

PSYCOEDUCATIVE FAMILY THERAPY MEMPENGARUHI PENGETAHUAN, DUKUNGAN KELUARGA DAN STIGMA KUSTA

Psychoeducative Family Therapy Influence of Knowledge, Family Support and Leprosy Stigma

Mega Arianti Putri*, Harmayetty*, Budi Utomo**

Fakultas Keperawatan-Universitas Airlangga Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115,

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Email: arianti.mega89@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Seseorang dengan kusta mengalami kecacatan dan lesi yang disebabkan oleh kerusakan persyarafan. Tanpa pengobatan, kusta secara permanen dapat merusak kulit, kaki dan mata. Data menunjukkan bahwa stigma sosial pasien kusta mengakar di masyarakat. Hal ini berupa sikap dan keyakinan yang negatif terhadap pasien kusta. Stigma negatif terhadap kusta tidak hanya terhadap individu yang terkena tetapi juga anggota keluarga mereka. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh *psychoeducative family therapy* terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma kusta. **Metode:** Desain penelitian ini adalah *quasy experiment*. Sampel kelompok intervensi dan kelompok pembandingan masing-masing 30 responden. Sampel terdiri dari responden dan keluarga responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Instrumen penelitian yang digunakan adalah dengan menggunakan kuesioner. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak hanya *psychoeducative keluarga* berpengaruh terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma diri. Faktor lain adalah karakteristik keluarga dan karakteristik responden. Hasil statistik menunjukkan bahwa hubungan yang signifikan antara *psychoeducative keluarga* dengan pengetahuan ($p = 0,000$), dukungan keluarga ($p = 0,000$) dan stigma kusta ($p = 0,004$). **Diskusi:** Tingkat pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma diri memiliki hubungan satu sama lain. Keluarga yang memiliki pengetahuan kurang tentang kusta akan berpengaruh terhadap dukungan yang diberikan pada pasien kusta. Penderita kusta yang memiliki stigma diri yang tinggi disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan mereka merasa ada tidak simpati, perhatian dan dukungan dari keluarga mereka.

Kata kunci: Kusta, *Psychoeducative Keluarga*, self-stigma

ABSTRACT

Introduction: A person with leprosy present disability and lesions caused by related nerve damage. Without treatment leprosy can permanently damage skin, feet and eyes. Leprosy-related documents show that stigma is typically a very deep rooted social process. It refers to unfavourable attitudes and beliefs directed toward someone or something. The stigma against leprosy not only burdens the affected individuals but also their family members. This research aims was to analyze the influence of family on knowledge *psychoeducative intervention*, family support and the self stigma. **Method:** The design was a *quasy experiment*. The samples were the intervention and the comparison group each of 30 respondents. The sample consisted of respondent and respondent's family. Sampling technique is using *purposive sampling*. The research instrument was a questionnaire used by researchers. **Result:** The result showed that not only *psychoeducative family influence level of knowledge*, support family and self stigma. The other factor are family characteristics and respondent characteristics. The statistical result shown that a significant relationship between *psychoeducative family with knowledge* ($p=0,000$), family support ($p=0,000$) and the stigma of leprosy ($p=0,004$). **Discussion:** Level of knowledge, family support and self stigma have relations to each other. Families who have less knowledge about leprosy will influence to be given family support. Leprosy patients who have high self stigma caused by lack of knowledge and they feel there have not sympathy, attention and support from their families.

Keywords: *Leprosy, Psychoeducative Family, self-stigma*

PENDAHULUAN

Kusta adalah infeksi kronis pada kulit dan saraf tepi yang disebabkan oleh *Mycobacterium leprae*. Klien kusta mengalami cacat tubuh, kulit, kaki, tangan dan jari-jari karena hilangnya pelindung sensasi nyeri (Roosta, Black 2013). Lesi kulit yang progresif dan cacat fisik yang permanen memicu isolasi secara fisik dan psikologis pada klien kusta (Tsutsumi,A, Izutsu, T, Islam, A, Amed, J,Nakahar,S, Takagi, F& Wakai 2014). Hal tersebut akan memberikan

kesan negatif pada klien kusta. Kesan negatif yang diterima klien kusta berlangsung seumur hidup bahkan setelah klien sembuh. Klien kusta diperlakukan seperti orang buangan di masyarakat karena kusta dianggap sebuah penyakit yang menakutkan atau dengan kata lain menjijikkan dan memalukan (Rafferty 2005). Stigma diri pasien maupun stigma masyarakat membuat klien kusta tidak berada pada sebuah posisi untuk menjalankan peran dan kewajiban yang mereka harapkan didalam

lingkungan sosial dan keluarga (Koparty, 1998). Stigma pada klien kusta seperti ini tentu mempengaruhi pemahaman penyakit dan penerimaan diri bagi klien kusta (Rafferty 2005).

Para peneliti menunjukkan bahwa stigma kusta berpengaruh luas pada kehidupan klien mulai dari perkawinan, pekerjaan, hubungan antar pribadi serta hubungan dengan lingkungan (Brakel 2003). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 140 klien kusta 87,9% dikucilkan oleh keluarga. Pengalaman klien kusta juga menunjukkan adanya perilaku yang menyakitkan dari keluarga (85%) (Tsutsumi, A., et al 2014). Penemuan kasus menunjukkan bahwa satu dari tiga klien kusta ditinggalkan oleh pasangannya (Smith, D. 2000). Pada penelitian Koparty (1998) menjelaskan bahwa seorang suami yang menderita kusta dengan lesi di kaki dan tangan diberikan tempat tersendiri didalam rumah, tidak diikuti dalam pengambilan keputusan dan kegiatan didalam keluarga serta interaksi dengan anggota keluarga yang lain dibatasi. Kecacatan pada klien kusta menjadikan suatu penghambat dalam penerimaan klien kusta. Klien kusta yang mengalami cacat sebanyak 70% dikucilkan dan tidak diterima didalam keluarga (Koparty, 1998). Masalah kesehatan mental pada klien kusta telah terbukti menunjukkan prevalensi yang lebih tinggi dari masalah kejiwaan (Tsutsumi et., al 2014). Penelitian yang dilakukan pada 77 klien kusta menunjukkan 90,9% mengalami kecemasan dan 58,4% kehilangan harga diri (Ajibade et al. 2013). Hasil penelitian Thilakavathi menunjukkan 55 dari 72 klien kusta memiliki penerimaan diri yang buruk (Thilakavathi, S, Manickam, P & Mahendale 2012).

Data yang didapatkan dari studi pendahuluan yang dilakukan di Kabupaten Madiun angka kejadian kusta baru cukup tinggi. Klien kusta di Kabupaten Madiun pada saat ditemukan sudah dalam keadaan cacat (Dinkes, 2015). 4 dari 6 klien kusta mengalami penerimaan diri yang kurang baik. Klien merasakan kehilangan peran didalam keluarga karena kusta yang diderita. Angka kecacatan klien kusta yang tinggi di Kabupaten Madiun disebabkan karena perasaan takut, malu karena stigma kusta dimasyarakat, kurangnya pengetahuan, kesadaran diri, dan kepedulian keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit. Klien kusta cenderung mengurung diri dirumah karena merasa malu dan tidak memiliki harga diri dimasyarakat. Dukungan keluarga yang didapatkan klien kusta cenderung kurang.

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

Ilmu keperawatan sudah banyak mengembangkan penanganan klien dengan masalah psikologi yang disebabkan oleh beberapa penyakit melalui pendekatan kepada keluarga. Komunikasi atau interaksi yang baik didalam keluarga dapat membantu mengurangi masalah psikologi yang dialami klien. Hasil penelitian (Clausson & Berg 2008) menjelaskan bahwa dengan menggunakan pendekatan teori Calgary yaitu Calgary Family Assessment Model (CFAM) dan Calgary Family Intervention Model (CFIM) memberikan dampak perubahan perilaku didalam keluarga dalam menjalankan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan keluhan kesehatan. Penelitian tersebut dilakukan pada sekolah anak dengan gangguan mental. Penelitian dengan pendekatan Calgary juga dilakukan Fráguas & Soares (2007) dalam menangani coping keluarga pada klien *diabetic nephropathy*. Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa setiap keluarga memiliki sumber daya untuk mengurus anggotanya yang dihadapkan dengan masalah kesehatan.

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

dengan pelatihan perawatan diri klien kusta dan penyuluhan pada masyarakat serta psikoedukasi keluarga klien kusta namun klien masih memiliki perasaan merasa malu dan tidak memiliki harga diri dimasyarakat.

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

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasy experiment*. Penelitian dilakukan di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun pada 30 Maret sampai dengan 4 Mei 2015. Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien kusta dan keluarga keluarga yang berada pada Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun pada 3 tahun terakhir (2012-2014). Teknik sampling yang digunakan adalah purposive sampling dengan kriteria inklusi yaitu klien berusia 20-50 tahun dengan minimal pendidikan terakhir SD dengan jenis kusta MB dan cacat tipe 2, menderita penyakit kusta lebih dari 1 tahun, tidak memiliki penyakit lain atau komplikasi, bisa diajak berkomunikasi, klien kusta yang berdomisili di Wilayah Kerja Puskesmas Balerejo dan tinggal satu rumah bersama keluarga. Sampel yang didapat sebesar 60 responden yang dibagi kedalam dua kelompok yaitu intervensi dan pembandingan. Jumlah responden pada masing-masing kelompok adalah 30 responden.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah intervensi *psychoeducative family*. Sedangkan variabel dependennya adalah pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma pada klien kusta. Instrumen penelitian untuk intervensi *psychoeducative family* adalah Satuan Acara Kegiatan (SAK) dan lembar observasi setiap sesi. Pengukuran pengetahuan dan dukungan keluarga menggunakan kuesioner. Pengukuran stigma (*self stigma*) menggunakan *Internalized Stigma of Mental Illness Scale* (ISMI) yang terdiri dari 28 pertanyaan. Kuesioner tersebut telah dimodifikasi

oleh peneliti untuk memudahkan subyek penelitian dalam menjawab pertanyaan.

Uji validitas dilakukan kepada 10 pasien kusta diluar subyek penelitian dengan kriteria inklusi penelitian yang sesuai. Nilai r tabel yang digunakan adalah 0,632 dengan signifikansi 5% dan didapatkan hasil bahwa seluruh item pertanyaan dalam penelitian ini valid. Uji reliabilitas dilakukan terhadap item pertanyaan yang valid saja. Didapatkan nilai *cronbach alpha* yaitu sebesar 0.964 dibandingkan nilai R tabel 0,7, dengan nilai sebesar ini maka dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa item-item pertanyaan adalah reliabel dan memiliki reliabilitas yang tinggi karena memiliki nilai mendekati 1.

Sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family*, 60 responden penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dilakukan *pretest* dengan mengisi kuesioner pengetahuan, dukungan keluarga dan *Internalized Stigma of mental Illness Scale* (ISMI) dan dilakukan pengkajian keluarga berdasarkan *Calgary*. Setelah itu responden penelitian diberi perlakuan intervensi *psychoeducative family* selama 5 sesi, masing-masing sesi dilakukan setiap satu minggu sekali. Kelompok pembandingan tidak diberikan intervensi *psychoeducative family*. Peneliti juga mempersiapkan lembar observasi untuk mengobservasi subyek penelitian pada setiap sesi. Setelah 5 minggu (5 sesi) dilakukan intervensi *psychoeducative family*, responden penelitian diberikan *posttest* dengan mengisi kuesioner pengetahuan, dukungan keluarga dan *Internalized Stigma of mental Illness Scale* (ISMI). Statistik deskriptif digunakan untuk mengetahui identitas dan data demografi dari subyek penelitian. Uji *wilcoxon sign rank* digunakan untuk mengetahui perbedaan hasil *pretest* dan *posttest* intervensi *psychoeducative family*. Uji *Man Whitney* dilakukan untuk mengetahui pengaruh signifikan antar kelompok intervensi dan pembandingan. Nilai $\alpha=0.05$ dengan tingkat kepercayaan 95%.

HASIL

Sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family*, mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup pada kelompok intervensi. Kelompok pembandingan memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik dari kelompok intervensi. Tingkat pengetahuan kelompok intervensi lebih baik dibandingkan kelompok pembandingan setelah dilakukan intervensi (Tabel 1).

Tabel 1. Tingkat pengetahuan responden

| Tingkat pengetahuan | Kelompok intervensi | | Kelompok pembandingan | | |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--|
| | Pretest | Posttest | Pretest | Posttest | |
| Baik | 8 | 20 | 14 | 20 | |
| Cukup | 17 | 8 | 12 | 7 | |
| Kurang | 5 | 2 | 4 | 3 | |
| | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,001</i> | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,01</i> | |
| <i>Mann whitney test, p=0,000</i> | | | | | |

Tabel 2. Dukungan keluarga responden

| Dukungan keluarga | Kelompok intervensi | | Kelompok pembandingan | | |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--|
| | Pretest | Posttest | Pretest | Posttest | |
| Baik | 1 | 2 | 0 | 9 | |
| Cukup | 29 | 28 | 30 | 21 | |
| Kurang | 0 | 20 | 0 | 0 | |
| | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,001</i> | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,001</i> | |
| <i>Mann whitney test, p=0,000</i> | | | | | |

Tabel 3. Stigma (*self stigma*) responden

| Stigma (<i>self stigma</i>) | Kelompok intervensi | | Kelompok pembandingan | | |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------|--|
| | Pretest | Posttest | Pretest | Posttest | |
| Tinggi | 13 | 4 | 7 | 5 | |
| Cukup | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| Rendah | 17 | 26 | 22 | 24 | |
| | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,001</i> | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,07</i> | |
| <i>Mann whitney test, p=0,004</i> | | | | | |

Tabel 4. Distribusi tingkat pengetahuan keluarga

| Pengetahuan keluarga | Kelompok intervensi | | Kelompok pembandingan | | |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--|
| | Pretest | Posttest | Pretest | Posttest | |
| Baik | 15 | 26 | 5 | 23 | |
| Cukup | 12 | 4 | 22 | 6 | |
| Kurang | 3 | 0 | 3 | 1 | |
| | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,001</i> | | <i>Wilcoxon sign rank test, p=0,001</i> | |
| <i>Mann whitney test, p=0,000</i> | | | | | |

Mayoritas responden memiliki dukungan keluarga yang cukup sebelum dilakukan intervensi pada kelompok intervensi. Kelompok pembandingan memiliki dukungan keluarga yang sama dengan kelompok intervensi. Dukungan keluarga kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan kelompok pembandingan setelah dilakukan intervensi (Tabel 2). Mayoritas responden memiliki tingkat stigma (*self stigma*) yang rendah pada kelompok intervensi sebelum dilakukan *psychoeducative family*, sedangkan kelompok pembandingan memiliki tingkat stigma (*self stigma*) tinggi yang lebih

rendah dari kelompok intervensi. Perubahan tingkat stigma (*self stigma*) kelompok intervensi lebih baik dibandingkan kelompok pembandingan setelah dilakukan intervensi. (Tabel 3). Tingkat pengetahuan keluarga responden kelompok intervensi lebih baik dari kelompok pembandingan sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Tingkat pengetahuan keluarga responden setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family* pada kelompok pembandingan lebih baik dari kelompok intervensi (Tabel 4).

PEMBAHASAN

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

Tingkat pengetahuan responden meningkat dalam kategori baik yaitu sejumlah 20 responden setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Pegetahuan tentang kusta yang paling besar peningkatannya ada pada pengetahuan tentang pengobatan. Masih ditemukan 2 responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang kurang setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family*. Keluarga responden pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi *psychoeducative family* menunjukkan bahwa sebagian besar masuk kedalam kategori baik yaitu sejumlah 15 responden dan setelah dilakukan intervensi *psychoeducative family* tingkat pengetahuan

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

Responden pada kelompok intervensi masih memiliki tingkat pengetahuan yang kurang walaupun keluarga responden memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang kusta. Rendahnya tingkat pengetahuan responden disebabkan karena 2 responden pada kelompok intervensi memiliki karakteristik yaitu berjenis kelamin perempuan dan berada dalam rentang usia 56-65 tahun dengan tingkat pendidikan SMP. Pekerjaan responden sebagai IRT membuat responden jarang terpapar informasi dengan dunia luar. Tipe keluarga extended dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang juga akan mempengaruhi komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga responden. Pekerjaan keluarga responden sebagai buruh tani juga berpengaruh terhadap interaksi dalam penyampaian informasi dengan anggota keluarga karena lebih banyak berada diluar rumah dibandingkan didalam rumah. Hasil pengkajian juga menunjukkan bahwa komunikasi antara responden dan anggota keluarga lain menunjukkan komunikasi yang maladaptif. Tidak adanya perhatian dan dukungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Keluarga responden kurang memberikan informasi mengenai penyakit yang diderita oleh anggota keluarga.

Hasil penelitian pada 2 responden tidak sesuai dengan teori psikoedukasi yang menyatakan psikoedukasi yang dilakukan pada keluarga klien akan meningkatkan pengetahuan keluarga tentang kemampuan cara merawat dan kemampuan coping terhadap stress dan beban yang dialami (Wiyati 2010). Nurhidayah (2010) juga berpendapat bahwa

strategi dan metode pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Hasil penelitian yang tidak sesuai disebabkan karena beberapa hal yang berkaitan dengan karakteristik responden. Hasil penelitian diatas ditunjang oleh pernyataan (Stuart & Laraia 2005) yang menyatakan bahwa pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Penelitian Widiarti (2007) juga menyebutkan bahwa seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibanding dengan seseorang yang tingkat pendidikannya rendah. Pernyataan diatas juga ditunjang dengan pendapat Erfandi (2009) yang menyatakan bahwa pengetahuan adalah suatu pembentukan yang terus menerus oleh seseorang yang setiap saat mengalami reorganisasi karena ada pemahaman baru.

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

Hasil penelitian yang menunjukkan usia responden berada pada rentang usia 56-65

tahun tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan Wong (1995) dalam (Potter, P.A, Perry 2005) yang menjelaskan bahwa usia mampu menunjukkan kemampuan belajar dan perilaku seseorang. Edelman dan Manle (1994) dalam (Potter, P.A, Perry 2005) menjelaskan bahwa kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang. Jumlah anggota keluarga yang terlalu banyak dan pekerjaan yang memerlukan banyak waktu diluar rumah akan mempengaruhi pola komunikasi dan interaksi dalam keluarga sehingga penyampaian informasi juga tidak berjalan dengan baik. Hasil penelitian diatas ditunjang dengan pernyataan Wahidah (2010) yang menjelaskan bahwa dengan komunikasi didalam keluarga seseorang dapat menyampaikan informasi, ide pemikiran, pengetahuan konsep kepada anggota keluarga lain secara timbal balik, baik sebagai penyampai maupun sebagai penerima komunikasi. Fungsi komunikasi yang berjalan dalam keluarga akan menghasilkan komunikasi yang efektif didalam keluarga. (Notoadmodjo 2010) menjelaskan bahwa pengetahuan juga dipengaruhi oleh faktor penghasilan walaupun tidak secara langsung, jika seseorang berpenghasilan cukup maka akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas sumber informasi.

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

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

keluarga responden memiliki pendidikan terakhir SMA dan sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai IRT sehingga memiliki banyak waktu dirumah dan intensitas berkomunikasi dengan anggota keluarga lebih banyak.

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

Pernyataan Sadiman (2008) juga mengemukakan bahwa status pendidikan mempengaruhi kesempatan memperoleh informasi mengenai penatalaksanaan penyakit. Penelitian Mahanani (2013) juga menjelaskan bahwa tingkat pendidikan secara signifikan mempengaruhi tingkat pengetahuan tentang penyakit, sehingga mempengaruhi pola respon. Perbedaan tingkat pendidikan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dan kemampuan dalam menerima informasi baru.

Pendidikan seseorang merupakan salah satu proses perubahan tingkah laku, semakin tinggi pendidikan seseorang maka dalam memilih tempat pelayanan kesehatan semakin diperhitungkan.

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

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

Dukungan keluarga dapat bersifat internal seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung dan dukungan eksternal misalnya dukungan dari sanak keluarga dan masyarakat. Keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosional. Pengaruh positif dari dukungan ini akan dapat mudah menyesuaikan terhadap kejadian dalam kehidupan (Friedman 2010). Faktor yang dapat mempengaruhi dukungan keluarga meliputi beberapa hal antara lain faktor internal. Faktor internal merupakan faktor yang muncul dari diri individu tersebut, yaitu emosi berkaitan dengan keadaan psikologis seseorang, dalam hal ini terkait dengan dua jenis dukungan keluarga yaitu

dukungan emosional dan harga diri, dan faktor pendidikan dan tingkat pengetahuan berkaitan dengan seberapa besar pengetahuan tentang suatu penyakit.

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

Dukungan keluarga dalam kategori baik yang masih kurang dibuktikan dengan sebagian besar keluarga responden hanya memberikan dukungan informasional saja tanpa diimbangi dengan dukungan penilaian, instrumental dan emosional. Keluarga responden jarang mengantar responden berobat, hanya mengingatkan responden untuk minum obat tanpa mengetahui obat apa saja yang harus diminum. Keluarga yang merawat responden sebagian besar berada pada rentang usia 17-25 tahun yang sebagian besar adalah istri responden. Hasil wawancara dan pengkajian menunjukkan bahwa keluarga responden yang sebagian besar adalah istri responden merasa terbebani karena responden yang berperan sebagai kepala keluarga semenjak sakit kusta tidak bekerja lagi yaitu lebih dari 3 tahun sehingga istri merasa peran suami dalam perekonomian keluarga tidak terpenuhi. Kelas perekonomian keluarga dan tingkat pendidikan juga mempengaruhi dukungan keluarga. Bentuk keluarga *extended* dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 5 orang juga mempengaruhi dukungan yang diberikan.

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

dibandingkan ibu yang lebih tua. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas ekonomi.

Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga dipengaruhi oleh kemampuan keluarga dalam mencukupi kebutuhan anggota keluarga. Kemampuan pemenuhan kebutuhan tersebut berhubungan dengan tingkat pendapatan atau tingkat sosial ekonomi keluarga, dimana keluarga dengan tingkat sosial ekonomi menengah memiliki kemampuan memenuhi kebutuhan keluarga lebih baik dibandingkan keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah. Pernyataan di atas sesuai dengan fakta yang ditemukan didalam hasil penelitian yaitu sebagian besar keluarga responden memiliki penghasilan yang rendah yaitu kurang dari satu juta rupiah per bulannya dengan status kepala keluarga yang tidak bekerja karena menderita kusta. Pernyataan di atas juga ditunjang oleh pendapat Ariyanta (2013) yang menyatakan bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tingkat pendidikan seseorang, tingkat ekonomi.

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

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

keluarga dengan responden sebagian besar adalah sebagai istri dari responden.

Hasil penelitian ditunjang dengan hasil penelitian Zulfitri (2006) yang menemukan tingginya dukungan keluarga mayoritas diberikan oleh perempuan sebesar 64,6%. Zulfitri membahas bahwa perempuan dan laki-laki memiliki respon yang berbeda dalam menghadapi masalah, laki-laki cenderung tidak peduli, tidak memperhatikan kesehatan sedangkan perempuan lebih banyak ditemukan untuk memeriksakan kesehatannya. Jenis pekerjaan juga secara umum akan berpengaruh dalam pemberian dukungan keluarga, baik dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian dalam merawat anggota keluarga dengan masalah kesehatan, keluarga yang tidak bekerja tentunya mempunyai waktu luang yang cukup untuk merawat anggota keluarga dibandingkan dengan keluarga responden yang bekerja. Hasil penelitian diatas juga sesuai dengan pernyataan Notoadmodjo (2010) yang menjelaskan bahwa usia yang dianggap optimal dalam mengambil keputusan adalah usia yang diatas umur 20 tahun. Tingkat pendidikan keluarga responden sebagian besar adalah SMA. Luecknotte. A. G. (2000) menjelaskan bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, dan berperilaku baik. Pendidikan rendah berisiko ketidakmampuan dalam merawat kesehatannya (WHO 2003).

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

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

Empat responden pada kelompok intervensi dengan stigma (*self stigma*) tinggi masih memiliki tingkat pengetahuan yang kurang dan responden berlatar belakang

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

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

Hasil penelitian stigma (*self stigma*) responden pada kelompok pembandingan menunjukkan penurunan jumlah responden yang memiliki stigma yang tinggi. Stigma (*self stigma*) responden pada kelompok pembandingan yang tinggi sejumlah 5 responden disebabkan karena informasi kesehatan yang didapatkan oleh responden baik melalui media cetak ataupun elektronik hanya akan merubah perilaku sasaran agar berperilaku sehat terutama pada aspek kognitif yang meliputi pengetahuan dan pemahaman sasaran, sasaran

dari penyuluhan kesehatan adalah individu, keluarga dan masyarakat yang rawan terhadap masalah kesehatan (Maulana 2009). Pada kelompok intervensi bisa terjadi perubahan tingkat stigma (*self stigma*) disebabkan karena Goldenberg (2004) menyatakan bahwa psikoedukasi adalah terapi yang diberikan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan, untuk dapat memahami dan meningkatkan coping akibat gangguan kesehatan yang dapat mengakibatkan masalah pada keluarga. Meningkatnya coping keluarga dan keterampilan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit akan berpengaruh kepada pemahaman kebutuhan anggota keluarga yang sakit dan berdampak pada perhatian serta dukungan keluarga yang akan diberikan dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

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

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Intervensi *psychoeducative family* yang diberikan kepada keluarga penderita kusta di Puskesmas Balerejo Kabupaten Madiun memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan, dukungan keluarga dan stigma (*self stigma*) kusta.

Saran

Intervensi *psychoeducative family* dapat dijadikan dalam penatalaksanaan komunitas bagi pasien kusta sehingga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang kemampuan cara merawat dan kemampuan coping terhadap stress dan beban yang dialami keluarga dan pasien.

KEPUSTAKAAN

- Ajibade, B., Okunlade, J., & Olawale, F., 2013. Prevalence, management and perceived psychological impact of leprosy disease In National Tuberculosis And Leprosy Training Centre, Saye Village, Zaria (2005-2010). *Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 8 (4), pp.9–12. Available at: <http://iosrjournals.org/iosr-jpbs/papers/Vol8-issue4/C0840912.pdf?id=7389>.
- Andayani, E., 2006. *Hubungan tingkat kecemasan keluarga tentang penularan penyakit kustadan peran keluarga dalam perawatan penyakit kusta*. Universitas Diponegoro.
- Ariyanta, F., 2013. "Hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri penderita kusta di Desa Bangklean Kabupaten Blora,"
- Brakel, W.H. van, 2003. Measuring leprosy stigma a preliminary review of the leprosy literature. *International journal of leprosy and other mycobacterial*, 71(3), pp.190–197.
- Clausson, E. & Berg, A., 2008. Family Intervention Sessions: One Useful Way to Improve Schoolchildren's Mental Health. *Journal of Family Nursing*, 14(3), pp.289–313. Available at: <http://jfn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1074840708322758>.
- Djaali, 2007. *Psikologi pendidikan*, . Jakarta.: Bumi Aksara.
- Fráguas, G.S.& S.M., 2007. Coping of diabetic nephropathy in the family: an approach in perspective calgary family assessment model. A qualitative study. *OBJN*, 6(3).
- Friedman, 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, Teori dan Praktek*, Jakarta: EGC.
- Goldenberg, H. Goldenberg, I., 2004. Family therapy: an overview,. *Cangage Learning*.
- Lawrence & & Veronika, 2002. Understanding families in their own context : schizophrenia and structural family therapy in beijing. *Jurnal Of Family Therapy*.
- Luecknotte. A. G., 2000. *Gerontologic nursing* 2nd ed., Missouri,: Mosby.
- Mahanani, N., 2013. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perawatan diri kusta pada penderita kusta di puskesmas Kunduran Kecamatan Blora Tahun 2011*. Universitas Negeri Semarang. Available at: lib.unnes.ac.id/18240/1/6450406030.pdf.
- Maulana, H., 2009. *Promosi kesehatan*, Jakarta: EGC.
- Notoadmodjo, 2010. *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*, Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Nurhidayah, 2010. *Ilmu perilaku dan pendidikan kesehatan untuk perawat*, Medan: USU Press.
- Potter, P.A, Perry, A., 2005. *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*. 4th ed., Jakarta: EGC.
- PPPL, 2014. Kegiatan program PPML Ditjen PP dan PL dan hasil yang dicapai tahun 2013. *Ditjen Pengendalian penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Depkes RI*. Available at: pppl.depkes.go.id/berita?id=1250.
- Rafferty, J., 2005. Curing the stigma of leprosy. *Lepr Rev*, 76, pp.119 – 126. Available at: <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/June05/150523.pdf>.
- Rahayu, D., A., 2011. *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap dukungan psikososial keluarga pada anggota keluarga dengan penyakit kusta di kabupaten Pekalongan*. Universitas Indonesia. Available at: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=4463&val=426>.
- Roosta, Black, ds & R., 2013. A comparison of stigma among patients with leprosy in rural Tanzania and urban United States: a role for public health in dermatology. *International Journal Dermato*. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23451850>.
- Sadiman, 2008. *Pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan berobat penderita TB Paru di RSUD Jendral*

- A. Yani. Universitas Gajah Mada.
- Smith, D., S., 2000. The psychosocial needs of leprosy patients. *Leprosy review*, 71.
- Stuart & Laraia, 2005. *Buku saku keperawatan jiwa* 5th ed., Jakarta: EGC.
- Thilakavati, S, Manickam, P & Mahendale, S., 2012. Awareness, social acceptance and community views on leprosy and its relevance for leprosy control, Tamil Nadu. *Indian J Lepr*, 84, pp.233–240.
- Tsutsumi, A, Izutsu, T, Islam, A, Amed, J, Nakahar, S, Takagi, F & Wakai, H., 2014. Depressive status of leprosy patients in Bangladesh: Association with self-perception of stigma. *Jurnal of leprosy*, (1), pp.1–5. Available at: www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/Ir/Mar04/Lep57_56.
- Wahidah, F., 2010. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik ibu dalam memberikan makanan pendamping ASI pada bayi usia 0-4 bulan di Desa Gubug*, Semarang. Available at: digilib.unimus.ac.id/files/disk1/121/jtptunimus-gdl-murtipurna-6002-4.pdf.
- WHO, 2003. Evidence and health information. Available at: www.who.int.
- Widianti, E., 2007. Remaja dan permasalahannya: bahaya merokok, penyimpangan seks pada remaja dan bahaya penyalahgunaan minuman keras atau narkoba. Available at: elib.unikom.ac.id/files/disk1/461/jbptunikomp-b-gdl-frianindra-23005-8-daftar-p-a.pdf.
- Wiyati, R., 2010. Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 5 (2).
- Zulfitri, R., 2006. *Hubungan dukungan keluarga dengan perilaku lanjut usia hipertensi dalam mengontrol kesehatannya di wilayah kerja puskesmas melur pekanbaru*. Universitas Indonesia. Available at: www.digilib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-95790.pdf.