

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Kusta

a. Pengertian Kusta

Penyakit kusta, yang disebut morbus Hansen atau leprae dalam dunia kedokteran, merupakan suatu penyakit menular menahun yang disebabkan *Mycobacterium leprae*. Walaupun termasuk penyakit menular, penyakit kusta tidak termasuk dalam penyakit yang sangat infeksius. Seseorang dapat terkena penyakit kusta apabila melakukan kontak berkala dengan pasien kusta yang tidak diobati, yaitu melalui droplet yang berasal dari mulut atau hidung penderita tersebut (Hidayat dan Lystiawan, 2013).

Deteksi untuk mengetahui penularan penyakit kusta bukanlah hal yang mudah karena masa inkubasi yang diperlukan hingga timbulnya gejala adalah lima tahun, bahkan terkadang gejala baru muncul setelah 20 tahun. Selain menimbulkan kelainan berupa nodul pada kulit, kusta juga dapat menyebabkan gangguan saraf berupa hilangnya kemampuan sensoris. Jika tidak diobati, penyakit tersebut dapat menimbulkan kerusakan saraf, atrofi otot, serta kecacatan permanen. Penderita kusta yang mengalami cacat akan kehilangan kemandirian

untuk melakukan aktivitas sehingga menambah beban dari penyakit itu sendiri (Hidayat dan Lystiawan, 2013).

b. Penyebab

Menurut Kosasih *et all.*, (dalam Juanda, 2006) penyebab munculnya penyakit kusta adalah bakteri *Mycobacterium leprae* yang ditemukan pertama kali oleh G. H. Armauer Hansen pada tahun 1873. Bakteri ini masuk ke dalam tubuh manusia melalui luka pada permukaan kulit atau bisa juga melalui droplet yang dihembuskan dari saluran pernafasan. Menurut Sehgal (2001) dalam Juanda (2006) mengatakan bahwa *Mycobacterium leprae* memiliki ciri-ciri yaitu tahan asam, bersifat gram positif, berbentuk batang, lebar 0,3-0,4 mikrometer, panjang 2-7 mikrometer, dan hidup di dalam sel yang banyak mengandung lemak dan lapisan lilin. *Mycobacterium leprae* membelah dalam kurun waktu 21 hari, sehingga menyebabkan masa tunas yang sangat lama yaitu 4 tahun. Munculnya penyakit kusta tersebut ditunjang oleh cara penularan.

c. Cara Penularan

Cara penularan penyakit kusta sampai sekarang masih belum diketahui dengan pasti, namun beberapa ahli mengatakan bahwa penyakit kusta menular melalui saluran pernafasan dan kulit (Chin, 2006).

Penyakit kusta tidak hanya ditularkan oleh manusia tetapi juga ditularkan oleh binatang seperti *armadillo*, monyet dan *mangabey*.

Mycobacterium leprae hidup pada suhu rendah. Bagian tubuh manusia yang memiliki suhu lebih rendah yaitu mata, saluran pernafasan bagian atas, otot, tulang, testis, saraf perifer dan kulit. Penyakit kusta yang telah menular akan menimbulkan tanda dan gejala pada penderita kusta. (Burn, 2010).

d. Tanda dan gejala

Menurut Departemen Kesehatan RI (2006), diagnosis penyakit kusta ditetapkan dengan cara mengenali *cardinal sign* atau tanda utama penyakit kusta yaitu:

- 1) bercak pada kulit yang mengalami mati rasa; bercak dapat berwarna putih (*hypopigmentasi*) atau berwarna merah (*erithematous*), penebalan kulit (*plak infiltrate*) atau berupa nodul-nodul. Mati rasa dapat terjadi terhadap rasa raba, suhu, dan sakit yang terjadi secara total atau sebagian.
- 2) penebalan pada saraf tepi yang disertai dengan rasa nyeri dan gangguan pada fungsi saraf yang terkena. Saraf sensorik mengalami mati rasa, saraf motorik mengalami kelemahan otot (*parese*) dan kelumpuhan (*paralisis*), dan gangguan pada saraf otonom berupa kulit kering dan retak-retak.
- 3) pemeriksaan hapusan jaringan kulit dihasilkan yaitu bakteri tahan asam (BTA) positif.

Penegakan diagnosis penyakit kusta harus menggunakan salah satu dari tanda-tanda utama di atas dan yang menjadi diagnosis pasti

yaitu ditemukannya BTA pada jaringan kulit. Bila terdapat penderita yang ragu-ragu, penderita tersebut harus periksa ulang setiap tiga bulan sampai diagnosis pasti diketahui (Zulkifli, 2005).

Gejala pada penderita kusta yang dapat ditemukan biasanya penderita mengalami demam dari derajat rendah hingga menggigil, nafsu makan menurun, mual dan kadang-kadang diikuti dengan muntah. Penderita kusta juga mengalami sakit kepala, kemerahan pada testis, radang pada pleura, radang pada ginjal, terkadang disertai penurunan fungsi ginjal, pembesaran hati dan empedu, serta radang pada serabut saraf. Tanda dan gejala penyakit kusta berbeda-beda tergantung pada jenis penyakit kusta (Zulkifli, 2005).

e. Klasifikasi kusta

Klasifikasi penyakit kusta menurut Depkes (2006) yaitu dibagi menjadi tipe *paucibacillary* (PB) dan *multibacillary* (MB). Tipe *paucibacillary* atau tipe kering memiliki ciri bercak atau makula dengan warna keputihan, ukurannya kecil dan besar, batas tegas, dan terdapat di satu atau beberapa tempat di badan (pipi, punggung, dada, ketiak, lengan, pinggang, pantat, paha, betis atau pada punggung kaki, dan permukaan bercak tidak berkerengat. Kusta tipe ini jarang menular tetapi apabila tidak segera diobati menyebabkan kecacatan (Sofianty, 2009).

Tipe yang kedua yaitu *multibacillary* atau tipe basah memiliki ciri-ciri berwarna kemerahan, tersebar merata diseluruh badan, kulit

tidak terlalu kasar, batas makula tidak begitu jelas, terjadi penebalan kulit dengan warna kemerahan, dan tanda awal terdapat pada cuping telinga dan wajah (Hiswani, 2008).

Menurut Burns, (2010), penyakit kusta diklasifikasikan berdasar pada skala Ridley dan Jopling yaitu tipe TT (*tuberculoid*), BT (*borderline tuberculoid*), BL (*borderline lepromatous*), dan LL (*lepromatosa*). Berdasarkan pada kondisi klinis, bakteriologis, imunologis dan histopatologinya, tipe-tipe kusta tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Klasifikasi penyakit kusta berdasarkan skala Ridley dan Jopling

	Tuberculoid (TT)	Borderline Tuberculoid (BT)	Borderline (BB)	Borderline lepromatous (BL)	Lepromatous (LL)
Lesi	1-3	Sedikit	Sedikit atau banyak dan asimetris	Banyak	Banyak dan simetris
Basil Smear	0	1+	2+	3+	4+
Tes lepromin	3+	2+	+	+	0
Histologi	Sel epitel berkurang-> kerusakan saraf, sarkoid seperti granuloma			Peningkatan histiocytes sel busa, granuloma, seperti xanthoma	
Gambaran klinis	Berupa makula, batasan jelas dan ditemukan lesi yang regresi dengan permukaan bersisik. Tipe kusta ini biasanya disertai kelemahan otot dan penebalan saraf perifer. Bentuk tipe kusta ini stabil dan mungkin berubah	Gangguan saraf yang ringan. Lesi pada tipe ini menyerupai lesi pada tipe <i>tuberculoid</i> (TT). Bentuk tipe kusta ini labil atau mudah berubah	Paling tidak stabil dengan lesi yang bervariasi baik ukuran, bentuk dan distribusinya	Lesi dan tipe kusta ini dimulai dengan infiltrate yang selanjutnya menyebar keseluruhan tubuh. Bentuk tipe <i>Borderline Lepromatous</i> tidak stabil atau mudah berubah	Lesi menetap dalam jumlah yang banyak dan berkilauan, lesi berbentuk bilateral

Sumber : *Andrew's disease of the skin: clinical Dermatology*; (Rohmatika. 2012).

f. Dampak kusta

1) bagi penderita kusta

Penyakit kusta akan berdampak kepada penderita kusta dari berbagai aspek dan juga berakibat pada kualitas hidup yang semakin menurun (Rao & Joseph, 2007).

a) Fisik

Aspek fisik penyakit kusta akan berdampak pada lesi di kulit dan kecacatan tubuh penderita (Suryanda, 2007 dalam Fadilah, 2013). *Mycobacterium leprae* sebagai bakteri penyebab penyakit kusta dapat mengakibatkan kerusakan saraf sensori, otonom, dan motorik. Pada saraf sensori akan terjadi anestesi sehingga terjadi luka tusuk, luka sayat, dan luka bakar. Pada saraf otonom akan terjadi kekeringan kulit yang dapat mengakibatkan kulit mudah retak-retak dan dapat terjadi infeksi sekunder. Pada saraf motorik akan terjadi paralisis sehingga terjadi deformitas sendi pada penderita kusta (Susanto, 2006).

Tabel 2. 2 Tingkat Kecacatan Kusta

Tingkat cacat		
Tingkat	Mata	Tangan/kaki
0	Penglihatan masih normal Tidak ada kelainan pada mata akibat kusta	Tidak ada anestesi Tidak ada cacat akibat kusta
1	Ada kelainan pada mata akibat kusta Penglihatan kurang terang (masih dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)	Ada anestesi tetapi tidak ada cacat
2	Penglihatan sangat kurang (tidak dapat menghitung jari pada jarak 6 meter)	Ada cacat/kerusakan kelihatan

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2006)

b) Psikologis

Paradigma masyarakat beranggapan bahwa penyakit kusta adalah penyakit keturunan, penyakit yang bisa menular lewat apapun, dan tidak bisa disembuhkan. Stigma masyarakat yang seperti itu akan membuat penderita kusta mengalami depresi dan bahkan ada keinginan untuk bunuh diri. Pertolongan pertama yang harus diberikan kepada penderita kusta adalah pada kesehatan psikologisnya selanjutnya baru pengobatan fisik (Bakrie, 2010).

c) Ekonomi

Kemiskinan adalah salah satu dampak dari penyakit kusta yang begitu besar. Perilaku penderita kusta cenderung negatif, diantaranya penderita kusta banyak yang menjadi pengemis dan pengangguran. Pengemis adalah pekerjaan utama mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penelitian juga menunjukkan bahwa penderita kusta yang menjadi pengemis akan berpotensi sebagai reservoir penularan infeksi penyakit kusta (Burns, 2010).

Penderita kusta yang yang berusia produktif yang mengalami kecacatan akan memberikan dampak yang negatif seperti pengangguran (Departemen Kesehatan RI, 2006).

d) Sosial

Penderita kusta sering terisolasi dari masyarakat, hidup sendiri, dan memiliki kesulitan dalam melakukan perawatan diri, aktivitas sehari-hari, penurunan produktivitas dan partisipasi sosial (Departemen Kesehatan RI (2006).

Masalah sosial muncul akibat ketakutan yang dialami penderita kusta di masyarakat (*leprophobia*), rendahnya pengetahuan, kurang bersosialisasi di masyarakat, dan stigma buruk di masyarakat, sehingga berakibat pada kurangnya peran serta masyarakat dalam pemberantasan penyakit kusta (Suryanda, 2007 dalam Susanto, 2010).

2) bagi keluarga

Depkes RI (2006) menyatakan bahwa penyakit kusta akan berdampak pada kelangsungan hidup keluarga. Dampak yang muncul dalam keluarga diantaranya keluarga panik saat salah satu anggota keluarga mendapat diagnosa kusta, berusaha untuk mencari pertolongan ke dukun, keluarga takut akan tertular penyakit kusta sehingga tidak jarang penderita kusta diusir dari rumah, keluarga takut diasingkan oleh masyarakat dan jika

anggota keluarga yang menderita kusta adalah kepala keluarga, akan berdampak pada sosial ekonomi keluarga tersebut.

Dampak yang dirasakan oleh keluarga akan mempengaruhi keluarga dalam memberikan perawatan kepada penderita kusta.

3) bagi masyarakat

Depkes RI (2006) menyatakan bahwa selain berdampak pada keluarga, kusta juga akan berdampak pada lingkungan masyarakat sekitar tempat tinggal penderita kusta. Dampak yang muncul yaitu masyarakat merasa jijik dan takut terhadap penderita kusta, masyarakat menjauhi penderita kusta dan keluarganya, dan masyarakat merasa terganggu dengan adanya penderita kusta sehingga berusaha untuk menyingkirkan dan mengisolasi penderita kusta.

Berdasarkan pada pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa dampak yang ditimbulkan akibat penyakit kusta sangat kompleks, baik bagi penderita kusta, keluarga maupun masyarakat. Hal ini akan memicu timbulnya stress dan depresi pada penderita kusta.

2. Depresi

a. Pengertian depresi

Menurut Kristanti (2009) depresi bukanlah gangguan emosional yang paling umum, melainkan suatu bentuk amarah dan rasa takut, sedangkan menurut Hadi (2004) depresi adalah suatu pengalaman yang menyakitkan atau suatu perasaan tidak ada harapan lagi. DR.

Jonatan Trisna dalam Hadi (2004) menyimpulkan bahwa depresi adalah suatu perasaan sendu atau sedih yang biasanya disertai dengan diperlambatnya gerak dan tubuh. Mulai dari perasaan murung sedikit sampai pada keadaan tak berdaya.

Menurut Keliat, dkk., (2011) depresi adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan trias depresi yaitu kesedihan berkepanjangan, motivasi menurun, dan kurang tenaga untuk melakukan kegiatan sehari-hari. Depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, perasaan, aktivitas) seseorang yang ditandai dengan pikiran negative pada diri sendiri, suasana hati menurun, kehilangan minat atau motivasi, pikiran lambat serta aktivitas menurun.

b. Faktor penyebab depresi

Untuk menemukan penyebab depresi kadang-kadang sulit sekali karena ada sejumlah penyebab dan mungkin beberapa diantaranya bekerja pada saat yang sama. Namun dari sekian banyak penyebab dapatlah dirangkum sebagai berikut : (Hadi, 2004)

1) Karena kehilangan

Kehilangan merupakan factor utama yang mendasari depresi.

Archibald Hart dalam Hadi (2004) menyebutkan empat macam kehilangan yaitu

a) Kehilangan abstrak.

Kehilangan abstrak meliputi kehilangan harga diri, kasih sayang, harapan atau ambisi.

b) Kehilangan sesuatu yang konkrit.

Kehilangan sesuatu yang konkrit meliputi kehilangan rumah, mobil, orang atau bahkan binatang kesayangan.

c) Kehilangan hal yang bersifat khayal

Kehilangan hal yang bersifat khayal meliputi merasa tidak disukai atau dipergunjingkan yang faktanya mungkin tiak ada (tanpa fakta) (Hadi, 2009)

d) Kehilangan sesuatu yang belum tentu hilang atau belum pasti.

Kehilangan sesuatu yang belum tentu hilang misalnya hasil tes kesehatan, menunggu hasil ujian, dll.

2) Reaksi terhadap stress

Reaksi terhadap stress 85 % depresi ditimbulkan oleh stress hidup.

3) Terlalu lelah atau capek

Terlalu lelah atau capek misalnya adanya pengurangan tenaga kerja secara fisik maupun emosi.

4) Gangguan atau serangan dari kuasa kegelapan

5) Reaksi terhadap stress 85 % depresi ditimbulkan oleh stress hidup.

Menurut Keliat, dkk., (2011) penyebab depresi meliputi :

1) Faktor Biologi

a) Genetik.

Transmisi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan. Frekuensi gangguan alam perasaan meningkat pada kembar monozigot dibanding dizigot walaupun diasuh secara terpisah.

b) Neurotransmitter

(1) Katekolamin : penurunan katekolamin otak atau aktivitas system katekolamin menyebabkan terjadinya depresi.

(2) Asetilkolin : peningkatan asetilkolin dapat menjadi factor penyebab depresi.

(3) Serotonin : defisit serotonin dapat merupakan factor penyebab depresi.

2) Faktor Lingkungan

a) Kehilangan orang yang dicintai

b) Rasa bermusuhan, kemarahan, kekecewaan yang ditunjukkan pada suatu objek atau pada diri sendiri.

c) Sumber coping tidak adekuat.

d) Individu dengan kepribadian dependen, obsesif-kompulsif, dan histeris.

e) Adanya masalah atau kesulitan hidup

- f) Belajar perilaku dari lingkungan yang tidak berdaya dan bergantung.
 - g) Pengalaman negatif masa lalu.
- c. Gejala-gejala yang menyertai penderita depresi

Pada umumnya penderita depresi dapat dikenali melalui beberapa gejala, misalnya (Hadi, 2004)

- 1) Secara fisik mereka mengalami beberapa gangguan seperti : gerakan jadi lamban, tidak nyenyak tidur, nafsu makan jadi menurun atau bahkan meningkat, gairah seksual menurun bahkan bisa hilang sama sekali dan lain-lain. Pusing, mulut kering, jantung berdebar cepat biasanya menyertai penderita ini.
- 2) Kehilangan perspektif dalam hidupnya. Pandangannya terhadap hidup, pekerjaan dan keluarga menjadi kabur. Aaron Beck menggambarkan hal ini sebagai “tiga kognisi”. Pertama, terhadap dunia: cenderung melihat kekalahan, kerugian dan penghinaan. Kedua, terhadap diri sendiri: menganggap diri kurang baik, tidak layak dan tidak berharga. Menganggap diri bercacat, tidak diinginkan, tidak berguna dan menolak diri. Ketiga, terhadap masa depan: penuh dengan kesukaran, frustrasi dan kerugian.
- 3) Perasaan yang berubah-ubah dan sulit di kendalikan. Berbagai perasaan seperti putus asa, kehilangan harapan, sedih, cemas, rasa bersalah, apatis dan marah; sering muncul tak menentu dan menciptakan suasana hampa dan mati.

- 4) Beberapa gejala, psikologis seperti kehilangan harga diri, menjauhkan diri dari orang lain karena takut ditolak atau takut tanpa alasan dan ingin melarikan diri dari masalah atau hidupnya sendiri bahkan menjadi peka secara berlebihan sering dialami oleh mereka yang mengalami depresi.
- 5) Pikiran dilusi. Pada depresi yang sangat parah muncul pikiran-pikiran dilusi yang bisa merugikan. Misalnya: “orang akan bunuh saya”, “seseorang akan meracuni saya”, dsb.

Keliat, dkk., (2011) gejala utama gangguan ini meliputi afek depresif (sedih yang berkepanjangan), kehilangan minat atau motivasi, kurang energi, lelah kronis, dan aktivitas menurun. Gejala lainnya adalah:

- a) Konsentrasi dan perhatian kurang
- b) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang.
- c) Suasana hati sedih dan rasa bersalah.
- d) Rasa bersalah dan tidak berguna.
- e) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis.
- f) Kehilangan minat melakukan kegiatan yang biasa dilakukan.
- g) Ide atau percobaan bunuh diri.
- h) Gangguan pola tidur (susah tidur atau tidur berlebih).
- i) Nafsu makan berkurang.

d. Skala Penilaian Depresi

Depresi dapat diukur dengan berbagai macam alat ukur depresi yaitu sebagai berikut:

1) *Beck Depression Inventory* (BDI)

Menurut Husaeni, (2010) pengukuran tingkat depresi menggunakan *Beck Depression Inventory* (BDI). BDI merupakan suatu alat ukur diagnostik yang dibuat oleh Aaron Beck, Ward, Mendelson, Moch dan Erbaugh pada tahun 1961, kemudian direvisi pada tahun 1971 dan mulai dipublikasikan tahun 1978 (Groth-Marnat, 1999).

BDI juga telah banyak digunakan untuk mengukur tingkat depresi baik pada pasien depresi maupun pada populasi normal. BDI juga banyak digunakan untuk mendeteksi gejala depresi (Husaeni, 2010)

BDI merupakan *behavioral assessment* dalam bentuk *self report inventory* yang mengukur kriteria sikap dan simtom-simtom depresi. Alat tes ini terdiri dari 21 pertanyaan pilihan ganda yang fokus pada perasaan senang, rasa bersalah, harga diri dan rasa pesimis.

Tabel 2.1 Indikator Depresi *Beck Depression Inventory*

No	Indikator Depresi
1	0 – Saya tidak merasa sedih 1 – Saya merasa sedih 2 – Saya sedih setiap waktu dan saya tidak dapat merubahdengn cepat 3 – Saya sangat sedih atau tidak bahagia saya tidak dapat

-
- bertahan
- 2 0 – Saya tidak kecewa sama sekali tentang masa depan saya
1 – Saya merasa kecewa dengan masa depan saya
2 – Saya merasa tidak ada yang dapat saya harapkan
3 – Saya merasa masa depan saya tanpa harapan dan segala sesuatu tidak dapat membaik
- 3 0 – Saya tidak merasa gagal
1 – Saya merasa telah melakukan kesalahan lebih dari kesalahan yang dibuat oleh orang lain
2 – Selama saya melihat masa lalu dalam hidup, saya dapat melihat banyak kesalahan
3 – Saya merasa kesalahan saya lengkap sebagai seorang manusia
- 4 0 – Saya memperoleh banyak kepuasan dari sesuatu yang saya gunakan
1 – Saya tidak menikmati sesuatu dari yang saya gunakan
2 – Saya tidak dapat memperoleh kepuasan yang nyata
3 – Saya tidak puas atau bosan dengan segala sesuatu
- 5 0 – Saya tidak merasa bersalah
1 – Saya merasa bersalah pada saat tertentu
2 – Saya cukup merasa lebih banyak salah
3 – Saya merasa bersalah setiap waktu
- 6 0 – Saya tidak merasa sedang dihukum
1 – Saya merasa saya mungkin dihukum
2 – Saya berharap saya dihukum
3 – Saya benci terhadap diri saya
- 7 0 – Saya merasa tidak kecewa terhadap diri saya
1 – Saya merasa kecewa terhadap diri saya
2 – Saya merasa muak dengan diri saya
3 – Saya benci terhadap diri saya
- 8 0 – Saya tidak merasa saya lebih buruk dari orang lain
1 – Saya mencela diri saya terhadap kelemahan dan kesalahan
2 – Saya menyalahkan diri saya setiap saat terhadap kesalahan saya perbuat
3 – Saya menyalahkan diri saya ketika sesuatu yang buruk terjadi
- 9 0 – Saya tidak mempunyai pikiran untuk membunuh diri saya sendiri
1 – Saya mempunyai pikiran untuk membunuh diri saya sendiri
2 – Saya ingin membunuh diri saya sendiri
3 – Saya ingin membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan

- 10 0 – Saya tidak ingin menangis lebih dari biasanya
1 – Saya menangis lebih dari biasanya
2 – Saya sekarang menangis setiap saat
3 – Saya dulu mampu untuk menangis tetapi sekarang saya tidak dapat menangis sekalipun saya mau
- 11 0 – Saya tidak kesal
1 – Saya sedikit lebih kesal dari biasanya
2 – Saya sungguh terganggu atau kesal pada suatu transaksi yang menguntungkan
3 – Saya sekarang merasa terganggu setiap waktu
- 12 0 – Saya tidak kehilangan minat dengan orang lain
1 – Saya kurang berminat pada orang lain daripada dulu
2 – Saya telah kehilangan sebagian besar minat terhadap orang lain
3 – Saya telah kehilangan semua minat saya terhadap orang lain
- 13 0 – Saya dapat membuat keputusan sebaik yang pernah saya lakukan
1 – Saya menunda membuat keputusan dari pada biasanya
2 – Saya mendapatkan kesulitan besar dalam membuat keputusan dari pada sebelumnya
3 – Saya tidak dapat membuat keputusan
- 14 0 – Saya merasa saya tidak terlihat buruk dari biasanya
1 – Saya bermasalah saya terlihat tua dan tidak menarik
2 – Saya merasa perubahan tetap pada wajah saya membuat saya terlihat tidak menarik
3 – Saya percaya bahwa saya jelek
- 15 0 – Saya dapat bekerja sebaik sebelumnya
1 – Saya memerlukan usaha ekstra untuk mulai melakukan sesuatu
2 – Saya mendorong diri saya sangat keras untuk melakukan sesuatu
3 – Saya tidak dapat bekerja
- 16 0 – Saya dapat tidur sebaik biasanya
1 – Saya tidak dapat tidur sebaik biasanya
2 – Saya bangun 1-2 jam lebih awal dari biasanya dan sulit untuk kembali tidur
3 – Saya bangun beberapa jam lebih awal dari pada biasanya dan saya tidak dapat kembali tidur
- 17 0 – Saya tidak lebih lelah dari biasanya
1 – Saya lebih mudah lelah dari biasanya
2 – Saya lelah setelah melakukan segala sesuatu
3 – Saya terlalu lelah untuk melakukan segala sesuatu
- 18 0 – Nafsu makan saya baik
1 – Nafsu makan saya tidak sebaik biasanya

- 2 – Nafsu makan saya sekarang lebih buruk
- 3 – Saya tidak punya nafsu makan
- 19 0 – Berat badan saya tidak mengalami penurunan
- 1 – Saya mengalami penurunan berat badan lebih dari 5 pon
- 2 – Saya mengalami penurunan berat badan lebih dari 10 pon
- 3 – Saya mengalami penurunan berat badan lebih dari 15 pon
- 20 0 – Saya tidak mengalami masalah kesehatan
- 1 – Saya takut terhadap masalah fisik saya seperti sakit dan nyeri, gangguan perut, dan konstipasi
- 2 – Saya sangat takut terhadap masalah fisik dan kesulitan untuk mengingat lebih dari yang lain
- 3 – Saya sangat takut terhadap masalah fisik saya dan saya tidak dapat mengingat segala sesuatu yang lain
- 21 0 – Saya belum mengalami perubahan minat dalam sex
- 1 – Saya mengalami penurunan minat dalam sex daripada biasanya
- 2 – Saya sekarang mengalami penurunan minat sex lebih besar dari sebelumnya
- 3 – Saya kehilangan minat terhadap sex

Keterangan :

- a) Penilaian BDI = 1-10 kategori Normal kode 7
- b) Penilaian BDI = 11-16 kategori Depresi ringan kode 6
- c) Penilaian BDI = > 17 kategori Depresi klinis kode 5
- d) Penilaian BDI = 17 – 20 tahun kategori Batas Depresi kode 4
- e) Penilaian BDI = 21 – 30 kategori Depresi Cukup kode 3
- f) Penilaian BDI = 31-40 kategori Depresi Berat kode 2
- g) Penilaian BDI = > 41 kategori Depresi ekstrim kode 1

2) *Hamilton Depression Rating Scale (RDRS)*

Hamilton Depression Rating Scale adalah suatu tes untuk mengukur tingkat keparahan dari gejala depresi pada individu anak-anak maupun pada orang dewasa. HDRS dikembangkan oleh Max Hamilton (1960) dalam Fadilah (2013) sebagai pengukur gejala depresi yang dapat digunakan dalam hubungannya dengan interview klinis pada pasien depresi. HDRS memiliki 2 versi yaitu 17 item dan 21 item interview yang

mengandung rating. Versi 17 item lebih umum digunakan daripada versi item yang mengandung 4 item tambahan yang mengukur gejala yang berhubungan dengan depresi, seperti paranoia dan obsesi. Penilaian terhadap variabel depresi dilakukan dengan scoring. Masing-masing item interview mempunyai score 0-2 atau 0-4 (Nezu, et. al., 2000). Alat ukur HDRS memiliki Alpha cronbach sebesar 0,83 (McDougal & Yuasa, 2005).

Tabel 2.2. HDRS tipe 17 pertanyaan

1	<p><i>Depressed Mood (sadness, hopeless, helpless, worthless)</i></p> <p><i>0 = Absent</i></p> <p><i>1 = These feeling states indicated only on questioning</i></p> <p><i>2 = These feeling states spontaneously reported verbally</i></p> <p><i>3 = Communicates feeling states non-verbally, i.e. through facial expression, posture, voice and tendency to weep</i></p> <p><i>4 = Patient reports virtually only these feeling states in his/her spontaneous verbal and non-verbal communication</i></p>
2	<p><i>Feelings Of Guilt</i></p> <p><i>0 = Absent</i></p> <p><i>1 = Self reproach, feels he/she has let people down</i></p> <p><i>2 = Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds</i></p> <p><i>3 = Present illness a punishment. Delusions of guilt</i></p> <p><i>4 = Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations</i></p>
3	<p><i>Suicide</i></p> <p><i>0 = Absent</i></p> <p><i>1 = Feels life is not worth living</i></p> <p><i>2 = Wishes he/she were dead or any thoughts of possible death to self</i></p> <p><i>3 = Ideas or gesture of suicide</i></p>

4 =Attempts at suicide (any serious attempts rate 4)

4 *Insomnia: Early in The Night*

0 =No difficulty falling asleep

1 =Complains of occasional difficulty falling asleep, i.e. more than ½ hour

2=Complains of nightly difficulty falling asleep

5 *Insomnia: Middle of the Night*

0 =No difficulty

1 =Patient complains of being restless and disturbed during the night

2=Waking during the night –any getting out of bed rates 2 (except for purpose of voiding)

6 *Insomnia: Early Hours of The Morning*

0 =No difficulty

1 =Waking in early hours of the morning but goes back to sleep

2=Unable to fall asleep again if he/she gets out of bed

7 *Work and Activities*

0 =No difficulty

1 =Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities, work or hobbies.

2=Loss of interest in activity, hobbies or work-either directly reported by the patient or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he/she has to push self to work or activities)

3 =Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. Rate 3 if the patient does not spend at least three hours a day in activities (job or hobbies) excluding routine chores

4 =Stopped working because of present illness. Rate 4 if patient engages in no activities except routine chores, or if patient fails to perform routine chores unassisted.

8 *Retardation (slowness of thought and speech, impaired ability to concentrate, decreased motor activity)*

0 =Normal speech and thought

1 =Slight retardation during the interview

2=Obvious retardation during the interview

3 =Interview difficult

4 =Complete stupor

9 *Agitation*

0 =None

1 =Fidgetiness

2=Playing with hands, hair, etc

3 =Moving about, can't sit still

4 =Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips

10 *Anxiety Psychic*

0 =No difficulty

1 =Subjective tension and irritability

2=Worrying about minor matters

3 =Apprehensive attitude apparent in face or speech

4 =Fears expressed without questioning

11 *Anxiety Somatic (Physiological concomitants of anxiety) such as: gastro-intestinal-dry mouth, wind, indigestion, diarrhea, cramps, belching*

cardio-vascular-palpitations, headaches

respiratory-hyperventilation, sighing urinary frequency sweating

0 =Absent

1 =Mild

2=Moderate

3 =Severe

4 =Incapacitating

12 *Somatic Symptoms Gastro-intestinal*

0 =None

1 =Loss of appetite but eating without staff encouragement. Heavy feelings in abdomen

2=Difficulty eating without staff urging. Request or requires laxatives or medication for bowels or medication for gastro-intestinal symptoms.

13 *General Somatic Symptoms*

0 =None

1 =Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headaches, muscle aches. Loss of energy and fatigability

2=Any clear-cut symptom rates 2

_____	14	<i>Genital Symptoms (symptoms such as loss of libido, menstrual disturbances)</i> 0 =Absent 1 =Mild 2=Severe
_____	15	<i>Hypochondriasis</i> 0 =Not present 1 =Self-absorption (bodily) 2=Preoccupation with health 3 =Frequent complains, requests for help, etc 4 =Hypochondriacal delusions
_____	16	<i>a. According to the patient</i> 0 =No weight loss 1 =Probable weight loss associated with present illness 2=Definite (according to patient) weight loss 3 =Not assessed <i>b. According to weekly measurements:</i> 0 =Less than 1lb weight loss in week 1 =Greater than 1 lb weight loss in week 2=Greater than 2 lb weight loss in week 3 =Not assessed
_____	17	<i>Insight</i> 0 =Acknowledges being depressed and ill 1 = Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc 2=Denies being ill at all

Tabel 2.3. HDRS tipe 21 pertanyaan

_____	1	<i>Depressed Mood (sadness, hopeless, helpless, worthless)</i> 0 =Absent 1 =These feeling states indicated only on questioning 2=These feeling states spontaneously reported verbally 3 =Communicates feeling states non-verbally, i.e. through facial expression, posture, voice and tendency to weep 4 =Patient reports virtually only these feeling
-------	---	---

-
- states in his/her spontaneous verbal and non-verbal communication
- _____ 2 *Feelings Of Guilt*
0 = Absent
1 =Self reproach, feels he/she has let people down
2 =Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds
3 =Present illness a punishment. Delusions of guilt
4 =Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations
- _____ 3 *Suicide*
0 = Absent
1 =Feels life is not worth living
2=Wishes he/she were dead or any thoughts of possible death to self
3 =Ideas or gesture of suicide
4 =Attempts at suicide (any serious attempts rate 4)
- _____ 4 *Insomnia: Early in The Night*
0 =No difficulty falling asleep
1 =Complains of occasional difficulty falling asleep, i.e. more than 1/2 hour
2=Complains of nightly difficulty falling asleep
- _____ 5 *Insomnia: Middle*
0 =No difficulty
1 =Patient complains of being restless and disturbed during the night
2=Waking during the night –any getting out of bed rates 2 (except for purpose of voiding)
- _____ 6 *Insomnia: Late*
0 =No difficulty
1 =Waking in early hours of the morning but goes back to sleep
2=Unable to fall asleep again if he/she gets out of bed
- _____ 7 *Work and Activities*
0 =No difficulty
1 =Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities; work

or hobbies

2=Loss of interest in activity, hobbies or work-either directly reported by the patient or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he/she has to push self to work or activities)

3 =Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity.

4 =Stopped working because of present illness.

_____ 8 *Retardation : Psychomotor (slowness of thought and speech, impaired ability to concentrate, decreased motor activity)*

0 =Normal speech and thought

1 =Slight retardation during the interview

2=Obvious retardation during the interview

3 =Interview difficult

4 =Complete stupor

_____ 9 *Agitation*

0 =None

1 =Fidgetiness

2=Playing with hands, hair, etc

3 =Moving about, can't sit still

4 =Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips

_____ 10 *Anxiety (Psychological)*

0 =No difficulty

1 =Subjective tension and irritability

2=Worrying about minor matters

3 =Apprehensive attitude apparent in face or speech

4 =Fears expressed without questioning

_____ 11 *Anxiety Somatic :Physiological concomitants of anxiety, (i.e. effects of autonomic overactivity, "butterflies," indigestion, stomach cramps, belching, diarrhea, palpitations, hyperventilation, parasthesia, sweating, flushing, tremor, headache, urinary frequency). Avoid asking about possible medication side effects (i.e. dry mouth, constipation)*

0 =Absent

1 =Mild

2=Moderate

3 =Severe

4 =Incapacitating

- _____ 12 *Somatic Symptoms (Gastrointestinal)*
0 =None
1 =Loss of appetite but eating without encouragement from other. Food intake about normal
2=Difficulty eating without urging others. Marked reduction of appetite and food intake.
- _____ 13 *General Symptoms Somatic*
0 =None
1 =Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headaches, muscle aches. Loss of energy and fatigability
2=Any clear-cut symptom rates 2
- _____ 14 *Genital Symptoms (symptoms such as loss of libido, impaired sexual performance; menstrual disturbances)*
0 =Absent
1 =Mild
2=Severe
- _____ 15 *Hypochondriasis*
0 =Not present
1 =Self-absorption (bodily)
2=Preoccupation with health
3 =Frequent complains, requests for help, etc
4 =Hypochondriacal delusions
- _____ 16 *Loss of Weight*
a. When rating by history
0 =No weight loss
1 =Probable weight loss associated with present illness
2=Definite (according to patient) weight loss
3 =Not assessed
- _____ 17 *Insight*
0 =Acknowledges being depressed and ill
1 = Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc
2=Denies being ill at all
- _____ 18 *Diurnal Variation*
a. Note whether symptoms are worse in morning or evening. If no diurnal variation,

mark none

0 =No variation

1=Worse in A.M.

2 =Worse in P.M

b. When present, mark the severity of the variation. Mark "None" if no variation

0 =None

1=Mild.

2 =Severe

_____ 19 *Depersonalization and Derealization (Such as: Feelings of unreality; Nihilistic ideas)*

0 =Absent

1 =Mild

2=Moderate

3 =Severe

4 =Incapacitating

_____ 20 *Paranoid Symptoms*

0 =None

1 =Suspicious

2=Ideas of reference

3 =Delusions of reference and persecution

_____ 21 *Obsessional and Compulsive Symptoms*

0 =Absent

1 =Mild

2=Severe

3) *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)*

Instrumen ini dikembangkan untuk mengukur keparahan depresi pada semua usia berdasarkan laporan pasien sendiri. Item dalam instrumen meliputi aspek afektif, kognitif, perilaku, dan fisiologis depresi. Alat ukur ZSDS terdiri dari 20 item pertanyaan dengan 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Keuntungan dari Zung SDS adalah sederhana dan mudah digunakan serta telah banyak digunakan. *Zung Self Rating*

Depression Scale digunakan diklinik untuk memantau perubahan pada perawatan praktek di keluarga dan penelitian lintas budaya. Instrumen ini singkat dan sederhana untuk digunakan, namun sangat komprehensif. Alat ukur ini memiliki Alpha cronbach 0,87 (McDougal & Yuasa, 2005).

Tabel 2.4. *Zung Self Rating Depression Scale*

No	Make check mark (√) in appropriate column.	A little of the same	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1	<i>I feel down-hearted and blue</i>				
2	<i>Morning is when i feel the best</i>				
3	<i>I have crying spells or feel like it</i>				
4	<i>I have trouble sleeping at night</i>				
5	<i>I eat as much as i used to</i>				
6	<i>I still enjoy sex</i>				
7	<i>I notice that i am losing weight</i>				
8	<i>I have trouble with constipation</i>				
9	<i>My heart beats faster than usual</i>				
10	<i>I get tired for no reason</i>				
11	<i>My mind is as clear as it used to be</i>				
12	<i>I find it easy to do the things i used to</i>				
13	<i>I am restless and can't keep still</i>				
14	<i>I feel hopeful about the future</i>				
15	<i>I am more irritable than usual</i>				
16	<i>I find it easy to make decisions</i>				
17	<i>I feel that i am useful and</i>				

- needed*
- 18 *My life is pretty full*
- 19 *I feel that others would be
better off if i were dead*
- 20 *I still enjoy the things i
used to do*
-

3. Keluarga

a. Pengertian

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan atau tidak adanya ikatan perkawinan darah atau adopsi dan anggota keluarga saling berinteraksi dan berkomunikasi serta memiliki peran masing-masing dalam keluarga (Friedman, 2010). Keluarga merupakan satuan unit paling kecil dalam masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan individu yang tinggal di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI 1998 dalam Setiadi, 2007).

Berdasarkan pada pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang terbentuk atas kumpulan dua orang atau lebih karena ada atau tidaknya ikatan perkawinan darah atau adopsi yang saling berinteraksi menjalankan peran dan tanggung jawab masing-masing.

b. Fungsi Keluarga

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

- 1) fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga dalam memberikan perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggota keluarga. Keluarga sebagai sumber cinta, pengakuan, penghargaan, dan sumber dukungan primer. Satir (1972), dalam Friedman, (2010) menjelaskan bahwa fungsi afektif keluarga merupakan aspek dasar dalam pembentukan dan tercapainya keharmonisan keluarga. Kasih sayang serta pengakuan dari anggota keluarga akan memberikan perasaan yang nyaman dan meningkatnya harga diri pada penderita kusta.
- 2) fungsi sosialisasi adalah keluarga berfungsi memberikan pengalaman belajar kepada anggota keluarga. Pengalaman ini ditujukan untuk mengajarkan pada anak bagaimana mengemban peran sebagai orang dewasa di dalam masyarakat, sebelum anak keluar dari rumah untuk hidup mandiri di masyarakat. Keluarga membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak. Keluarga memberikan penguatan positif kepada penderita kusta untuk meningkatkan perasaan berharga dan meningkatkan perasaan mampu berperan dalam kehidupan sehari-hari (Matulesy, 2010).
- 3) fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi keluarga dalam menjaga dan merawat kesehatan anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Keluarga diharapkan mampu merawat

anggota keluarga yang menderita kusta dengan cara membantu dalam aktivitas sehari-hari dan membantu penderita kusta dalam menjalani pengobatan;

- 4) fungsi ekonomi keluarga berfungsi sebagai pencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Keluarga sebagai tempat perencanaan akan kebutuhan di masa yang akan datang melalui menabung. Keluarga membantu memenuhi kebutuhan finansial penderita kusta untuk kebutuhan pengobatan dan kehidupannya sehari-hari.
- 5) fungsi reproduksi yaitu keluarga bertugas meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, serta menjaga kelangsungan hidup keluarga.

c. Dukungan keluarga

1) Pengertian

Dukungan keluarga adalah semua bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga sehingga akan memberikan rasa nyaman secara fisik dan psikologis pada individu yang sedang merasa tertekan atau stress (Taylor, 2006 dalam Yusra, 2011). Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat

bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, 2010).

2) Jenis-Jenis dukungan keluarga

a) Dukungan emosional

Dukungan yang diberikan berupa rasa empati dan perhatian kepada individu, sehingga membuatnya merasa lebih baik, mendapatkan kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai oleh orang lain. Menurut Nugroho (2007), dukungan emosional merupakan suatu bentuk dukungan berupa rasa aman, cinta kasih, memberi semangat, mengurangi putus asa dan rendah diri sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik.

Dukungan emosional dalam keluarga akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggota keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional untuk penderita kusta misalnya melalui ungkapan empati, kepedulian dan perhatian untuk mengobati penyakit kusta yang dideritanya (Marlyn, 1998 dalam Juanda, 2006).

b) *Eseteem support* (dukungan penilaian)

Penilaian mengacu pada kemampuan untuk menafsirkan lingkungan dan situasi diri dengan benar dan mengadaptasi suatu perilaku dan keputusan diri secara tepat. Keluarga sebagai pemberi bimbingan dan umpan balik atas pencapaian

anggota keluarga dengan cara memberikan support, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri pada individu. Penghargaan positif kepada penderita kusta dapat diberikan melalui ungkapan hormat, memberikan masukan mengenai masalah yang ada, menghargai gagasan atau perasaan penderita dan memperlakukan sama seperti orang-orang lainnya (Marlyn, 1998 dalam Juanda, 2006).

c) *Instrumental support* (dukungan instrumental)

Keluarga menjadi sumber pemberi pertolongan secara nyata. Misalnya bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti memberikan materi, tenaga, dan sarana. Manfaat dari diberikannya dukungan ini yaitu individu merasa mendapat perhatian atau kepedulian dari lingkungan keluarga. Keluarga sebagai sistem pendukung bagi penderita kusta diharapkan mampu memberikan dukungan penuh dalam upaya perawatan penderita kusta. Keluarga senantiasa mendampingi penderita kusta dalam minum obat secara teratur dan membantu memenuhi kebutuhan makan dan minum serta istirahat penderita kusta (Rahayu, 2012).

d) *Informational support* (dukungan informasional)

Keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, nasihat, dan bimbingan kepada anggota keluarga untuk

menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Manfaat dari dukungan ini dapat menekan munculnya stressor karena informasi tertentu dapat memberikan pengaruh sugesti pada individu. Keluarga mendampingi penderita kusta untuk berobat serta memperoleh penjelasan atau informasi dari petugas kesehatan terkait penyakit kusta (Rahayu, 2012). Informasi yang terkait peningkatan kesehatan penderita kusta bisa diperoleh dari anggota keluarga, teman, tetangga, petugas kesehatan dan media lain.

3) Manfaat dukungan keluarga

Wills (2011) dalam Fitriani, menyatakan bahwa dukungan keluarga akan melindungi individu terhadap efek negatif dari depresi dan dukungan keluarga secara langsung akan mempengaruhi status kesehatan individu. Keikutsertaan semua anggota keluarga dalam program pencegahan penularan dan pengobatan kusta sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah kusta. Pencegahan penularan kusta salah satunya dengan cara pengobatan sejak dini dan teratur sehingga penderita kusta dapat sembuh tanpa mengalami cacat.

4) Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

a) Faktor internal

(1) Tahap perkembangan

Dukungan keluarga yang diberikan ditentukan oleh usia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan individu. Setiap rentang usia akan memiliki respon yang berbeda pula terhadap kesehatan.

(2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi persepsi individu terhadap dukungan. Kemampuan berpikir individu akan mempengaruhi dalam memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan kesehatan. Dukungan keluarga yang diberikan kepada penderita kusta tergantung dari tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional bagi penderita kusta untuk menjalani pengobatan terkait penyakit kusta yang diderita.

(3) Faktor emosi

Faktor emosional sangat berpengaruh terhadap keyakinannya terhadap dukungan. Individu yang tidak

mampu melakukan coping adaptif terhadap adanya ancaman penyakit akan menyangkal adanya gejala penyakit dan tidak mau menjalani pengobatan.

(4) Spiritual

Aspek spiritual tampak pada individu saat menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan dan bagaimana hubungannya dengan keluarga atau teman.

b) Faktor eksternal

(1) Praktik di keluarga

Cara dan bentuk dukungan yang diberikan keluarga akan mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya

(2) Faktor sosioekonomi

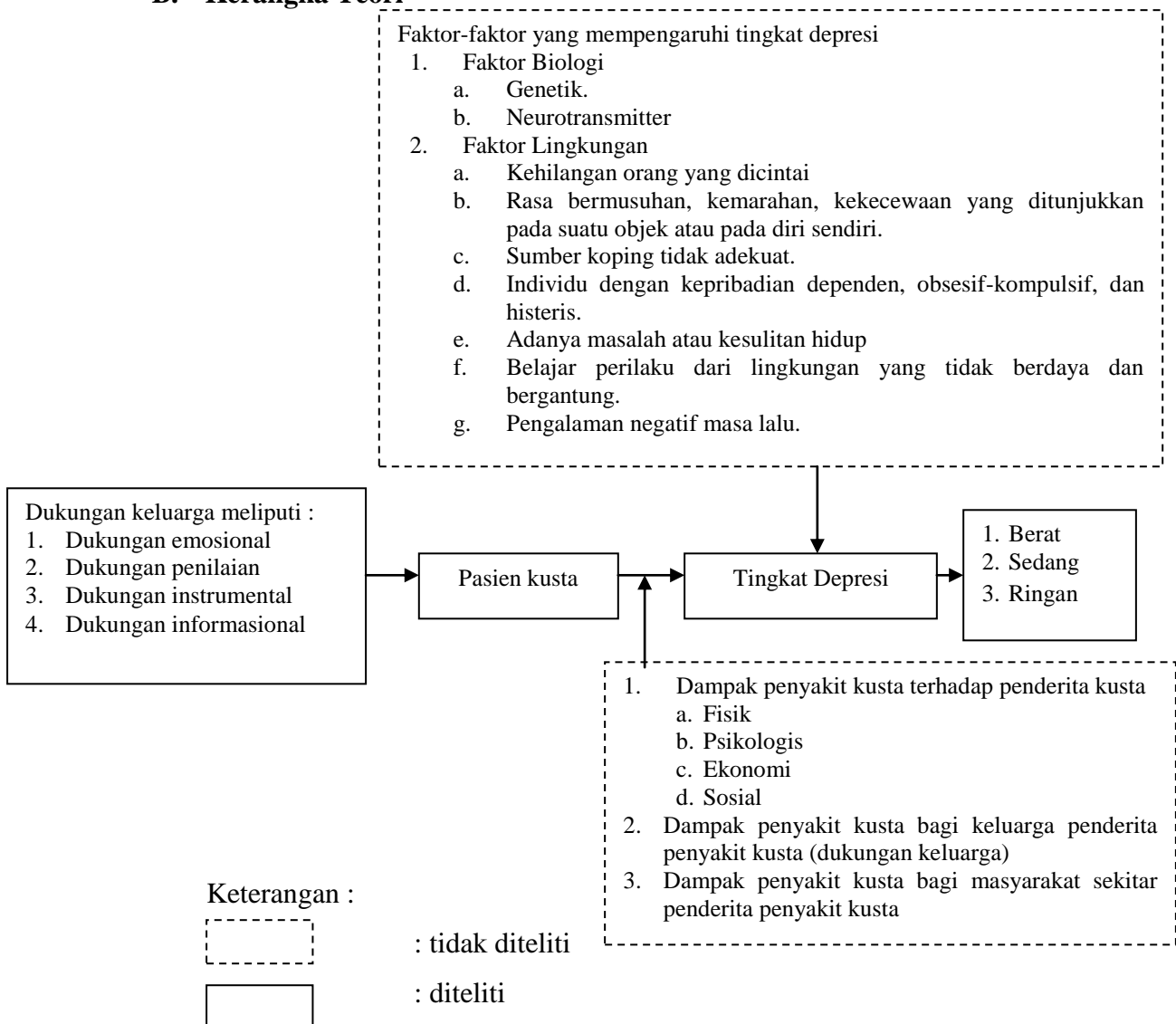
Faktor sosioekonomi dapat memungkinkan risiko terjadinya penyakit dan sangat berpengaruh terhadap individu dalam melaksanakan kesehatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi biasanya akan lebih tanggap terhadap tanda dan gejala penyakit.

(3) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk dalam melaksanakan

kesehatan. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini menganggap bahwa kusta adalah penyakit kutukan, hal ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan untuk penderita kusta

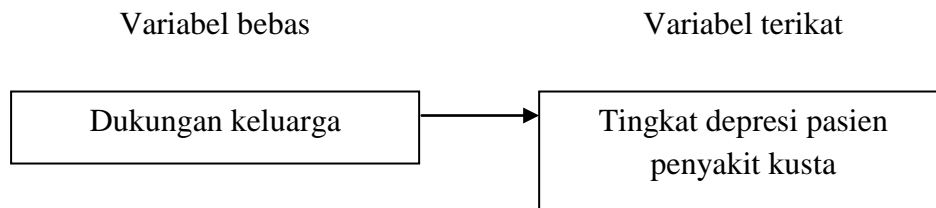
B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Depkes RI (2006), Juanda, (2006), Rao & Joseph, (2007), Nugroho (2007), Fitriani, (2011), Rahayu, (2012)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien penyakit kusta di wilayah kerja Puskesmas Padas Ngawi.