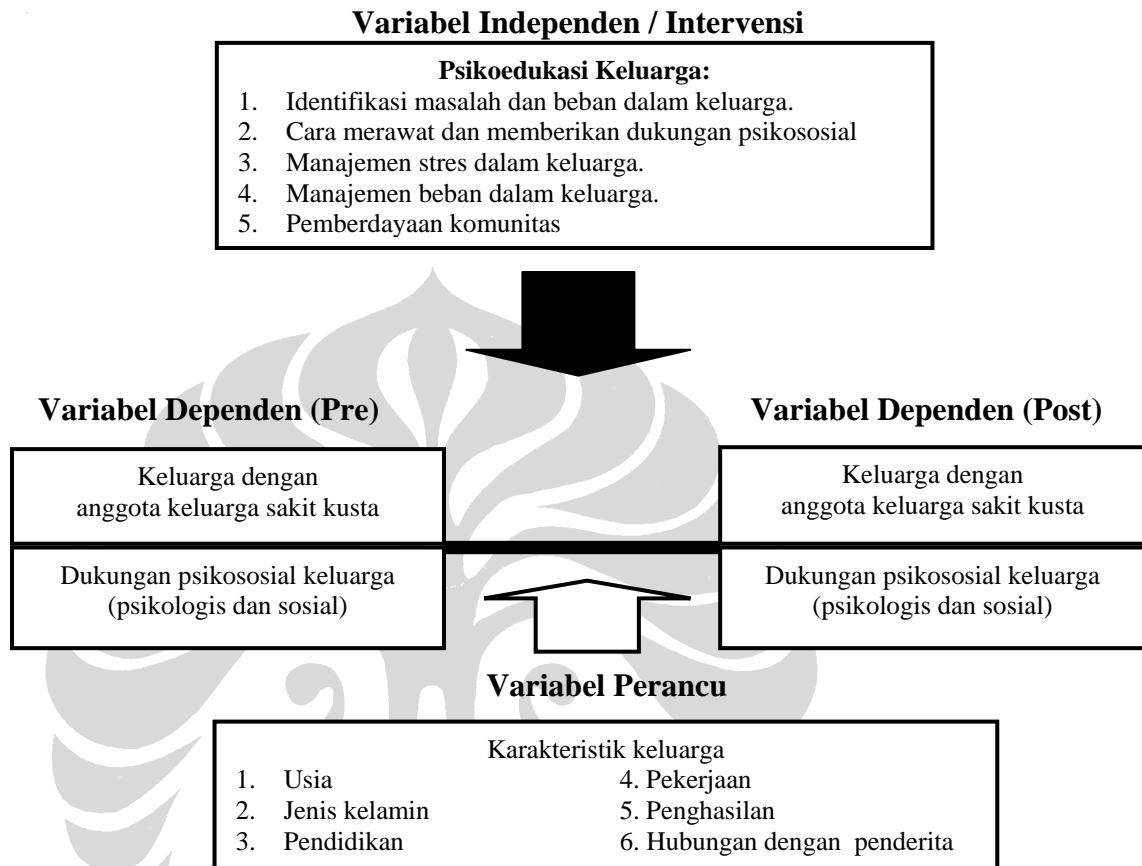
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang dibahas dalam tinjauan teori. Berdasarkan teori dan konsep yang telah penulis paparkan pada tinjauan teori, dapat diambil kesimpulan bahwa penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga yang menderita kusta. Sub variabel dukungan psikososial yang akan penulis ukur meliputi dukungan psikologis dan sosial. Psikoedukasi keluarga dapat dilakukan selama 5 sesi, dimana masing-masing sesi dapat dilakukan sebanyak minimal 3 kali pertemuan. Secara rinci, variabel-variabel yang dijelaskan di bawah ini meliputi: dukungan psikososial sebagai variabel terikat; psikoedukasi keluarga sebagai variabel tak terikat; serta karakteristik keluarga sebagai variabel perancu. Adapun kerangka konsep dari penelitian ini dapat digambarkan dengan skema, seperti di bawah ini:

Skema 3.1.
Kerangka Konsep Penelitian



3.1.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah psikoedukasi keluarga.

3.1.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah dukungan psikososial keluarga.

3.1.3 Variabel *confounding*

Variabel *confounding* atau variabel perancu dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi responden (keluarga) yang mempengaruhi dukungan psikososial keluarga. Variabel demografi keluarga terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan dengan penderita.

3.2 Hipotesis

3.2.1 Hipotesis Mayor

Psikoedukasi keluarga berpengaruh terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta.

3.2.2 Hipotesis Minor

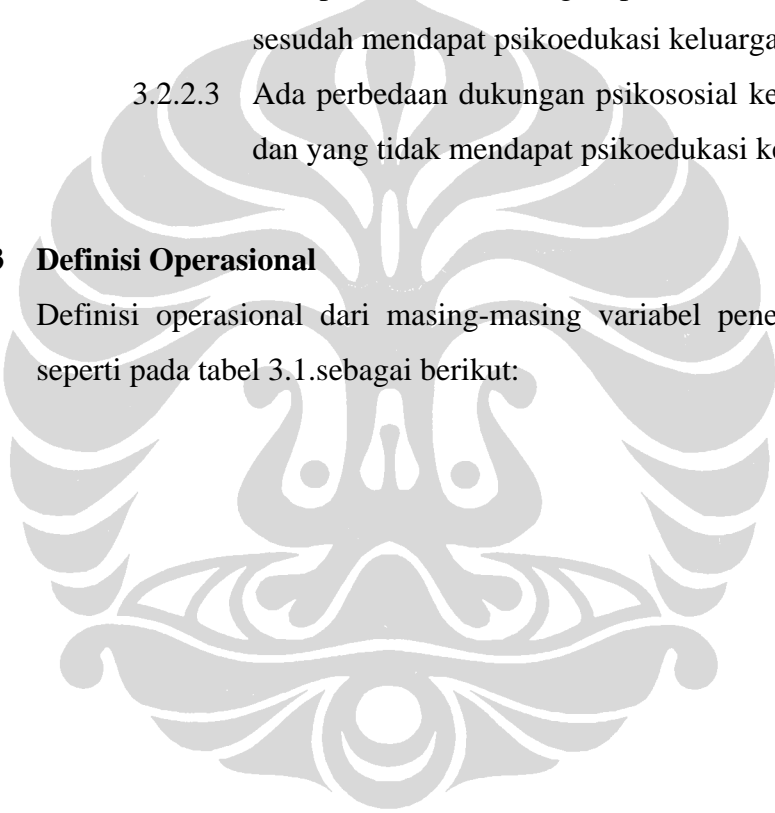
3.2.2.1 Ada hubungan karakteristik keluarga dengan dukungan psikososial keluarga.

3.2.2.2 Ada perbedaan dukungan psikososial keluarga sebelum dan sesudah mendapat psikoedukasi keluarga.

3.2.2.3 Ada perbedaan dukungan psikososial keluarga yang mendapat dan yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga.

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1. sebagai berikut:



Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Independen dan Variabel Dependen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen				
Psikoedukasi keluarga	Program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik untuk melatih keluarga dalam hal perawatan dan pemberian dukungan kepada anggota keluarganya yang sakit yang diberikan dalam 5 sesi kegiatan meliputi: pengkajian masalah dan beban keluarga, cara mengatasi cara merawat, manajemen stres keluarga, manajemen beban keluarga, pemberdayaan komunitas.	Menggunakan lembar evaluasi pada tiap sesi psikoedukasi keluarga. Keluarga yang telah mengikuti 5 sesi, dinyatakan telah diberi psikoedukasi keluarga	Dinyatakan dengan angka: 1-2 1. Keluarga yang tidak diberi psikoedukasi keluarga 2. Keluarga yang diberi psikoedukasi keluarga	Nominal
Variabel Dependen				
Dukungan Psikososial Subvariabel: Dukungan psikologis	Dukungan yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga dengan kusta dalam bentuk: perhatian, kasih sayang, cinta kasih, memahami kebutuhan sehingga penderita termotivasi untuk melakukan perawatan kesehatan.	Kuesioner C terdiri atas 15 item pernyataan (1-15) dikembangkan dari MOS dengan kategori: 1: Tidak pernah 2: Jarang 3: Sering 4: Selalu	Jumlah nilai dari <i>item</i> pernyataan dukungan psikologis yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum-maksimum dengan CI 95%.	Interval
Dukungan sosial	Dukungan yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga dengan kusta dalam bentuk: informasi verbal maupun non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang dekat dengan subyek di dalam lingkungan sosialnya dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimanya.	Kuesioner C terdiri atas 15 item pernyataan (16-30) dikembangkan dari MOS dengan kategori: 1: Tidak pernah 2: Jarang 3: Sering 4: Selalu	Jumlah nilai dari <i>item</i> pernyataan dukungan sosial yang dinyatakan dalam mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimum-maksimum dengan CI 95%.	Interval

Tabel 3.2 Definisi Operasional Data Demografi Responden

Data Demografi Responden	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Karakteristik keluarga (<i>caregiver</i>)				
Usia	Lama hidup responden (yang merawat penderita kusta).	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai usia responden. Cara ukur: mengisi isian	Dinyatakan dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Jenis kelamin <i>caregiver</i> penderita kusta	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai jenis kelamin responden. Cara ukur: memilih alternatif pilihan	Dinyatakan dengan angka 1-2: 1: laki-laki 2: wanita	Nominal
Hubungan keluarga	Hubungan antara keluarga dengan penderita kusta, dibedakan berdasar inti (hubungan vertikal).	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai hubungan keluarga dengan cara wawancara Cara ukur: mengisi alternatif pilihan (ibu, ayah, anak, kakak, adik, lainnya)	Dinyatakan dengan angka 1-2: 1: bukan keluarga inti (adik, kakak) 2: keluarga inti (suami, istri, anak, ibu, ayah)	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditunjukkan dengan kepemilikan ijazah terakhir	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai pendidikan keluarga Cara ukur: memilih alternatif pilihan (SD, SMP, SMA)	Dinyatakan dengan: 1 = pendidikan dasar (SD) 2 = pendidikan menengah (SMP dan SMA)	Ordinal
Pekerjaan	Kegiatan <i>caregiver</i> yang dapat menghasilkan uang	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai pekerjaan keluarga Cara ukur: memilih alternatif pilihan: (IRT, buruh, PNS, swasta, wiraswasta, pelajar)	Dinyatakan dengan: 1 = tidak bekerja (IRT dan pelajar) 2 = bekerja (buruh, PNS, swasta, dan wiraswasta)	Nominal
Penghasilan	Keadaan sosial ekonomi dari keluarga klien yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan.	Instrumen A berupa pertanyaan mengenai penghasilan keluarga dalam sebulan dengan cara mengisi lembar instrumen. Cara ukur: Responden mengisi sesuai dengan kondisi.	Dinyatakan dalam rupiah	Rasio

BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada bab metode penelitian ini dibahas konsep dan aplikasi serta alasan penggunaan rancangan penelitian kuasi eksperimental dalam upaya mengidentifikasi pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta di Kabupaten Pekalongan.

4.1 Desain Penelitian

Menurut Burns & Grove (1996) yang dimaksud dengan desain penelitian adalah keseluruhan dari suatu perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi experiment*), rancangan *pre-post test with control group* dengan intervensi psikoedukasi keluarga. Pendekatan *pretest-posttest with control group design* digunakan untuk melihat efektivitas perlakuan melalui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (Arikunto, 2009).

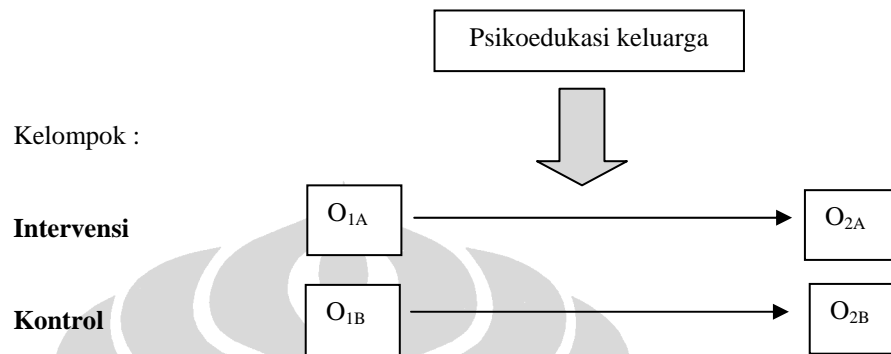
Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan dukungan psikososial keluarga dalam merawat penderita kusta sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga. Selanjutnya dukungan psikososial ini dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapatkan psikoedukasi keluarga. Penelitian ini membandingkan dua kelompok keluarga dengan penderita kusta antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Kelompok intervensi : kelompok keluarga yang memperoleh psikoedukasi keluarga sebanyak 5 sesi dalam 3 kali pertemuan.

Kelompok kontrol : kelompok keluarga yang tidak memperoleh psikoedukasi keluarga tetapi mendapat pendidikan kesehatan.

Berikut ini adalah skema desain penelitian yang akan digunakan :

Skema 4.1 Disain Penelitian *Pre dan Post test*



Keterangan :

O_{1A} : Dukungan psikososial keluarga, pada kelompok intervensi sebelum dilakukan perlakuan psikoedukasi keluarga

O_{2A} : Dukungan psikososial keluarga, pada kelompok intervensi sesudah dilakukan perlakuan psikoedukasi keluarga

O_{1B} : Dukungan psikososial keluarga, pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan psikoedukasi keluarga

O_{2B} : Dukungan psikososial keluarga, pada kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan perlakuan psikoedukasi keluarga

$O_{2A} - O_{1A}$: Perbedaan dukungan psikososial keluarga, pada kelompok intervensi setelah dan sebelum dilakukan perlakuan psikoedukasi keluarga

$O_{2B} - O_{1B}$: Perbedaan dukungan psikososial keluarga, pada kelompok kontrol setelah dan sebelum kelompok intervensi mendapatkan perlakuan psikoedukasi keluarga.

$O_{2A} - O_{2B}$: Perbedaan dukungan psikososial keluarga antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan perlakuan psikoedukasi keluarga.

4.2 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu. Karakteristik subyek ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian. Populasi penelitian ini adalah keluarga dari semua penderita kusta yang tercatat di 24 wilayah Puskesmas Kabupaten Pekalongan pada tahun 2010 sejumlah 244 penderita kusta. Populasi target adalah populasi yang merupakan sasaran akhir penerapan hasil penelitian atau disebut “ranah”. Populasi target bersifat umum pada penelitian klinis dibatasi oleh karakteristik demografi dan karakteristik klinik (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan populasi target, yaitu keluarga penderita kusta (*caregiver*) yang dipilih dari 2 Puskesmas dengan jumlah penderita kusta terbanyak di Kabupaten Pekalongan, yaitu: Puskesmas Buaran dan Tirto 1. Total populasi target yang diperoleh berdasar data Puskesmas dari Januari 2010 hingga Februari 2011 sejumlah 60 orang penderita kusta.

Dalam penelitian ini sampel yang digunakan adalah keluarga penderita kusta (*caregiver*) yang bertempat tinggal di Puskesmas Buaran dan Tirto 1 yang memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum yang harus dipenuhi oleh subjek sehingga dapat diikutsertakan dalam penelitian (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini kriteria inklusi yang digunakan adalah :

- 1) *Caregiver* tinggal bersama dalam satu rumah dengan penderita kusta
- 2) *Caregiver* dipilih oleh penderita kusta sendiri
- 3) Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi
- 4) Penderita masih menjalani pengobatan kusta

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Teknik pengambilan sampel merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2007). Pengambilan sampel pada

penelitian ini menggunakan metode *purposive sampling*, yaitu pengambilan sampel yang bertujuan untuk mendapatkan subyek penelitian yang memiliki sejumlah karakteristik tertentu atau mendapatkan kelompok penelitian yang sebanding dalam karakteristik tertentu (Sugiyono, 2006) Sehingga sampel yang diambil pada penelitian ini adalah *caregiver* dari penderita kusta yang diperoleh dari 2 Puskesmas dengan catatan penderita kusta tertinggi di Kabupaten Pekalongan pada tahun terakhir (2010).

Jumlah atau besar sampel yang dijadikan responden dalam penelitian ini, sesuai dengan hasil rumus sampel untuk populasi kecil atau kurang dari 10.000 adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2002; Nursalam, 2003):

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

Keterangan:

n : besar sampel

N : besar populasi

d : presisi (0,1)

Maka penghitungan sampelnya adalah :

$$n = \frac{60}{1 + 60(0,1^2)} = 38 \text{ orang}$$

Dalam studi *quasi eksperiment*, ada kekhawatiran terdapat beberapa responden yang *drop out*, *loss to follow-up* atau subjek yang tidak taat dalam proses penelitian. Oleh karena itu, perlu diantisipasi dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung. Cara yang digunakan adalah dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel dapat terpenuhi. Adapun rumus untuk penambahan subjek penelitian ini adalah, sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2008) :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

$1 - f$: Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % ($f = 0,1$)

Maka sampel yang dibutuhkan adalah :

$$n = \frac{38}{1-0,1} = 42 \text{ orang}$$

Dengan demikian berdasarkan penghitungan rumus di atas, maka sampel akhir yang diperlukan adalah 21 responden untuk kelompok intervensi dan 21 responden untuk kelompok kontrol. Total jumlah responden adalah 42 *caregiver* pada keluarga dengan anggota keluarga yang menderita kusta.

Dalam pelaksanaan penelitian terdapat 42 keluarga (*caregiver*) yang menjadi subjek penelitian. Dari 42 keluarga (*caregiver*) tersebut, terdiri dari 21 keluarga (*caregiver*) kelompok intervensi dan 21 keluarga (*caregiver*) kelompok kontrol. Jumlah subjek penelitian tersebut diperoleh berdasar pemilihan responden dengan kriteria inklusi.

4.3 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2011. Kegiatan dimulai dari penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Kegiatan pengumpulan data dilaksanakan selama 8 minggu, dimulai 20 April 2011 sampai dengan 10 Juni 2011. Pelaksanaan psikoedukasi keluarga dilakukan dari hari Senin sampai hari Sabtu, menyesuaikan dengan waktu yang diminta oleh responden dengan rentang waktu mulai jam 09.00 – 14.00. Psikoedukasi dilakukan selama 30-45 menit setiap kali pertemuan.

4.4 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 2 wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Pekalongan, yaitu: Puskesmas Buaran dan Tirto 1. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada tiga faktor yaitu: (1) Data program kusta Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan bulan Desember tahun 2010 yang mencatat bahwa 2 Puskesmas tersebut merupakan Puskesmas dengan tingkat penderita kusta tertinggi; (2) Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan mempunyai program penanganan kusta di setiap Puskesmas; dan (3) Calon responden yang terfokus pada 2 Puskesmas mempermudah peneliti untuk mengambil data dan melakukan intervensi.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan etika penelitian dengan memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan untuk mencegah timbulnya masalah etik yang dapat terjadi selama proses penelitian berlangsung dengan menerapkan prinsip etika riset penelitian yaitu *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan (Hamid, 2007).

Polit & Beck (2004) mengaplikasikan prinsip etik penelitian dalam *self determination, privacy and dignity, anonimity and confidentiality, fair treatment* serta *protection from discomfort and harm*.

4.5.1 *Self determination*

Self determination berarti memberi kebebasan pada responden menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi informasi yang adekuat tentang penelitian. Hal yang dilakukan peneliti untuk menerapkan *self determination* adalah mempersilahkan responden untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan. Informasi yang diberikan peneliti sebelum responden dipersilahkan menandatangani lembar persetujuan adalah tujuan penelitian, manfaat

dan variabel yang diteliti; waktu yang diperlukan untuk penelitian; tidak ada pengaruh terhadap individu dan pekerjaannya. Selain itu, peneliti juga memberikan informasi secara lengkap tentang pengertian, tujuan, dan manfaat dari psikoedukasi keluarga. Selanjutnya peneliti juga menjelaskan bahwa data yang diberikan responden tidak akan disebarluaskan dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Peneliti juga menjelaskan bahwa responden berhak berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian dan tidak ada paksaan dan hukuman terhadap keputusan responden tersebut. Responden diberikan kesempatan untuk bertanya sebelum memberikan persetujuan menjadi responden. Responden yang bersedia untuk menjadi subjek penelitian, akan peneliti persilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan.

4.5.2 *Anonimity, privacy, and confidentiality*

Peneliti menggunakan prinsip kerahasiaan dan *anonimity* dengan cara menggunakan kode untuk menyamarkan identitas asli dari responden. Responden tidak perlu menuliskan nama pada kuesioner yang diisi, sehingga informasi yang didapatkan dalam penelitian hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan analisis data, serta tidak dapat diketahui secara luas untuk kepentingan publikasi. Data penelitian disimpan, diolah, dan hanya dapat digunakan oleh peneliti, dan dalam rentang waktu tertentu (5 tahun) dihancurkan, jika dirasa penelitian ini telah berakhir.

4.5.3 *Fair treatment*

Penerapan prinsip *fair treatment* dalam penelitian ini dilakukan dengan pemilihan responden yang tidak diskriminatif, tidak menghukum jika responden tidak berkeinginan berpartisipasi dalam penelitian, dan mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi dari pengolahan data hingga penyajian data.

4.5.4 *Justice*

Prinsip keadilan dan keterbukaan dilakukan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian secara adekuat dan senantiasa memperhatikan prinsip kejujuran. Selain itu, karena jenis penelitian ini merupakan penelitian eksperimental semu dengan kontrol, maka peneliti harus menjamin bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol akan memperoleh intervensi yang hampir sama, sehingga meminimalkan ketidakadilan pada kelompok kontrol. Untuk kelompok intervensi diberikan psikoedukasi keluarga sebanyak 5 sesi yang dilakukan dalam 3 kali pertemuan selama 30-45 menit tiap kali temu. Sedangkan untuk kelompok kontrol hanya diberikan intervensi secara umum yaitu pendidikan kesehatan mengenai penyakit kusta dan dukungan psikososial keluarga tanpa diberikan tentang cara mengatasi masalah psikososial (ansietas dan beban).

4.5.5 *Protection from discomfort and harm*

Dalam penelitian ini juga dilakukan upaya untuk menghindari ketidaknyamanan fisik dan mental, bebas dari eksploitasi, dan adanya keseimbangan antara resiko dan manfaat. Peneliti mengijinkan jika sewaktu-waktu ada responden yang mengundurkan diri karena merasa tidak nyaman atau tidak bersedia lagi melanjutkan intervensi, terdapat 1 *caregiver* yang tidak bersedia untuk melanjutkan intervensi. Hal ini dikarenakan peneliti memberikan intervensi sesuai dengan kesepakatan dan penjelasan yang terdapat pada lembar *informed consent*.

4.5.6 *Informed Consent*

Informed consent atau persetujuan menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan seperti tercantum pada lampiran 2 oleh responden untuk menjadi subjek penelitian secara sukarela dan tanpa paksaan dengan didahului penjelasan oleh peneliti secara lengkap dan adekuat dengan bahasa yang mudah dipahami oleh

responden tentang tujuan, prosedur penelitian, manfaat, dan jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan responden.

4.6 Alat Pengumpul Data

Mengumpulkan data merupakan hal yang sangat menentukan dalam sebuah penelitian. Pemilihan instrumen yang tepat dan sesuai akan memberikan hasil yang memuaskan dan dapat mengurangi *bias*. Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner (sebagai instrumen penelitian). Instrumen ini diklasifikasikan dalam kelompok sebagai berikut :

- 4.6.1 Instrumen A : merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan dengan penderita kusta. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan option yang dipilih oleh responden.
- 4.6.2 Instrumen B : merupakan instrumen untuk mengevaluasi dilakukannya terapi psikoedukasi keluarga dalam lima sesi. Dibuat dalam bentuk check list dengan dua pilihan: dilakukan atau tidak dilakukan.
- 4.6.3 Instrumen C : merupakan instrumen untuk mengukur dukungan psikososial keluarga. Kuesioner ini peneliti adopsi dari *Medical Outcome Study (MOS) Social Support Survey Instrument*, yang terdiri dari 19 item pernyataan dan dikembangkan menjadi 60 item pernyataan yang dibagi menjadi 2 sub variabel, yaitu: dukungan psikologis (meliputi dukungan emosional dan afeksi) dan dukungan sosial (meliputi dukungan *tangible*/instrumental, penghargaan, informasional dan interaksi sosial). Semua pernyataan ini diukur dengan skala likert (1-4) dengan pilihan jawaban: 1) 1: apabila responden menjawab tidak pernah; 2) 2: apabila responden menjawab jarang; 3) 3: apabila responden menjawab sering, dan 4) 4: apabila responden menjawab selalu.

4.7 Uji Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini dilakukan pada 22 *caregiver* penderita kusta yang tersebar di wilayah kerja Puskesmas Wonokerto, Tirto 2 dan Kedungwuni 2 di Kabupaten Pekalongan dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian.

4.7.1 Uji Validitas

Ditujukan untuk mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur dan dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji dikatakan valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item- total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2006). Hasil dari uji validitas yang dilakukan pada 60 item pernyataan tersebut, diperoleh 30 pernyataan yang tidak valid dan 30 pernyataan yang memenuhi validitas, dimana r -hasil lebih besar dari r -tabel ($df = n-2 = 22-2 = 20$; r tabel = 0,423). Kemudian 30 item pernyataan yang dinyatakan valid tersebut diuji lagi untuk melihat reliabilitas instrumen.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama, atau hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Uji reliabilitas dalam penelitian ini membandingkan antara *Cronbach's Coefficient-Alpha* dan nilai r -tabel.

Dari hasil uji validitas yang telah dilakukan, 30 item pernyataan yang dinyatakan valid kemudian diuji ulang dan dilihat reliabilitasnya. Berdasar hasil uji reliabilitas diperoleh bahwa instrumen penelitian memenuhi reliabilitas karena r -tabel lebih kecil dari nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* (0,932). Dengan demikian maka dapat disimpulkan

bahwa kuesioner dukungan psikososial keluarga yang terdiri dari 30 item pernyataan tersebut dinyatakan valid dan reliabel. Dari 30 item tersebut, telah diperoleh 15 item pernyataan mewakili dukungan psikologis dan 15 pernyataan mewakili dukungan sosial.

4.8 Prosedur pelaksanaan penelitian

Prosedur penelitian dilaksanakan dalam 3 tahapan yang dijelaskan peneliti sebagai berikut :

4.8.1 Tahap persiapan

Penelitian ini dilaksanakan setelah melalui prosedur lolos kaji etik dari Komite etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI). Langkah berikutnya yang dilakukan peneliti adalah menyampaikan surat ijin uji coba instrumen dan ijin penelitian dari Dekan FIK UI yang ditujukan kepada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Penanaman Modal Pemerintah (BAPPEDA PM) Kabupaten Pekalongan. Selanjutnya (BAPPEDA PM) Kabupaten Pekalongan menerbitkan surat rekomendasi tentang ijin penelitian yang kemudian ditembuskan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan serta Puskesmas yang akan digunakan sebagai tempat penelitian.

Langkah selanjutnya adalah mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian kepada Kepala Puskesmas serta penanggungjawab program kusta pada masing-masing Puskesmas yang digunakan sebagai tempat penelitian (Puskesmas Buaran dan Tirto 1). Untuk pengumpulan data pada kelompok kontrol, peneliti bekerjasama dengan seorang perawat Puskesmas dengan jenjang pendidikan S1 Keperawatan yang terlebih dahulu diberikan penyamaan persepsi mengenai isi dan pengisian kuesioner oleh responden. Asisten peneliti inilah yang kemudian membantu peneliti dalam mengumpulkan data pada kelompok kontrol.

4.8.2 Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian pada kelompok intervensi berfokus pada pemberian psikoedukasi keluarga yang dalam pelaksanaannya diberikan dalam lima sesi. Kelima sesi tersebut meliputi: sesi pertama, yaitu mengidentifikasi masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit kusta; sesi kedua, yaitu mengajarkan kepada keluarga cara merawat anggota keluarga yang menderita kusta dan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta; sesi ketiga, yaitu mengajarkan kepada keluarga untuk mengatasi ansietas yang dihadapi selama merawat anggota keluarga dengan kusta; sesi keempat, yaitu: membantu keluarga untuk mengatasi beban obyektif yang dihadapi keluarga selama merawat anggota keluarga yang sakit kusta; sesi kelima, yaitu: membantu keluarga untuk memanfaatkan sumber pendukung yang ada di komunitas.

Terapi psikoedukasi keluarga yang meliputi 5 sesi ini dilakukan dalam 3 kali pertemuan dengan durasi waktu 30-45 menit setiap kali temu. Rata-rata jumlah *caregiver* yang diberikan terapi yaitu 3-4 orang dalam sehari yang dilakukan 6 hari dalam seminggu untuk kelompok intervensi. Dalam tahap pelaksanaan ini setiap pertemuan dilakukan dalam waktu kurang lebih 2 minggu, sehingga total waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan terapi psikoedukasi keluarga ini adalah 6 minggu.

Pada pertemuan pertama, peneliti menyeleksi *caregiver* yang dipilih langsung oleh penderita kusta dan apabila *caregiver* tersebut bersedia menjadi responden maka ia diminta menandatangani surat persetujuan menjadi responden (*informed consent*), kemudian responden langsung diberikan kuesioner penelitian sebagai instrumen *pre test*. Pada kelompok intervensi, terapi generalis pendidikan kesehatan diberikan bersamaan dengan sesi 2 psikoedukasi keluarga, dimana peneliti

mengajarkan kepada keluarga mengenai penyakit kusta dan dukungan psikososial keluarga. Terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi diberikan mulai sesi 1-2 yang dilakukan pada pertemuan pertama yang membutuhkan waktu kurang lebih 2 minggu.

Pertemuan kedua dilakukan untuk memberikan sesi 3-4 psikoedukasi keluarga. Pertemuan kedua ini dilakukan pada minggu ketiga dan keempat waktu penelitian. Pertemuan terakhir dilakukan untuk memberikan sesi 5 psikoedukasi keluarga dan *post test* kelompok intervensi pada minggu kelima dan keenam penelitian.

Penelitian pada kelompok kontrol dilakukan mulai dengan *pre test* yang dilakukan oleh asisten peneliti pada minggu pertama dan kedua penelitian. Pendidikan kesehatan secara kelompok dilakukan oleh peneliti dengan mengumpulkan responden kelompok kontrol di Balai Desa Silirejo wilayah Puskesmas Tirta 1 pada minggu keenam penelitian. Setelah diberikan jeda selama 2 minggu kemudian dilakukan *post test* untuk kelompok kontrol yang dilakukan oleh asisten peneliti.

Beberapa hambatan peneliti hadapi selama tahap pelaksanaan ini, diantaranya tempat tinggal responden yang berada di wilayah Puskesmas dengan jarak yang jauh sehingga peneliti harus mendatangi tiap rumah responden, selain itu juga waktu yang dimiliki oleh responden yang bekerja sehingga peneliti harus menyesuaikan dengan ketersediaan waktu responden. Untuk mengatasi masalah tersebut, maka peneliti harus menerapkan fleksibilitas waktu sehingga tidak setiap pertemuan bisa dilakukan secara berurutan sesuai nomor responden. Setiap sesi yang diberikan kepada responden dicatat dalam buku kerja psikoedukasi keluarga yang dibawa oleh responden, selain itu peneliti juga

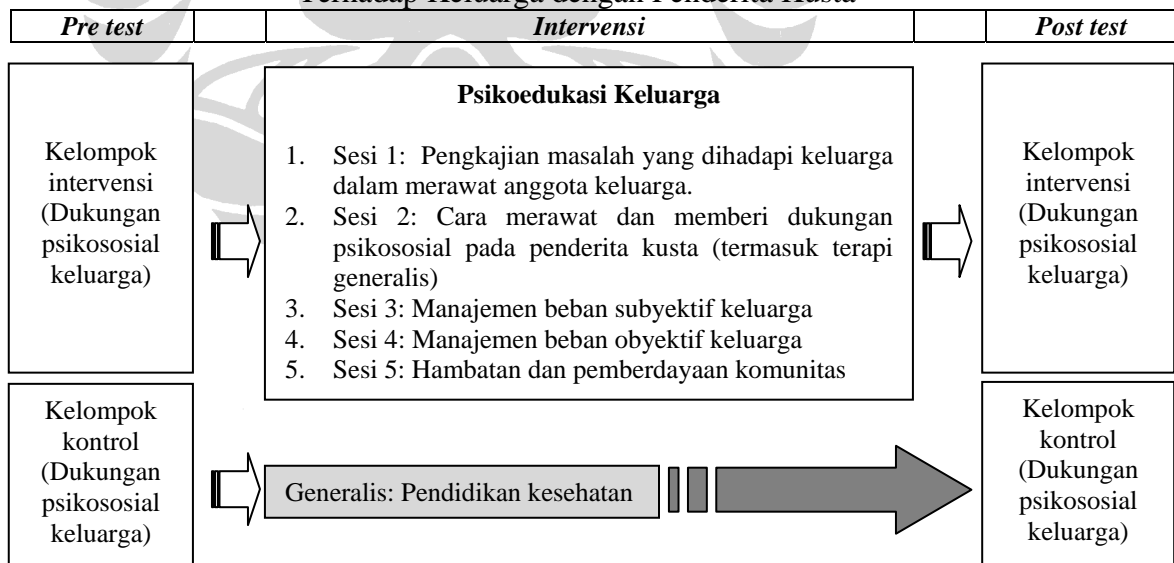
mempunyai buku evaluasi dan catatan peneliti mengenai terapi yang diberikan.

Pelaksanaan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti digambarkan melalui gambar alur pelaksanaan penelitian pada lembar lampiran 1 pada lampiran penelitian.

4.8.3 Tahap Akhir

Setelah kelompok intervensi mengikuti psikoedukasi selama 3 kali pertemuan maka pertemuan terakhir sekaligus digunakan untuk melakukan *post test* dengan menggunakan instrumen yang sama pada saat *pre test*. Sedangkan untuk kelompok kontrol, *post test* dilakukan selang 2 minggu setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang kusta dan dukungan psikososial keluarga, tepatnya pada minggu terakhir penelitian.

Skema 4.2
Kerangka Kerja Psikoedukasi Keluarga
Terhadap Keluarga dengan Penderita Kusta



4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan melalui serangkaian kegiatan yang meliputi :

4.9.1.1 *Editing*, dilakukan untuk memeriksa kelengkapan pengisian instrumen penelitian data yang masuk. Setelah data dikumpulkan selanjutnya peneliti melakukan *editing* dengan cara mengecek kembali semua pernyataan yang diisi oleh responden, apabila ada data yang belum lengkap maka langsung dicek ulang kembali untuk dilengkapi lagi oleh responden. Setelah semua data terisi lengkap maka siap untuk dilakukan pengkodean.

4.9.1.2 *Coding*, dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Pengkodean dilakukan apabila semua data sudah terisi lengkap dan diberikan kode sesuai dengan definisi operasional yang dibuat oleh peneliti disesuaikan dengan data yang diolah.

4.9.1.3 *Entry* data, dilakukan setelah data selesai dikode sehingga peneliti bisa memulai kegiatan memproses data di komputer. Peneliti memasukkan semua data ke dalam program komputer sesuai dengan jenis data yang diolah.

4.9.1.4 *Cleaning* data, dilakukan agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data. Peneliti melakukan kembali pengecekan data yang sudah di-*entry* sehingga dipastikan bahwa semua data sudah dimasukkan ke dalam program komputer dan tidak ada *missing* data.

4.9.2 Analisis data

4.9.2.1 Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian, yaitu dengan distribusi

frekwensi. Hasil statistik deskriptif dari karakteristik responden: jenis kelamin, pendidikan, hubungan dengan penderita, pekerjaan. Sedangkan variabel usia dan pendapatan dijabarkan menggunakan tendensi sentral karena datanya berbentuk numerik. Selain itu analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga dengan penderita kusta. Dukungan psikososial keluarga merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Untuk hasil dari data yang telah diolah dapat dilihat di bab 5.

4.9.2.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk membuktikan hipotesis penelitian pembuktian kesetaraan karakteristik keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan *Independent T-test*. Analisis bivariat juga dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu mengidentifikasi pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga yang menderita kusta. Analisis bivariat yang digunakan untuk membuktikan pengaruh karakteristik keluarga meliputi: usia dan penghasilan terhadap dukungan psikososial sesudah mendapat psikoedukasi keluarga menggunakan analisis uji regresi linear sederhana. Sedangkan analisis yang digunakan untuk membuktikan pengaruh karakteristik keluarga meliputi: hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan jenis

kelamin terhadap dukungan psikososial menggunakan analisis *Independent T-test*.

Analisis bivariat yang digunakan untuk membuktikan perbedaan dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan penelitian serta perbedaan dukungan psikososial keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan penelitian menggunakan analisis *Paired T-test*, sedangkan untuk membuktikan perbedaan dukungan psikososial keluarga pada kelompok kontrol dan intervensi sesudah dilakukan penelitian menggunakan analisis *Pooled T-test*.

Tabel 4.1 Uji Kesetaraan Variabel Penelitian Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita Kusta di Kabupaten Pekalongan

Uji Kesetaraan Karakteristik Keluarga			
No	Kelompok Kontrol	Kelompok Intervensi	Cara Analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Independent T-test</i>
2	Hubungan keluarga (data nominal)	Hubungan keluarga (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	Pekerjaan (data nominal)	<i>Chi Square</i>
5	Penghasilan (data rasio)	Penghasilan (data rasio)	<i>Independent T-test</i>
6	Jenis kelamin (data nominal)	Jenis kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>

Tabel 4.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga pada Anggota Keluarga yang Menderita Kusta di Kabupaten Pekalongan

No	Karakteristik Keluarga	Dukungan Psikososial	Cara Analisis
1	Usia (data interval)	Data interval	<i>Regresi linear sederhana</i>
2	Hubungan keluarga (data nominal)	Data interval	<i>Independent T test</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Data interval	<i>Independent T test</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	Data interval	<i>Independent T test</i>
5	Penghasilan (data rasio)	Data interval	<i>Regresi linear sederhana</i>
6	Jenis kelamin (data nominal)	Data interval	<i>Independent T test</i>
Analisis Variabel Dukungan Psikososial Keluarga			
No	Kelompok kontrol	Kelompok intervensi	Cara analisis
1	Dukungan psikososial keluarga kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval).	Dukungan psikososial keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval).	<i>Paired T-test</i>
2	Dukungan psikososial keluarga kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Dukungan psikososial keluarga kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Paired T-test</i>
3	Dukungan psikososial keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	Dukungan psikososial keluarga kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Pooled t-test</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian mengenai pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta di Kabupaten Pekalongan yang dilaksanakan pada tanggal 20 April sampai dengan 10 Juni 2011. Jumlah keluarga (*caregiver*) yang direncanakan semula adalah sebanyak 56 orang (28 *caregiver* kelompok intervensi dan 28 *caregiver* kelompok kontrol) tetapi pada pelaksanaannya hanya diperoleh 42 orang yang terdiri dari (21 *caregiver* kelompok intervensi dan 21 *caregiver* kelompok kontrol). Psikoedukasi keluarga diberikan sebanyak 5 sesi pada kelompok intervensi. Kedua kelompok (kontrol dan intervensi) dilakukan pre test dan post test untuk membandingkan pengaruh dari pemberian psikoedukasi keluarga. Hasil dari penelitian akan dijabarkan sebagai berikut:

5.1 Karakteristik keluarga (*caregiver*)

Pada bagian ini akan dijelaskan tentang karakteristik *caregiver* yang merawat anggota keluarganya yang mempunyai penyakit kusta, meliputi : usia, hubungan dengan penderita, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan. Berikut merupakan uraian hasil analisisnya :

5.1.1 Karakteristik *caregiver* kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi *caregiver* yang meliputi :

5.1.1.1 Usia dan Penghasilan

Karakteristik keluarga yang terdiri dari usia dan penghasilan merupakan variabel numerik dan dianalisis dengan menggunakan tendensi sentral yang disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Distribusi Responden (Intervensi dan Kontrol) Menurut Karakteristik
Usia dan Penghasilan di Kabupaten Pekalongan Tahun 2011
($n_1 = \text{intervensi} = 21$; $n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia <i>caregiver</i> (tahun)	Intervensi	21	38,67	40	10,8	22-58	33,75-43,58
	Kontrol	21	32,05	29	9,505	20-47	27,72-36,37
Penghasilan <i>caregiver</i> (Rp)	Intervensi	21	599.523,8	400.000	433.733,5	200.000- 2.000.000	402.090,6- 796.956,9
	Kontrol	21	503.333,3	400.000	265.844,5	200.000- 1.200.000	382.322,3- 624.344,3

a. Usia

Hasil analisis pada tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari 21 keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi usia rata-rata adalah 38,67 tahun dengan usia termuda 22 tahun dan tertua 58 tahun. Pada kelompok kontrol, usia rata-rata adalah 32,05 tahun dengan usia termuda 20 tahun dan tertua 47 tahun.

b. Penghasilan

Tabel tersebut juga menjelaskan bahwa dari 21 keluarga (*caregiver*) pada kelompok intervensi penghasilan rata-rata adalah Rp. 599.523,8 dengan rentang penghasilan Rp. 200.000 hingga Rp. 2.000.000. Pada kelompok kontrol, penghasilan rata-rata adalah Rp. 503.333,3 dengan rentang penghasilan Rp. 200.000 hingga Rp. 1.200.000.

5.1.1.2 Jenis kelamin, hubungan dengan penderita, pendidikan, dan pekerjaan

Karakteristik keluarga yang terdiri dari jenis kelamin, hubungan dengan penderita, pendidikan, dan pekerjaan merupakan variabel kategorik dan dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi yang disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Distribusi Responden (Intervensi dan Kontrol) Menurut Karakteristik Jenis Kelamin, Hubungan, Pendidikan dan Pekerjaan di Kabupaten Pekalongan Tahun 2011 ($n_1 = \text{intervensi} = 21$, $n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Karakteristik	Kelompok intervensi		Kelompok kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Jenis kelamin						
a. Laki-laki	3	14,3	8	38,1	11	26,2
b. Perempuan	18	85,7	13	61,9	31	73,8
2. Hubungan dengan penderita						
a. Bukan keluarga inti	4	19	5	23,8	9	21,4
b. Keluarga inti	17	81	16	76,2	33	78,6
3. Pendidikan						
a. Pendidikan dasar	7	33,3	13	61,9	20	47,6
b. Pendidikan menengah	14	66,7	8	38,1	22	52,4
4. Pekerjaan						
a. Tidak bekerja	5	23,8	7	33,3	12	28,6
b. Bekerja	16	76,2	14	66,7	30	71,4

a. Jenis kelamin

Hasil analisis karakteristik keluarga (*caregiver*) dari 42 *caregiver*, 11 orang berjenis kelamin laki-laki yang terdiri dari 3 orang kelompok intervensi (14,3%) dan 8 orang (38,1%) kelompok kontrol. *Caregiver* berjenis kelamin perempuan berjumlah 31 orang yang terdiri dari 18 orang (85,7%) kelompok intervensi dan 13 orang (61,9%) kelompok kontrol.

b. Hubungan dengan penderita

Hubungan *caregiver* dengan penderita kusta dibedakan menjadi dua, yaitu bukan keluarga inti sebanyak 9 orang yang terdiri dari 4 orang (19%) di kelompok intervensi dan 5 orang (23,8%) di kelompok kontrol, sedangkan *caregiver* yang keluarga inti sejumlah 33 orang yang terdiri dari 17 orang (81%) pada kelompok intervensi dan 16 orang (76,2%) pada kelompok kontrol.

c. Pendidikan

Distribusi tingkat pendidikan *caregiver* dibagi menjadi dua, yaitu yang mengenyam pendidikan dasar sejumlah 20 orang yang terdiri dari 7 orang (33,3%) pada kelompok intervensi dan 13 orang (61,9%) pada kelompok kontrol, selain itu *caregiver* dengan pendidikan menengah sejumlah 22 orang yang terdiri dari 14 orang (66,7%) pada kelompok intervensi dan 8 orang (38,1%) pada kelompok kontrol.

d. Pekerjaan

Jika dilihat dari status pekerjaan maka diperoleh jumlah 30 orang bekerja yang terdiri dari 16 orang (76,2%) pada kelompok intervensi dan 14 orang (66,7%) pada kelompok kontrol, sedangkan *caregiver* yang tidak bekerja sejumlah 12 orang yang terdiri dari 5 orang (23,8%) pada kelompok intervensi dan 7 orang (33,3%) pada kelompok kontrol.

5.1.2 Kesetaraan karakteristik *caregiver* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subjek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, dengan kata lain dapat diartikan bahwa kedua kelompok tersebut sebanding atau sama. Hasil uji kesetaraan usia dan penghasilan dapat dilihat pada tabel 5.3, sedangkan hasil uji kesetaraan jenis kelamin, hubungan dengan penderita, pendidikan dan pekerjaan dapat dilihat pada tabel 5.4.

5.1.2.1 Kesetaraan karakteristik *caregiver* berdasar usia dan penghasilan

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia dan penghasilan *caregiver* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Independent T-test*. hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
 Analisis kesetaraan usia dan penghasilan *caregiver* penderita kusta
 pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten
 Pekalongan tahun 2011 ($n_1 = \text{intervensi} = 21$, $n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	p value
Usia <i>caregiver</i> (tahun)	Intervensi	21	38,67	10,8	2,357	-2,10	0,833
	Kontrol	21	32,05	9,51	2,074		
Penghasilan <i>caregiver</i> (Rp)	Intervensi	21	599.523,8	433.733,5	94.648,4	-0,87	0,133
	Kontrol	21	503.333,3	265.844,6	58.012,0		

Berdasar tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa usia *caregiver* pada kelompok intervensi dan kontrol adalah setara, karena p value $0,833 > \alpha (0,05)$. Sedangkan penghasilan *caregiver* pada kelompok intervensi dan kontrol juga setara, karena dapat dilihat dari p value $0,133 > \alpha (0,05)$.

5.1.2.2 Kesetaraan karakteristik *caregiver* berdasar jenis kelamin, hubungan dengan penderita, pendidikan dan pekerjaan.

Untuk melihat kesetaraan karakteristik *caregiver* berdasar jenis kelamin, hubungan dengan penderita, pendidikan dan pekerjaan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *Chi square* dan hasilnya dapat dilihat pada tabel 5.4 berikut.

Tabel 5.4
 Analisis kesetaraan karakteristik jenis kelamin, hubungan, pendidikan dan pekerjaan *caregiver* penderita kusta pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011
 ($n_1 = \text{intervensi}, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Karakteristik	Kelompok Intervensi		Kelompok kontrol		Total		<i>p value</i>
	n	%	n	%	n	%	
1. Jenis kelamin							0,160
a. Laki-laki	3	14,3	8	38,1	11	26,2	
b. Perempuan	18	85,7	13	61,9	31	73,8	
2. Hubungan dengan penderita							0,697
a. Bukan keluarga inti	4	19	5	23,8	9	21,4	
b. Keluarga inti	17	81	16	76,2	33	78,6	
3. Pendidikan							0,122
a. Pendidikan dasar	7	33,3	13	61,9	20	47,6	
b. Pendidikan menengah	14	66,7	8	38,1	22	52,4	
4. Pekerjaan							0,733
a. Tidak bekerja	5	23,8	7	33,3	12	28,6	
b. Bekerja	16	76,2	14	66,7	30	71,4	

Berdasarkan tabel 5.4 tersebut dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha = 0,05$ maka terdapat kesetaraan pada karakteristik jenis kelamin *caregiver* dengan penderita ($p \text{ value} = 0,160 > \alpha$), karakteristik hubungan dengan penderita ($p \text{ value} = 0,697 > \alpha$), karakteristik pendidikan ($p \text{ value} = 0,122 > \alpha$) dan karakteristik pekerjaan ($p \text{ value} = 0,733 > \alpha$).

5.2 Dukungan Psikososial Keluarga (*caregiver*)

Pada bagian ini akan dijelaskan mengenai dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, hasil analisis kesetaraan dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dukungan psikososial keluarga setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.2.1 Dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga.

Dukungan psikososial dibagi menjadi 2 subvariabel, yaitu dukungan psikologis dan dukungan sosial. Dari 21 keluarga (*caregiver*) kelompok intervensi diperoleh rata-rata dukungan psikologis 45,57 dengan standar deviasi 8,568 dan nilai terendah 31 dan tertinggi 60, sedangkan dukungan sosial memiliki rata-rata 43,24 dengan standar deviasi 5,991 dan rentang nilai terendah hingga tertinggi dari 33-56. Kelompok kontrol mempunyai rata-rata dukungan psikologis 45,67 dengan standar deviasi 11,106 dengan rentang nilai terendah 15 dan tertinggi 60, sedangkan dukungan sosial memiliki rata-rata 45,67 dengan standar deviasi 5,122 dan rentang nilai terendah hingga tertinggi dari 33-55. Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.5. berikut.

Tabel 5.5
Analisis dukungan psikososial *caregiver* sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011
($n_1 = \text{intervensi} = 21$, $n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Kelompok	Variabel	n	Mean	SD	Min-Maks	95% CI
Intervensi	Psikologis	21	45,57	8,658	31-60	41,63-49,51
	Sosial	21	43,24	5,991	33-56	40,51-45,97
Kontrol	Psikologis	21	45,67	11,106	15-60	40,61-50,72
	Sosial	21	45,67	5,122	33-55	43,34-48

5.2.2 Kesetaraan dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol.

Untuk melihat kesetaraan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita kusta pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dilakukan psikoedukasi dilakukan dengan menggunakan *Independent T-test*. Hasilnya dapat dilihat dalam tabel 5.6 berikut.

Tabel 5.6
Kesetaraan dukungan psikososial *caregiver* sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011
($n_1 = \text{intervensi} = 21, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Ket	Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	<i>p value</i>
Sebelum psiko- edukasi	Dukungan	Intervensi	21	45,57	8,66	1,89	0,237
	Psikologis	Kontrol	21	45,67	11,11	2,42	
	Dukungan	Intervensi	21	43,24	5,99	1,31	0,197
	Sosial	Kontrol	21	45,67	5,12	1,12	

Berdasarkan hasil dari tabel 5.6 dapat dilihat bahwa pada $\alpha 0,05$ maka diyakini ada kesetaraan pada dukungan psikologis antara kelompok kontrol dan intervensi ($p \text{ value} = 0,237 > \alpha$), begitu pula untuk dukungan sosial juga diyakini terdapat kesetaraan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p \text{ value} = 0,137 > \alpha$).

5.2.3 Dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga.

Dukungan psikososial keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dianalisis menggunakan uji *paired T-test (dependent sample T-test)*. Untuk melihat

lebih jelas perbedaan peningkatan dukungan psikososial keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Dukungan psikososial *caregiver* sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011
($n_1 = \text{intervensi} = 21, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Kelompok	Variabel	Ket	n	Mean	SD	SE	t	p value
Intervensi	Psikologis	Sebelum FPE	21	45,57	8,66	1,89	-4,346	0,000
		Sesudah FPE	21	52,52	5,80	1,27		
		Selisih		6,95	2,86			
	Sosial	Sebelum FPE	21	43,24	5,99	1,31	-5,174	0,000
		Sesudah FPE	21	49,43	6,4	1,39		
		Selisih		6,19	-0,41			
Kontrol	Psikologis	Sebelum FPE	21	45,67	11,11	2,42	-0,548	0,590
		Sesudah FPE	21	46,43	9,87	2,15		
		Selisih		0,76	1,24			
	Sosial	Sebelum FPE	21	45,67	5,12	1,12	-0,095	0,925
		Sesudah FPE	21	45,62	4,83	1,05		
		Selisih		-0,05	0,29			

Dari tabel 5.7 diperoleh hasil bahwa rata-rata selisih dukungan psikologis keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarganya yang menderita kusta pada kelompok intervensi sebesar 6,95 dan pada kelompok kontrol sebesar 0,76. Begitu pula dengan rata-rata selisih dukungan sosial pada kelompok intervensi sebesar 6,19 dan pada kelompok kontrol sebesar -0,05. Dengan jumlah tersebut maka dapat disimpulkan bahwa selisih dukungan psikososial keluarga (*caregiver*)

yang dibedakan menjadi dukungan psikologis dan dukungan sosial pada kelompok yang memperoleh psikoedukasi keluarga mengalami peningkatan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak memperoleh psikoedukasi. Apabila dilihat dari hasil analisis statistik, ditemukan bahwa dukungan psikologis pada kelompok intervensi mengalami peningkatan yang bermakna sesudah diberikan psikoedukasi keluarga ($p \text{ value } 0,000 < \alpha$), begitu pula dengan dukungan sosial dengan hasil analisis ($p \text{ value } 0,000 < \alpha$) menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang bermakna setelah pemberian psikoedukasi keluarga. Sedangkan pada kelompok kontrol, apabila dilihat secara statistik maka tidak terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga yang ditunjukkan dengan nilai $p \text{ value } > \alpha$.

5.2.4 Dukungan psikososial keluarga pada kelompok kontrol dan intervensi setelah dilakukan psikoedukasi keluarga

Dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta setelah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dianalisis menggunakan uji *Independent T-test*. Untuk lebih jelas mengenai dukungan psikososial keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit kusta sesudah diberikan psikoedukasi dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8

Analisis dukungan psikososial *caregiver* sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011 ($n_1 = \text{intervensi}, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	t	p value
Dukungan Psikologis	Intervensi	21	52,52	5,80	1,27	-2,44	0,019
	Kontrol	21	46,43	9,87	2,15		
Dukungan Sosial	Intervensi	21	49,43	6,4	1,39	-2,177	0,035
	Kontrol	21	45,62	4,83	1,05		

Dukungan psikososial keluarga (*caregiver*) pada keluarga yang memperoleh psikoedukasi keluarga menunjukkan perbedaan yang bermakna baik pada dukungan psikologis ($p \text{ value } 0,019; \alpha 0,05$) maupun dukungan sosial ($p \text{ value } 0,035; \alpha 0,05$) setelah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

5.3 Pengaruh Karakteristik Keluarga dengan Dukungan Psikososial Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta

Faktor yang berpengaruh terhadap dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta dilakukan untuk mengidentifikasi peningkatan dukungan psikososial dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta sesudah diberikan psikoedukasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Masing-masing faktor yang kemungkinan mempengaruhi dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta dianalisis menggunakan uji regresi linear sederhana untuk variabel usia dan penghasilan sedangkan untuk variabel jenis kelamin, hubungan, pendidikan dan pekerjaan dianalisis menggunakan *Independent T-test*.

5.3.1 Hubungan Karakteristik *Caregiver* : Usia dan Penghasilan dengan Dukungan Psikososial Keluarga

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa usia dan penghasilan dengan dukungan psikososial keluarga dianalisis menggunakan uji regresi linear sederhana. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9

Hasil analisis hubungan karakteristik keluarga: usia dan penghasilan dengan dukungan psikososial keluarga pada kelompok intervensi setelah mendapat psikoedukasi keluarga di Kabupaten Pekalongan tahun 2011 ($n_1 = \text{intervensi}, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Dukungan	Variabel	R	R ²	Persamaan garis	<i>p value</i>
Psikologis	Usia	0,112	0,013	Duk psiko=54,85-0,06*usia	0,629
	Penghasilan	0,149	0,022	Duk psiko=53,72-1,99*penghasilan	0,519
Sosial	Usia	0,364	0,132	Duk sos=52,77-0,22*usia	0,105
	Penghasilan	0,092	0,009	Duk sos=50,25-1,36*penghasilan	0,691

5.3.1.1 Hubungan Karakteristik *Caregiver*: Usia dan Penghasilan dengan Dukungan Psikologis Keluarga

a. Usia

Berdasar hasil analisis tabel 5.9 diatas maka dapat disimpulkan bahwa usia dengan dukungan psikologis menunjukkan hubungan yang lemah pada kelompok intervensi ($r=0,112$) dengan pola negatif, artinya semakin bertambah usia maka semakin rendah dukungan psikologis yang diberikan keluarga. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia pada populasi tersebut ($p \text{ value} > \alpha$).

b. Penghasilan

Berdasar analisis tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa penghasilan dengan dukungan psikologis menunjukkan hubungan yang lemah pada kelompok intervensi ($r=0,149$) dengan pola negatif, artinya semakin bertambah penghasilan maka semakin rendah dukungan psikologis yang diberikan keluarga. Hasil uji statistik didapatkan tidak terdapat hubungan antara penghasilan pada populasi tersebut ($p\ value > \alpha$).

5.3.1.2 Hubungan Karakteristik *Caregiver*: Usia dan Penghasilan dengan Dukungan Sosial Keluarga

a. Usia

Berdasar hasil analisis tabel 5.9 diatas maka dapat disimpulkan bahwa usia dengan dukungan sosial menunjukkan hubungan yang sedang pada kelompok intervensi ($r=0,364$) dan mempunyai pola negatif, artinya semakin bertambah usia maka semakin rendah dukungan sosial yang diberikan keluarga. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia pada populasi tersebut ($p\ value > \alpha$).

b. Penghasilan

Berdasar analisis tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa penghasilan dengan dukungan sosial menunjukkan hubungan yang lemah pada kelompok intervensi ($r=0,092$) dengan pola negatif, artinya semakin bertambah penghasilan maka semakin rendah dukungan sosial yang diberikan keluarga. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara penghasilan pada populasi tersebut ($p\ value > \alpha$).

5.3.2 Hubungan Karakteristik *Caregiver* : Hubungan, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan dengan Dukungan Psikososial Keluarga

5.3.2.1 Hubungan Karakteristik *Caregiver* : Hubungan, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan dengan Dukungan Psikologis Keluarga

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa hubungan dengan penderita, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan dukungan psikologis keluarga dianalisis menggunakan uji *independent T-test*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Hasil analisis karakteristik keluarga: hubungan dengan penderita, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi setelah mendapat psikoedukasi keluarga di Kabupaten Pekalongan tahun 2011
($n_1 = \text{intervensi}, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Karakteristik	Dukungan Psikologis				
	N	Mean	SD	t	p value
1. Jenis kelamin					
a. Laki-laki	3	44,33	1,53	-3,19	0,482
b. Perempuan	18	53,89	5,05		
2. Hubungan dengan penderita					
a. Bukan keluarga inti	4	49,25	7,81	-1,27	0,218
b. Keluarga inti	17	53,29	5,23		
3. Pendidikan					
a. Pendidikan dasar	7	54,14	6,09	0,9	0,379
b. Pendidikan menengah	14	51,71	5,70		
4. Pekerjaan					
a. Tidak bekerja	5	53,8	4,27	0,55	0,586
b. Bekerja	16	52,13	6,27		

a. Jenis kelamin

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan psikologis antara keluarga yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan,

ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,482 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel jenis kelamin bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

b. Hubungan dengan penderita

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan psikologis antara keluarga inti dan bukan keluarga inti, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,218 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel hubungan dengan penderita bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

c. Pendidikan

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan psikologis antara keluarga yang berpendidikan dasar dan menengah, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,379 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

d. Pekerjaan

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan psikologis antara keluarga yang bekerja dan tidak bekerja, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,586 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel pekerjaan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

5.3.2.2 Hubungan Karakteristik *Caregiver* : Hubungan, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Pekerjaan dengan Dukungan Sosial Keluarga

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa hubungan dengan penderita, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan dukungan sosial keluarga dianalisis menggunakan uji *independent T-test*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11

Hasil analisis karakteristik keluarga: hubungan dengan penderita, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan dukungan sosial keluarga pada kelompok intervensi setelah mendapat psikoedukasi keluarga di Kabupaten Pekalongan tahun 2011
($n_1 = \text{intervensi}, n_2 = \text{kontrol} = 21$)

Karakteristik	Dukungan Sosial				
	n	Mean	SD	t	p value
1. Jenis kelamin					
a. Laki-laki	3	43	2,65	-2,02	0,058
b. Perempuan	18	50,5	6,23		
2. Hubungan dengan penderita					
a. Bukan keluarga inti	4	43,75	6,6	-2,14	0,45
b. Keluarga inti	17	50,76	5,75		
3. Pendidikan					
a. Pendidikan dasar	7	49,71	5,47	0,14	0,889
b. Pendidikan menengah	14	49,29	7,01		
4. Pekerjaan					
a. Tidak bekerja	5	50,6	9,84	0,46	0,651
b. Bekerja	16	49,06	5,31		

a. Jenis kelamin

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan sosial antara keluarga yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,058 > \alpha$. Dengan kata

lain, variabel jenis kelamin bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

b. Hubungan dengan penderita

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan sosial antara keluarga inti dan bukan keluarga inti, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,45 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel hubungan dengan penderita bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

c. Pendidikan

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan sosial antara keluarga yang berpendidikan dasar dan menengah, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,889 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.

d. Pekerjaan

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata dukungan sosial antara keluarga yang bekerja dan tidak bekerja, ditunjukkan dengan nilai *p value* $0,651 > \alpha$. Dengan kata lain, variabel pekerjaan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini mendiskusikan tentang pembahasan hasil penelitian, yang meliputi interpretasi dan bahasan hasil penelitian yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya; keterbatasan penelitian; dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian selanjutnya.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, perbedaan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta sebelum dan sesudah mendapatkan psikoedukasi keluarga, dan hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan) dengan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta di Kabupaten Pekalongan. Hasil dari penelitian akan diuraikan dalam bahasan sebagai berikut:

6.1 Bahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Perbedaan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta sebelum diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi sebelum diberikan psikoedukasi keluarga sebesar 45,57, sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan nilai rata-rata beban 45,67. Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi, dukungan psikologis pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki rata-rata nilai yang hampir sama dengan selisih skor 1 poin lebih tinggi pada kelompok kontrol. Hasil penelitian

juga menunjukkan bahwa rata-rata dukungan sosial keluarga pada kelompok intervensi sebelum diberikan psikoedukasi keluarga sebesar 43,24 dan pada kelompok kontrol didapatkan nilai rata-rata 45,67. Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian psikoedukasi keluarga, dukungan sosial pada kelompok intervensi lebih rendah 2,43 poin daripada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan psikologis dan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta tidak terlalu banyak perbedaan pada kelompok intervensi dan kontrol.

Apabila dilihat dari hasil uji kesetaraan skor dukungan psikologis antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, menunjukkan bahwa kedua kelompok setara ($p > \alpha; 0,05$), dimana nilai p adalah 0,237. Sedangkan skor dukungan sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, menunjukkan bahwa kedua kelompok juga setara ($p > \alpha; 0,05$), dimana nilai p adalah 0,197. Hal ini mengindikasikan bahwa tidak ditemukan perbedaan yang signifikan antara skor dukungan psikologis dan sosial *pre test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berdasarkan hasil uji kesetaraan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa setiap keluarga memberikan dukungan psikologis dan sosial yang sama ketika merawat anggota keluarganya yang menderita kusta sebelum pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Seperti yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, kusta adalah salah satu dari penyakit yang mempunyai stigma sosial yang tinggi. Hal yang mendasari konsep perilaku penerimaan masyarakat adalah anggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, bahkan menganggap penyakit tersebut merupakan kutukan dari Tuhan. Hal ini menjadikan suatu ketakutan yang berlebihan

terhadap penyakit kusta yang disebut sebagai *leprophobia* (Zulkifli, 2003).

Masalah yang dihadapi penderita kusta bukan hanya masalah medis tetapi juga menyangkut masalah psikososial. Dampak psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta sangat luas sehingga menimbulkan keresahan bukan hanya oleh penderita sendiri tetapi juga bagi keluarga, masyarakat dan negara. Penderita kusta tidak hanya mengalami kerusakan secara fisik namun juga menderita secara psikososial karena perilaku lingkungan. Masalah psikososial penderita kusta, bisa dialami baik oleh penderita kusta itu sendiri, keluarga maupun masyarakat (Zulkifli, 2003). Dengan kurangnya dukungan sosial dan kepercayaan diri, beberapa penderita yang tidak menjalani dehabilitasi bahkan ada yang menjadi pengemis. Temuan ini berdasar pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Kaur & Van Brakel (2002) pada pengemis penderita kusta di Delhi, India.

Menghadapi anggota keluarga yang didiagnosis menderita kusta biasanya keluarga menjadi panik dan berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui oleh masyarakat disekitarnya atau bahkan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan. Perasaan cemas yang dialami keluarga terhadap kemungkinan penularan ini akan mempengaruhi peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta (Andayani, 2006). Berdasar temuan tersebut, maka peneliti berpendapat bahwa dukungan psikososial yang diberikan oleh keluarga baik pada kelompok kontrol maupun intervensi bisa disebabkan oleh masalah psikososial yang muncul pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita kusta tersebut.

6.1.2 Perbedaan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi sebelum psikoedukasi keluarga adalah 45,57 dan setelah psikoedukasi keluarga adalah 52,52. Sedangkan untuk dukungan sosial, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan sosial keluarga pada kelompok intervensi sebelum psikoedukasi keluarga adalah 43,24 dan setelah psikoedukasi keluarga adalah 49,43. Berdasarkan hasil analisis tersebut maka terdapat peningkatan nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga sebesar 6,95 sedangkan dukungan sosial mengalami peningkatan sebesar 6,19. Peneliti berpendapat bahwa peningkatan skor yang berkisar pada rentang tersebut mungkin diakibatkan karena frekuensi terapi yang hanya dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan untuk 5 sesi. Pemberian terapi oleh peneliti dilakukan tidak sesuai dengan frekuensi dan intensitas pemberian terapi pada penelitian-penelitian sebelumnya yang telah menggunakan psikoedukasi keluarga.

Penelitian yang menggunakan terapi psikoedukasi keluarga, salah satunya adalah penelitian psikoedukasi keluarga yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial yang telah dilakukan oleh Nurbani (2009) pada keluarga pasien stroke dengan jumlah sampel 22 keluarga kelompok intervensi dan 23 keluarga kelompok kontrol. Penelitian tersebut dilakukan sebanyak 5 sesi dalam 5 kali pertemuan dengan rata-rata waktu pertemuan 45 menit yang dilakukan setiap hari sampai 5 kali pertemuan untuk tiap respondennya. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa terdapat penurunan kecemasan

yang bermakna dari keluarga yang merawat anggota keluarga dengan stroke setelah mendapat psikoedukasi keluarga.

Penelitian psikoedukasi yang juga berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial dilaksanakan pula oleh Boesen (2005) pada pasien *Cutaneous Malignant melanoma* dari 262 pasien dengan melanoma dipilih secara acak yang terdiri dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi sebanyak 6 sesi dengan 2 jam per minggu, melalui pemberian pendidikan kesehatan, peningkatan ketrampilan penyelesaian masalah, manajemen stres dan dukungan psikologis. Dari hasil penelitian tersebut, ditemukan beberapa perubahan pada kelompok intervensi yang menunjukkan hasil yang signifikan yaitu berkurangnya kelelahan, bersemangat, tenaga lebih kuat, dan gangguan suasana hati yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu yang telah dijabarkan di atas, peneliti berpendapat bahwa pemadatan pemberian psikoedukasi keluarga yaitu dengan dilakukan 2 sesi dalam setiap pertemuan dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebanyak 5 sesi psikoedukasi keluarga yang dilakukan dalam 3 kali pertemuan dengan jeda waktu kurang lebih dua minggu pada tiap pertemuan, dirasakan kurang efektif untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta. Peneliti juga berpendapat bahwa perlu dilakukan pertemuan untuk tiap sesi psikoedukasi keluarga, tanpa adanya penggabungan sesi (pemadatan) kepada keluarga agar menghasilkan perubahan yang bermakna. Jarak waktu yang terlalu jauh antar pertemuan dan sesi dari psikoedukasi

keluarga juga dapat berpengaruh pada kemampuan mengingat responden terhadap isi dan konten dari pertemuan yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa psikoedukasi keluarga akan lebih optimal jika diberikan satu kali pertemuan untuk tiap sesi dan dilakukan secara berturut-turut dengan rentang waktu antar pertemuan yang tidak terlalu jauh.

Akan tetapi jika dilihat dari hasil analisis statistik maka pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa peningkatan dukungan psikologis dan sosial menunjukkan perbedaan yang bermakna secara statistik, dengan nilai p sebesar 0,000 ($p < \alpha$). Hal ini membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara dukungan psikologis dan sosial pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian psikoedukasi keluarga. Pemberian psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis dan sosial kepada anggota keluarga yang menderita kusta, karena setiap keluarga memperoleh kesempatan untuk menceritakan masalah psikososial yang dihadapi selama merawat anggota keluarganya yang menderita kusta dan diajarkan bagaimana memberikan dukungan psikologis dan sosial kepada anggota keluarga yang menderita kusta.

6.1.3 Perbedaan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok kontrol sebelum psikoedukasi keluarga adalah 45,67 dan setelah psikoedukasi keluarga adalah 46,63. Sedangkan untuk dukungan sosial, hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan sosial keluarga pada kelompok kontrol sebelum psikoedukasi

keluarga adalah 45,67 dan setelah psikoedukasi keluarga adalah 45,62. Berdasarkan hasil analisis tersebut terjadi peningkatan nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga sebesar 0,76 dan penurunan dukungan sosial sebesar 0,05. Dari angka tersebut dapat dilihat bahwa sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga terjadi peningkatan yang tidak bermakna dari skor dukungan psikologis dan terjadi penurunan pada skor dukungan sosial. Berdasar hasil analisis tersebut, peneliti berpendapat bahwa kondisi tersebut mungkin diakibatkan karena tidak diberikannya terapi psikoedukasi keluarga kepada kelompok kontrol, melainkan hanya diberikan terapi generalis berupa pendidikan kesehatan mengenai penyakit kusta dan cara memberikan dukungan psikososial pada penderita kusta.

Pendidikan kesehatan dijelaskan sebagai suatu pengalaman pembelajaran yang dirancang untuk memfasilitasi tindakan-tindakan kondusif seseorang terhadap kesehatan sehingga ia dapat merawat dirinya sendiri secara individual atau secara bersama-sama (kolektif) atau berperan sebagai pengambil keputusan untuk merawat kesehatan orang lain dan komunitasnya (Green, dkk., 1980, dalam Notoatmodjo, 2003). Pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan kepada kelompok kontrol meliputi penjelasan umum mengenai penyakit kusta dan bagaimana cara memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk memperkecil perbedaan status atau derajat kesehatan yang bersumber dari ketidaktahuan atau ketidakmampuan melalui upaya pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Melalui pemberian pendidikan kesehatan ini diharapkan mampu menjadi upaya promosi untuk mengubah perilaku (*behavior change*). Perubahan perilaku kesehatan sebagai tujuan dari pendidikan kesehatan, mempunyai 3 dimensi, antara lain: mengubah perilaku negatif (tidak sehat) menjadi perilaku positif (sesuai dengan nilai-nilai kesehatan); mengembangkan perilaku positif (pembentukan atau pengembangan perilaku sehat); serta memelihara perilaku yang sudah positif atau perilaku yang sudah sesuai dengan norma/nilai kesehatan (perilaku sehat) (Notoatmodjo, 2010).

Apabila ditinjau dari hasil uji statistik maka dapat dibuktikan bahwa tidak terdapat perbedaan dukungan psikologis pada kelompok kontrol *pre test* dan *post test*, dimana didapatkan nilai p lebih besar dari α (p 0,590; $> \alpha$) dan dukungan sosial dimana nilai p lebih besar dari α (p 0,925; $> \alpha$). Hasil analisis tersebut menjelaskan bahwa walaupun terdapat perubahan nilai rata-rata dukungan psikologis dan sosial keluarga pada kelompok kontrol, akan tetapi penurunan nilai tersebut tidak bermakna secara statistik. Berdasar hasil penelitian yang menunjukkan tidak adanya kemaknaan secara statistik pada kelompok kontrol, maka dapat dijelaskan bahwa dibutuhkan sebuah terapi lanjutan pada kelompok kontrol untuk mengoptimalkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Psikoedukasi keluarga diharapkan mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga yang menderita kusta, seperti yang telah dilakukan pula pada kelompok intervensi.

6.1.4 Perbedaan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta sesudah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi setelah pemberian psikoedukasi keluarga sebesar 52,52, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 46,43. Hal ini berarti bahwa nilai dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi setelah pemberian psikoedukasi keluarga lebih tinggi sebesar 6,09 poin dibandingkan kelompok kontrol. Sedangkan untuk dukungan sosial keluarga, nilai rata-rata pada kelompok intervensi setelah pemberian psikoedukasi keluarga sebesar 49,43, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 45,62. Hal ini berarti bahwa nilai dukungan sosial keluarga pada kelompok intervensi setelah pemberian psikoedukasi keluarga lebih tinggi sebesar 3,81 poin dibandingkan kelompok kontrol. Atau dengan kata lain, setelah pemberian psikoedukasi keluarga, dukungan psikologis dan sosial kelompok intervensi lebih meningkat dibandingkan pada kelompok kontrol yang tidak memperoleh psikoedukasi keluarga.

Hasil penelitian ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa pada prinsipnya psikoedukasi membantu anggota keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit melalui pemberian informasi dan edukasi yang dapat mendukung pengobatan dan rehabilitasi pasien dan meningkatkan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri (Carson, 2000). Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga adalah saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit fisik yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya

(Varcarolis, 2006). Pendidikan kelompok keluarga membantu anggota keluarga membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya. Pertemuan psikoedukasi keluarga atau beberapa keluarga memberikan perasaan saling berbagi dan strategi untuk bersama-sama membagi perasaan yang dirasakan. Kelompok psikoedukasi keluarga sangat bermanfaat untuk masalah mental dan sama manfaatnya untuk penyakit medis atau bedah (Varcarolis, 2006).

Hasil uji statistik didapatkan dukungan psikologis nilai p sebesar 0,019 ($p < \alpha$), dan dukungan sosial p sebesar 0,035 ($p < \alpha$) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dukungan psikologis dan sosial keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta setelah pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mampu menimbulkan perbedaan dukungan psikososial keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Melalui pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi ini, maka diharapkan mampu meningkatkan dukungan psikososial keluarga yang meliputi dukungan psikologis dan sosial dalam merawat anggota keluarganya yang menderita kusta. Menurut Shives (2005) keluarga adalah sekelompok individu yang saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam melakukan berbagai fungsi dasar. Sehingga sebagai *support system* utama penderita kusta, keluarga diharapkan mampu memenuhi kelima fungsi keluarga serta tugas keluarga di bidang kesehatan dalam kehidupan keseharian terutama dalam hal perawatan kesehatan bagi penderita kusta. Pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang menderita kusta,

fungsi perawatan kesehatan sangat dibutuhkan oleh penderita baik dalam sebagai bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga. Dengan kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga dapat memicu munculnya masalah psikologis gangguan konsep diri yang dialami oleh penderita kusta (Widyastuti, 2009). Dukungan sosial yang kurang diberikan kepada penderita kusta juga akan memicu munculnya masalah psikososial yang lain.

Dalam sebuah keluarga pasti akan ditemukan salah seorang atau beberapa orang anggota keluarga yang berperan penting dalam upaya perawatan anggota keluarganya yang sakit, biasa disebut *caregiver*. *Caregiver* adalah seseorang dalam keluarga yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit atau orang yang tidak mampu, bahkan biasanya orang tersebut bergantung pada *caregiver*-nya (Oyebode, 2003). *Caregiver* juga dapat didefinisikan sebagai individu yang memberikan perhatian kepada individu lainnya, misalnya lansia, individu yang sakit, dan individu yang memiliki keterbatasan lainnya dalam berbagai tingkat usia.

Menurut Pender, Murdaugh, Parson (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 materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Terlebih dengan kondisi penyakit kusta dan masalah psikososial yang bisa muncul akibat penyakit kusta, diantaranya: masalah terhadap diri

penderita kusta, masalah terhadap keluarga penderita kusta, dan masalah terhadap masyarakat sekitar penderita kusta (Zulkifli, 2003).

Selain untuk mengatasi masalah psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta, dukungan psikososial diharapkan dapat memenuhi kebutuhan psikososial penderita kusta yang dihadapi selama menghadapi penyakit yang dideritanya. Hal ini sesuai dengan kebutuhan psikososial yang dibutuhkan oleh penderita kusta, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Scott (2000) mengenai kebutuhan psikososial penderita kusta, antara lain : kebutuhan akan penerimaan diri; kebutuhan akan penerimaan sosial; dan kebutuhan akan penerimaan oleh masyarakat.

Berdasar pembahasan yang telah dijabarkan tersebut maka peneliti mempunyai pendapat bahwa psikoedukasi keluarga dapat disarankan untuk diberikan kepada keluarga yang menderita kusta untuk meningkatkan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta. Untuk memperkuat hasil yang diperoleh melalui pemberian psikoedukasi keluarga pada dukungan psikososial keluarga, terapi lanjutan yang dapat diberikan adalah dengan pembentukan *self help group* yang akan memfasilitasi penderita kusta dan keluarganya yang sama-sama mengalami masalah serupa sehingga manfaat dari pemberian terapi dapat dirasakan oleh masyarakat secara berkelanjutan.

6.2 Hubungan Karakteristik Keluarga (*Caregiver*) dengan Dukungan Psikososial Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta

6.2.1 Usia

Berdasar hasil distribusi responden kelompok intervensi diperoleh usia rata-rata responden berkisar 38,67 tahun, sedangkan usia rata-rata kelompok kontrol adalah 32,05 tahun. Berdasarkan hasil analisis statistik, ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan pada populasi antara usia *caregiver* dengan dukungan psikologis, dimana didapatkan nilai p value 0,629 ($p > \alpha$) dan dukungan sosial dimana nilai p value 0,105 ($p > \alpha$). Hasil analisis tersebut juga menyebutkan bahwa terdapat pola hubungan negatif antara usia dengan dukungan psikologis dan sosial keluarga. Semakin tinggi usia maka semakin rendah dukungan psikologis dan sosial yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti dan dokumentasi selama pelaksanaan terapi, beberapa keluarga dengan usia dewasa tengah maupun akhir merasakan kesulitan ketika harus memberikan dukungan psikologis maupun sosial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta, hal ini disebabkan oleh beberapa hal antara lain, pembagian waktu dengan kegiatan lain seperti waktu bekerja maupun membagi waktu dengan anggota keluarga yang lain yang juga membutuhkan perhatian.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa variabel usia keluarga bukan faktor perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis dan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, sehingga psikoedukasi keluarga dapat dilakukan pada setiap keluarga dengan rentang usia yang bervariasi. Akan tetapi, jika dilihat dari pola hubungan negatif hasil analisis statistik antara usia dengan dukungan psikososial, maka membuktikan bahwa

usia yang lebih muda akan meningkatkan pemberian dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga yang sakit kusta. Hal ini memungkinkan, karena jika dilihat dari segi kognitif, maka orang dengan usia lebih muda akan lebih menangkap informasi dan akan lebih mudah pula dalam mempraktekkan suatu ketrampilan, yang dalam hal ini adalah dukungan psikologis dan sosial keluarga.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Wardaningsih (2007) yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara usia keluarga dengan peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor keluarga klien dengan halusinasi. Penelitian lain yang mendukung adalah hasil penelitian dari Hasmilasari (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan keluarga merawat klien pasung.

Hal ini bertentangan dengan pendapat Wong (1995, dalam Potter, 2005) yang menyebutkan bahwa usia mampu menunjukkan kemampuan belajar dan perilaku seseorang. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang (Edelman & Manle, 1994, dalam Potter 2005).

Berdasar pembahasan tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa usia tidak mempengaruhi kemampuan psikomotor keluarga dalam memberikan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan kusta. Dari perbandingan hasil penelitian tersebut didukung dengan hasil penelitian lain yang telah dilakukan maka peneliti berpendapat bahwa psikoedukasi keluarga dapat dilakukan pada setiap keluarga dengan rentang usia yang bervariasi.

6.2.2 Penghasilan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa rata-rata penghasilan responden pada kelompok intervensi adalah Rp. 599.523,8 sedangkan rata-rata penghasilan responden kelompok kontrol adalah Rp. 503.333,3. Berdasarkan hasil analisis statistik, ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan pada populasi antara penghasilan *caregiver* dengan dukungan psikologis, dimana didapatkan nilai p value 0,519 ($p > \alpha$) dan dukungan sosial dimana nilai p value 0,691 ($p > \alpha$). Hasil analisis tersebut juga menyebutkan bahwa terdapat pola hubungan negatif antara penghasilan dengan dukungan psikologis dan sosial keluarga. Semakin rendah penghasilan maka semakin tinggi dukungan psikologis dan sosial yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga yang menderita kusta.

Berdasarkan hasil pengamatan peneliti diperoleh fakta bahwa selama menjalani pengobatan kusta selama 6 bulan hingga 2 tahun, penderita kusta tidak dipungut biaya sama sekali untuk memperoleh obat dari Puskesmas. Hal ini disebabkan adanya program pengobatan gratis pemerintah untuk mengatasi penyakit kusta, sehingga seharusnya tidak mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan psikologis maupun sosial kepada anggota keluarga yang menderita kusta dalam hal materi atau finansial. Sesuai dengan isian kuesioner, mayoritas keluarga juga tidak merasa keberatan dalam hal pemberian dukungan sosial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta, karena tidak harus memberikan uang setiap bulan untuk berobat ke Puskesmas. Untuk biaya transportasi menuju Puskesmas juga mayoritas keluarga tidak memerlukan pengeluaran khusus, karena rata-rata responden memiliki alat transportasi seperti sepeda dan sepeda motor. Jarak tempuh rumah responden menuju Puskesmas juga tidak terlalu jauh.

Hasil pengamatan lain yang diperoleh oleh peneliti selama pelaksanaan penelitian, pada keluarga yang penghasilan bulannya cukup besar, penderita selain berobat ke Puskesmas biasanya mendahului dengan berobat ke dokter spesialis kulit. Setelah dipastikan bahwa penyakit yang diderita adalah penyakit kusta melalui serangkaian pemeriksaan laboratorium, maka dokter tetap akan merujuk penderita untuk melanjutkan program pengobatan ke Puskesmas. Keluarga dengan kondisi ekonomi dan penghasilan seperti ini, biasanya tidak terlalu memberikan perhatian dan dukungan kepada penderita kusta, karena mereka mempercayakan sepenuhnya pada keputusan dokter dalam hal pengobatan. Hal ini tentu saja akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta.

Berdasarkan uraian penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa variabel penghasilan keluarga bukan faktor perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis dan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, sehingga psikoedukasi keluarga dapat dilakukan pada setiap keluarga dengan rentang penghasilan yang bervariasi. Akan tetapi, jika dilihat dari pola hubungan negatif hasil analisis statistik antara penghasilan dengan dukungan psikososial, maka membuktikan bahwa penghasilan yang rendah justru akan meningkatkan pemberian dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga yang sakit kusta. Hal ini memungkinkan, karena pada keluarga yang tingkat ekonominya lebih rendah akan lebih memperhatikan tentang kondisi kesehatan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat, seperti Puskesmas sehingga keluarga juga akan memberikan dukungan psikologis dan sosial keluarga secara lebih baik.

6.2.3 Hubungan dengan penderita

Dari hasil analisis univariat, diperoleh data bahwa hubungan responden dengan penderita kusta pada kelompok intervensi dibedakan menjadi 2, yaitu keluarga inti sejumlah 17 orang dan bukan keluarga inti sejumlah 4 orang. Hasil penelitian menemukan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel hubungan dengan dukungan psikologis keluarga dimana nilai p value 0,218; $p > \alpha$ dan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel hubungan dengan dukungan sosial keluarga dimana nilai p value 0,45; $p > \alpha$ Atau dengan kata lain, variabel hubungan keluarga bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis dan sosial keluarga.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1988, dalam Friedman, 2010) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Peneliti membagi hubungan keluarga ini menjadi keluarga inti dan bukan keluarga inti. Pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang menderita kusta, fungsi perawatan kesehatan sangat dibutuhkan oleh penderita baik dalam sebagai bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kusta pada umumnya akan mempunyai perasaan takut akan diasingkan oleh masyarakat di sekitarnya sehingga mereka akan berupaya untuk menyembunyikan penderita agar tidak diketahui oleh masyarakat disekitarnya dan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut akan kemungkinan tertular oleh penyakit yang sama. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Scott (2000) mengenai dampak psikososial dari penyakit kusta yang menyebutkan bahwa pada beberapa kasus, penderita kusta diabaikan oleh pasangannya, keluarga bahkan teman.

Menurut Pender, Murdaugh, Parson (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 materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Terlebih dengan kondisi penyakit kusta dan masalah psikososial yang bisa muncul akibat penyakit kusta, diantaranya: masalah terhadap diri penderita kusta, masalah terhadap keluarga penderita kusta, dan masalah terhadap masyarakat sekitar penderita kusta.

Berdasar hasil analisis tersebut, maka menurut peneliti psikoedukasi keluarga dapat diberikan kepada semua anggota keluarga di dalam keluarga yang memiliki penderita kusta tanpa harus membedakan apakah keluarga tersebut merupakan keluarga inti atau di luar keluarga inti. Dengan diberikan psikoedukasi keluarga, maka diharapkan semua anggota keluarga dapat ikut berperan dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta.

6.2.4 Jenis kelamin

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa mayoritas jenis kelamin pada kelompok intervensi adalah perempuan (53,89%). Berdasarkan hasil bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan dukungan psikologis dan sosial keluarga (p value $> \alpha$). Hasil uji statistik yang dilakukan tidak terlihat ada perbedaan yang signifikan nilai mean dukungan psikologis dan sosial setelah intervensi antara laki-laki dan perempuan. Perempuan memiliki karakter

yang berbeda dalam memberikan perhatian dan dukungan kepada anggota keluarganya yang sakit. Tetapi dalam beberapa kasus ditemui, *caregiver* wanita juga bekerja, sehingga bentuk dukungan psikososial yang diberikan kepada anggota keluarganya yang sakit kusta juga terpengaruh, kecuali jika pekerjaan dilakukan tanpa harus meninggalkan rumah, seperti yang mayoritas ditemukan pada responden yang bekerja sebagai buruh jahit pakaian batik di rumah masing-masing. Selain perempuan, dijumpai beberapa responden pula yang berjenis kelamin laki-laki masih dapat menjelaskan fungsinya dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang menderita kusta.

Hasil penelitian tersebut didukung oleh penelitian Hasmilasari (2009) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung antara laki-laki dan perempuan. Pengalaman merawat merupakan suatu bentuk dari sikap individu yang berhubungan dengan peran di dalam keluarga (Fontaine, 2003). Maka dari hasil penelitian yang mendukung tersebut dapat disimpulkan bahwa variabel jenis kelamin bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis dan sosial keluarga, sehingga pemberian psikoedukasi keluarga dapat diterapkan pada semua jenis kelamin. Laki-laki maupun perempuan dapat menunjukkan kemampuan yang baik dalam memberikan dukungan psikologis maupun sosial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta.

6.2.5 Pendidikan

Hasil univariat menunjukkan bahwa mayoritas pendidikan pada kelompok intervensi adalah berpendidikan menengah (SMP, SMA) sebanyak 51,71%. Berdasarkan hasil bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan dukungan psikologis dan sosial keluarga ($p \text{ value} > \alpha$).

Hasil penelitian tersebut didukung oleh hasil penelitian Hasmilasari (2009) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan beban dan kemampuan keluarga. Akan tetapi hasil penelitian ini bertentangan dengan pernyataan Redman (1993, dalam Potter, 2005) yang menyatakan bahwa pendidikan yang lebih tinggi dapat memberikan pengetahuan yang lebih tinggi pula kepada individu sehingga dapat menghasilkan kebiasaan yang baik dalam upaya mempertahankan kesehatan. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2008). Seseorang dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti, dan mudah menyelesaikan masalah (Notoatmodjo, 2003).

Menurut peneliti, hasil penelitian tersebut didapat karena responden kurang memahami bagaimana cara memberikan dukungan psikososial yang baik kepada anggota keluarganya yang menderita kusta. Sebagian responden berpendapat bahwa penyakit kusta adalah penyakit yang tidak memerlukan perhatian khusus bagi penderitanya. Selain itu karena masa pengobatan kusta yang lama hingga memerlukan waktu berbulan-bulan menyebabkan keluarga menganggap biasa penyakit tersebut karena rasa bosan dalam merawat anggota keluarganya yang sakit, sehingga dukungan yang diberikan kepada penderita juga kurang. Idealnya pendidikan berpengaruh terhadap cara berfikir dan sikap seseorang. Tingkat pendidikan yang tinggi dapat memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat karena adanya pola pikir bahwa tidak ada penyakit yang tidak dapat disembuhkan.

Berdasarkan hasil analisis yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan dukungan psikososial keluarga, maka dapat

disimpulkan bahwa variabel pendidikan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis dan sosial keluarga, sehingga pemberian psikoedukasi keluarga dapat diterapkan pada semua keluarga dengan latar belakang pendidikan yang bervariasi.

6.2.6 Pekerjaan

Hasil univariat menunjukkan bahwa mayoritas responden pada kelompok intervensi adalah pekerja sebanyak 52,13%. Berdasarkan hasil bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan dukungan psikologis dan sosial keluarga ($p \text{ value} > \alpha$).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Wardaningsih (2007) yang menyatakan bahwa tidak ditemukan adanya hubungan antara status pekerjaan keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga merawat klien dengan halusinasi. Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan oleh penelitian yang dilakukan oleh Wardaningsih (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan antara status pekerjaan keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga, penelitian lain yang memiliki hasil serupa adalah Hasmilasari (2009) yang menyebutkan bahwa tidak ditemukan hubungan antara beban dan kemampuan keluarga merawat klien pasung.

Menurut peneliti hal ini bisa disebabkan karena sebagian besar *caregiver* yang mempunyai pekerjaan yang bisa dilakukan di rumah, sesuai dengan hasil observasi bahwa mayoritas keluarga penderita kusta bekerja sebagai buruh jahit batik di rumah. Sebagian dari *caregiver* yang bekerja juga mempunyai jam kerja sistem setengah hari sebagai buruh di pabrik batik dengan jadwal libur sehari dalam satu minggu sehingga

tidak terlalu berpengaruh dalam pemberian dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang sakit kusta.

Berdasarkan hasil analisis yang mendasari tersebut maka dapat disimpulkan bahwa variabel pekerjaan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi dukungan psikologis dan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita kusta, sehingga pemberian psikoedukasi keluarga dapat diterapkan pada semua keluarga baik yang bekerja maupun yang tidak bekerja.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang bisa menjadi ancaman. Faktor-faktor tersebut terutama dalam hal proses pelaksanaan penelitian, diantaranya dalam hal: waktu, sesi dan pertemuan.

6.3.1 Waktu penelitian

Waktu penelitian aktif yang digunakan peneliti untuk melakukan penelitian adalah 8 minggu, yang digunakan oleh peneliti untuk melakukan intervensi kepada 21 responden kelompok intervensi, dimana terapi psikoedukasi keluarga dilakukan secara individu sehingga hal ini berpengaruh pula dalam pelaksanaan sesi-sesi terapi dalam penelitian. Keterbatasan waktu ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan waktu yang dimiliki oleh responden, dimana beberapa responden yang bekerja menginginkan waktu pertemuan di hari-hari tertentu, sehingga peneliti harus menghormati hak responden dengan memenuhi keinginan responden tersebut. Dengan pertimbangan tersebut, maka waktu yang dibutuhkan untuk peneliti menyelesaikan 1 pertemuan untuk 21 responden ini juga semakin lama, sehingga dibutuhkan waktu kurang lebih 2 minggu menyelesaikan 1 kali temu. Selain keterbatasan waktu, jarak menjadi keterbatasan lain dalam hal pelaksanaan penelitian ini,

karena jarak rumah responden yang berjauhan mengakibatkan peneliti hanya bisa melakukan pertemuan dengan jumlah responden terbatas (3-4 responden tiap harinya). Hal ini tentu saja berpengaruh pada pelaksanaan penelitian, peneliti membutuhkan lebih banyak waktu untuk menyelesaikan keseluruhan sesi kepada 21 responden kelompok intervensi hingga kurang lebih 2 minggu dalam tiap kali pertemuan, sehingga total waktu yang dibutuhkan untuk kelompok intervensi mencapai 6 minggu.

6.3.2 Sesi dan pertemuan

Berkaitan dengan keterbatasan waktu yang telah disampaikan sebelumnya, dijadikan pertimbangan oleh peneliti untuk memadatkan pertemuan yang seharusnya dilakukan 5 kali pertemuan untuk 5 sesi psikoedukasi keluarga menjadi 3 kali pertemuan dengan penggabungan sesi 1-2 pada pertemuan pertama, sesi 3-4 untuk pertemuan kedua, dan sesi 5 pada pertemuan ketiga. Pemadatan sesi ini dirasakan oleh peneliti menjadi suatu keterbatasan, karena menjadikan hasil terapi menjadi kurang efektif.

6.4 Implikasi Penelitian

6.4.1 Keperawatan psikososial di komunitas

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat sering dimanfaatkan oleh masyarakat terutama di daerah dengan berbagai jenis keluhan penyakit fisik, salah satunya adalah penyakit kusta. Dengan keberadaan Puskesmas di komunitas yang mudah dijangkau baik oleh penderita maupun keluarga, maka pemberian psikoedukasi keluarga kepada keluarga penderita kusta diharapkan mampu meningkatkan pemberian dukungan psikososial keluarga kepada penderita kusta. Hal ini membutuhkan dukungan dan kerjasama dari Dinas Kesehatan dalam upayanya untuk mengembangkan program

Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas) di daerah Kabupaten Pekalongan.

6.4.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan perintis bagi keilmuan keperawatan terkait masalah psikososial dan terapi keperawatan jiwa pada penderita kusta dan keluarganya melalui publikasi dan sosialisasi hasil penelitian ke dalam jurnal ilmiah di insitusi pendidikan dan pelayanan sehingga dapat dijadikan pedoman bagi pengembangan keilmuan keperawatan dan penelitian berikutnya.

6.4.3 Penelitian selanjutnya

Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, dengan mempertimbangkan jumlah dan proporsi sampel yang lebih banyak di wilayah lain yang mempunyai angka penderita kusta tinggi sehingga hasil penelitian bisa lebih mewakili keseluruhan subyek penelitian. Selain itu penelitian lain juga bisa dikembangkan dengan mengkombinasikan psikoedukasi keluarga dengan terapi lain, misalnya dengan *self help group* sehingga keberlanjutan dari psikoedukasi keluarga bisa dirasakan manfaatnya bukan hanya oleh keluarga tetapi juga oleh sesama penderita dan keluarga penderita kusta yang lain.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Simpulan terhadap hasil penelitian pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta adalah sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik keluarga dalam penelitian ini antara lain: rata-rata usia kelompok intervensi 38,67 tahun dan kelompok kontrol 32,05 tahun; rata-rata penghasilan kelompok intervensi sebesar Rp 599.523,8 dan kelompok kontrol sebesar Rp 503.333,3; mayoritas *caregiver* kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki hubungan sebagai keluarga inti, berjenis kelamin perempuan dan bekerja; pendidikan mayoritas keluarga pada kelompok intervensi adalah pendidikan menengah sedangkan kelompok kontrol adalah pendidikan dasar.
- 7.1.2 Psikoedukasi keluarga berpengaruh terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta.
- 7.1.3 Terdapat perbedaan dukungan psikososial keluarga (psikologis dan sosial) pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pelaksanaan psikoedukasi keluarga.
- 7.1.4 Tidak terdapat perbedaan dukungan psikososial keluarga (psikologis dan sosial) pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelaksanaan psikoedukasi keluarga.
- 7.1.5 Terdapat perbedaan dukungan psikososial keluarga (psikologis dan sosial) setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan, disarankan:

7.2.1 Bagi Puskesmas

7.2.1.1 Mengembangkan program kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas yang dapat memfasilitasi penanganan masalah psikososial yang dialami oleh pasien dengan masalah kesehatan fisik terutama kusta.

7.2.1.2 Mensosialisasikan penyakit kusta di masyarakat melalui pemutaran film atau pendidikan kesehatan dengan cara masuk ke dalam kegiatan masyarakat, untuk meminimalkan adanya stigma masyarakat terhadap kusta.

7.2.2 Aplikasi Keperawatan

7.2.2.1 Melakukan kegiatan pengabdian masyarakat sebagai program lanjutan yang menindaklanjuti penelitian terkait psikoedukasi keluarga pada keluarga penderita kusta, sehingga perkembangannya dapat dievaluasi secara kontinu.

7.2.2.2 Mengembangkan penggunaan terapi lanjutan dari psikoedukasi keluarga dengan membentuk *self help group* dari penderita kusta dan keluarganya melalui follow up perawat jiwa komunitas.

7.2.3 Bagi Peneliti Lain

7.2.3.1 Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, dengan menggunakan wilayah lain yang mempunyai angka penderita kusta yang tinggi.

7.2.3.2 Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, dengan melakukan tiap sesi dalam satu kali pertemuan tanpa adanya penggabungan sesi.

DAFTAR REFERENSI

- Andayani, E. S. (2006). *Hubungan tingkat kecemasan keluarga tentang penularan penyakit kusta dengan peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta*. Skripsi. FIK-UNDIP: Tidak dipublikasikan.
- Arikunto, S. (2009). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi 8. Jakarta: Rineka Cipta
- Bailon, S. G. & Maglaya, A. S. (1998). *Family health nursing*. Quezon city.
- Bomar, P. J. (2004). *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice, 3rd ed.* Philadelphia: Library of Congress in Publication Data.
- Boesen, E. H. (2005). *Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study*. Journal of Clinical Oncology, vol 23 no. 6: pp: 1270-1277. American Society of Clinical Oncology.
- Burns, N., & Groove, S. K. (1996). *The practice of nursing research*. Philadelphia : WB Saunders Co.
- Carson, V. B. (2000). *Mental health nursing: the nurse –patient journey*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Dinkes Kabupaten Pekalongan. (2010). *Analisa situasi program pemberantasan kusta*. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine, K. L. (2003). *Mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education. Inc
- Friedman, M. (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek 5th ed.* Jakarta: EGC
- Habib, A. (2008). *Hubungan antara tingkat kecacatan dengan konsep diri penderita kusta*. Skripsi. FIKKES-Unimus: Tidak dipublikasikan.
- Hamid, A. Y. S. (2007). *Riset keperawatan: konsep, etika & instrumentasi*. Jakarta: EGC.
- Hasmilasari. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan cara merawat anggota keluarga gangguan jiwa dengan pasung di Aceh*. Tesis. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
- Hasnani. (2002). *Kejadian cacat pada kusta dan faktor yang mempengaruhi*. Tesis. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.

- Hastono, S. P. (2006) *Basic data analysis for health research*. Depok: FKM-UI
- Hidayat, A. A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data* (edisi pertama). Jakarta: Salemba Medika
- Kaur & Van Brakel. (2002). *Dehabilitation of leprosy affected people a study on leprosy affected beggars*. Diakses dari: www.leprahealthinaction.org tanggal 25 Januari 2011.
- Kemenkes RI. (2011). *Menkes Canangkan Tahun Pencegahan Cacat Akibat Kusta*. Diakses dari: http://www.bppsdmk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=150:menkes-canangkan-tahun-pencegahan-cacat-akibat-kusta&catid=38:berita&Itemid=82 tanggal 7 Februari 2011.
- Kompas Cetak. (2010). WHO: 17 Penyakit tropis terabaikan. Diakses dari: www.health.kompas.com tanggal 7 Februari 2011.
- Levine, I. S. (2002). *Family psychoeducation - functioning, effects, therapy, adults, person, people, medication, personality*. Diakses dari: <http://www.minddisorders.com/Del-Fi/Family-psychoeducation.html> tanggal 10 Februari 2011.
- Liese, B., dkk. (2010). *Programmes, partnership and governance for elimination and control of neglected tropical sieases*. Lancet: 375: 67-76.
- Magliano, L, dkk. (2006). *Patient functioning and family burden in a controlled, real world trial of family psychoeducation for schizophrenia*. Diakses dari: www.psychiatryonline.org tanggal 25 Januari 2011.
- Maryani, S. (2009). *Konsep diri penderita kusta di Rumah Sakit Tugurejo Semarang*. Skripsi. FIK-UNDIP: Tidak dipublikasikan.
- Mohr, W. K, (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6 th edition), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Narain, J. P., dkk. (2010). *Elimination of neglected tropical sieases in the South-East Asian Region of the World Health Organization*. Bull World Health Organization; 88:206-210
- Nicolai, S. (2003). *Psychosocial needs of conflict-affected children and adolescents* (World bank IIEP summer school 7-15th july 2001. Background paper). Paris: IIEP-NESCO.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurbani. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (caregiver) dalam merawat pasien stroke di RSUP dr. Cipto Mangunkusumo*. Tesis. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan, pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oyebode, J. (2003). *Assessment of carer's psychological needs: advances in psychiatric treatment*. Diakses dari: www.apr.rcpsych.org/cgi/reprint/9/1/45.pdf tanggal 20 Januari 2011.
- Pagano, M., & Gauvreau, K. (1993). *Principles of biostatistic*. California : Wadsworth Publishing Company.
- Poerwanto, W. J. S. (2006). *Kamus umum bahasa Indonesia*. 3rd ed. Jakarta: Balai Pustaka Departemen Pendidikan Nasional.
- Polit, D, & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: principles and methods* 7th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Polit, H. (1999). *Nursing research: principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*. Philadelphia: Mosby Years Book Inc.
- Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2008), *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan.
- Ruswan, H. (1997). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian kusta baru di Bekasi*. Tesis. FKM-UI: Tidak dipublikasikan.
- Sabri, L. & Hastono, S.P. (1999). *Modul kuliah biostatistik dan statistik kesehatan*. Jakarta : FKM UI.
- Saddock, B.J & Saddock, V.A (2007). *Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. 10th Ed. Lippincott William & Wilkins.
- Safuan, A. (2011). *Penderita Kusta di Pekalongan Meningkat*. Diakses dari : <http://www.mediaindonesia.com/read/2011/01/01/198434/124/101/-Penderita-Kusta-di-Pekalongan-Meningkat> tanggal 7 Februari 2011.

- Santoso, E. B. (2009). *Perbedaan konsep diri pada tingkat kecacatan penderita kusta di RS Tugurejo Semarang*. Skripsi. FIKKES-Unimus: Tidak dipublikasikan.
- Santoso, S. (2004). *Buku latihan SPSS statistik parametrik*. Jakarta : Elex Media Komputindo.
- Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology: biopsychosocial interactions, 2nd ed.* Canada: Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Sarason, R. B. & Sarason, I. G. (2006). *Handbook of social support and the family*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta : Sagung Seto.
- Scott, J. (2000). *The psychosocial needs of leprosy patient*. Diakses dari www.leprahealthinaction.org tanggal 25 Januari 2011.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A.L. (1991). *The MOS social support survey, social science medicine*. 32: 705-714. RAND Corporation.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Lippincott: William Wilkins.
- Stuart, G. W., & Laraia, M. T. (2009). *Principles and practice of psyhiatric nursing 9th ed.* St. Louis : Mosby Year Book.
- Subdirektorat Kusta dan Frambusia. (2007). *Modul Pelatihan Program P2 Kusta Bagi UPK*.
- Sugiyono. (2006). *Statistika untuk penelitian*. Jawa Barat: Alfabeta.
- Suryanda. (2007). *Persepsi Masyarakat Terhadap Penyakit Kusta: Studi Kasus Di Kecamatan Cambai Prabumulih*. Tesis-Program Pascasarjana Minat Utama Perilaku dan Promosi Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan UGM. Diakses dari [http://puspasca.ugm.ac.id/files/Abst_\(2880-H-2007\).pdf](http://puspasca.ugm.ac.id/files/Abst_(2880-H-2007).pdf) tanggal 5 Februari 2011.
- Susanto, T. (2010). *Arti dan makna pengalaman klien dewasa menjalani perawatan kusta di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember*. Tesis. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
- Townsend, C. M. (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Varcarolis, E. M. (2006), *Psychiatric nursing clinical guide: assesment tools and diagnosis*. Philadelphia. W.B Saunders Co.
- Videbeck, S. L. (2007). *Psychiatric mental health nursing*. (4rd Ed). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wardaningsih, S. (2007). *Pengaruh family psychoeducation terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*. Tesis. FIK-UI: tidak dipublikasikan.
- WHO. (2010). *Weekly epidemiological record*. Diakses dari www.who.int tanggal 25 Januari 2011.
- Widyanti. (2009). *Gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa madya yang menjadi caregiver informal penderita schizophrenia*. Skripsi. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
- Widyastuti, S. (2009). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan harga diri penderita kusta di rawat inap RSUD Tugurejo*. Skripsi. FIKKES-Unimus: Tidak dipublikasikan.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Buku saku diagnosa keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria NOC*. Jakarta: EGC.
- Wong, M. E. (2004). *Designing programmes to address stigma in leprosy: issues and challenges*. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. Vol. 15 No. 2 2004. Diakses dari: <http://www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj204/guest%20editorial.pdf> tanggal 30 Januari 2011.
- Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Cetakan pertama. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Yusuf, E. (2010). *Indonesia Rangking Tiga Dunia Penderita Kusta*. Diakses dari : http://www.majalahpotretindonesia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=922:indonesia-rangking-tiga-dunia-penderita-kusta-&catid=39:kesehatan&Itemid=399 tanggal 7 Februari 2011.
- Zulkifli. (2003). *Penyakit kusta dan masalah yang ditimbulkannya*. Dipublikasikan oleh USU Digital Library.

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang menyatakan di bawah ini :

Nama : Desi Ariyana Rahayu

No yang dapat dihubungi : 081325177258

Adalah mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan tema:

”Pengaruh Psikoedukasi Keluarga terhadap Dukungan Psikososial Keluarga pada Anggota Keluarga dengan Penyakit Kusta ”.

Adapun hasil penelitian ini nantinya akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan kesehatan jiwa.

Peneliti menjamin bahwa hasil penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak saudara sebagai responden dengan cara: 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian dan 2) Menghargai keinginan saudara sebagai responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan singkat mengenai penelitian yang akan saya lakukan. Akhir kata peneliti ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaan saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Desi Ariyana Rahayu

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan mengenai penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan pada peneliti, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan penelitian yang akan dilakukan ini.

Saya meyakini bahwa peneliti menghargai serta menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas kesehatan jiwa di masyarakat, khususnya di kelurahan tempat saya tinggal.

Dengan ini, saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Pekalongan,2011

Responden,

.....
Nama jelas



UNIVERSITAS INDONESIA

INSTRUMEN PENELITIAN

**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP
DUKUNGAN PSIKOSOSIAL KELUARGA PADA ANGGOTA
KELUARGA DENGAN PENYAKIT KUSTA
DI KABUPATEN PEKALONGAN**

Kode Responden :

Nama / inisial :

Puskesmas :

Waktu : Pre test Post test

Instrumen : Diisi oleh responden dan didampingi peneliti)

A. Kuesioner A (Data demografi responden)

B. Kuesioner B (Psikoedukasi keluarga)

C. Kuesioner C (Dukungan psikososial)

INSTRUMEN A: DATA SOSIO DEMOGRAFI RESPONDEN

Nomor responden :(diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian:

1. Isi dengan lengkap
2. Untuk data yang harus dipilih, beri tanda kali (X) pada kotak yang tersedia dan atau isi sesuai jawaban

Tanggal Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga :

1. Usia : tahun (ulang tahun terakhir)
2. Hubungan dengan penderita
Ibu Adik Kakak Bibi Nenek bukan semuanya,*sebutkan*.....
3. Pendidikan terakhir
 SD SLTP SMU Diploma Perguruan Tinggi
4. Status pekerjaan terakhir
 IRT Buruh PNS Swasta Wiraswasta Pelajar
5. Jenis kelamin
 Laki-laki Perempuan
6. Pendapatan Keluarga : (diisi sesuai kondisi)

INSTRUMEN B : PSIKOEDUKASI KELUARGA

Nomor responden :(diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian:

1. Isi dengan lengkap
2. Untuk data yang harus dipilih, beri tanda kali (X) pada kotak yang tersedia dan atau isi sesuai jawaban

B. PSIKOEDUKASI KELUARGA

1. Sesi 1

Tanggal Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga :.....

Dilakukan

Tidak dilakukan

2. Sesi 2

Tanggal Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga :.....

Dilakukan

Tidak dilakukan

3. Sesi 3

Tanggal Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga :.....

Dilakukan

Tidak dilakukan

4. Sesi 4

Tanggal Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga :.....

Dilakukan

Tidak dilakukan

5. Sesi 5

Tanggal Pelaksanaan Terapi Psikoedukasi Keluarga :.....

Dilakukan

Tidak dilakukan

INSTRUMEN C : KUESIONER PENELITIAN

Nomor responden :(diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda alami.
2. Setiap pernyataan di bawah ini berisi satu jawaban.
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, sehingga anda diberi kebebasan untuk menentukan pilihan

Keterangan :

- Tidak pernah : Tidak pernah melakukan sama sekali
Jarang : Melakukan 1-2 hari dalam seminggu
Sering : Melakukan 3-4 hari dalam seminggu
Selalu : Melakukan setiap hari

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
1	Saya bisa menjadi teman bicara anggota keluarga yang sakit kusta.				
2	Anggota keluarga yang sakit kusta membicarakan tentang masalah pribadinya kepada saya.				
3	Saya bisa memahami masalah yang dihadapi oleh anggota keluarga yang sakit kusta.				
4	Saya bisa dipercaya oleh anggota keluarga yang sakit kusta.				
5	Saya suka memeluk anggota keluarga yang sakit kusta.				
6	Saya menemani anggota keluarga yang sakit kusta ketika sedang kesulitan tidur.				
7	Saya menemani anggota keluarga yang sakit kusta ketika berobat.				
8	Saya membantu menyiapkan makan ketika anggota keluarga yang sakit kusta sedang sakit.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
9	Saya suka menghabiskan waktu bersama anggota keluarga yang sakit kusta.				
10	Saya mau diajak bicara oleh anggota keluarga yang sakit kusta.				
11	Saya mau diajak rekreasi bersama anggota keluarga yang sakit kusta.				
12	Saya mau menemani anggota keluarga yang sakit kusta untuk melakukan kegiatan agar melupakan masalahnya.				
13	Saya membantu anggota keluarga yang sakit kusta agar menerima penyakitnya.				
14	Saya membantu anggota keluarga yang sakit kusta agar menerima keadaan.				
15	Saya memberikan semangat kepada anggota keluarga yang sakit kusta agar mau berobat teratur.				
16	Saya menjelaskan kepada anggota keluarga yang sakit kusta bahwa penyakitnya tidak menular.				
17	Saya menyuruh anggota keluarga yang sakit kusta untuk menggunakan peralatan mandinya sendiri.				
18	Saya menyuruh anggota keluarga yang sakit kusta untuk makan dengan alat makannya sendiri.				
19	Saya mengantar anggota keluarga yang sakit kusta berobat ke Puskesmas.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
20	Saya membantu anggota keluarga yang sakit kusta untuk merawat luka kustanya.				
21	Saya menunjukkan rasa jijik terhadap luka kusta anggota keluarga yang sakit kusta				
22	Saya menganjurkan anggota keluarga yang sakit kusta untuk memakai sandal ketika keluar rumah.				
23	Saya melarang anggota keluarga lain untuk mendekati anggota keluarga yang sakit kusta.				
24	Saya tidak mau menyentuh bagian tubuh anggota keluarga yang sakit kusta.				
25	Saya mengajak anggota keluarga yang sakit kusta untuk berkumpul dengan tetangga.				
26	Saya memberi uang untuk berobat kepada anggota keluarga yang sakit kusta.				
27	Saya menjelaskan kepada tetangga tentang penyakit yang diderita anggota keluarga yang sakit kusta.				
28	Saya mengajak tetangga untuk berkunjung kerumah sekali waktu.				
29	Saya dan keluarga merasa dijauhi oleh tetangga.				
30	Saya memanfaatkan Puskesmas untuk berobat anggota keluarga yang sakit kusta.				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Desi Ariyana Rahayu
Tempat, tanggal lahir : Semarang, 14 Desember 1983
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang
Alamat rumah : Jl. Sinar Asri III no 722 Sinar Waluyo Semarang
Alamat institusi : Jl. Kedungmundu Raya no 18 Semarang

Riwayat pendidikan :

1. SD Negeri Karangasem 01 Semarang (1990– 1995)
2. SMP Negeri 5 Semarang (1995 – 1998)
3. SMU Negeri 3 Semarang (1998 – 2001)
4. PSIK FK Universitas Diponegoro Semarang (2001 – 2006)
5. Program Pascasarjana FIK Universitas Indonesia (2009 – skrg)

Riwayat pekerjaan :

1. Dosen FIKKES Universitas Muhammadiyah Semarang (2007 – skrg)

Publikasi :

1. Tingkat pengetahuan ibu bekerja tentang penyimpanan ASI di Aspol Kalisari Kecamatan Semarang Selatan tahun 2005.

LAMPIRAN 1

JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU
SEMESTER GENAP 2010 – 2011

	FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	1	2	3	4	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Penyelesaian Bab I s.d Bab III	■																							
2. Ujian Proposal					■																			
3. Pengumpulan Data									■															
4. Analisis dan penafsiran data																	■							
5. Penulisan laporan																	■							
6. Ujian hasil penelitian																					■			
7. Sidang Tesis																								
8. Perbaikan Tesis (jika diperlukan)																								
9. Jilid hard cover (pengumpulan laporan)																								

LAMPIRAN 1

**PELAKSANAAN KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU
(20 APRIL – 10 MEI 2011)**

HARI	MINGGU I	MINGGU II	MINGGU III	MINGGU IV	MINGGU V	MINGGU VI	MINGGU VII	MINGGU VIII
Senin	Perijinan	Pre test & Sesi 1-2	Sesi 3-4	Sesi 3-4	Sesi 5 & Post test	Sesi 5 & Post test	Jeda	Post test kontrol
Selasa		Pre test & Sesi 1-2	Sesi 3-4	Sesi 3-4	Sesi 5 & Post test			
Rabu	Pre test & Sesi 1-2	Pre test & Sesi 1-2	Sesi 3-4		Sesi 5 & Post test			
Kamis	Pre test & Sesi 1-2		Sesi 3-4		Sesi 5 & Post test			
Jumat	Pre test & Sesi 1-2		Sesi 3-4		Sesi 5 & Post test			
Sabtu	Pre test & Sesi 1-2		Sesi 3-4		Sesi 5 & Post test	Penkes kontrol		
Kelompok	Intervensi & Kontrol	Intervensi & Kontrol	Intervensi	Intervensi	Intervensi	Intervensi & Kontrol		

BUKU KERJA

PSIKOEDUKASI KELUARGA



NAMA KELUARGA :

KODE KELUARGA :

ALAMAT :

SESI I : MASALAH DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA

Kode keluarga : Tanggal

No	Nama Anggota Keluarga	Masalah dalam merawat anggota keluarga yang sakit	Masalah diri sendiri dalam merawat yang sakit
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

SESI II :

KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MERAWAT

ANGGOTA KELUARGA YANG SAKIT

No	Nama Anggota Keluarga	Menyebutkan pengertian kusta	Menjelaskan penyakit kusta yang diderita keluarga	Menjelaskan cara merawat klien dengan penyakit kusta
1				
2.				
3				
4.				
5.				

SESI III :
MENGATASI BEBAN SUBYEKTIF SELAMA MERAJAT
ANGGOTA KELUARGA YANG SAKIT

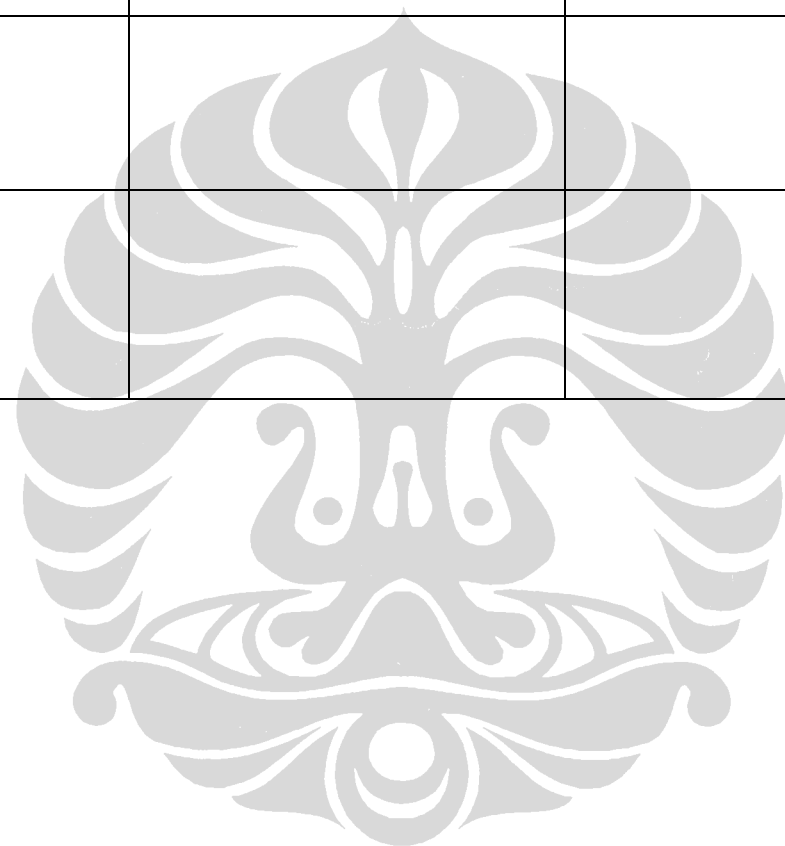
No	Nama Anggota Keluarga	Menyebutkan tanda-tanda stres yang dialami keluarga	Menyebutkan cara mengatasi stres keluarga
1			
2			
3			
4.			
5.			

SESI IV :
MENGATASI BEBAN OBYEKTIF YANG DIALAMI KELUARGA
SELAMA MERAUAT ANGGOTA KELUARGA YANG SAKIT

No	Nama Anggota Keluarga	Menyebutkan cara mengatasi beban	Memperagakan cara mengatasi beban yang dipilih keluarga
1			
2			
3			
4			
5.			

SESI V :
PEMBERDAYAAN KOMUNITAS MEMBANTU KELUARGA

No	Nama Anggota Keluarga	Menyebutkan hambatan dalam merawat klien & dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan	Menyebutkan cara mengatasi hambatan	Kesepakatan keluarga untuk pembentukan SHG
1				
2				
3				



EVALUASI PSIKOEDUKASI KELUARGA

SESI I : PENGKAJIAN MASALAH KELUARGA

No	Kegiatan	keluarga	
		Ya	Tidak
1	Hadir dalam terapi		
2	Menyepakati kontrak kerja		
3	Menyampaikan masalah yang dialami (masalah pribadi yang dirasakan anggota keluarga dan perubahan yang dialami keluarga)		
4	Menggali penyebab kekambuhan		
5	Aktif dalam diskusi		

SESI II : PERAWATAN KLIEN

No	Kegiatan	keluarga	
		Ya	Tidak
1	Hadir dalam terapi		
2	Menyepakati pengertian, penyebab, tanda		
3	Menjelaskan cara merawat klien		
4	Menyebutkan dan mendemonstrasikan cara merawat klien		
5	Aktif dalam diskusi		

SESI III : MANAJEMEN STRESS KELUARGA

No	Kegiatan	keluarga	
		Ya	Tidak
1	Hadir dalam terapi		
2	Menyebutkan tanda-tanda stress yang dialami keluarga		
3	Menyebutkan cara mengatasi stress keluarga		
4	Mendemonstrasikan cara mengatasi stress keluarga		
5	Aktif dalam diskusi		

SESI IV : MANAJEMEN BEBAN KELUARGA

No	Kegiatan	keluarga	
		Ya	Tidak
1	Hadir dalam terapi		
2	Menyebutkan beban keluarga (waktu, fisik, psikologis)		
3	Menyebutkan cara mengatasi beban keluarga		
4	Mendemonstrasikan cara mengatasi beban yang dipilih keluarga		
5	Aktif dalam diskusi		

SESI V : PEMBERDAYAAN KOMUNITAS MEMBANTU KELUARGA

No	Kegiatan	keluarga	
		Ya	Tidak
1	Hadir dalam terapi		
2	Menyebutkan hambatan keluarga		
3	Menyebutkan cara mengatasi hambatan keluarga		
4	Kesepakatan mengikuti SHG		
5	Aktif dalam diskusi		



MODUL PANDUAN
TERAPI PSIKOEDUKASI KELUARGA

DISUSUN OLEH:
NURBANI
DESI ARIYANA RAHAYU

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN KEKHUSUSAN
KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
2011

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keluarga merupakan salah satu sasaran dalam meningkatkan kesehatan mental, karena keluarga merupakan bagian terkecil dari masyarakat yang berperan dalam meningkatkan kesehatan keluarganya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal baik secara fisik maupun mental. Keluarga didefinisikan sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional yang mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010).

Kesehatan keluarga terdiri dari kesehatan fisik dan mental keluarga yang saling ketergantungan. Kesehatan fisik dan mental tidak dapat dipisahkan karena saling mempengaruhi. Kesehatan fisik akan mempengaruhi kesehatan mental, begitu pula sebaliknya. Kesehatan mental keluarga, merupakan sebuah interaksi, kesehatan keluarga menunjukkan kepada keadaan, dimana terjadi proses internal atau dinamika, seperti hubungan interpersonal keluarga. Fokusnya terletak pada hubungan antara keluarga dan subsistem-subsistemnya, seperti subsistem orang tua atau keluarga dan para anggotanya (Friedman, 2010). Kesehatan fisik maupun kesehatan mental anggota keluarga dapat dipengaruhi oleh kesehatan yang ada dalam anggota keluarga, misalnya penyakit fisik yang dialami oleh salah satu anggota keluarga.

Penyakit kusta merupakan salah satu jenis penyakit menular yang menjadi masalah kesehatan nasional di Indonesia. Penyakit kusta atau lepra (*leprosy*) atau disebut juga *Morbus hansen* merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, melalui kulit dan mukosa hidung. Penyakit kusta terutama menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat yang apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini dapat menimbulkan kecacatan (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007).

Jumlah penderita kusta di seluruh dunia dari tahun ke tahun mengalami penurunan, tetapi di Indonesia jumlah penderita kusta cenderung naik. Pada tahun 2008 prevalensi penderita kusta global yang terdata dari 118 negara sejumlah 212.802 kasus yang berarti mengalami penurunan sebanyak 19,6% dari tahun 2007. Penurunan sejumlah 4% pun juga tercatat dari tahun 2006 ke 2007. Di negara-negara yang sebelumnya sangat endemik kebanyakan sekarang telah mencapai eliminasi atau hampir bebas kusta (WHO, 2010).

Kusta dapat menimbulkan berbagai masalah yang kompleks dan luas. Masalah yang ditimbulkan bukan hanya masalah kesehatan saja tetapi sampai pada masalah ekonomi, pendidikan bagi anak-anak, sosial budaya bahkan juga menjadi masalah negara. Kusta dapat menyebabkan beberapa masalah yang diakibatkan karena adanya stigma negatif masyarakat terhadap kusta. Stigma tersebut muncul diantaranya karena dampak dari kusta yang dapat berakibat lanjut pada kecacatan, yang akhirnya menimbulkan beberapa masalah bagi penderita, seperti dikucilkan oleh masyarakat, diabaikan dan kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan (Kaur & Van Brakel, 2002). Peningkatan jumlah kusta di Indonesia dibuktikan dengan data statistik terbaru yang menyebutkan bahwa Indonesia menjadi negara peringkat ketiga untuk penderita kusta terbanyak, seperti yang disampaikan oleh Menteri Kesehatan pada peringatan Hari Kusta Sedunia pada tanggal 31 Januari 2011 yang lalu (Kemenkes RI, 2011, ¶ <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 23 Januari 2011).

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart and Laraia, 2005). Terapi keluarga ini dapat memberikan support kepada anggota keluarga. Keluarga dapat mengekspresikan beban yang dirasakan seperti masalah keuangan, sosial dan psikologis dalam memberikan perawatan yang lama untuk anggota keluarganya.

Penelitian psikoedukasi yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial dilakukan oleh Boesen, dkk (1993) menunjukkan hasil berkurangnya kelelahan, bersemangat atau tenaga lebih kuat, gangguan suasana hati lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

B. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan terapis mampu:

1. Melakukan psikoedukasi keluarga pada keluarga yang anggotanya mengalami penyakit fisik (kusta)
2. Melakukan melakukan evaluasi psikoedukasi keluarga pada keluarga yang anggotanya mengalami penyakit fisik (kusta)
3. Melakukan pendokumentasian

BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN PSIKOEDUKASI KELUARGA PADA MASALAH PSIKOSOSIAL KELUARGA YANG ANGGOTANYA MENGALAMI PENYAKIT FISIK (KUSTA)

A. Pengertian

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart and Laraia, 2005).

Psikoedukasi keluarga adalah suatu metoda berdasar pada penemuan klinis untuk melatih keluarga-keluarga dan bekerja sama dengan para profesional kesehatan jiwa sebagai bagian dari perawatan menyeluruh secara klinis yang direncanakan untuk anggota keluarga (*Minddisorders*, 2009).

Sedangkan menurut Carson (2000) psikoedukasi merupakan alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Jadi pada prinsipnya psikoedukasi ini membantu anggota keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit melalui pemberian informasi dan edukasi yang dapat mendukung pengobatan dan rehabilitasi pasien dan meningkatkan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga adalah saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit fisik yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya (Varcarolis, Carson and Shoemaker, 2006).

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan.
- b. Memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan atau serangan berulang pada penyakit yang diderita.
- c. Mengembalikan fungsi pasien dan keluarga

- d. Melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.

C. Indikasi Psikoedukasi Keluarga

1. Keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa
2. Keluarga yang membutuhkan latihan keterampilan komunikasi atau latihan menjadi orang tua yang efektif.
3. Keluarga yang mengalami stress dan krisis.
4. Keluarga yang membutuhkan pembelajaran tentang mental, keluarga yang mempunyai anggota yang sakit mental/ mengalami masalah kesehatan dan keluarga yang ingin mempertahankan kesehatan mentalnya dengan latihan ketrampilan
5. Keluarga yang membutuhkan pendidikan dan dukungan dalam upaya preventif (pencegahan) timbulnya masalah kesehatan mental keluarga

D. Tempat

Psikoedukasi keluarga dapat dilakukan dirumah sakit baik rumah sakit umum maupun rumah sakit jiwa dengan syarat ruangan yang tenang. Dapat juga dilakukan dirumah keluarga sendiri. Rumah dapat memberikan informasi kepada perawat tentang bagaimana gaya interaksi yang terjadi dalam keluarga, nilai-nilai yang dalam keluarga dan bagaimanan pemahaman keluarga tentang kesehatan .

E. Kriteria Terapist

1. Minimal Lulus S2 Keperawatan Jiwa
2. Memiliki pengalaman dalam praktek keperawatan jiwa

F. Metode Terapi,

1. Diskusi atau tanya jawab
2. Demonstrasi tergantung kebutuhan terapi.

G. Alat Terapi

Alat terapi tergantung metode yang dipakai. Antara lain alat tulis dan kertas,booklet/leaflet, poster dan lain sebagainya. Namun alat yang paling utama adalah diri perawat sebagai terapis.

H. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada disesuaikan dengan tujuan setiap sesi dan ada diformat setiap sesi yang akan dilakukan. Hal yang diharapkan tersebut adalah:

1. Keluarga bersedia menyepakati kontrak, mengetahui tujuan, dapat membagi pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan dengan penyakit kusta dan dapat menyampaikan keinginan dan harapannya selama mengikuti program psikoedukasi keluarga
2. Perawatan pasien kusta yaitu pengertian kusta, tanda dan gejala, penyebab, dan cara merawatnya.
3. Manajemen ansietas yaitu pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan cara mengatasinya
4. Manajemen beban yaitu tanda dan gejala dan cara mengatasi mengatasi beban yang dirasakan.
5. Hambatan dan Pemberdayaan keluarga

I. Proses Pelaksanaan

Psikoedukasi Keluarga akan dilakukan dengan anggota keluarga (*caregiver*) yang anggota keluarganya mengalami penyakit kusta. Kemudian terapis akan bertemu dengan *caregiver* dan menanyakan masalah psikososial yang dihadapi saat merawat anggota keluarga yang kusta, dan keluarga (*caregiver*) dapat kesempatan untuk bertanya, bertukar pandangan dan mencari cara pemecahan masalah yang dihadapi.

Adapun proses kerja untuk melakukan psiko edukasi pada keluarga adalah :

- a. Persiapan
 1. Identifikasi dan seleksi keluarga (*caregiver*) yang membutuhkan psikoedukasi sesuai indikasi dan kriteria yang telah ditetapkan
 2. Menjelaskan tujuan dilaksanakan psikoedukasi keluarga
 3. Membuat kontrak waktu, bahwa terapi akan dilaksanakan dalam beberapa kali pertemuan dan anggota keluarga (*caregiver*) yang mengikuti keseluruhan pertemuan adalah orang yang sama yang tinggal serumah dan yang merawat pasien yang sakit kusta.
- b. Pelaksanaan

Berdasarkan uraian tujuan khusus yang akan dicapai kelompok menganalisa pencapaian terapi dapat dilakukan pada 5 sesi :

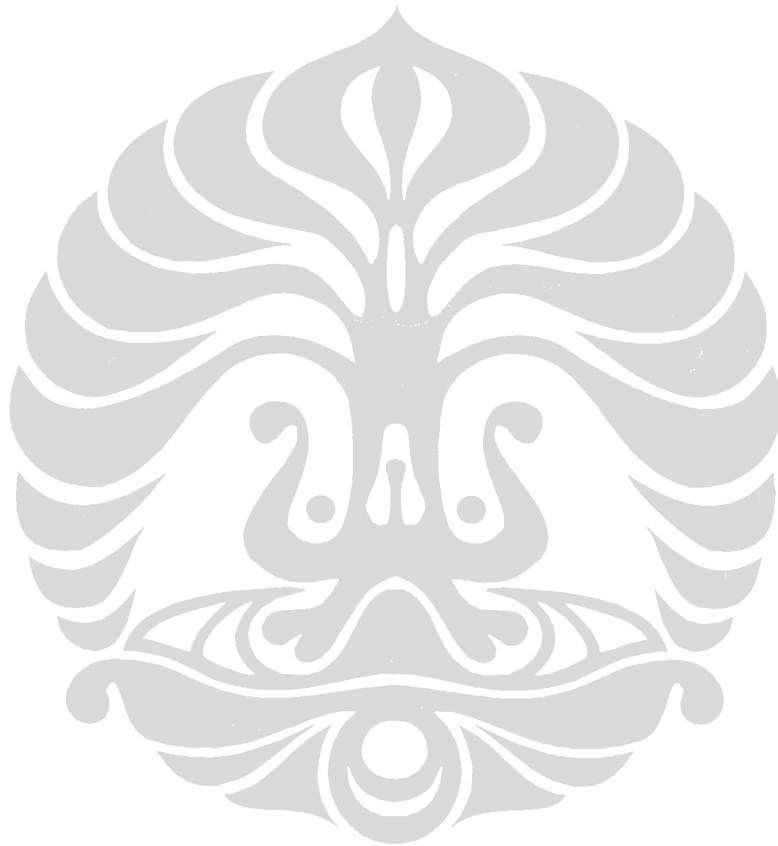
Sesi 1 : Pengkajian masalah yang dialami (pengalaman keluarga selama merawat anggota keluarga dengan kusta)

Sesi 2 : Perawatan pasien dengan penyakit kusta yang terdiri dari pengertian, tanda dan gejala, etiologi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kusta.

Sesi 3 : Manajemen ansietas yang terdiri dari tanda dan gejala, dan cara mengurangi ansietas.

Sesi 4 : Manajemen Beban yang terdiri dari tanda-tanda beban dan cara mengatasi beban.

Sesi 5 : Hambatan dan Pemberdayaan keluarga yang terdiri dari peran anggota keluarga dalam merawat pasien kusta dan hambatan yang akan ditemui.



BAB III
PANDUAN TERAPI PSIKOEDUKASI KELUARGA
(FAMILY PSYCHOEDUCATION THERAPY)

SESI I : PENGAJIAN MASALAH YANG DIALAMI (PENGALAMAN KELUARGA SELAMA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN KUSTA)

A. TUJUAN SESI I :

1. Keluarga (*caregiver*) dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi keluarga.
2. Keluarga (*caregiver*) mengetahui tujuan program psikoedukasi keluarga.
3. Keluarga (*caregiver*) dapat menyampaikan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta (masalah pribadi yang merawat dan masalah dalam merawat)
4. Keluarga (*caregiver*) dapat menyampaikan keinginan dan harapannya selama mengikuti program psikoedukasi keluarga.

B. SETTING

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT DAN BAHAN

Booklet atau leaflet, modul, *name tag* dan buku kerja keluarga (format evaluasi dan dokumentasi)

D. METODE

Curah 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, kemudian menggunakan *name tag*.
- c. Menanyakan nama dan panggilan keluarga (*caregiver*) .
- d. Validasi :

Menanyakan bagaimana perasaan keluarga (*caregiver*) dalam mengikuti program

psikoedukasi keluarga saat ini.

e. Kontrak :

Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu untuk bekerjasama dan membantu keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan dengan penyakit kusta yang menimbulkan masalah psikososial.

f. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :

1. Menyepakati pelaksanaan terapi selama 5 sesi
2. Lama kegiatan 30 – 45 menit
3. Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga yang tidak berganti.

Fase Kerja :

- a. Menanyakan tentang apa yang dirasakan keluarga selama ini terkait dengan penyakit kusta yang dialami salah satu anggota keluarga.
 1. Masalah pribadi dari anggota keluarga (*caregiver*) sendiri.
 2. Masalah dalam merawat anggota keluarga yang sakit kusta.
 3. Keluarga menuliskan masalahnya pada buku kerja keluarga
 4. Terapis menuliskan pada buku kerja sendiri.
- b. Menanyakan perubahan-perubahan yang terjadi dalam keluarga dengan adanya salah satu anggota keluarga yang menderita kusta.
 1. Keluarga diberi kesempatan untuk menyampaikan perubahan-perubahan yang dialami dalam keluarga seperti perubahan peran dalam keluarga dan fungsi keluarga setelah adanya anggota keluarga yang mengalami sakit kusta.
- c. Menanyakan keinginan dan harapan keluarga selama mengikuti psikoedukasi keluarga.
- d. Memberikan kesempatan peserta untuk mengajukan pertanyaan terkait dengan hasil diskusi yang sudah dilakukan.

Fase Terminasi :

a. Evaluasi :

1. Menyimpulkan hasil diskusi sesi I
2. Menanyakan perasaan keluarga (*caregiver*) setelah selesai sesi I

b. Tindak Lanjut :

1. Menganjurkan keluarga (*caregiver*) untuk menyampaikan dan mendiskusikan pada anggota keluarga yang lain tentang masalah psikososial dan perubahan-perubahan yang terjadi pada keluarga dengan penyakit kusta

c. Kontrak :

1. Menyepakati topik sesi 2 yaitu menyampaikan tentang penyakit kusta
2. Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.

F. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi Proses

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

a. Format Evaluasi

Berilah tanda ceklist (√) pada tabel dibawah ini sesuai dengan pengamatan yang terapis selama memberikan terapi.

Bagi Keluarga

No	Aspek yang dinilai	Nama anggota keluarga (<i>caregiver</i>)	
1	Menyepakati kontrak kegiatan		
2	Menyebutkan tujuan program psikoedukasi keluarga		
3	Menyampaikan pengalaman yang dialami selama merawat anggota keluarga dengan kusta		
4.	Menyampaikan perubahan yang terjadi dalam keluarga misalnya perubahan peran dan fungsi keluarga setelah adanya anggota anggota keluarga yang mengalami kusta		
4	Menyampaikan keinginan dan harapan selama mengikuti program psikoedukasi keluarga		
5	Aktif dalam diskusi		

Bagi Perawat

Nama Perawat:.....

No	Aspek yang dinilai	Perawat	
		Ya	Tidak
1	Menyepakati kontrak dengan keluarga		
2	Menjelaskan tujuan dari program psikoedukasi		
3	Mendengarkan pengalaman yang disampaikan oleh keluarga		
4	Mendengarkan keinginan dan harapan anggota keluarga selama mengikuti program psikoedukasi		
5	Kontak mata		
6	Bersikap empati		
7	Memberikan petunjuk yang jelas		
8	Sikap terbuka		

b. Format Dokumentasi

Tanggal terapi:.....

Diagnosa keperawatan:.....

Sesi terapi:.....

Nama anggota Keluarga (<i>caregiver</i>)	Perilaku yang ditampilkan
	•
	•
	•
	•
	•

Tanda Tangan Perawat

SESI II : PERAWATAN PASIEN DENGAN PENYAKIT KUSTA

A. TUJUAN SESI II :

1. Keluarga (*caregiver*) mengetahui tentang penyakit kusta yang diderita oleh anggota keluarganya.
2. Keluarga (*caregiver*) mengetahui pengertian, tanda dan gejala, etiologi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kusta.

B. SETTING

1. Keluarga (*caregiver*) dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT

Booklet , modul, *name tag* dan buku kerja keluarga/*caregiver* (format evaluasi dan dokumentasi)

D. METODE

Ceramah, diskusi, curah pendapat dan tanya jawab

E. LANGKAH – LANGKAH

1. PERSIAPAN

- a. Mengingatkn keluarga minimal satu hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan peserta

2. PELAKSANAAN

Fase Orientasi

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis.

- b. Evaluasi : menanyakan perasaan keluarga (*caregiver*) hari ini dan menanyakan apakah keluarga (*caregiver*) mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya tentang masalah psikososial yang dialami oleh anggota keluarga yang lain.
- c. Validasi :
Menanyakan bagaimana perasaan keluarga (*caregiver*) setelah mengikuti sesi sebelumnya.
- d. Kontrak :
Menjelaskan tujuan pertemuan kedua yaitu keluarga mengetahui dan dapat menyebutkan tentang penyakit kusta yang dialami oleh anggota keluarganya serta mendapatkan informasi tentang penyakit kusta dari terapis yang terdiri dari pengertian, tanda dan gejala, etiologi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kusta.
- e. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :
 - 1) Lama kegiatan 30 – 45 menit
 - 2) Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga (*caregiver*) yang tidak berganti.

Fase Kerja

- a. Mendiskusikan tentang penyakit kusta yang dialami oleh salah satu anggota keluarga: *caregiver* menyampaikan kusta dari pengertian mereka sendiri
- b. Memberikan reinforcement positif terhadap apa yang sudah disampaikan oleh *caregiver*.
- c. Menyampaikan tentang konsep kusta meliputi pengertian, penyebab, tanda, prognosis, cara merawat anggota keluarga yang mengalami kusta.
- d. Memberikan kesempatan pada *caregiver* untuk menanyakan tentang penyakit kusta setelah diberikan penjelasan (hal yang kurang jelas setelah diberi penjelasan).
- e. Memberikan reinforcement positif terhadap apa yang sudah disampaikan oleh *caregiver*

Fase Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menyimpulkan hasil diskusi sesi II
 - 2) Menanyakan perasaan keluarga (*caregiver*) setelah sesi II selesai
- b. Tindak lanjut : menganjurkan keluarga (*caregiver*) untuk menyampaikan tentang materi penyakit kusta yang telah dijelaskan kepada anggota keluarga yang lain
- c. Kontrak : menyepakati topik sesi berikutnya, waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.

F. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi

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

a. Format Evaluasi

Berilah tanda ceklist (√) pada tabel dibawah ini sesuai dengan pengamatan yang terapis selama memberikan terapi.

Bagi Keluarga

No	Aspek yang dinilai	Nama anggota keluarga (caregiver)
1	Mengikuti informasi yang disampaikan	
2	Menyebutkan kembali pengertian, tanda dan gejala, etiologi, cara merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kusta	
3	Kontak mata	
4	Mengikuti kegiatan sampai selesai	

Bagi Perawat

Nama Perawat:.....

No	Aspek yang dinilai	Perawat	
		Ya	Tidak
1.	Memberikan informasi tentang penyakit kusta kepada anggota keluarga		
2.	Memberikan umpan balik atas informasi yang diberikan kepada keluarga.		
3.	Kontak mata		
4.	Mendengarkan anggota keluarga		
5.	Bersikap empati		
6.	Memberikan petunjuk yang jelas		
7.	Sikap terbuka		

b. Dokumentasi

Tanggal terapi:.....

Diagnosa keperawatan:.....

Sesi terapi:.....

Nama anggota Keluarga (caregiver)	Perilaku yang ditampilkan
	<ul style="list-style-type: none"> • • • • •

Tanda Tangan Perawat

Sesi III : MANAJEMEN ANSIETAS YANG DIALAMI OLEH KELUARGA

A. TUJUAN:

1. Keluarga (*caregiver*) mampu menyebutkan pengalaman ansietas yang dirasakan akibat salah satu anggota mengalami penyakit kusta dalam keluarga
2. Keluarga (*caregiver*) mendapatkan informasi tentang ansietas yang dialami akibat salah satu anggota mengalami penyakit kusta seperti tanda dan gejala, dan cara mengurangi ansietas.
3. Keluarga (*caregiver*) dapat mendemonstrasikan cara menurunkan ansietas

B. SETTING :

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT :

1. Booklet
2. Instrumen evaluasi dan pulpen

D. METODE:

Diskusi dan tanya jawab, ceramah dan redemonstrasi

E. LANGKAH-LANGKAH:

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

Fase Orientasi

 - a. Memberikan salam terapeutik.
 - b. Evaluasi : menanyakan perasaan keluarga (*caregiver*) hari ini dan menanyakan apakah keluarga (*caregiver*) mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya penyakit kusta yang sudah dijelaskan pada sesi sebelumnya.

c. Validasi :

Menanyakan bagaimana perasaan keluarga (*caregiver*) setelah mengikuti sesi sebelumnya.

d. Kontrak :

Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga yaitu keluarga (*caregiver*) mengetahui dan dapat menyebutkan tentang ansietas yang dialami oleh anggota keluarganya seperti tanda dan gejala dan cara mengurangi ansietas.

e. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :

- 1) Lama kegiatan 30 – 45 menit
- 2) Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga yang tidak berganti.

Fase Kerja

- a. Menanyakan anggota keluarga (*caregiver*) terkait dengan ansietas yang dialami akibat salah satu anggota mengalami penyakit kusta.
- b. Memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga (*caregiver*) menyampaikan pendapat/ perasaannya
- c. Menjelaskan ansietas yang dialami akibat salah satu anggota mengalami penyakit kusta dengan menggunakan booklet seperti pengertian, tanda dan gejala dan cara menurunkan ansietas.
- d. Meminta anggota keluarga (*caregiver*) mengidentifikasi tanda dan gejala dan cara mengurangi ansietas sesuai dengan penjelasan terapis.
- e. Memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga (*caregiver*) menyampaikan pendapat/ perasaannya
- f. Mendemonstrasikan cara mengurangi ansietas yang dialami oleh anggota keluarga (*caregiver*) yaitu relaksasi atau *deep breathing*
- g. Meminta anggota keluarga untuk mendemonstrasikan ulang cara menurunkan ansietas yaitu *deep breathing*.

Fase Terminasi

a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan anggota keluarga setelah mengikuti sesi III
- 2) Menyimpulkan hasil diskusi diskusi sesi III

b. Tindak lanjut

Menganjurkan anggota keluarga (*caregiver*) untuk berlatih cara mengatasi ansietas.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui untuk mendiskusikan tanda dan cara dalam mengatasi beban yang dialami oleh *caregiver* selama merawat anggota keluarganya yang sakit kusta.
- 2) Menyetujui waktu dan tempat terapi 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.

a. Format Evaluasi

Berilah tanda ceklist (√) pada tabel dibawah ini sesuai dengan pengamatan yang terapis selama memberikan terapi.

Bagi Keluarga (Caregiver)

No	Aspek yang dinilai	Nama anggota keluarga (<i>caregiver</i>)
1	Menyampaikan perasaannya ansietas yang dirasakan akibat anggota keluarga menderita penyakit kusta	
2	Mengikuti informasi yang disampaikan yaitu tentang ansietas yaitu tanda dan gejala, dan cara mengurangi ansietas <i>caregiver</i> .	
3	Mengidentifikasi tanda dan gejala serta cara untuk menurunkan ansietas yang dialami <i>caregiver</i>	
4	Mendemonstrasikan kembali cara menurunkan ansietas yaitu <i>deep breathing</i>	
4	Mengikuti kegiatan sampai selesai	
5	Kontak mata	

Bagi Perawat

Nama Perawat:.....

No	Aspek yang dinilai	Perawat	
		Ya	Tidak
1	Mendiskusikan perasaan ansietas keluarga (<i>caregiver</i>) yang dialami akibat anggota keluarga menderita kusta		
2	Memberikan informasi yang disampaikan yaitu tentang tanda dan gejala serta mengatasi ansietas.		
3	Mendemonstrasikan cara menurunkan ansietas yaitu <i>deep breathing</i>		
4	Kontak mata		
5	Mendengarkan anggota keluarga		
6.	Bersikap empati		
7.	Memberikan petunjuk yang jelas		
8	Sikap terbuka		

b. Dokumentasi

Tanggal terapi:.....

Diagnosa keperawatan:.....

Sesi terapi:.....

Nama anggota Keluarga (<i>caregiver</i>)	Perilaku yang ditampilkan
	•

Tanda Tangan Perawat

Sesi 4 : MANAJEMEN MENGATASI BEBAN YANG DIALAMI OLEH KELUARGA (CAREGIVER)

A. TUJUAN:

1. Keluarga (*caregiver*) mengenal tanda-tanda beban yang dialaminya akibat adanya anggota yang menderita kusta
2. Keluarga (*caregiver*) mengetahui cara mengatasi beban yang dialaminya akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta.
3. Keluarga dapat mendemonstrasikan cara berkomunikasi dengan anggota keluarga yang lain untuk mengurangi beban.

B. SETING :

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan diruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT :

1. Booklet
2. Instrumen evaluasi dan pulpen

D. METODE:

Diskusi dan tanya jawab, ceramah, redomantrasi

E. LANGKAH-LANGKAH:

1. PERSIAPAN

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

2. PELAKSANAAN

Fase Orientasi

- a. Memberikan salam terapeutik.
- b. Evaluasi : menanyakan perasaan keluarga (*caregiver*) hari ini dan menanyakan apakah keluarga (*caregiver*) mempunyai pertanyaan dari pertemuan sebelumnya, misalnya cara yang sudah diterapkan untuk mengurangi ansietas yang sudah dijelaskan pada sesi sebelumnya.
- c. Validasi :
Menanyakan bagaimana perasaan keluarga (*caregiver*) setelah mengikuti sesi sebelumnya.
- d. Kontrak :
Menjelaskan tujuan pertemuan keempat yaitu keluarga (*caregiver*) mengetahui dan dapat menyebutkan tentang beban yang dialami oleh anggota keluarganya seperti tanda dan gejala dan cara mengurangi beban yang dialami..
- e. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :
 - 1) Lama kegiatan 30 – 45 menit
 - 2) Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga yang tidak berganti.

Fase Kerja

- a. Menanyakan pendapat anggota keluarga (*caregiver*) tentang tanda-tanda dan cara mengatasi beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang menderita penyakit kusta.

- b. Mencatat dan memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga menyampaikan pendapat/ perasaannya
- c. Menanyakan pendapat anggota keluarga tentang cara mengatasi beban yang dialaminya akibat adanya anggota keluarga yang menderita penyakit kusta.
- d. Mencatat dan memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga menyampaikan pendapat/ perasaannya
- e. Menjelaskan tentang beban yang dirasakan oleh *caregiver* seperti pengertian, tanda-tanda, dan cara mengatasi beban yang dirasakan yaitu dengan berkomunikasi terbuka dalam keluarga.
- f. Meminta setiap anggota keluarga menyebutkan kembali tanda-tanda dan cara mengatasi beban keluarga yang sakit kusta.
- g. Memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga menyampaikan pendapat/ perasaannya
- h. Terapis mendemonstrasikan cara mengatasi beban dengan menyampaikan perasaan kepada anggota keluarga yang lain, bagaimana komunikasi terbuka didalam keluarga.
- i. Meminta anggota keluarga untuk mendemonstrasikan ulang.
- j. Memberikan pujian atas peran anggota keluarga

Fase Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menyimpulkan hasil diskusi sesi IV.
 - 2) Menanyakan perasaan anggota keluarga (*caregiver*) setelah mengikuti terapi psikoedukasi keluarga sesi IV.
- b. Tindak lanjut

Menganjurkan setiap anggota keluarga (*caregiver*) untuk berlatih komunikasi terbuka dalam keluarga dengan menyampaikan perasaannya dan mendiskusikannya dengan anggota keluarga yang lain.
- c. Kontrak yang akan datang
 - 1) Menepakati cara mengatasi hambatan pemberdayaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta.
 - 2) Menepakati waktu dan tempat untuk pertemuan selanjutnya.

F. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi proses

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

a. Format Evaluasi

Berilah tanda ceklist (√) pada tabel dibawah ini sesuai dengan pengamatan yang terapis selama memberikan terapi.

Bagi Keluarga

No	Aspek yang dinilai	Nama anggota keluarga (<i>caregiver</i>)
1	Menyebutkan tanda-tanda beban yang dirasakan keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta	
2	Menyebutkan cara mengatasi beban yang dirasaka keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta.	
3	Mendemonstrasikan cara yang diajarkan yaitu dengan komunikasi terbuka dalam keluarga.	
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir	
5	Kontak mata	
6	Mendengarkan pendapat orang lain	

Bagi Perawat

Nama Perawat:.....

No	Aspek yang dinilai	Perawat	
		Ya	Tidak
1	Mendiskusikan tanda-tanda beban yang dirasaka keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta		
2	Mendiskusikan cara mengatasi beban yang dirasaka keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta		
3	Mendemonstrasikan cara mengatasi beban yang dirasaka keluarga akibat adanya anggota keluarga yang menderita kusta dengan latihan komunikasi terbuka dalam keluarga.		
4	Kontak mata		
5	Mendengarkan anggota keluarga		
6.	Bersikap empati		
7.	Memberikan petunjuk yang jelas		
8	Sikap terbuka		

b. Dokumentasi

Tanggal terapi:.....

Diagnosa keperawatan:.....

Sesi terapi:.....

Nama anggota Keluarga (<i>caregiver</i>)	Perilaku yang ditampilkan
	<ul style="list-style-type: none">•••••

Tanda Tangan Perawat

SESI V : MENGATASI HAMBATAN DAN PEMBERDAYAAN KELUARGA

A. TUJUAN SESI V :

1. Keluarga dapat mengatasi hambatan dalam merawat anggota keluarga dengan kusta maupun masalah pada keluarga (*caregiver*) sendiri.
2. Keluarga (*caregiver*) dapat berbagi peran dalam merawat anggota keluarga yang kusta dengan anggota keluarga lainnya.
3. Keluarga (*caregiver*) dapat membuat jadwal dalam merawat anggota keluarga yang sakit kusta baik di rumah sakit maupun di rumah.

B. SETTING

1. Keluarga dan terapis duduk berhadapan di ruangan yang tenang
2. Terapis menggunakan papan nama

C. ALAT:

1. Booklet
2. Instrumen evaluasi dan pulpen

D. METODE:

Diskusi dan tanya jawab, ceramah, latihan membuat jadwal kegiatan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang kusta

E. LANGKAH-LANGKAH:

1. PERSIAPAN

- a. Mengingatkan keluarga minimal satu hari sebelumnya
- b. Mempersiapkan diri, tempat dan keluarga (*caregiver*)

2. PELAKSANAAN

Fase Orientasi

- a. Memberikan salam terapeutik.
- b. Evaluasi : menanyakan perasaan keluarga (*caregiver*) hari ini dan menanyakan apakah keluarga (*caregiver*) mempunyai pertanyaan dari pertemuan sesi sebelumnya.
- c. Validasi :
Menanyakan bagaimana perasaan keluarga (*caregiver*) setelah mengikuti sesi sebelumnya.
- d. Kontrak :
Menjelaskan tujuan pertemuan kelima yaitu keluarga (*caregiver*) dapat memberdayakan anggota keluarga yang lain dan menyebutkan serta mengatasi hambatan dalam merawat anggota keluarga yang kusta maupun masalah pada keluarga (*caregiver*) sendiri.
- e. Terapis mengingatkan langkah – langkah setiap sesi sebagai berikut :
 - 1) Lama kegiatan 30 – 45 menit
 - 2) Keluarga (*caregiver*) mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai dengan anggota keluarga yang tidak berganti.

Fase Kerja

- a. Menanyakan hambatan yang dirasakan keluarga (*caregiver*) dalam merawat anggota keluarga dengan kusta dan hambatan yang dirasakan oleh anggota keluarga (*caregiver*) sendiri.
- b. Mencatat dan memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga menyampaikan pendapat/ perasaannya
- c. Menanyakan pendapat anggota keluarga (*caregiver*) tentang peran setiap anggota keluarga selama merawat anggota keluarga dengan penyakit kusta.
- d. Mencatat dan memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga menyampaikan pendapat/ perasaannya
- e. Menjelaskan tentang cara berbagi peran dalam keluarga yang lain selama merawat anggota keluarga dengan kusta menggunakan booklet.

- f. Memberi kesempatan pada keluarga (*caregiver*) menyebutkan kembali bagaimana membagi peran dalam keluarga selama merawat anggota keluarga dengan kusta.
- g. Memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan anggota keluarga (*caregiver*) dalam memberikan pendapatnya.
- h. Bersama anggota keluarga (*caregiver*) untuk membuat jadwal dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta baik dirumah sakit maupun saat dirumah.
- i. Memberikan pujian/ penghargaan atas kemampuan dan peran anggota keluarga (*caregiver*) dalam membuat jadwal dalam merawat anggota keluarga yang mengalami kusta.
- j. Mendiskusikan bersama anggota keluarga (*caregiver*) cara mengatasi hambatan dan mencari solusi yang terbaik untuk *caregiver* dan anggota keluarga yang lain.

Fase Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Menyimpulkan hasil diskusi pada sesi V
 - 2) Menanyakan perasaan anggota keluarga setelah mengikuti terapi psikoedukasi keluarga sebanyak lima sesi
- b. Tindak lanjut
 - 1) Menganjurkan untuk saling berbagi peran dalam keluarga
 - 2) Membuat jadwal kegiatan dalam merawat anggota keluarga yang kusta dalam keluarga
 - 3) Mengatasi hambatan yang dialami bersama-sama dengan anggota keluarga yang lain.
- c. Terminasi dan menganjurkan anggota keluarga melakukan perawatan dan rehabilitasi dengan menggunakan fasilitas kesehatan yang mudah terjangkau untuk tindak lanjut pasien kusta apabila sudah pulang kerumah.

F. EVALUASI DAN DOKUMENTASI

1. Evaluasi proses

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

a. Format Evaluasi

Berilah tanda ceklist (√) pada tabel dibawah ini sesuai dengan pengamatan yang terapis selama memberikan terapi

Bagi Keluarga

No	Aspek yang dinilai	Nama anggota keluarga
		1
1	Dapat menyebutkan hambatan yang dialami selama merawat pasien kusta dan hambatan bagi caregiver sendiri dengan masalah pribadi yang dirasakan.	
2	Menyebutkan cara berbagi peran dalam keluarga	
3	Membuat jadwal kegiatan keluarga	
4	Mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir	
5	Kontak mata	
6	Mendengarkan pendapat orang lain	

Bagi Perawat

Nama Perawat:.....

No	Aspek yang dinilai	Perawat	
		Ya	Tidak
1	Mendiskusikan hambatan yang dirasakan dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta		
2	Mendiskusikan cara berbagi peran dalam keluarga		
3	Bersama-sama anggota keluarga membuat jadwal kegiatan keluarga		
4	Mendiskusikan cara mengatasi hambatan dalam merawat pasien dengan kusta seperti berbagi peran dan menyusun jadwal kegiatan dalam merawat anggota keluarga dengan kusta.		
5	Kontak mata		
6	Mendengarkan anggota keluarga		
7	Bersikap empati		
8	Memberikan petunjuk yang jelas		
9	Sikap terbuka		

b. Dokumentasi

Tanggal terapi:.....

Diagnosa keperawatan:.....

Sesi terapi:.....

Nama anggota Keluarga (<i>caregiver</i>)	Perilaku yang ditampilkan
	<ul style="list-style-type: none"> • • • • •

Tanda Tangan Perawat

DAFTAR PUSTAKA

- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Friedman, Marilyn (1998) *Keperawatan Keluarga Teori Dan Praktik*, Ed.3. Jakarta EGC
- Stuart,G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Laouis: Mosby
- Thommessen , Bente, et.al (2001), *The psychosocial burden on spouses of the elderly with kusta, dementia and Parkinson's disease, Department of Geriatric Medicine, Ullevaal Hospital, Oslo,Norway Section of Geriatric Psychiatry, Rogaland Psychiatric Hospital, Stavanger, Norway The Norwegian Centre for Dementia Research*
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Varcarolis, Elizabet.M et.al (2006). *Foundations Of Pshychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*, Edisi 5. Sounders Elsevier , St Louis Missouri
- Visser-Meily A,et al (2005), *Psychosocial functioning of spouses in the chronic phase after kusta: improvement or deterioration between 1 and 3 years after kusta,Rudolf Magnus Institute of Neuroscience, University Medical Center Utrecht and Rehabilitation Center De Hoogstraat, Utrecht, The Netherlands. j.m.a.visser-meilly@umcutrecht.nl*
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins.

**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP DUKUNGAN PSIKOSOSIAL
KELUARGA PADA ANGGOTA KELUARGA DENGAN PENYAKIT KUSTA
DI KABUPATEN PEKALONGAN.**

Desi Ariyana Rahayu¹, Achir Yani S Hamid², Luknis Sabri³

Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kampus UI Depok, Jakarta 10430, Indonesia

Email: desi.arivana@ymail.com

ABSTRAK

Kusta merupakan suatu penyakit yang mendatangkan stigma sehingga menimbulkan masalah psikososial bagi penderita kusta, keluarga maupun masyarakat. Keluarga sebagai *support system* diharapkan mampu memberikan dukungan psikososial bagi penderita kusta sehingga masalah psikososial yang muncul dapat teratasi. Psikoedukasi keluarga merupakan suatu strategi yang dapat diterapkan untuk membantu keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada penderita kusta. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Jenis penelitian kuasi eksperimen pre-post test dengan kelompok kontrol, menggunakan 42 sampel (intervensi dan kontrol). Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan signifikan dukungan psikososial keluarga sebelum dan setelah diberikan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi. Psikoedukasi keluarga dapat dikembangkan ke arah pembentukan *self help group* bagi keluarga dan penderita.

Kata kunci: psikoedukasi keluarga, kusta, dukungan psikososial.

ABSTRACT

Leprosy is a disease that brings stigma that cause psychosocial problems for the clients, their families and communities. Family as a support system is expected to provide psychosocial support for people with leprosy so that psychosocial problems can be resolved. Family psychoeducation is a strategy that can be applied to assist families in providing psychosocial support to people with leprosy. This study aimed to identify the effect of family psychoeducation to family psychosocial support in family members suffering from leprosy. The study used quasi experimental, pre-post test with control group design, using 42 samples (intervention and control). Results showed that there was a significant difference between family psychosocial support before and after provision of family psychoeducation in the intervention group. Family psychoeducation can be developed toward the establishment of self help group for the families and clients.

Keywords: family psychoeducation, leprosy, psychosocial support

PENDAHULUAN

World Health Organization (WHO) menyebutkan dalam laporan global mengenai penyakit tropis terabaikan, bahwa terdapat 17 penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases*) yang membutuhkan perhatian dunia. Penyakit tropis terabaikan adalah sekumpulan penyakit menular yang seringkali diderita oleh masyarakat kalangan ekonomi lemah, khususnya daerah pedesaan yang miskin (Liese, dkk, 2010; Narain, dkk, 2010). Penyakit tersebut dianggap sebagai penyakit terabaikan karena mempunyai beberapa karakter, yaitu: kurangnya perhatian dari pembuat kebijakan, kurang mendapat prioritas dalam strategi kesehatan, penelitian terkait penyakit yang belum mencukupi, alokasi sumber yang terbatas, serta sedikitnya intervensi yang diberikan (WHO, 2010).

Penyakit tropis terabaikan banyak ditemukan di negara beriklim tropis dan endemik di 149 negara di dunia. Keberadaan penyakit ini mengancam kehidupan jutaan orang dan mempunyai dampak sosial, terutama bagi masyarakat miskin karena dapat mengurangi produktivitas, padahal apabila mendapat perhatian penuh dari semua pihak, keberadaan penyakit tersebut dapat dicegah (Kaur & Van Brakel, 2002). Ke-17 penyakit tersebut diantaranya adalah: *dengue*, *buruli ulcer*, *treponematoses*, *chagas*, *human african trypanosomiasis*, *leishmaniasis*, *cysticercosis*, *drancunculiasis*, *echinococcosis*, *onchocerciasis*, *schistosomiasis*, trakom, infeksi trematoda, cacing perut, rabies, kaki gajah, dan kusta. Direktorat Jenderal WHO menyatakan, sekalipun secara medis berbeda, penyakit tropis terabaikan memiliki kesamaan yang diasosiasikan dengan kemiskinan, lingkungan buruk, dan daerah tropis. Beberapa dari penyakit tersebut di Indonesia masih menjadi masalah, antara lain: *dengue*, rabies, kaki gajah, trakom dan kusta (Kompas Cetak, 2010, ¶9, <http://www.health.kompas.com>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011).

Kusta atau lepra atau disebut juga *Morbus Hansen* merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*, melalui kulit dan mukosa hidung. Penyakit kusta terutama menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat yang apabila tidak didiagnosis dan diobati secara dini dapat menimbulkan kecacatan (Subdirektorat Kusta dan Frambusia, 2007). Jumlah penderita kusta di seluruh dunia dari tahun ke tahun mengalami penurunan, tetapi di Indonesia jumlah penderita kusta cenderung naik. Peningkatan jumlah kusta di Indonesia dibuktikan dengan data statistik terbaru yang menyebutkan bahwa Indonesia menjadi negara peringkat ketiga untuk penderita kusta terbanyak, seperti yang disampaikan oleh Menteri Kesehatan pada peringatan Hari Kusta Sedunia pada tanggal 31 Januari 2011 yang lalu. Jawa Tengah merupakan daerah endemis rendah kusta dan ada di peringkat kedua untuk jumlah penemuan kasus baru yang mencapai 130 penderita pada triwulan pertama

tahun 2010. Jumlah penderita kusta di Jawa Tengah hingga 30 Maret 2010 tercatat 1960 penderita, 173 penderita berusia kurang dari 15 tahun dan 1.787 penderita berusia lebih dari 15 tahun. Sebanyak 9 daerah di sepanjang pantura Jawa Tengah meliputi Blora, Rembang, Kudus, Demak, Brebes, Tegal, Pemalang, Kota Pekalongan, dan Kabupaten Pekalongan, merupakan daerah endemis tinggi kusta, dengan rata-rata jumlah kasus lebih dari 1 per 10.000 penduduk (Kemenkes RI, 2011, ¶ <http://www.bppsdmk.depkes.go.id>, diperoleh tanggal 7 Februari 2011).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan menyebutkan bahwa jumlah penderita penyakit kusta di Kabupaten Pekalongan terus meningkat. Sebelumnya pada tahun 2008 jumlah penderita kusta di daerah ini sebanyak 70 orang, kemudian bertambah lagi pada tahun 2009 sebanyak 52 orang dan kini mencapai 216 orang hingga 244 orang pada akhir tahun 2010. Dari 26 wilayah kerja Puskesmas yang berada di Kabupaten Pekalongan, penderita kusta ditemukan pada 24 wilayah Puskesmas. Bahkan pada tahun 2011 ini Kota Pekalongan merupakan salah satu daerah dari 14 Kabupaten / Kota di Jawa Tengah yang masuk kategori endemis kusta (Dinkes Kabupaten Pekalongan, 2010).

Stigma yang berkembang di masyarakat terkait penyakit kusta menimbulkan beberapa masalah bagi penderita, seperti dikucilkan oleh masyarakat, diabaikan dan kesulitan untuk mendapatkan pekerjaan (Kaur & Van Brakel, 2002). Selain itu stigma tersebut juga mempunyai dampak bagi keluarga penderita kusta, karena dapat mengakibatkan isolasi sosial masyarakat terhadap keluarga penderita kusta (Kaur & Van Brakel, 2002). Beberapa masalah psikososial akibat penyakit kusta ini dapat dirasakan baik oleh penderita kusta maupun keluarganya, seperti perasaan malu dan ketakutan akan kemungkinan terjadi kecacatan karena kusta, ketakutan penderita menghadapi keluarga maupun masyarakat karena sikap penerimaan yang kurang wajar, upaya keluarga untuk menyembunyikan anggota keluarganya yang menderita kusta karena dianggap aib, atau bahkan mengasingkan anggota keluarga karena takut ketularan (Zulkifli, 2003). Masalah psikologis yang dapat dialami oleh penderita kusta diantaranya adalah perasaan rendah diri terutama pada penderita yang telah mengalami kecacatan, seperti data yang ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Habib (2009) mengenai hubungan tingkat kecacatan dan konsep diri pada penderita kusta dan penelitian oleh Santoso (2009) mengenai perbedaan konsep diri pada tingkat kecacatan penderita kusta. Susanto (2010) dalam penelitiannya mengenai arti dan makna penderita kusta yang menjalani perawatan di Jember memperoleh data mengenai dampak psikologis yang dialami klien akibat kusta seperti malu, menarik diri dengan bersembunyi dalam rumah, dan beberapa

anggota keluarga dan masyarakat menganggap jijik terhadap kondisi yang dialami oleh klien.

Berdasar uraian yang telah disampaikan sebelumnya, peneliti juga telah melakukan studi pendahuluan di daerah dimana peneliti akan melakukan penelitian terkait fenomena masalah psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta. Berdasar hasil survei awal yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Januari 2011 di Puskesmas Wonokerto Pekalongan, diperoleh data dari 10 penderita kusta 5 orang diantaranya menyembunyikan penyakitnya dari masyarakat. Hal ini menunjukkan bagaimana penderita kusta sendiri berfikir bahwa penyakit kusta merupakan suatu penyakit yang memalukan. Fakta lain yang diperoleh adalah data dari beberapa responden yang mengalami pengabaian oleh keluarga karena penyakit kusta yang diderita sudah berakibat pada kecacatan dan mutilasi anggota tubuh. Penderita yang mengalami kondisi tersebut merasa bahwa keluarga kurang dapat memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikologis yang akan memberikan penguatan bagi penderita untuk menghadapi masalahnya. Demikian halnya data yang diperoleh dari keluarga, mereka berfikir bahwa dengan adanya anggota keluarga yang menderita penyakit kusta maka hal tersebut menjadi aib bagi keluarga, selain itu merawat anggota keluarga merupakan suatu beban bagi keluarga. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Andayani (2006) yang menyebutkan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga yang mempunyai penyakit kusta merasakan beban yang dialami baik secara psikis mengenai pandangan masyarakat tentang kusta dan rasa takut akan kemungkinan tertular, maupun beban secara fisik karena harus merawat penderita kusta yang pengobatannya bisa memakan waktu hingga berbulan-bulan.

Berdasar fenomena yang ditemukan di lapangan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit yang dapat menimbulkan masalah psikososial baik bagi penderita maupun keluarga yang merawat. Hal inilah yang akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan bagi anggota keluarganya yang menderita kusta. Bentuk dukungan yang bisa diberikan adalah dukungan psikososial. Bentuk dukungan yang diberikan kepada anggota keluarga yang menderita kusta dalam bentuk dukungan psikososial diharapkan mampu mengatasi masalah psikososial yang ditimbulkan oleh penyakit kusta. Dukungan psikososial yang diberikan oleh keluarga menjadi suatu intervensi yang memerlukan fasilitasi dari perawat dalam menjalankan perannya sebagai seorang pendidik. Salah satu intervensi perawat dengan melibatkan keluarga adalah melalui psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi keluarga melibatkan keluarga penderita kusta sebagai sistem dukungan (*support system*) terdekat bagi penderita kusta dalam mengelola lingkungan di sekitar keluarga. Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk

intervensi yang dapat diberikan kepada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan masalah kesehatan fisik yang berdampak pada mental emosional keluarga hingga menimbulkan munculnya masalah psikososial. Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga ini adalah untuk memberikan informasi tentang kesehatan mental (Vancarolis, 2006). Seperti penelitian yang telah dilakukan oleh Nurbani (2009) yang menyebutkan bahwa psikoedukasi keluarga menurunkan tingkat ansietas dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita stroke. Berdasar penjelasan tersebut maka diharapkan psikoedukasi keluarga yang diberikan dapat menjadi suatu bentuk terapi keluarga bagi keluarga penderita kusta agar dapat meningkatkan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang sakit sehingga kebutuhan psikososial penderita kusta dapat terpenuhi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi experiment*), rancangan *pre-post test with control group* dengan intervensi psikoedukasi keluarga. Dalam pelaksanaan penelitian terdapat 42 keluarga (*caregiver*) yang menjadi subjek penelitian. Dari 42 keluarga (*caregiver*) tersebut, terdiri dari 21 keluarga (*caregiver*) kelompok intervensi dan 21 keluarga (*caregiver*) kelompok kontrol.

WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan mulai bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2011. Kegiatan dimulai dari penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Kegiatan penelitian dilaksanakan selama 8 minggu, mulai 20 April 2011 sampai dengan 10 Juni 2011. Pelaksanaan psikoedukasi keluarga dilakukan dari hari Senin sampai hari Sabtu, menyesuaikan dengan waktu yang diminta oleh responden dengan rentang waktu mulai jam 09.00 – 14.00. Psikoedukasi dilakukan selama 30-45 menit setiap kali pertemuan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan di Puskesmas Buaran dengan 21 responden yang mendapat psikoedukasi keluarga dan 21 responden di Puskesmas Tirto 1 yang tidak mendapat psikoedukasi keluarga, dengan hasil sebagai berikut:

Berdasarkan hasil analisis dapat dilihat bahwa pada α 0,05 maka diyakini ada kesetaraan pada dukungan psikologis antara kelompok kontrol dan intervensi ($p \text{ value} = 0,237 > \alpha$), begitu pula untuk dukungan sosial juga diyakini terdapat kesetaraan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi ($p \text{ value} = 0,137 > \alpha$), seperti dapat dilihat pada tabel 1 di bawah ini:

Tabel 1. Kesetaraan dukungan psikososial *caregiver* sebelum dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011

Kelompok	Variabel	n	Mean	p-value
Intervensi	Dukungan psikologis			0,237
	a. Intervensi	21	45,57	
	b. Kontrol	21	45,67	
Kontrol	Dukungan sosial			0,197
	a. Intervensi	21	43,24	
	b. Kontrol	21	45,67	

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi sebelum diberikan psikoedukasi keluarga sebesar 45,57, sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan nilai rata-rata beban 45,67. Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi, dukungan psikologis pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki rata-rata nilai yang hampir sama dengan selisih skor 1 poin lebih tinggi pada kelompok kontrol. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa rata-rata dukungan sosial keluarga pada kelompok intervensi sebelum diberikan psikoedukasi keluarga sebesar 43,24 dan pada kelompok kontrol didapatkan nilai rata-rata 45,67. Berdasarkan pernyataan di atas, dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian psikoedukasi keluarga, dukungan sosial pada kelompok intervensi lebih rendah 2,43 poin daripada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan psikologis dan sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta tidak terlalu banyak perbedaan pada kelompok intervensi dan kontrol.

Berdasarkan hasil uji kesetaraan, maka dapat disimpulkan bahwa setiap keluarga memberikan dukungan psikologis dan sosial yang sama ketika merawat anggota keluarganya yang menderita kusta sebelum pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa, kusta sebagai salah satu dari penyakit yang mempunyai stigma sosial yang tinggi. Hal yang mendasari konsep perilaku penerimaan masyarakat adalah anggapan bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, bahkan menganggap penyakit tersebut merupakan kutukan dari Tuhan. Hal ini menjadikan suatu ketakutan yang berlebihan terhadap penyakit kusta yang disebut sebagai *leprophobia* (Zulkifli, 2003).

Masalah yang dihadapi penderita kusta bukan hanya masalah medis tetapi juga menyangkut masalah psikososial. Dampak psikososial yang disebabkan oleh

penyakit kusta sangat luas sehingga menimbulkan keresahan bukan hanya oleh penderita sendiri tetapi juga bagi keluarga, masyarakat dan negara. Penderita kusta tidak hanya mengalami kerusakan secara fisik namun juga menderita secara psikososial karena perilaku lingkungan. Masalah psikososial penderita kusta, bisa dialami baik oleh penderita kusta itu sendiri, keluarga maupun masyarakat (Zulkifli, 2003). Dengan kurangnya dukungan sosial dan kepercayaan diri, beberapa penderita yang tidak menjalani dehabilitasi bahkan ada yang menjadi pengemis. Temuan ini berdasar pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Kaur & Van Brakel (2002) pada pengemis penderita kusta di Delhi, India.

Menghadapi anggota keluarga yang didiagnosis menderita kusta biasanya keluarga menjadi panik dan berusaha menyembunyikan penderita agar tidak diketahui oleh masyarakat disekitarnya atau bahkan mengasingkan penderita dari keluarga karena takut ketularan. Perasaan cemas yang dialami keluarga terhadap kemungkinan penularan ini akan mempengaruhi peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta (Andayani, 2006). Berdasar temuan tersebut, maka peneliti berpendapat bahwa dukungan psikososial yang diberikan oleh keluarga baik pada kelompok kontrol maupun intervensi bisa disebabkan oleh masalah psikososial yang muncul pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita kusta tersebut.

Tabel 2. Dukungan psikososial *caregiver* sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011

Variabel	Ket	n	Mean	t	p value	
Intervensi	Psikologis	Sebelum	21	45,57	-4,35	0,000
		Sesudah	21	52,52		
		Selisih		6,95		
	Sosial	Sebelum	21	43,24		
		Sesudah	21	49,43		
		Selisih		6,19		
Kontrol	Psikologis	Sebelum	21	45,67	-0,55	0,590
		Sesudah	21	46,43		
		Selisih		0,76		
	Sosial	Sebelum	21	45,67		
		Sesudah	21	45,62		
		Selisih		-0,05		

Hasil analisis tabel 2 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan dukungan psikologis dan sosial sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga, antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan nilai p sebesar 0,000 ($p < \alpha$). Sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan dukungan psikologis dan sosial sebelum dan sesudah psikoedukasi keluarga dengan

nilai p sebesar 0,059 ($p > \alpha$) untuk dukungan psikologis dan p 0,925 ($p > \alpha$) untuk dukungan sosial.

Apabila dilihat dari peningkatan nilai rata-rata dukungan psikologis keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga sebesar 6,95 sedangkan dukungan sosial mengalami peningkatan sebesar 6,19. Dengan jumlah peningkatan nilai yang tidak terlalu tinggi ini, peneliti berpendapat bahwa peningkatan skor yang berkisar pada rentang tersebut mungkin diakibatkan karena frekuensi terapi yang hanya dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan untuk 5 sesi. Pemberian terapi oleh peneliti dilakukan tidak sesuai dengan frekuensi dan intensitas pemberian terapi pada penelitian-penelitian sebelumnya yang telah menggunakan psikoedukasi keluarga.

Penelitian yang menggunakan terapi psikoedukasi keluarga, salah satunya adalah penelitian psikoedukasi keluarga yang berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial yang telah dilakukan oleh Nurbani (2009) pada keluarga pasien stroke dengan jumlah sampel 22 keluarga kelompok intervensi dan 23 keluarga kelompok kontrol. Penelitian tersebut dilakukan sebanyak 5 sesi dalam 5 kali pertemuan dengan rata-rata waktu pertemuan 45 menit yang dilakukan setiap hari sampai 5 kali pertemuan untuk tiap respondennya. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa terdapat penurunan kecemasan yang bermakna dari keluarga yang merawat anggota keluarga dengan stroke setelah mendapat psikoedukasi keluarga.

Penelitian psikoedukasi yang juga berhubungan dengan masalah fisik yang menimbulkan masalah psikososial dilaksanakan pula oleh Boesen (2005) pada pasien *Cutaneous Malignant melanoma* dari 262 pasien dengan melanoma dipilih secara acak yang terdiri dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan psikoedukasi sebanyak 6 sesi dengan 2 jam per minggu, melalui pemberian pendidikan kesehatan, peningkatan ketrampilan penyelesaian masalah, manajemen stres dan dukungan psikologis. Dari hasil penelitian tersebut, ditemukan beberapa perubahan pada kelompok intervensi yang menunjukkan hasil yang signifikan yaitu berkurangnya kelelahan, bersemangat, tenaga lebih kuat, dan gangguan suasana hati yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu yang telah dijabarkan di atas, peneliti berpendapat bahwa pematangan pemberian psikoedukasi keluarga yaitu dengan dilakukan 2 sesi dalam setiap pertemuan dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebanyak 5 sesi psikoedukasi keluarga yang dilakukan dalam 3 kali pertemuan dengan jeda waktu kurang lebih dua minggu pada tiap pertemuan, dirasakan kurang efektif untuk

meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarganya yang menderita kusta. Peneliti juga berpendapat bahwa perlu dilakukan pertemuan untuk tiap sesi psikoedukasi keluarga, tanpa adanya penggabungan sesi (pematangan) kepada keluarga agar menghasilkan perubahan yang bermakna. Jarak waktu yang terlalu jauh antar pertemuan dan sesi dari psikoedukasi keluarga juga dapat berpengaruh pada kemampuan mengingat responden terhadap isi dan konten dari pertemuan yang telah dilakukan pada pertemuan sebelumnya. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa psikoedukasi keluarga akan lebih optimal jika diberikan satu kali pertemuan untuk tiap sesi dan dilakukan secara berturut-turut dengan rentang waktu antar pertemuan yang tidak terlalu jauh.

Pada kelompok kontrol, berdasarkan hasil diperoleh peningkatan nilai rata-rata dukungan psikologis sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga sebesar 0,76 dan penurunan dukungan sosial sebesar 0,05. Dari angka tersebut dapat dilihat bahwa sebelum dan setelah psikoedukasi keluarga terjadi peningkatan yang tidak bermakna dari skor dukungan psikologis dan terjadi penurunan pada skor dukungan sosial. Berdasarkan hasil analisis tersebut, peneliti berpendapat bahwa kondisi tersebut mungkin diakibatkan karena tidak diberikannya terapi psikoedukasi keluarga kepada kelompok kontrol, melainkan hanya diberikan terapi generalis berupa pendidikan kesehatan mengenai penyakit kusta dan cara memberikan dukungan psikososial pada penderita kusta.

Pendidikan kesehatan dijelaskan sebagai suatu pengalaman pembelajaran yang dirancang untuk memfasilitasi tindakan-tindakan kondusif seseorang terhadap kesehatan sehingga ia dapat merawat dirinya sendiri secara individual atau secara bersama-sama (kollektif) atau berperan sebagai pengambil keputusan untuk merawat kesehatan orang lain dan komunitasnya (Green, dkk., 1980, dalam Notoatmodjo, 2003). Pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan kepada kelompok kontrol meliputi penjelasan umum mengenai penyakit kusta dan bagaimana cara memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk memperkecil perbedaan status atau derajat kesehatan yang bersumber dari ketidaktahuan atau ketidakmampuan melalui upaya pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Melalui pemberian pendidikan kesehatan ini diharapkan mampu menjadi upaya promosi untuk mengubah perilaku (*behavior change*). Perubahan perilaku kesehatan sebagai tujuan dari pendidikan kesehatan, mempunyai 3 dimensi, antara lain: mengubah perilaku negatif (tidak sehat) menjadi perilaku positif (sesuai dengan nilai-nilai kesehatan); mengembangkan perilaku positif (pembentukan atau pengembangan perilaku

sehat); serta memelihara perilaku yang sudah positif atau perilaku yang sudah sesuai dengan norma/nilai kesehatan (perilaku sehat) (Notoatmodjo, 2010).

Berdasar hasil penelitian yang menunjukkan tidak adanya kemaknaan secara statistik pada kelompok kontrol, maka dapat dijelaskan bahwa dibutuhkan sebuah terapi lanjutan pada kelompok kontrol untuk mengoptimalkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial kepada anggota keluarga yang menderita kusta. Psikoedukasi keluarga diharapkan mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan psikososial keluarga kepada anggota keluarga yang menderita kusta, seperti yang telah dilakukan pula pada kelompok intervensi.

Tabel 3. Analisis dukungan psikososial *caregiver* sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kabupaten Pekalongan tahun 2011

Kelompok	Variabel	n	Mean	t	p value
Dukungan psikologis	a. Intervensi	21	52,52	-2,44	0,019
	b. Kontrol	21	46,63		
Dukungan sosial	c. Intervensi	21	49,43	-2,18	0,035
	d. Kontrol	21	45,62		

Hasil uji statistik didapatkan dukungan psikologis nilai p sebesar 0,019 ($p < \alpha$), dan dukungan sosial p sebesar 0,035 ($p < \alpha$) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan dukungan psikologis dan sosial keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta setelah pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi. Hal ini mengindikasikan bahwa pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi mampu menimbulkan perbedaan dukungan psikososial keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa pada prinsipnya psikoedukasi membantu anggota keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit melalui pemberian informasi dan edukasi yang dapat mendukung pengobatan dan rehabilitasi pasien dan meningkatkan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri (Carson, 2000). Tujuan utama dari terapi psikoedukasi keluarga adalah saling bertukar informasi tentang perawatan kesehatan mental akibat penyakit fisik yang dialami, membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya (Varcarolis, 2006). Pendidikan kelompok keluarga membantu anggota keluarga membantu anggota keluarga mengerti tentang penyakit anggota keluarganya seperti gejala, pengobatan yang dibutuhkan untuk menurunkan gejala dan lainnya. Pertemuan

psikoedukasi keluarga atau beberapa keluarga memberikan perasaan saling berbagi dan strategi untuk bersama-sama membagi perasaan yang dirasakan. Kelompok psikoedukasi keluarga sangat bermanfaat untuk masalah mental dan sama manfaatnya untuk penyakit medis atau bedah (Varcarolis, 2006).

Melalui pemberian psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi ini, maka diharapkan mampu meningkatkan dukungan psikososial keluarga yang meliputi dukungan psikologis dan sosial dalam merawat anggota keluarganya yang menderita kusta. Menurut Shives (2005) keluarga adalah sekelompok individu yang saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam melakukan berbagai fungsi dasar. Sehingga sebagai *support system* utama penderita kusta, keluarga diharapkan mampu memenuhi kelima fungsi keluarga serta tugas keluarga di bidang kesehatan dalam kehidupan keseharian terutama dalam hal perawatan kesehatan bagi penderita kusta. Pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga yang menderita kusta, fungsi perawatan kesehatan sangat dibutuhkan oleh penderita baik dalam sebagai bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga. Dengan kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga dapat memicu munculnya masalah psikologis gangguan konsep diri yang dialami oleh penderita kusta (Widyastuti, 2009). Dukungan sosial yang kurang diberikan kepada penderita kusta juga akan memicu munculnya masalah psikososial yang lain.

Dalam sebuah keluarga pasti akan ditemukan salah seorang atau beberapa orang anggota keluarga yang berperan penting dalam upaya perawatan anggota keluarganya yang sakit, biasa disebut *caregiver*. *Caregiver* adalah seseorang dalam keluarga yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit atau orang yang tidak mampu, bahkan biasanya orang tersebut bergantung pada *caregiver*-nya (Oyebode, 2003). *Caregiver* juga dapat didefinisikan sebagai individu yang memberikan perhatian kepada individu lainnya, misalnya lansia, individu yang sakit, dan individu yang memiliki keterbatasan lainnya dalam berbagai tingkat usia.

Menurut Pender, Murdaugh, Parson (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 materil, memberikan informasi dan pelayanan, dan memfasilitasi anggota keluarga dalam membuat kontak sosial baru dengan masyarakat. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Terlebih dengan kondisi penyakit kusta dan masalah psikososial yang bisa muncul akibat penyakit kusta, diantaranya: masalah terhadap diri penderita kusta, masalah terhadap

keluarga penderita kusta, dan masalah terhadap masyarakat sekitar penderita kusta (Zulkifli, 2003).

Selain untuk mengatasi masalah psikososial yang disebabkan oleh penyakit kusta, dukungan psikososial diharapkan dapat memenuhi kebutuhan psikososial penderita kusta yang dihadapi selama menghadapi penyakit yang dideritanya. Hal ini sesuai dengan kebutuhan psikososial yang dibutuhkan oleh penderita kusta, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Scott (2000) mengenai kebutuhan psikososial penderita kusta, antara lain: kebutuhan akan penerimaan diri; kebutuhan akan penerimaan sosial; dan kebutuhan akan penerimaan oleh masyarakat.

Berdasar pembahasan yang telah dijabarkan tersebut maka peneliti mempunyai pendapat bahwa psikoedukasi keluarga dapat disarankan untuk diberikan kepada keluarga yang menderita kusta untuk meningkatkan dukungan psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta. Untuk memperkuat hasil yang diperoleh melalui pemberian psikoedukasi keluarga pada dukungan psikososial keluarga, terapi lanjutan yang dapat diberikan adalah dengan pembentukan *self help group* yang akan memfasilitasi penderita kusta dan keluarganya yang sama-sama mengalami masalah serupa sehingga manfaat dari pemberian terapi dapat dirasakan oleh masyarakat secara berkelanjutan.

SIMPULAN DAN SARAN

SIMPULAN

Karakteristik keluarga dalam penelitian ini antara lain: rata-rata usia kelompok intervensi 38,67 tahun dan kelompok kontrol 32,05 tahun; rata-rata penghasilan kelompok intervensi sebesar Rp 599.523,8 dan kelompok kontrol sebesar Rp 503.333,3; mayoritas *caregiver* kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki hubungan sebagai keluarga inti, berjenis kelamin perempuan dan bekerja; pendidikan mayoritas keluarga pada kelompok intervensi adalah pendidikan menengah sedangkan kelompok kontrol adalah pendidikan dasar.

Psikoedukasi keluarga berpengaruh terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta.

Terdapat perbedaan dukungan psikososial keluarga (psikologis dan sosial) pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pelaksanaan psikoedukasi keluarga.

Tidak terdapat perbedaan dukungan psikososial keluarga (psikologis dan sosial) pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelaksanaan psikoedukasi keluarga.

Terdapat perbedaan dukungan psikososial keluarga (psikologis dan sosial) setelah mendapatkan

psikoedukasi keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

SARAN

Saran yang diusulkan peneliti bagi Puskesmas adalah mengembangkan program kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas yang dapat memfasilitasi penanganan masalah psikososial yang dialami oleh pasien dengan masalah kesehatan fisik terutama kusta. Strategi lain adalah dengan mensosialisasikan penyakit kusta di masyarakat melalui pemutaran film atau pendidikan kesehatan dengan cara masuk ke dalam kegiatan masyarakat, untuk meminimalkan adanya stigma masyarakat terhadap kusta.

Saran bagi aplikasi ilmu keperawatan yaitu dengan melakukan kegiatan pengabdian masyarakat sebagai program lanjutan yang menindaklanjuti penelitian terkait psikoedukasi keluarga pada keluarga penderita kusta, sehingga perkembangannya dapat dievaluasi secara kontinu. Selain itu dapat dikembangkan penggunaan terapi lanjutan dari psikoedukasi keluarga dengan membentuk *self help group* dari penderita kusta dan keluarganya melalui follow up perawat jiwa komunitas.

Saran bagi peneliti lain agar mengembangkan penelitian mengenai pengaruh psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita kusta, dengan menggunakan wilayah lain yang mempunyai angka penderita kusta yang tinggi. Selain itu, psikoedukasi keluarga sebaiknya dilakukan tiap sesi dalam satu kali pertemuan tanpa adanya penggabungan sesi.

¹Desi Ariyana Rahayu : Mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa FIK UI.

²Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N., D.N.Sc. : Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.

³dr. Luknis Sabri, SKM., M>Kes. : Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta.

DAFTAR REFERENSI

1. Andayani, E. S. (2006). *Hubungan tingkat kecemasan keluarga tentang penularan penyakit kusta dengan peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta*. Skripsi. FIK-UNDIP: Tidak dipublikasikan.
2. Bomar, P. J. (2004). *Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice, 3rd ed.* Philadelphia: Library of Congress in Publication Data.
3. Boesen, E. H. (2005). *Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study*. Journal of Clinical

- Oncology, vol 23 no. 6: pp: 1270-1277. American Society of Clinical Oncology.
4. Dinkes Kabupaten Pekalongan. (2010). *Analisa situasi program pemberantasan kusta*. Tidak dipublikasikan.
 5. Friedman, M. (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek 5th ed*. Jakarta: EGC.
 6. Habib, A. (2008). *Hubungan antara tingkat kecacatan dengan konsep diri penderita kusta*. Skripsi. FIKKES-Unimus: Tidak dipublikasikan.
 7. Kaur & Van Brakel. (2002). *Dehabilitation of leprosy affected people a study on leprosy affected beggars*. Diakses dari: www.leprahealthinaction.org tanggal 25 Januari 2011.
 8. Kemenkes RI. (2011). *Menkes Canangkan Tahun Pencegahan Cacat Akibat Kusta*. Diakses dari: http://www.bppsdmk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=150:menkes-canangkan-tahun-pencegahan-cacat-akibat-kusta&catid=38:berita&Itemid=82 tanggal 7 Februari 2011.
 9. Kompas Cetak. (2010). WHO: 17 Penyakit tropis terabaikan. Diakses dari: www.health.kompas.com tanggal 7 Februari 2011.
 10. Liese, B., dkk. (2010). *Programmes, partnership and governance for elimination and control of neglected tropical diseases*. Lancet: 375: 67-76.
 11. Narain, J. P., dkk. (2010). *Elimination of neglected tropical diseases in the South-East Asian Region of the World Health Organization*. Bull World Health Organization; 88:206-210.
 12. Nurbani. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial: ansietas dan beban keluarga (caregiver) dalam merawat pasien stroke di RSUD dr. Cipto Mangunkusumo*. Tesis. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
 13. Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
 14. Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
 15. Oyeboode, J. (2003). *Assessment of carer's psychological needs: advances in psychiatric treatment*. Diakses dari: www.apr.rcpsych.org/cgi/reprint/9/1/45.pdf tanggal 20 Januari 2011.
 16. Santoso. E. B. (2009). *Perbedaan konsep diri pada tingkat kecacatan penderita kusta di RS Tugurejo Semarang*. Skripsi. FIKKES-Unimus: Tidak dipublikasikan.
 17. Scott, J. (2000). *The psychosocial needs of leprosy patient*. Diakses dari www.leprahealthinaction.org tanggal 25 Januari 2011.
 18. Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Lippincott: William Wilkins.
 19. Subdirektorat Kusta dan Frambusia. (2007). *Modul Pelatihan Program P2 Kusta Bagi UPK*.
 20. Susanto, T. (2010). *Arti dan makna pengalaman klien dewasa menjalani perawatan kusta di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember*. Tesis. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
 21. WHO. (2010). *Weekly epidemiological record*. Diakses dari www.who.int tanggal 25 Januari 2011.
 22. Widyanti. (2009). *Gambaran kebahagiaan dan karakteristik positif pada wanita dewasa madya yang menjadi caregiver informal penderita schizoprenia*. Skripsi. FIK-UI: Tidak dipublikasikan.
 23. Widyastuti, S. (2009). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan harga diri penderita kusta di rawat inap RSUD Tugurejo*. Skripsi. FIKKES-Unimus: Tidak dipublikasikan.
 24. Zulkifli. (2003). *Penyakit kusta dan masalah yang ditimbulkannya*. Dipublikasikan oleh USU Digital Library.