

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS



SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP KLIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT dr TADJUDDIN
CHALID MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH:

AURELIA APRILIANI TOKAN (CX1514201105)

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH
TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2016**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS



SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS
HIDUP KLIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT dr TADJUDDIN
CHALID MAKASSAR**

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
(STIK) Stella Maris Makassar**

**OLEH
AURELIA APRILIANI TOKAN
NIM: CX.15.1420.1105**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2017**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aurelia Apriliani Tokan

NIM : C. 15.14201.105

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya penulis sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini penulis buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 19 April 2017
Yang menyatakan

(Aurelia Apriliani Tokan)

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
KLIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT dr TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**AURELIA APRILIANI TOKAN
(CX1514201105)**

Disetujui Oleh:

Pembimbing

Wakil Ketua Bid. Akademik

**(Mery Sambo, Ns., M. Kep)
NIDN. 0930058102**

**(Henny Pongantung, Ns., MSN)
NIDN: 0912106501**

HALAMAN PENETAPAN PENGUJI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
KLIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT dr. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

AURELIA APRILIANI TOKAN

CX.15142011.05

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

Mery Sambo, Ns., M.Kep

NIDN: 0930058102

Telah Diuji dan Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal
19 April 2017 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Di Terima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Ns. Alfrida, M.Kep)

NIDN: 09180479902

(Henny Pongantung, Ns., MSN)

NIDN: 0912106501

Penguji III

Mery Sambo, Ns., M.Kep

NIDN: 0930058102

**Makassar, 19 April 2017
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar**

Siprianus Abdu, S.Si, S.Kep, Ns., M.Kes

NIDN: 0928027101

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar”. skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak baik secara moral maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si, S.Kep, Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S. Kep, Ns., MSN selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji II yang telah memberikan dukungan dan masukan.
3. Fransiska Anita E. R. S, S.Kep, Ns., M.Kep., Sp,KMB selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris.
4. Mery Sambo, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, masukan, dan dukungan kepada penulis dari awal hingga selesainya skripsi ini.
5. Ns. Alfrida., M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan ke penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

6. dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM. MARS. Selaku Direktur Utama RSK. dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang telah mengizinkan saya untuk melakukan penelitian di RSK. dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
7. Para dosen dan staf yang telah membantu dan membimbing penulis dalam menyelesaikan studi di STIK Stella Maris Makassar.
8. Untuk Mama dan keluarga yang terus memberikan dukungan, semangat, doa dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Teman-teman seperjuangan Program S1 Khusus Keperawatan STIK Stella Maris Makassar angkatan 2015.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih banyak terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini karena keterbatasan pengetahuan dan ilmu pengetahuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Akhir kata semoga skripsi ini bermanfaat dan menambah wawasan pembaca serta bermanfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan.

Makassar, April 2017

Penulis

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP
KLIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT dr. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

(Dibimbing oleh Mery Sambo)

**Aurelia Apriliani Tokan
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN STIK STELLA MARIS MAKASSAR
(xii + 44 Halaman + 25 daftar pustaka + 10 lampiran)**

ABSTRAK

Dukungan keluarga merupakan sumber dukungan yang penting bagi penderita kusta, keluarga berperan sebagai tempat penyelesaian masalah, dan penyediaan informasi yang membuat seseorang mendapatkan kepuasan terhadap keperluan sosialnya ketika berinteraksi dengan keluarga. Kualitas hidup merupakan pendekatan yang holistik tidak hanya menekan pada fungsi fisik, psikologi dan spiritual seseorang tetapi juga hubungan seseorang tersebut dengan keluarga, lingkungan, kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kemampuan yang ada Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta di Rs dr Tadjuddin Chalid Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah penderita kusta sebanyak 300 responden dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *incidental sampling* dan pengumpulan data dengan menggunakan instrumen kuisisioner. Berdasarkan hasil uji menggunakan uji *chi square* dengan nilai $p 0,017 < 0,05$ yang artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta. Sehingga diharapkan keluarga pasien dapat lebih mengetahui pentingnya dukungan keluarga selama menjalankan terapi sehingga dapat meningkatkan harapan dan kualitas hidup pasien yang lebih tinggi.

Kata Kunci: Dukungan Keluarga, Kualitas Hidup, Kusta
Kepustakaan: 15 Buku + 10 Internet (2006-2016)

**RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT WITH QUALITY OF LIFE FOR
CLIENTS LEPROSY AT dr. TADJUDDIN CHALID MAKASSAR
HOSPITALS**

(Supervised by Merry Sambo)

**Aurelia Apriliani Tokan
S1 STUDY PROGRAMME OF NURSING and NERS STIK STELLA MARIS
(XIII+ 44 Page + 25 Bibliography + 10 Attachment)**

ABSTRACT

Family support is a very important source for leper. Family acts as a troubleshooting, and as where provision of information that makes people get satisfaction to social purpose when someone interacts with family. Quality of life is a holistic approach not only emphasize on physical function, psychological and spiritual, but one's relationship with his family, environment, the opportunity to maintain and improve the ability of existing. The purpose of this study is to analyze the relationship between family support and quality life of leper in Rs. dr Tadjuddin Chalid Makassar. Kind of research is *observasional analitik* with using approaches *cross sectional*. A study population is 300 respondents were lepers using *sampling technique* for *incidental sampling* and data collection using questionnaire instrument. Based on test results using the *chi square* test with value $p < 0,017 < 0,05$ which means that there is a relationship of family support and quality of life of leprosy. So it's expected to families of patients suffering from leprosy can better know the importance of family support when during the run therapy, so it can improve the patient's life expectancy and quality life of higher.

Keywords: Family support, quality of life, leprosy

Reference: 15 Book + 10 Internet (2006-2016)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABLE	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH	xi
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
1. Bagi Institusi Pendidikan	4
2. Bagi Pengelola Rumah Sakit	5
3. Bagi Profesi Perawat	5
4. Bagi Peneliti	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Dukungan Keluarga	6
1. Pengertian.....	6
2. Fungsi Keluarga	6
3. Tugas-tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan	8

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

4. Bentuk-bentuk Dukungan Keluarga	8
5. Sumber Dukungan Keluarga	10
6. Manfaat Dukungan Keluarga	10
7. Faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	11
B. Kualitas Hidup	11
1. Pengertian.....	11
2. Ruang lingkup Kualitas Hidup	12
3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	14
C. Kusta	14
1. Pengertian	14
2. Etiologi	15
3. Patofisiologi	15
4. Penularan	16
5. Tanda dan Gejala	16
6. Klasifikasi	17
7. Kecacatan Kusta	18
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konseptual	20
B. Hipotesis Penelitian	21
C. Definisi Operasional	22
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian	23
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	23
1. Tempat penelitian.....	23
2. Waktu Penelitian	23
C. Populasi Dan Sampel.....	23
1. Populasi	23
2. Sampel.....	23

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

3. Instrumen Penelitian	25
4. Pengumpulan Data	26
5. Pengolahan Dan Penyajian Data	27
6. Analisis Data	28
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	30
1. Pengantar	30
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	30
3. Karakteristik Responden	32
B. Pembahasan	38
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	43
B. Saran	43
1. Bagi Keluarga.....	43
2. Bagi Perawat.....	43
3. Bagi Pengelola Rumah Sakit	43
4. Bagi Peneliti Selanjutnya	44
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Table 3.1 Defenisi Operasional	22
Table 5.1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin	32
Table 5.2 Distribusi Frekuensi Usia	33
Table 5.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan	33
Table 5.4 Distribusi Frekuensi Status Perkawinan	34
Table 5.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan	34
Table 5.6 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga	35
Table 5.7 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup	36
Table 5.8 Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Dan Kualitas Hidup	37

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 kerangka konseptual 21

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	: <i>World Health Organization Quality of Life- BREF</i>
α	: Alpha
p	: Asym sig
<	: Lebih Kecil
>	: Lebih Besar
H_0	: Hipotesis Nol
H_a	: Hipotesis Alternatif
Bivariat	: Analisa yang dilakukan pada kedua variabel
Univariat	: Analisa yang dilakukan pada masing-masing
Cleaning	: Pembersih data
Coding	: Pemberian kode
Confidentially	: Kerahasiaan
Justice	: Keadilan
Informed Consent	: Lembar persetujuan
Riskesdas	: Riset Keperawatan Dasar

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data Awal
- Lampiran 3 : Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Izin Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Izin Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 6 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 7 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 8 : Lembar Instrumen Penelitian: Kuesioner Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup
- Lampiran 9 : Master Table
- Lampiran 10 : Table Distribusi Frekuensi
- Lampiran 11 : Table Uji Chi Square

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit kusta pada umumnya terdapat di negara-negara yang sedang berkembang sebagai akibat keterbatasan kemampuan negara tersebut dalam memberikan pelayanan yang memadai dalam bidang kesehatan, pendidikan, dan kesejahteraan sosial ekonomi pada masyarakat. Penyakit kusta sampai saat ini masih ditakuti masyarakat, keluarga termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan/pengertian, kepercayaan yang keliru terhadap kusta dan cacat yang ditimbulkannya.

Dengan kemajuan teknologi dibidang promotif, pencegahan, pengobatan serta pemulihan kesehatan dibidang penyakit kusta, maka penyakit kusta sudah dapat diatasi dan seharusnya tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Akan tetapi mengingat kompleksnya masalah penyakit kusta, maka diperlukan program pengendalian secara terpadu dan menyeluruh melalui strategi yang sesuai dengan endemisitas penyakit kusta. Selain itu juga harus diperhatikan rehabilitasi sosial ekonomi untuk meningkatkan kualitas hidup orang yang mengalami kusta (Kemenkes RI, 2012).

Angka kejadian kusta sampai saat ini masih tinggi. Berdasarkan data yang dilaporkan oleh WHO (2013) pada 103 negara dan teritori, prevalensi kusta di dunia pada tahun 2013 yaitu 180.618 kasus (*Wekly Epidemiological Report World Health Organization, 2013*). Indonesia merupakan salah satu wilayah Asia Tenggara yang mempunyai kejadian kusta tertinggi setelah India dan Brazil (Profil kesehatan Jawa Timur, 2012). Pada tahun 2014 dilaporkan bahwa terdapat 16.131 kasus baru kusta, terdiri dari kasus *Multibasiler* sebanyak 13.509 dan tipe *Pausibasiler* sebanyak 2.622 kasus dan proporsi cacat tingkat 2 sebesar 9,45% (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Situasi penderita kusta di Sulawesi Selatan hampir sama dengan pola nasional, jumlah penderita dan *prevalensi rate* per 10.000 penduduk mengalami penurunan yang tidak signifikan dari tahun ke tahun. Jumlah penderita kusta baru di Sulawesi Selatan pada tahun 2013 sebanyak 746 penderita dan tahun 2012 sebesar 1.236 penderita, sedangkan pada tahun 2011 sebanyak 1.258 orang. 3 Wilayah Kota Makassar, pada tahun 2013 terjadi penurunan kasus baru kusta menjadi 36 penderita kusta dibandingkan pada tahun 2012 jumlah penderita kusta yang terdaftar sebanyak 130 kasus yang terdiri dari 16 kasus tipe *Paubasiler* dan 114 tipe *Multibasiler* dengan angka prevalensi per 10.000 penduduk yaitu 0,9 dan pada tahun 2011 jumlah penderita kusta yang terdaftar sebanyak 146 orang yaitu penderita PB sebanyak 33 dan penderita MB sebanyak 113 orang, angka prevalensi kusta sebesar 1,1% (Saogi 2014).

Berdasarkan jumlah kunjungan pasien ke ruang Klinik Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar pada tahun 2016, terdapat 1.587 orang, dimana 1.567 orang merupakan kunjungan lama dan 20 orang merupakan kunjungan baru. Penyakit kusta pada seseorang dapat menyebabkan kecacatan pada alat gerak berupa kelumpuhan. Perubahan fisik yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan alat gerak dan gangguan mental. Hal ini berdampak pada kualitas hidup seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti makan, berpakaian, mandi, bekerja, bersosialisasi dengan orang lain. Ketidakmampuan ini dapat dialami oleh pasien kusta, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien kusta. Bila kualitas hidup seseorang kurang baik akan berdampak pada proses penyembuhan pasien yang kurang baik, karena kualitas hidup seseorang ada dalam dirinya sendiri terutama psikologisnya dan didukung oleh peran keluarga dan tim kesehatan. Sebaliknya apabila kualitas hidup baik, maka proses penyembuhan akan berjalan dengan. Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak dari tindakan atau intervensi keperawatan dan terapi (Asmadi, 2005).

Selain kepatuhan minum obat, faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pada penderita kusta adalah peran keluarga. Peran keluarga ini berhubungan dengan upaya pencegahan penurunan kualitas hidup penderita kusta dimana penderita dengan dukungan anggota keluarga yang baik akan meningkatkan kualitas hidup pada penderita. Peran keluarga sangat penting untuk setiap aspek perawatan anggota keluarga, terutama pada upaya kuratif (pengobatan). Apabila ada anggota keluarga yang sakit, keluarga juga akan memperhatikan individu tersebut secara total dan memberikan perawatan yang dibutuhkan untuk mencapai keadaan sehat sampai tingkat optimum (Hajid *et al*, 2016). Terjadinya kusta pada seseorang dapat menyebabkan kecacatan permanen pada alat gerak berupa kelumpuhan. Perubahan fisik yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan sebagian alat gerak, kehilangan kemampuan menelan, gangguan kognitif, gangguan mental, dan gangguan psikologis (Black & Hawks, 2005). Hal ini berdampak pada kualitas hidup seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti makan, berpakaian, mandi, bekerja, bersosialisasi dengan orang lain. Ketidakmampuan ini dapat dialami oleh pasien kusta, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup klien kusta. Bila kualitas hidup seseorang kurang baik akan berdampak pada proses penyembuhan pasien yang kurang baik, karena kualitas hidup seseorang ada dalam dirinya sendiri terutama psikologisnya dan didukung oleh peran keluarga dan tim kesehatan. Kualitas hidup merupakan ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak dari tindakan atau intervensi keperawatan dan terapi (Asmadi, 2005).

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Secara umum terdapat empat dimensi yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Menurut Friedman dalam Moxsin (2010) terdapat empat jenis dukungan keluarga, yaitu dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informatif, dan dukungan penghargaan. Bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah semangat, motivasi, pemberian nasihat, atau mengawasi tentang pengobatan. Penelitian yang dilakukan oleh Kristigita 2015 bahwa pemahaman yang kurang dari anggota keluarga terhadap penderita kusta dapat 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.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prastiwi, (2010 dalam Mongi 2012) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan bahwa keluarga memberikan dukungan yang tinggi kepada penderita kusta yaitu sebesar 44, 1 %. Dukungan keluarga berdampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan individu, yang berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, meningkatnya fungsi kognitif dan kesehatan emosi individu. Hasil penelitian Fadilah (2013) mengatakan bahwa diperlukan suatu penatalaksanaan untuk mengatasi penyakit berupa dukungan keluarga, keluarga merupakan unit yang paling kecil dan paling dekat dengan penderita. Keluarga dan peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memberikan dukungan dalam menjalani pengobatan dan perawatan.

Peneliti mendapatkan informasi secara lisan dari beberapa petugas rumah sakit tersebut, bahwa dukungan keluarga terhadap kualitas hidup penderita kusta masih rendah dikarenakan banyak penderita kusta yang tidak pernah dikunjungi oleh keluarganya. Dari hal di atas peneliti mengambil

kesimpulan bahwa kualitas hidup penderita kusta harus disertai dengan dukungan dan motivasi keluarga dikarenakan apabila keluarga selalu memberi dukungan dengan penderita kusta, maka kualitas hidup penderita akan meningkat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, Dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada Klien Kusta masih rendah, ini disebabkan karena kurangnya keluarga pasien mengunjungi atau menemani penderita pada saat berobat di rumah sakit sehingga berdampak juga pada kualitas hidup pasien. Hal ini menjadi acuan peneliti untuk meneliti; Apakah ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga.
- b. Mengidentifikasi kualitas hidup Klien Kusta.
- c. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid.

D. Manfaat Penelitian

a. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran tentang dukungan keluarga dengan kualitas hidup baik secara teoritis dan praktik

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

untuk menambah pengetahuan dan keterampilan dalam menghadapi masalah pasien dengan penyakit kusta.

b. Bagi Pengelola Rumah Sakit

Memberikan masukan kepada pihak pengelola rumah sakit agar dapat membantu melaksanakan pemecahan masalah pada klien kusta yang kurang dukungan dari keluarga penderita.

c. Bagi Profesi Perawat

Sebagai gambaran bagi perawat untuk selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada klien kusta dengan menggunakan metode komunikasi terapeutik dan BHSP (bina hubungan saling percaya) yang baik agar pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya khususnya bagi penderita kusta.

d. Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan serta pengalaman bagi peneliti serta bisa mempraktekan dalam dunia kerja nanti dan dapat sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Dukungan Keluarga

1. Pengertian

Menurut Smeltzer (1994) dalam Christine (2010) Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Menurut Friedman dalam akhmadi (2010), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

2. Fungsi Keluarga

Berkaitan dengan peran keluarga yang bersifat ganda, yakni satu sisi keluarga berperan sebagai *matriks* bagi anggotanya, disisi lain keluarga harus memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat, maka selanjutnya akan dibahas tentang fungsi keluarga (Padila, 2012).

Friedman (1998) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga yaitu:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan *basis* kekuatan dari keluarga komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga untuk memenuhi fungsi afektif adalah:

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

- 1) Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk memberi akan meningkatkan sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung.
- 2) Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya.
- 3) Ikatan dan identifikasi, ikatan ini mulai sejak pasangan sepakat hidup baru. Kemudian dikembangkan dan disesuaikan dengan berbagai aspek kehidupan dan keinginan yang tidak dapat dicapai sendiri, misalnya mempunyai anak. Proses identifikasi merupakan inti ikatan kasih sayang, oleh karena itu perlu diciptakan proses identifikasi yang positif dimana anak meniru perilaku orang tua melalui hubungan interaksi mereka.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai sejak individu dilahirkan dan berakhir setelah meninggal. Anggota keluarga belajar disiplin, memiliki nilai / norma, budaya dan perilaku melalui interaksi dalam keluarga sehingga individu mampu berperan dalam masyarakat.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. Namun disisi lain banyak kelahiran yang diharapkan atau diluar ikatan

perkawinan sehingga lahirnya anak baru dengan satu orang tua (*single parent*).

d. Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makanan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit terpenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan (*Gakin* atau pra keluarga sejahtera).

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Selain keluarga menyediakan makanan, pakaian dan rumah, keluarga juga berfungsi melakukan asuhan kesehatan terhadap anggotanya baik untuk mencegah terjadinya gangguan maupun merawat anggota yang sakit. Kesanggupan keluarga melakukan pemeliharaan kesehatan terhadap anggotanya dapat dilihat tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan.

3. Tugas-tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Friedman (1981) membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga (effendi, 2011)

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

4. Bentuk-bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman,1998) .

Terdapat empat dimensi dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk didalamnya memberikan solusi dari masalah. Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

b. Dukungan Pengharapan

Dukungan pengharapan merupakan dukungan berupa penguatan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada individu. Dukungan ini terjadi jika ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak berbicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif terhadap orang lain, misalnya orang yang kurang mampu.

c. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan

dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis. Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial, dan material berupa bantuan nyata.

d. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan (Akhmadi, 2010). Dukungan emosional dapat didefinisikan sebagai persepsi tentang perawatan, kasih sayang dan kenyamanan yang diberikan yang dapat menurunkan tingkat stres dan depresi. Selama stres berlangsung, individu sering menderita secara emosional dan mengalami depresi, sedih, cemas, kehilangan harga diri.

5. Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diadakan untuk keluarga, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Akhmadi, 2010).

6. Manfaat dukungan keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Akhmadi, 2010). Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Akhmadi, 2010).

7. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Feiring dan Lewis (1984 dalam Friedman 1998), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia (Akhmadi, 2010).

B. Kualitas Hidup

1. Pengertian

Kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai individu tersebut berada, dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian (Ns. Tantut Susanto, 2013).

Menurut Taylor, kualitas hidup menggambarkan kemampuan individu untuk memaksimalkan fungsi fisik, sosial, psikologis, dan pekerjaan yang merupakan indikator kesembuhan atau kemampuan beradaptasi dalam penyakit kronis (Vergi, 2013).

Padila dan Grant (Kwan, 2000) mendefenisikan kualitas hidup sebagai pernyataan pribadi dari kepositifan atau negatif atribut yang mencirikan kehidupan seseorang dan menggambarkan kemampuan individu untuk fungsi dan kepuasan dalam melakukannya.

2. Ruang Lingkup Kualitas Hidup

Menurut WHO dalam Susanto mengembangkan domain untuk mengukur kualitas hidup menjadi 6 (enam) bidang, yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, keleluasan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan, serta spiritualitas/ agama/ kepercayaan seseorang. Secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah:

- a. Kesehatan Fisik (*physical health*) : Kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, tidur dan istirahat.
- b. Kesehatan psikologis (*psychological health*) : Cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- c. Tingkat aktivitas (*level of independence*) : Mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bahan obat atau tenaga kesehatan, kemampuan kerja.
- d. Hubungan sosial (*social relationship*) : Hubungan sosial, dukungan sosial, aktivitas seksual.

- e. Lingkungan (*environment*) : Keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja, transportasi, partisipasi dalam kegiatan rekreasi.
- f. Spiritual/ agama/ kepercayaan (*spirituallity / religion/ personal beliefs*).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seperti yang dijelaskan oleh avis (2005, dalam Desita, 2010 dalam Lase, 2011) menyatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Faktor tersebut dibagi menjadi dua bagian. Bagian yang pertama adalah *sosiodemografi* yaitu jenis kelamin, umur, suku atau etnik, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan. Bagian kedua adalah medis yaitu lama, stadium penyakit, dan penatalaksanaan medis yang dijalani.

Menurut Ghozally (Larasati, 2009) factor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diantaranya :

a. Jenis kelamin

Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

b. Usia

Wagner, Abbor, dan Lett (2004) menemukan terdapat perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

c. Pendidikan

Pendidikan juga merupakan factor kualitas hidup, sena dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl dkk (2004) menemukan bahwa

kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Barbareschi, Sanderman, Leegte, Veldhuisen dan Jaarsma (2011) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu factor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingginya signifikansi perbandingan dari pasien yang berpendidikan tinggi meningkat dalam keterbatasan fungsional yang berkaitan dengan masalah emosional dari waktu ke waktu dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah serta menemukan kualitas yang lebih baik bagi pasien yang berpendidikan tinggi dalam domain fisik dan fungsional, khususnya dalam fungsi fisik, energy/kelelahan, social fungsi, dan keterbatasan dalam peran berfungsi terkait dengan masalah emosional.

d. Pekerjaan

Hultman, Hemlin, dan Hornquist (2006) menunjukkan dalam hal kualitas hidup juga diperoleh dari hasil penelitian yang tidak jauh berbeda dimana individu yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan individu yang tidak bekerja.

e. Status pernikahan

Glenn dan Weaver melakukan penelitian empiris di Amerika, secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda atau duda akibat pasangan meninggal (Venhoven, 1989).

f. Financial

Pada penelitian Hultman, Hemlin dan Hornquist (2006) menunjukkan bahwa aspek financial merupakan salah satu aspek yang berperan penting mempengaruhi kualitas hidup yang tidak bekerja.

C. Kusta

1. Pengertian

Mansjoer *et al*, 2000 dalam Susanto (2013) kusta merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium leprae* (M. Leprae) atau biasa disebut juga dengan *Morbus Hansen* yang menyerang saraf perifer, kulit, dan organ lain seperti mukosa saluran nafas bagian atas, hati dan sumsum tulang kecuali susunan saraf pusat.

Kusta adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* yang menyerang saraf tepi, kulit dan jaringan tubuh lainnya kecuali susunan saraf pusat (Depkes RI, 2006).

Chin, 2006 dalam Susanto penyakit kusta adalah penyakit infeksi kronis yang menyerang kulit dan saraf tepi yang disebabkan oleh bakteri.

2. Etiologi

Penyakit kusta adalah penyakit kulit yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae* (M. Leprae) hidup intraseluler dan mempunyai afinitas yang besar pada sel saraf (*Schwan cell*) dan sel dari sistem retikulo endotelial. Waktu pembelahannya sangat lama, yaitu 2-3 minggu. Di luar tubuh manusia (dalam kondisi tropis) kuman kusta dari sekret nasal dapat bertahan sampai 9 hari. Pertumbuhan optimal *in vivo* kuman kusta pada tikus pada suhu 27^o-30^oC (Kemenkes RI, 2012).

3. Patofisiologi

Penyakit kusta dapat ditularkan dari penderita kusta tipe MB kepada orang lain secara langsung. Cara penularan penyakit ini masih belum diketahui secara pasti, tetapi sebagian besar para ahli berpendapat bahwa penyakit kusta dapat ditularkan melalui saluran pernafasan dan kulit.

Kusta mempunyai masa inkubasi 2-5 tahun, akan tetapi dapat juga berlangsung sampai bertahun-tahun. Meskipun cara masuk kuman *M. leprae* ke dalam tubuh belum diketahui secara pasti, namun beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa yang paling sering adalah melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan pada mukosa nasal. Selain itu penularan juga dapat terjadi apabila kontak dengan penderita dalam waktu yang sangat lama (M. Arif, 2000).

Setelah *mikrobakterium leprae* masuk ke dalam tubuh, perkembangan penyakit kusta bergantung pada kerentanan seseorang. Respon setelah masa tunas dilampaui tergantung pada derajat sistem imunitas seluler (*celuler midialet immune*) pasien. Kalau sistem imunitas seluler tinggi, penyakit berkembang ke arah tuberkuloid dan bila rendah berkembang ke arah lepromatosa. *mikrobakterium leprae* berpredileksi di daerah-daerah akral. Derajat penyakit tidak selalu sebanding dengan derajat infeksi karena imun pada tiap pasien berbeda (Corwin, 2000).

4. Penularan

Sampai saat ini hanya manusia satu-satunya yang dianggap sebagai sumber penularan walaupun kuman kusta dapat hidup pada *armadillo*, simpanse dan pada telapak kaki tikus yang tidak mempunyai kelenjar thymus (*athymic nude mouse*). (Susanto, 2013).

5. Tanda dan Gejala kusta

Lewis 2011 dalam buku susanto (2013) berpendapat bahwa masa inkubasi kusta adalah 6 bulan sampai 40 tahun lebih. Masa inkubasi rata-rata adalah 4 tahun untuk kusta tuberkuloid dan 10 tahun untuk kusta tuberkuloid dan 10 tahun untuk kusta lepromatosa.

Departemen Kesehatan RI (2006) dalam Susanto (2013) menyatakan bahwa tanda-tanda utama atau *cardinal sign*, yaitu:

- a. Lesi (kelainan) kulit yang mati rasa; kelainan kulit/lesi dapat berbentuk bercak keputih-putihan (*hypopigmentasi*) atau kemerah-merahan (*erithematous*) yang mati rasa (*anaesthesi*).
- b. Penebalan saraf tepi yang disertai dengan gangguan fungsi saraf; gangguan fungsi saraf ini merupakan akibat dari peradangan kronis saraf tepi (*neuritis perifer*). Gangguan fungsi saraf ini berupa gangguan fungsi sensoris, gangguan fungsi motoris, gangguan fungsi otonom. Gangguan fungsi sensori merupakan gangguan yang ditandai dengan keadaan mati rasa. Gangguan fungsi motoris merupakan gangguan yang ditandai dengan kelemahan otot (*parese*), atau kelumpuhan (*paralise*), sedangkan gangguan fungsi otonom merupakan gangguan yang ditandai dengan kulit kering retak-retak.
- c. Adanya bakteri tahan asam (BTA) di dalam kerokan jaringan kulit (BTA postif). Seseorang dinyatakan sebagai penderita kusta bilamana terdapat satu dari tanda-tanda utama diatas.

6. Klasifikasi

Penyakit kusta dapat di klasifikasikan berdasarkan manifestasi klinis (jumlah lesi, jumlah saraf yang terganggu), hasil pemeriksaan bakteriologi, pemeriksaan histopatologi dan pemeriksaan imunologi.

WHO (1982), mengklasifikasikan kusta menjadi 2 tipe yaitu tipe *Paucibacillary* (PB) dan *Multibacillary* (MB).

a) Kusat bentuk kering (*Paucibacillary*)

Kusta tipe ini biasa disebut dengan tipe *tuberkuloid* merupakan bentuk tidak menular. Kelainan ini berupa bercak keputihan sebesar uang logam atau lebih, jumlahnya biasanya hanya beberapa, sering

dipipi, punggung, paha atau lengan. Bercak tampak kering, perasaan kulit hilang sama sekali, kadang-kadang tepinya meninggi.

b) Kusta bentuk basah (*Multibacillary*)

Kusta tipe ini biasa disebut dengan *tipe lepromatosa* merupakan bentuk menular karena banyak kuman dapat ditemukan baik selaput lendir hidung, kulit maupun organ tubuh lain. Jumlah lebih sedikit dibandingkan kusta bentuk kering dan terjadi pada orang yang daya tahan tubuhnya rendah dalam menghadapi kuman kusta.

Kelainan kulit bisa berupa bercak kemerahan, bisa kecil-kecil dan tersebar diseluruh badan ataupun sebagai penebalan kulit yang luas (*infiltrat*) yang tampak mengkilap dan berminyak. Bila juga sebagai benjolan-benjolan merah sebesar biji jagung yang sebesar dibadan, muka dan daun telinga. Sering disertai rontoknya alis mata, menebalnya cuping telinga kecacatan pada bentuk ini umumnya terjadi pada fase lanjut dari perjalanan penyakit.

7. Kecacatan Kusta

Penyakit kusta tidak di tangani secara cepat dan cermat dapat menyebabkan cacat pada penderita kusta. Kemenkes RI (2012:123) menyebutkan bahwa diduga kecacatan akibat penyakit kusta bisa terjadi melalui dua proses, yaitu:

- a. Infiltrasi langsung *M.leprae* kesusunan saraf tepi dan organ (misalnya: mata)
- b. Melalui reaksi kusta.

WHO (1988) membagi derajat cacat kusta dalam 3 tingkat kecacatan:

Derajat cacat	Cacat pada tangan	Cacat pada mata
---------------	-------------------	-----------------

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

kusta	dan kaki	
Tingkat 0	tidak ada anestesi dan kelainan anatomis	tidak ada kelainan termasuk visus
Tingkat 1	ada anestesi tanpa kelainan anatomis	ada kelainan pada mata, tetapi tidak terlihat, visus sedikit berkurang
Tingkat 2	terdapat kelainan anatomis	ada lagofthalmus dan visus sangat terganggu

Kecacatan akibat kerusakan syaraf tepi dapat dibagi menjadi 3 tahap (Wisnu,2003:83).

- 1) Tahap I. Terjadi kelainan pada syaraf, berbentuk penebalan syaraf, nyeri tanpa gangguan fungsi gerak namun telah terjadi gangguan sensorik.
- 2) Tahap II. Terjadi kerusakan pada syaraf timbul paralisis tidak lengkap, paralisis awal termasuk pada otot kelopak mata, otot jari tangan, dan otot kaki. Pada stadium ini masih dapat terjadi pemulihan kekuatan otot. Bila berlanjut dapat terjadi luka (Di mata, tangan dan kaki) dan kekakuan sendi.
- 3) Tahap III. Terjadi penghancuran syaraf. Kelumpuhan akan menetap.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

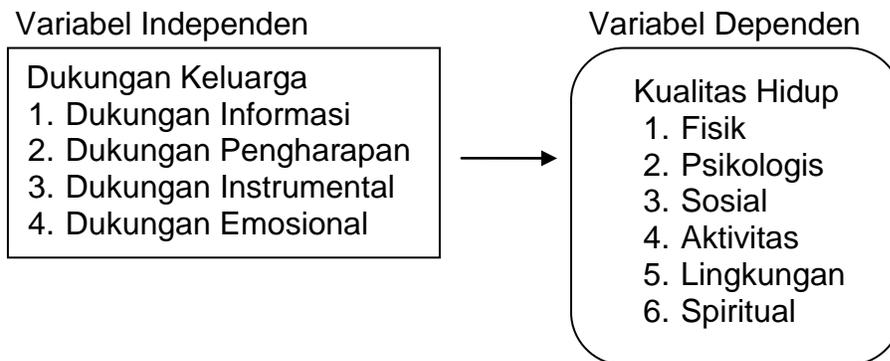
A. Kerangka Konseptual

Dukungan keluarga merupakan suatu tindakan dari anggota keluarga yang bersifat nyata berupa informasi verbal maupun non verbal untuk memberikan dukungan dan kesan agar berpengaruh pada tingkah lakunya yang di dukung oleh beberapa fungsi dukungan seperti dukungan informasional, dukungan pengharapan, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Berdasarkan tinjauan pustaka, kualitas hidup merupakan persepsi individu dalam hidup ditinjau dari konteks budaya, standar hidup, harapan, kesenangan yang menggambarkan kemampuan individu untuk

memaksimalkan fungsi fisik, sosial, psikologis dan pekerjaan yang merupakan indikator kemampuan beradaptasi dalam kehidupan seseorang.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian yang digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut :



Gambar 3. 1 Bagan Kerangka Konsep

B. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka dan juga kerangka konsep di atas maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta di Ruang Poliklinik Rumah Sakit dr. Tadjudin Chalid Makassar.

C. Definisi Operasional

Tabel 3. 1. Definisi operasional variabel penelitian

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Parameter	Cara Ukur	Skala Ukur	Skor

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

1	Variabel independen Dukungan Keluarga	Segala bentuk dan jenis perhatian yang diberikan oleh keluarga kepada pasien kusta, baik secara fisik maupun psikososial.	Dukungan informasi Dukungan pengharapan Dukungan instrumental Dukungan emosional	Kuesioner	Ordinal	<p>Baik:</p> <p>Jika total skor jawaban 36-66</p> <p>Kurang:</p> <p>Jika total skor jawaban 0-33</p>
2	Variabel dependen Kualitas Hidup	Persepsi subjektif dari pasien tentang kesehatannya.	5 dimensi Kualitas Hidup : - Fisik - Psikologis - Sosial - Aktivitas - Lingkungan - Spiritual	Kuesioner	Ordinal	<p>Baik:</p> <p>Jika total skor jawaban 21-40</p> <p>Kurang:</p> <p>Jika total skor jawaban 0-20</p>

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* yang tergolong dalam jenis penelitian *non-eksperimental*. Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan *cross sectional* yaitu pengumpulan data baik variabel independen maupun dependen dilakukan secara bersama-sama. Untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta (Sugiyono, 2013).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Inap dan Poliklinik Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini dengan pertimbangan bahwa di Rumah Sakit ini cukup banyak pasien kusta yang dibutuhkan untuk dijadikan sampel, dan belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas klien kusta.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai pada bulan Januari 2017

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien kusta yang berobat di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar, sebesar 1.587 orang pada tahun 2016.

2. Sampel

Pada penelitian ini sampel diambil dari semua penderita kusta yang berada di Rumah Sakit dr. Tadjuddin chalid makassar dan memenuhi kriteria. Penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* yaitu teknik sampling yang tidak memberi peluang yang sama bagi seluruh anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, dengan pendekatan *sampling insidental* adalah tehnik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu dirawat dipoliklinik siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, bila dipandang yang kebetulan cocok sebagai sumber data (sugiyono, 2014) sehingga jumlah sampel diperlukan terpenuhi, jumlah sampel didapatkan 300 dengan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

menggunakan rumus besar sample Issac dan Michael (Zainuddin. M, 2000) sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2 (N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q} \\
 &= \frac{1.587 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 (1.587-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\
 &= \frac{1.587 \cdot 3,8416 \cdot 0,25}{0,0025 (1.586) + 3,8416 \cdot 0,25} \\
 &= \frac{1.524,1548}{3,968 + 0,9604} = \frac{1.524,1548}{4,9284} = 300 \text{ Responden.}
 \end{aligned}$$

Keterangan :

N = Perkiraan besar populasi

n = Jumlah sampel

Z = Nilai standar Nominal (1,96)

P = Perkiraan populasi

d = Taraf signifikan yang dipilih = (5% = 0,05)

Dalam penelitian ini untuk pengambilan sampel digunakan juga kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria inklusi

- 1) Klien yang pernah mendapatkan pengobatan kusta
- 2) Klien masih melakukan pengobatan.

b. Kriteria eksklusi:

- 1) Seseorang yang memiliki penyakit kusta dan memiliki gangguan jiwa.
- 2) Klien kusta yang tidak bisa membaca.

D. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini baik variabel bebas (independen) maupun variabel terikat (dependen) dilakukan menggunakan kuesioner secara langsung pada responden, kuesioner berisi pertanyaan dan pernyataan yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan pada dukungan keluarga dan kualitas hidup klien kusta. kuesioner peneliti terdiri dari:

1. Data Demografi

Data demografi meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir.

2. Kuesioner Dukungan Keluarga: Ria Karmita (Universitas Esa Unggul)

Kuesioner untuk mengukur dukungan keluarga terhadap klien kusta. Kuesioner terdiri dari 22 pernyataan dengan menggunakan skala *likert* sebagai berikut standar penilaian dukungan keluarga adalah baik jika total skor jawaban 36-66 dan kurang jika total skor jawaban 0-33 dengan pilihan jawaban sangat sering = 3, sering = 2, kadang-kadang = 1, tidak pernah = 0.

3. Kuesioner Kualitas Hidup

Pertanyaan terdiri dari 20 item pernyataan masing-masing akan diberi skor sebagai berikut:

a. Terdapat 18 pernyataan positif dalam nomor (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 sampai dengan 20)

1) Jawaban selalu (2)

2) Jawaban kadang-kadang (1)

3) Jawaban tidak pernah (0)

b. Terdapat 2 pertanyaan negatif di dalam nomor (14,19)

E. Pengumpulan Data

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Dalam penelitian ini data dikumpulkan melalui beberapa prosedur, dimana sebelum melakukan penelitian peneliti mengirim surat kepada pihak Rumah Sakit dr. Tajuddin Chalid untuk memperoleh izin melakukan penelitian di rumah sakit dr. Tajuddin chalid. Setelah mendapatkn izin meneliti dari pihak rumah sakit maka penelitian dilakukan. Adapun beberapa etika yang harus diperhatikan dalam penelitian yaitu:

1. *Informed conent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak akan memaksakan dan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti, data yang diambil hanya kelompok tertentu dan sesuai dengan kebutuhan peneliti.

3. *Benefit*

Peneliti berusaha memaksimalkan manfaat penelitian dan memaksimalkan kerugian yang timbul akibat penelitian ini.

4. *Justice*

Semua responden yang akan ikut penelitian diperlakukan secara adil dan diberikan hak yang sama.

5. Data-data yang dikumpulkan berupa:

a) Data Primer

Data primer merupakan data yang secara langsung diperoleh dari subjek yang diteliti. Aplikasinya dalam penelitian ini adalah melalui penyebaran kuesioner kepada responden yang menjadi sampel penelitian.

b) Data Sekunder

Data sekunder diperoleh melalui informasi yang diberikan oleh petugas poliklinik dan ruang rawat inap, identitas responden, dan data rekam medik dari Rumah Sakit dr. Tajuddin Chalid Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Analisis data merupakan bagian dari suatu penelitian, di mana tujuan dari analisis data ini adalah agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisa dengan menggunakan program computer.

Adapun langkah-langkah pengolahan data menurut Hidayat (2009) meliputi:

1. Editing

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar.

2. Coding

Coding dilakukan untuk memudahkan pengelolaan data dan semua data perlu disederhanakan dengan cara memberikan simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. Processing data

Processing dilakukan agar data dapat dianalisis. Processing data dilakukan dengan cara memasukan data (data entry) dari kuesioner paket program komputer yang dapat digunakan untuk pemrosesan data.

4. Cleaning data

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukan (entry) apakah ada kesalahan atau tidak.

G. Analisis Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan uji statistik yaitu dengan menggunakan metode komputer.

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi dan presentasi dari setiap variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menjelaskan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan uji statistik non parametric yaitu *chi-square* dengan nilai kemaknaan $\alpha=0,05$. Dengan interpretasi sebagai berikut:

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a di terima dan H_o ditolak, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, maka H_o di terima dan H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar di Poliklinik tanggal 23 Januari 2017 sampai dengan 23 Februari 2017. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik *insidental sampling*, dengan jumlah sampel 300 responden.

Pengumpulan data ini menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengolahan data dengan menggunakan *computer program SPSS for windows versi 21*, kemudian dilanjutkan dengan uji statistik *Chi Square*. Adapun ketentuan terhadap hubungan, apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_o ditolak, artinya ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Dengan prakasa Menteri Kesehatan tahun 1980 dan menginstrusikan kepada Direktorat Jendral Pelayanan Medik dan Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular untuk mendirikan Rumah Sakit Kusta Makassar.

Adapun alasan Menteri Kesehatan perlunya membangun Rumah Sakit Kusta Makassar adalah antara lain:

- a. Banyaknya penderita kusta diprovinsi lain (Kalimantan, Maluku, NTT, NTB da lain-lain)
- b. Prevalensi penyakit kusta cukup tinggi di Sulawesi Selatan dan Kawasan Timur Indonesia (KTI) pada umumnya.

Untuk membangun Rumah Sakit Kusta Makassar, Departemen Kesehatan memperoleh rekomendasi dari WHO, maka pada saat itu Menteri Kesehatan RI mengeluarkan surat keputusan Nomor: 568/Menkes/SK/XII/1998 tertanggal 24 Desember 1982 sebagai dasar untuk membangun Rumah Sakit Kusta Ujung Pandang yang merupakan

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

unit organik dalam lingkungan Departemen Kesehatan yang berada dan bertanggungjawab langsung kepada Direktorat Jendral Pelayanan Medik.

Pada tahun 2001 Rumah Sakit Kusta Pembina Ujung Pandang berubah nama menjadi Rumah Sakit Kusta Regional Makassar seiring dengan perubahan nama kotamadya Ujung Pandang menjadi Makassar. Pada tahun 2008 nama Rumah Sakit Kusta Makassar dirasakan sudah tidak sesuai dengan perkembangan, sehingga perlu dilakukan perubahan khususnya dalam pengembangan pelayanan sekunder dan tersier. Dengan pertimbangan jasa dan sejarahnya sbagai penderi Rumah Sakit Kusta Makassar, maka diabadikanlah nama dr. Tadjuddin Chalid, MPH sebagai nama baru Rumah Sakit Kusta Makassar sesuai SK Menkes No. 297/Menkes/SK/III/2008.

Setahun kemudian RS. Dr. Tadjuddin Chalid ini mengalami peningkatan kelas pelayanan menjadi Rumah Sakit Khusus dengan klasifikasi Rumah Sakit khusus kelas A, sejalan dengan peningkatan fasilitas dan pembangunan yang terus meningkat. Peningkatan di bidang administrasi keuangan juga mengalami perubahan, Menteri Kesehatan melalui surat tanggal 30 Desember 2008 telah mengajukan permohonan agar Rumah Sakit Kusta dr. Tadjuddin Chalid di tetapkan sebagai instansi Pemerintahan yang menerapkan PK-BLU.

Pada tahun 2010 untuk meningkatkan mutu, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka pelayanan medis yang diberikan harus sesuai standar profesi, prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien. Sehingga Dirjen Bina Pelayanan Medik Kemenkes RI menganggap perlu menetapkan melalui SK No. HK.03.05/I/2835/10 tentang ijin melaksanakan Pelayanan Kesehatan Umum di Rumah Sakit Kusta dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

Adapun visi misi Rumah Sakit Kusta dr. Tadjuddin Chalid Makassar adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi rumah sakit terdepan dalam pelayanan rehabilitasi.

b. Misi

1) Menjadi Pusat Pendidikan Pelatihan dan Pengembangan Rehabilitasi.

2) Meningkatkan Profesionalisme dalam Bidang Pelayanan Kesehatan dan Manajemen Rumah Sakit.

3. Karakteristik Responden

a. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-laki	238	72,3
Perempuan	62	20,7
Total	300	100

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari hasil penelitian diperoleh distribusi data responden berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki sebanyak 238 responden (73,3%) dan perempuan sebanyak 62 responden (20,7%).

b. Berdasarkan Kelompok Usia

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Usia pada Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Kelompok Usia	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Remaja	39	13,0
Dewasa	165	55,0
Lansia	96	32,0
Total	300	100

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan table 5.2 menunjukkan bahwa dari 300 responden kelompok usia tertinggi berada pada kategorik dewasa sebanyak 165 (55,0%) responden dan kelompok usia terendah berada pada kategorik remaja 39 (13,0) responden.

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
SD	254	84,7
SMP	14	4,7
SMA	27	9,0
Perguruan Tinggi	4	1,3
Total	300	100,0

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan table 5.3 menunjukkan bahwa dari 300 responden data jumlah pendidikan terakhir responden tertinggi adalah SD 254 orang

(84,7%) dan jumlah pendidikan terakhir responden dengan jumlah terendah adalah Perguruan Tinggi 4 orang (1,3%).

d. Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Status Perkawinan
Klien Kusta di Rumah Sakit
dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Status Perkawinan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Menikah	218	72,7
Tidak Menikah	82	27,3
Total	300	100,0

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan table 5.4 menunjukkan bahwa dari 300 orang responden berdasarkan status perkawinan pada status Menikah sebanyak 218 orang (72,7%) dan pada status Tidak Menikah sebanyak 82 orang (27,3%).

e. Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada
Klien Kusta di Rumah Sakit
dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Buruh	275	91,7
Wiraswasta	24	8,0
Pegawai Swasta	1	3

Total	300	100,0
--------------	------------	--------------

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan table 5.5 menunjukkan bahwa dari 300 responden, jumlah pekerjaan tertinggi berada pada status pekerjaan lainnya 275 orang (91,7%) dan jumlah terendah pada status pegawai swasta 1 orang (3%).

1. Hasil Analisa Variabel Penelitian

a. Analisis Univariat

1) Dukungan Keluarga

Tabel 5.6

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga pada Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Dukungan Keluarga	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	257	85,7
Kurang	43	14,4
Total	300	100,0

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan table 5.6 menunjukkan bahwa dari 300 responden diperoleh 257 orang (85,7%) dengan dukungan keluarga kategorik baik, 43 orang (14,4%) dengan dukungan keluarga kategorik kurang.

2) Kualitas Hidup

Tabel 5.7

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup pada Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Baik	231	77,0
Kurang	69	23,0
Total	300	100,0

Sumber : data primer, 2017

Berdasarkan table 5.7 menunjukkan bahwa dari 300 orang responden diperoleh 231 orang (77,0%) memiliki kualitas hidup yang baik dan 69 orang (23,0%) memiliki kualitas hidup yang kurang.

b. Analisis Bivariat

Tabel 5.8
Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas
Hidup pada Klien Kusta di Rumah Sakit
dr. Tadjuddin Chalid Makassar

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup				Total		P value
	Baik		Kurang		N	%	
	f	%	f	%			
Baik	204	197,9	53	59,1	257	257,0	0,017
Kurang	27	33,1	16	9,9	43	43,0	
Total	231	231,0	69	69,0	300	100	

Sumber : data primer, 2017

Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta yang masih melakukan rawat jalan di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar, diperoleh dari 300 responden didapatkan dukungan keluarga yang baik dengan kualitas hidup baik sebanyak 207 (204,5%) responden, dukungan keluarga yang baik dengan kualitas hidup kurang sebanyak 53 (55,5%) responden. Dukungan keluarga yang kurang dengan kualitas hidup baik sebanyak 29 (31,5%) responden, sedangkan dukungan keluarga yang kurang dengan kualitas hidup kurang sebanyak 11 (8,5%) responden.

Analisa ini menggunakan uji statistik Chi Square, Hasil uji statistik diperoleh dengan nilai $p=0,017$ dimana nilai $\alpha=0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa $p<\alpha$. Hal ini menunjukkan bahwa Hipotesis Alternatif (H_a) diterima dan Hipotesis nol (H_o) ditolak, berarti ada hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup klien kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.8.

B. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pasien klien kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Hal ini terlihat dari hasil p value 0,017, dengan nilai $\alpha=0,05$.

Teori dari *WHO* yang terus berkembang sejak tahun (1991) yang mengatakan kualitas hidup sangat berkaitan dengan beberapa aspek penting salah satunya yaitu dukungan sosial keluarga. Terjadinya kusta pada seseorang dapat menyebabkan kecacatan permanen pada alat gerak berupa kelumpuhan. Perubahan fisik yang sering dialami pasien adalah kelumpuhan alat gerak dan gangguan psikologis yang merupakan bagian dari kualitas hidup (Susanto, 2013), sehingga dukungan keluarga bagi pasien kusta sangat penting untuk membantu dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien yang seringkali membutuhkan waktu yang lama (Wurtiningsih, 2012).

Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam menghadapi masalah, salah satunya dalam menghadapi penyakit yang menyerang salah satu anggota keluarga. Dukungan keluarga secara langsung dapat menurunkan tingkat stress yang diakibatkan oleh suatu penyakit dan secara tidak langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan individu atau keluarga. Dukungan keluarga yang dapat diberikan seperti dukungan informasional

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

sehubungan mengenai penyakit kusta itu sendiri, dukungan emosional yaitu memberi perhatian dan motivasi, dukungan instrumental yaitu bagaimana keluarga memberikan bantuan dan fasilitas untuk membantu pasien selama masa perawatan seperti penyediaan dana kesehatan dan kesediaan keluarga menggantikan pekerjaan rumah yang biasa dilakukan penderita sebelum sakit, serta dukungan penghargaan yang merupakan hal penting dalam keluarga dimana dengan dukungan penghargaan, seseorang menyatakan penghargaan dan penilaian positif bagi orang lain (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga yang dimiliki oleh seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan. Pendapat diatas diperkuat oleh pernyataan dari *Commission on the Family* (1998, dalam Dolan dkk, 2006) bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang berada dalam lingkungan yang penuh dengan tekanan. Tanpa dukungan keluarga pasien akan sulit sembuh, mengalami perburukan dan sulit untuk bersosialisasi. Dukungan keluarga sangat memainkan peran yang bersifat mendukung selama penyembuhan dan pemulihan anggota keluarga yang sakit.

Penelitian yang pernah dilakukan Nurmasyithah (2014) Dukungan keluarga berperan penting untuk dapat memberikan penguatan kepada penderita kusta, salah satu bentuk penguatan yang dapat diberikan adalah bentuk dukungan emosional, dukungan emosional yang diberikan keluarga kepada penderita kusta memberikan perasaan aman dan nyaman saat di tengah-tengah keluarga. Perasaan berharga dalam diri seseorang yang

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

dalam hal ini penderita kusta akan berdampak pada kualitas hidupnya, dimana perasaan berharga dan dicintai keluarga akan menimbulkan perasaan bahagia dan sejahtera.

Menurut pendapat peneliti dari 300 responden untuk dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup baik sebanyak 204 (197,9%). Christine (2010) hal ini dikarenakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Untuk anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling menerima dan mendukung. Setiap anggota keluarga yang mendapat kasih sayang dan dukungan, maka kemampuannya untuk memberi akan meningkatkan sehingga tercipta hubungan yang hangat dan saing mendukung. Saling menghargai, dengan mempertahankan iklim yang positif dimana setiap anggota keluarga baik orang tua maupun anak diakui dan dihargai keberadaan dan haknya di dalam sebuah keluarga sehingga dukungan keluarga membuat kualitas hidup responden cenderung memilih kategori baik.

Sedangkan untuk dukungan keluarga kurang dengan kualitas hidup kurang sebanyak 16 (9,9%) responden memilih kategori kurang, hal ini disebabkan kurangnya perhatian yang diberikan keluarga terhadap penderita. (Akhmadi, 2010). penguatan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada individu. Dukungan ini terjadi jika ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak berbicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif terhadap orang lain, misalnya orang yang kurang mampu.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Hasil penelitian dari 300 responden didapatkan dukungan keluarga baik dengan kualitas hidup kurang yaitu 53 (59,1%) responden. Sementara itu peneliti sebelumnya, Rahayuningsih (2012) menyatakan bahwa kualitas hidup penderita kusta menunjukkan kualitas hidup kurang baik apabila ada faktor-faktor yang berkontribusi terhadap penurunan skor kualitas hidup adalah adanya *perceive stigma*, adanya kecacatan kusta selanjutnya *perceive stigma* merupakan variabel yang memiliki hubungan paling kuat dengan penurunan kualitas hidup penderita kusta, sehingga dukungan keluarga bagi pasien kusta sangat penting untuk membantu dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi pasien yang seringkali membutuhkan waktu yang lama. Menurut asumsi peneliti ada faktor-faktor yang mempengaruhi menurunnya kualitas hidup pasien kusta salah satu faktornya adalah *felt stigma* atau stigma yang berasal dari dalam diri penderita seperti ketakutan dan kekhawatiran akan diskriminasi, penolakan, kehilangan pekerjaan, pelecehan fisik yang dirasakan seseorang oleh karena sesuatu yang diderita atau kondisi tertentu yang dialaminya. *Perceived* stigma merupakan fenomena yang dampaknya luas dimana dapat mengganggu kehidupan seseorang dan juga dapat menurunkan kualitas hidup seseorang.

Dari penelitian ini juga terdapat 27 responden (33,1%) yang memiliki dukungan keluarga kurang dengan kualitas hidup baik. Hal ini sejalan dengan peneliti sebelumnya bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup laki-laki dan perempuan, karena kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik dari pada kualitas hidup perempuan secara umum kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik (Bain,dkk 2013). Menurut asumsi peneliti apabila seseorang memiliki dukungan keluarga kurang tetapi kualitas

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

hidup baik itu dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor internal maupun eksternal, karena pendekatan yang holistik yang menekan semua aspek termasuk aspek hubungan seseorang dengan keluarga, lingkungan, kesempatan untuk memelihara kemampuan yang ada faktor inilah yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

Selain dukungan keluarga ada pula faktor-faktor lain yang perlu diperhatikan yang dapat mempercepat masa penyembuhan klien kusta seperti penderita cepat mendapat tindakan keperawatan dan keberhasilan program rehabilitasi setelah masa perawatan secara intensif di rumah sakit. Menjadi tugas ahli rehabilitasi medik untuk menetapkan program rehabilitasi apa yang harus dilakukan oleh pasien karena program pemulihan yang mereka alami berbeda-beda. Disamping itu diperlukan juga kerja sama antara dokter ahli saraf dan ahli-ahli yang lain terkait kecacatan yang dialami penderita. Peran dan dukungan keluarga dalam proses penyembuhan sangatlah penting sehingga mereka termotivasi untuk sembuh. Semakin sering dukungan anggota keluarga seseorang, maka akan semakin tinggi pula respon seseorang terhadap pentingnya menjaga kesehatan, termasuk menjaga pola hidup sehat. Sehingga hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup klien kusta, maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup klien kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar berada pada kualitas hidup baik.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data penelitian yang telah dilakukan terhadap 300 responden dari tanggal 23 Januari sampai 23 Februari 2015, maka disimpulkan bahwa:

1. Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar memiliki dukungan keluarga yang dominan pada kategori baik.
2. Klien Kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar memiliki kualitas hidup yang dominan pada kategori baik.
3. Ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup klien kusta di Rumah Sakit dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

B. Saran

1. Bagi Keluarga

Diharapkan melalui pendampingan keluarga sebagai wadah untuk menjaga keharmonisan dalam keluarga sehingga selalu tercipta rasa cinta kasih dan saling menyayangi.

2. Bagi Perawat

Sebagai acuan bagi perawat untuk selalu memberikan dukungan kepada klien kusta dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan BHSP (bina hubungan saling percaya) yang baik agar pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya khususnya bagi penderita kusta.

3. Bagi Pengelola Rumah Sakit

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

Di harapkan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan untuk dapat memberikan penyuluhan terkait dengan pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup dengan cara memberikan pengarahan, bimbingan serta pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun pasien sendiri baik itu pada saat pasien menjalani program pengobatan ataupun secara luas.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk dapat melakukan penelitian terkait dengan dukungan keluarga yang meliputi empat elemen yaitu dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan penilaian dan dukungan instrumental. Dari keempat elemen dukungan keluarga tersebut yang mana dapat meningkatkan kualitas hidup penderita kusta, dengan menggunakan desain penelitian kualitatif.

DAFTAR PUSTAKA

Akhmadi., (2010). *Dukungan Keluarga*. <http://www.rajawali.com>. diakses tanggal 24 September 2016.

Azwar., (2012). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Christine, Merlyn. (2010) *Dukungan Keluarga*. <http://repository.use.ac.id/> diakses tanggal 24 September 2016.

Dahlan, M. S., (2011). *Sattistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi dengan menggunakan SPSS*. Edisi 5. Jakarta : ECG

Desy., (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Self Efficacy Dalam Perawatan Penyakit Kusta Diwilayah Kerja Puskesmas Sumberbaru Kabupaten Jember*. <http://repository.unej.ac.id/123456789/75971>. diaskes Tanggal 24 september 2016

Dharma, K. K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Edisi Revisi. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Dinas Kesehatan Kota Makassar. *Profil Kesehatan Kota Makssar, Bidang P2PL*. Dinas Kesehatan Kota Makassar; 2013.

Dolan, Canavan & Pinkerton.(2006).*Family Support as Reflective Practice*. UK: Jessica Kingsley Publishers.

Eangelin, dkk., (2002). Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kecacatan Pada Penderita Kusta Di Kabupaten Bolaang Mongondow.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

<http://www.ejournalhealth.com/index.php/paradigma/article/view/30>. diaskes Tanggal 25 September 2016.

Euis Rahayuningsih., (2012). *Analisis Kualitas Hidup Penderita kusta Di Puskesmas Kedaung Wetan Kota Tangerang*. [Http://lib.ui.ac.id](http://lib.ui.ac.id). diaskes Tanggal 24 september 2016

Friedman, M., (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. Jakarta: EGC.

Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC

Hidayat, A. Aziz Alimul., 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Kemenkes RI, 2012. *Pedoman Nasional Program Pengendalian Penyakit Kusta*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jendral Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan.

Nurmasyithah., (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Leprae Di Puskesmas Trienggadeng Kabupaten Pidie Jaya*. <http://etd.unsyiah.ac.id/baca/index.php?id=11315&page=1>. diaskes Tanggal 11 Februari 2017.

Nursalam., 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

- Nursalam., 2013., *Metodologi Penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, Arif. 2000., *Kapita Selekta Kedokteran*. Cetakan III. Medis Aesculapius. Jakarta.
- Padila., 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2012. Surabaya; Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Dinkes Kota Surabaya
- Saogi., (2013). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Perawatan Diri Pada Penderita Kusta di RS DR. Tadjuddin Chalid Makassar*. diakses tanggal 24 September 2016
- Sugiyono., 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. Bandung: IKAPI
- Sugiyono., 2014. *Metode Penelitian Kombinasi*. Bandung: IKAPI
- Susanto., 2013. *Perawatan Klien Kusta Di Komunitas*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Zaidatul., (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Penderita Kusta Di Dua Wilayah Tertinggi Kusta Di Kabupaten Jember*. <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/3289>. diaskes Tanggal 26 September 2016.