

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kusta

a. Definisi

Istilah kusta berasal dari bahasa sansekerta, yakni *kustha* berarti kumpulan gejala-gejala kulit secara umum. Penyakit kusta atau lepra disebut juga Morbus Hansen sesuai dengan nama yang menemukan kuman. Kusta adalah penyakit granulomatosa kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium bacillus Leprae* yang mempengaruhi kulit dan saraf tepi dan endemik di berbagai wilayah dunia (Kemenkes, 2015). Kusta merupakan penyakit infeksi yang kronik dan penyebabnya ialah *Mycobacterium leprae* yang bersifat *intraselular obligat*. Saraf perifer sebagai afinitas pertama, lalu kulit dan mukosa traktus respiratorius bagian atas kemudian dapat

ke organ lain kecuali susunan saraf pusat (Handoko, 2015).

b. Epidemiologi

Masalah epidemiologi masih belum terpecahkan, cara penularan belum diketahui pasti sebab *Mycobacterium Lepae* hanya berdasarkan anggapan klasik yaitu melalui kontak langsung antar kulit yang lama dan erat. Anggapan kedua ialah secara inhalasi masih dapat hidup beberapa hari dalam droplet. Penyebaran penyakit kusta dari satu tempat ke tempat lain sampai tersebar di seluruh dunia, tampaknya disebabkan oleh perpindahan penduduk yang terinfeksi penyakit tersebut. Masuknya kusta kepulauan melanesia termasuk Indonesia, diperkirakan dibawa oleh orang-orang cina. Distribusi penyakit tiap-tiap negara maupun dalam satu negara itu sendiri ternyata berbeda-beda (Handoko, 2015). Ghorpade menyatakan bahwa kasus baru terdeteksi untuk kusta masih tinggi, dengan sekitar 250.000 kasus baru yang terdaftar setiap tahun sekitar 15 juta orang telah

diobati dengan terapi multidrug, dan diperkirakan 2 juta orang telah dicegah dari cacat berkembang (Eichelmann and González, 2016)

Prevalensi juga dipengaruhi oleh faktor operasional, seperti tingkat penemuan kasus, aktivitas dan integrasi layanan kusta ke pelayanan kesehatan primer di beberapa negara sehingga akan mencapai target eliminasi kusta (Eichelmann and González, 2013). Program kusta nasional yang dilaksanakan dari tahun 2006 hingga 2010 berhasil dalam memenuhi target WHO untuk daerah endemi kusta. Pada awal tahun 1990-an WHO mengusulkan strategi dorongan terakhir mereka untuk kusta dengan tujuan yang jelas yaitu eliminasi, didefinisikan sebagai prevalensi dibawah satu kasus per 10.000 penduduk di daerah endemic (WHO Global Leprosy Situation, 2010)

c. Gejala Klinis

Kusta mempengaruhi terutama kulit, permukaan saraf tepi, mata, dan organ-organ tertentu misalnya testis. Penyebaran pada kulit sering menjadi alasan pasien mencari perawatan, meskipun mereka juga mungkin mengeluh mati rasa dan jenis paresthesia lainnya atau tanda-tanda sistemik seperti demam dan penurunan berat badan (Eichelmann and González, 2013).

Kelainan kulit pada pada penyakit kusta tanpa komplikasi dapat hanya berbentuk makula saja, infiltrat saja atau keduanya. Penyakit kulit yang harus diperhatikan sebagai diagnosa banding antara lain dermatofitosis, tine visikolor, pitiriasis rosea, pitiriasis alba, dermatitis seboroika, psoriasis, neurofibromatosis, granula anulare, xantomatosis, skleroderma, leukimia kutis, tuberkulosis kutis verukosa dan birth mark. Kalau secara inspeksi mirip penyakit lain, ada tidaknya anastesia sangat banyak membantu penentuan diagnosis, meskipun tidak terlalu

jelas. Hal ini dengan mudah dilakukan dengan menggunakan jarum terhadap rasa nyeri, kapas terhadap rasa raba dan jika masih belum jelas dengan kedua cara tersebut barulah pengujian terhadap suhu yaitu panas, dan dingin menggunakan tabung reaksi. (Handoko, 2015).

Untuk mengetahui adanya kerusakan fungsi saraf otonom perhatikan ada tidaknya dehidrasi didaerah lesi yang dapat jelas dan dapat pula tidak, yang dipertegas menggunakan pena tinta (Tanda Gunawan). Cara menggoresnya mulai dari tengah lesi kearah kulit normal. Bila ada gangguan goresan pada kulit normal akan lebih tebal bila dibandingkan dengan bagian tengah lesi. Dapat pula diperhatikan adanya alopesia didaerah lesi yang kadang-kadang dapat membantu, tetapi bagi penderita yang memiliki kulit berambut sedikit sangat sukar menentukannya. Gangguan fungsi motoris diperiksa dengan *Voluntary Muscle Test* (VMT) (Handoko, 2015).

Menurut Faget (1944); Chhabriya (1985) sistem muskuloskeletal dipengaruhi dalam 95% kasus kusta.

Tanda-tanda skletal paling umum adalah nonspesifik, seperti gangguan sensorik sekunder yaitu kerusakan saraf menyebabkan bisul, cacat, dan fraktur. Osteoporosis adalah tanda kedua yang paling umum pada pasien kusta (Oktaria *et al.*, 2016).

Deformitas atau cacat kusta sesuai dengan fatofisiologinya dapat dibagi dalam deformitas primer dan sekunder. Deformitas primer sebagai akibat langsung oleh granuloma yang terbentuk sebagai reaksi terhadap *M. Leprae* yang mendesak dan merusak jaringan disekitarnya yaitu kulit, mukosa traktus respiratorius atas, tulang-tulang jari dan wajah. Deformitas sekunder terutama kerusakan saraf (sensorik, motorik, otonom) antara lain kontraktur sendi, mutilasi tangan dan kaki (Handoko, 2015). WHO juga membagi klasifikasi derajat kecacatan yaitu kecacatan derajat 0, derajat 1 dan derajat 2. Nilai 0 berarti tidak ditemukan kecacatan dan masih adanya sensasi. Grade I berarti hilangnya sensasi tanpa adanya kelainan anatomis atau kecacatan sedangkan grade II

hilangnya sensasi, kecacatan ditemukan (Adhikari, Kaehler, Chapman, *et al.*, 2014).

Pasien dengan bentuk lepromatosa telah dilaporkan terjadi perubahan pada testis, terutama atropi dan akut orchitis berhubungan dengan eritema nodosum. Mata mungkin terlibat, karena infiltrasi langsung atau melalui kerusakan saraf optik. Menurut Sehgal (2007) sebelas persen pasien dengan penyakit multibasiler telah dilaporkan hilangnya penglihatan pada waktu diagnosa (Eichelmann and González, 2013). Kerusakan mata pada kusta juga dapat berupa kerusakan primer dan sekunder. Kerusakan primer mengakibatkan alopesia pada alis mata dan bulu mata, juga dapat mendesak jaringan mata lainnya. Sekunder disebabkan oleh rusaknya N. Fasialis yang dapat membuat paralisis N. Orbikularis palpebrarum sebagian atau seluruhnya mengakibatkan lagofthalmus yang selanjutnya yang menyebabkan kerusakan bagian mata lainnya secara sendiri atau bergabung dan akhirnya menyebabkan kebutaan (Handoko, 2015).

d. Penularan

Davey menyatakan “Meskipun mekanisme penularan patogen kurang dipahami, kita tahu bahwa *transmissibility* dari *M. leprae* rendah. Kepadatan penduduk dan kontak lama dikenal sebagai faktor risiko” (Eichelmann and González, 2013). Kemungkinan bahwa saluran pernapasan memainkan peran yang signifikan dalam penyebaran telah ditemukan dalam jumlah yang tinggi 100 juta bacili aktif perhari pada mukosa hidung (Eichelmann and González, 2013). Tidak ada hubungan antara bacil dan vektor tapi kemungkinan tidak bisa diabaikan. Kusta bukan penyakit menular yang sangat tinggi, kondisi tertentu harus dipenuhi sebelum host dapat terinfeksi (Ghorpade, 2009).

e. Pengobatan

WHO merekomendasikan terapi multidrug dengan rifampisin dan dapson untuk penyakit paucibacillary, atau dengan rifampisin, dapson, dan klofazimin untuk pasien

dengan penyakit multibasiler. Durasi direkomendasikan selama 6 bulan untuk pasien dengan penyakit paucibacillary dan 12 bulan bagi mereka dengan penyakit multibacillary dan regimen ini secara efektif akan memberantas *Microbaterium Leprae* pada kebanyakan pasien (Eichelmann and González, 2013).

1. Kualitas Hidup

a. Definisi

WHO (World Health Organization) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana mereka hidup dan dalam hubungannya dengan tujuan mereka, harapan, standar dan perhatian. Definisi ini mempertimbangkan seseorang dari aspek fisik dan psikologis, kebebasan, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas / agama / keyakinan pribadi (Lustosa, 2011). Konsep kualitas hidup secara luas mencakup bagaimana seorang individu mengukur

kebaikan beberapa aspek kehidupan mereka (Theofilou, 2013).

b. Kuesioner yang paling sering digunakan

Menurut Ubel, Loewenstein, & Jepson, 2003 pada saat ini, ada lebih dari 1.000 instrumen, yang dirancang khusus untuk pengukuran kualitas hidup. Beberapa digunakan untuk umum, digunakan dalam populasi umum dan dapat diterapkan untuk sejumlah kondisi, penyakit spesifik, berkaitan dengan patologi tertentu (Theofilou, 2013).

Health related quality of life (HRQoL) berkaitan secara khusus dengan aspek kesehatan juga untuk menilai komponen kualitas hidup secara umum (Theofilou, 2013). HRQOL telah dipahami dalam beberapa cara berbeda dan telah diukur dengan menggunakan berbagai instrumen (Theofilou, 2013) salah satunya yaitu The World Health Organisation Quality of life-Brief (WHQOL_BRIEF). Penilaian kualitas hidup WHOQOL

dikembangkan oleh WHOQOL group bersama lima belas pusat kajian internasional, secara bersamaan dalam upaya mengembangkan penilaian kualitas hidup yang akan berlaku secara lintas budaya. Prakarsa WHO untuk mengembangkan pengkajian kualitas hidup timbul dari kebutuhan akan ukuran internasional terhadap kualitas hidup dan komitmen sebenar-benarnya untuk promosi terus menerus dari pendekatan holistik terhadap kesehatan dan perawatan kesehatan (Nursalam, 2016). Penilaian ada empat domain pengukuran yaitu fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

Menurut WHO, 1996 Ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan dalam beberapa aspek (Nursalam, 2016) yaitu:

- a) Domain kesehatan fisik yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut:
 - 1) Kegiatan kehidupan sehari-hari

- 2) Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
 - 3) Energi dan kelelahan
 - 4) Mobilisasi
 - 5) Rasa sakit dan ketidaknyamanan
 - 6) Tidur dan istirahat
 - 7) Kapasitas kerja
- b) Domain psikologis yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut
- 1) Bentuk dan tampilan tubuh
 - 2) Perasaan negatif
 - 3) Perasaan positif
 - 4) Penghargaan diri
 - 5) Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
 - 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
- c) Domain hubungan sosial yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut
- 1) Hubungan pribadi
 - 2) Dukungan sosial

- 3) Aktivitas seksual
- d) Domain lingkungan yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut
 - 1) Sumber daya keuangan
 - 2) Kebebasan, keamanan, dan kenyamanan fisik
 - 3) Kesehatan dan kepedulian sosial; aksesibilitas dan kualitas
 - 4) Lingkungan rumah
 - 5) Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
 - 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru
 - 7) Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalulintas atau iklim)
 - 8) Transportasi

c. Kualitas hidup penderita kusta

Sebagai penderita penyakit menular, penderita kusta diwajibkan untuk meninggalkan rumah, beberapa dirawat di sanatoriums, dan sebagian tetap tinggal bersama keluarga, namun mereka mendapatkan sedikit dukungan keluarga dan tidak ada dukungan dari masyarakat. Hal ini diperkirakan berdampak pada kualitas hidup penderita (Eichelmann and González, 2013).

Perkembangan penyakit ini pada gilirannya, memiliki dampak besar pada kualitas sosial, ekonomi, dan psikologis dari kehidupan individu yang terkena termasuk stigma dan diskriminasi, tidak dilibatkan dalam partisipasi masyarakat, mengurangi akses ke pelayanan kesehatan dan sosial, kurangnya kesempatan pendidikan, dikeluarkan dari daftar warisan karena bukan dianggap sebagai anggota keluarga lagi dan hilangnya peluang dalam pekerjaan dan dibatasi dalam menggunakan hak sipil dan politik (Tsutsumi *et al*, 2010; Brakel *et al*, 2012).

Kualitas hidup orang yang terkena kusta itu dapat berkurang karena gangguan yang membatasi fungsi sehari-hari mereka dalam kegiatan yang produktif serta pembatasan partisipasi dalam masyarakat timbul dari lingkungan (Chingu *et al*, 2013). Stigma juga mempengaruhi kesehatan mental dan kualitas hidup, meskipun relatif sedikit penelitian yang meneliti masalah ini pada banyaknya penderita kusta. Stigma dan diskriminasi menghasilkan persentase yang tinggi dari penderita kusta yang merasa putus asa dan secara verbal mempunyai ide bunuh diri, dengan ditunjukkan dengan mencoba bunuh diri (Tsutsumi *et al*, 2007). Dari beberapa penelitian didapatkan hasil yang signifikan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita kusta diantaranya yaitu kecacatan, hubungan atau status pernikahan, wanita akan lebih berpengaruh terhadap kualitas hidup yang rendah akibat dari beban yang ditanggung, tingkat pendidikan rendah dan stigma yang diterima dari keluarga dan masyarakat (Mankar *et al*, 2011; Brouwers *et al*.

2011.). Masalah psikososial seperti kualitas hidup yang rendah merupakan dampak lain dari penyakit ini yaitu depresi yang merupakan masalah umum yang terjadi pada penderita kusta (Singh, 2012). Banyak penyakit tropis yang hadir dengan berbagai gejala kejiwaan, seperti kecemasan, dan depresi yang timbul akibat kurangnya motivasi, penurunan kemampuan fisik, dan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan diri sendiri, kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat (Tareen, 2016). Depresi dan kualitas hidup rendah memiliki keterkaitan bahwa depresi mempunyai dampak pada penurunan kualitas hidup selain dari stigma (Gbiri *et al*, 2010).

2. Zikir

a. Definisi

Ada banyak intervensi spiritualitas yang mengacu pada intervensi keperawatan berdasarkan ajaran Islam termasuk metode asli Islam yaitu doa, pembacaan

Alquran, zikir, puasa, beramal, sunnah Nabi, dan metode Islam yang dimodifikasi untuk menyeimbangkan dan menelaraskan pikiran dan tubuh pasien secara spiritual. Salah satu intervensi spiritual yang diajarkan islam yaitu zikir (Mardiyono *et al*, 2011).

Dzikir dalam bahasa Arab memiliki beberapa makna diantaranya adalah kondisi jiwa yang memungkinkan seseorang untuk menjaga apa yang dimiliki dari pengetahuan. Dzikir juga dimaksudkan hadirnya sesuatu dihati atau lisan. Dzikir mempunyai pengaruh yang sangat dahsyat dalam menentramkan hati, menjernihkan pikiran dan menenangkan hidup, dan mendatangkan keberkahan setiap amal yang dilakukan (Basri, 2008). Dzikir mencakup seluruh dimensi waktu dan kondisi, Rasulullah sendiri telah menjelaskan bahwa ada waktu-waktu khusus agar kita lebih menekankan dalam berdzikir seperti dzikir pagi dan sore, seperti dalam firman Allah yaitu:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اذْكُرُوا اللَّهَ ذِكْرًا كَثِيرًا ۝٤١ وَسَبِّحُوهُ بُكْرَةً وَأَصِيلًا ۝٤٢

[سورة الأحزاب, ٤١-٤٢]

Artinya : “41. Hai orang-orang yang beriman, berdzikirlah (dengan menyebut nama) Allah, zikir yang sebanyak-banyaknya 42. Dan bertasbihlah kepada-Nya di waktu pagi dan petang [Al Ahzab,41-42]”

b. Keutamaan zikir

Menurut DR. MUH. Mu'inudillah Basri, Lc., M.A dalam bukunya “Penuntun Zikir dan Doa” ada enam keutamaan dzikir

- 1) Dzikir merupakan amalan yang paling disukai Allah
- 2) Dzikir adalah amalan yang menyelamatkan dari azab Allah.
- 3) Dzikir adalah amalan yang menjaga diri dari gangguan setan.
- 4) Dzikir menjadi penenang dan penentram hati.

Dzikir melahirkan ketenangan bagi yang dirundung duka, karena dzikir menyadarkan bahwa Allah tidak akan pernah menzalimi hamba-Nya dan Allah akan

memberikan pahala yang besar bagi mereka yang bersabar.

Seperti disebutkan dalam surat Al-Baqarah ayat 155 sampai dengan 157 yang firman-Nya:

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ
وَالْأَنْفُسِ وَالْأَمْوَالِ وَالنَّمْرِ وَالْبَسْرِ الصَّابِرِينَ ۖ ۱٥٥ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ
مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ۖ ۱٥٦ أُولَٰئِكَ عَلَيْهِمْ
صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ۖ [سورة
البقرة, ١٥٥-١٥٧]

Artinya :

“155. Dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. Dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar. 156. (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan: "Inna lillaahi wa innaa ilaihi raaji'uun" 157. Mereka itulah yang mendapat keberkatan yang sempurna dan rahmat dari Tuhan mereka dan mereka itulah orang-orang yang mendapat petunjuk [Al Baqarah,155-157]”

- 5) Dzikir menambah rezeki dan menjadikan hidup nyaman
- 6) Dzikir menyebabkan keselamatan dan melepaskan kesulitan

c. Intervensi zikir untuk penyakit kronis

Intervensi spiritual yang berdasarkan prinsip islam dapat mengembalikan kondisi kesehatan mental, meningkatkan harapan hidup dan kualitas hidup manusia. Intervensi tersebut antara lain adalah doa, kepercayaan, pertobatan, rasa syukur, zikir dan mengingat kematian (Hosseini *et al.*, 2016). Spiritualitas juga berkontribusi untuk mencapai kesejahteraan hidup individu dan meningkatkan kualitas hidup individu (Hosseini *et al.*, 2013).

Dalam Islam aktivitas spiritual seperti taubat dan zikir sangat umum bagi umat Islam dan dilakukan sebagai penyempurna pikiran individu. Selain itu, diyakini bahwa melalui kegiatan ini hubungan dapat

dilakukan dengan Yang Maha Kuasa. Oleh karena itu, setelah aktivitas ini dilakukan maka dampak bagi psikologis responden berubah secara signifikan (Nubli, Wahab and Salam, 2013). Pengembangan intervensi spiritualitas dimulai dari rutinitas hingga penelitian dan praktik keperawatan. Meditasi Zikir dalam islam bisa dipraktekkan setiap saat. Secara teratur, terapi Zikir dilakukan dua kali sehari dimanapun ditempat dan waktu yang nyaman dan dilakukan di pagi hari atau sore hari (Syed, 2003). Zikir dapat menghasilkan pikiran yang damai untuk mencapai harmonisasi optimal seseorang, yang dapat meningkatkan status kesehatan psikologis, sosial, spiritual, dan fisik (Soliman, 2013).

Selama dua dekade terakhir, terdapat intervensi spiritual / religius pada pasien kanker untuk mencegah atau mengobati berbagai masalah fisik, termasuk mengelola rasa sakit kronis, mengatasi penyakit, meningkatkan kesehatan, meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan. Beberapa penelitian menyatakan

peningkatan religiusitas dapat menurunkan perasaan negatif terhadap kesehatan yang buruk. Hasil ini didukung oleh Kandaswamy (2007) yang melaporkan bahwa stres dapat dikurangi melalui strategi intervensi Islam seperti permohonan kepada Tuhan (Doa), kesabaran (Sabr), mengingat Tuhan (Zikir), mengingat kematian, kepercayaan pada Tuhan (Tawakul) dan bacaan reflektif Alquran (Tilawah) (Akhtar, 2010). Pada penelitian lain yaitu implementasi zikir terhadap tingkat kecemasan pasien sebelum pembedahan perut dapat dikurangi sehingga peneliti menyarankan agar intervensi zikir dapat di masukan kedalam praktik keperawatan sebagai intervensi keperawatan rutin sebelum pembedahan (Soliman, 2013).

3. Psikoedukasi

a. Definisi

Psikoedukasi merupakan salah satu bentuk Intervensi psikososial yang mengacu pada upaya untuk

memberikan solusi terhadap masalah psikologis yang dihadapi individu saat berinteraksi dengan lingkungan. Tipe intervensi psikososial lainya selain psikoedukasi yaitu psikoterapi, *cognitive behavioral therapy* (CBT), dan terapi kelompok. Holland 1982 menggambarkan tujuan intervensi ini untuk mengurangi perasaan keterasingan, mengurangi perasaan terisolasi, tidak berdaya dan putus asa, membantu mengklarifikasi kesalahan persepsi dan kesalahan informasi. Intervensi ini sangat bervariasi dalam konteks teoritis, kompleksitas, isi dan cara penyampaian (Semple *et al.*, 2011).

Barker RL, Aubrey JM mendefinisikan psikoedukasi sebagai proses untuk mengajar klien dan anggota keluarganya tentang sifat penyakit termasuk etiologinya, perkembangan, konsekuensi, prognosis, pengobatan dan alternatif. Prinsip utama psikoedukasi adalah setiap orang berhak menerima informasi tentang penyakit dan perawatannya agar lebih berperan aktif dalam kaitannya dengan penyakit daripada menjadi

penerima perawatan pasif. Implementasi psikoedukasi secara umum dilakukan dengan tatap muka, online, atau melalui telepon. Format psikoedukasi dapat berbasis individu, berbasis kelompok, berbasis keluarga dan berbasis *caregiver* (Murthy 2016). Psikoedukasi diberikan bervariasi dalam bentuk informasi dan intruksi dalam membentuk coping individu dengan menekankan kepada pemberian pendidikan mengenai proses penyakit dan cara mengatasinya (Semple *et al.*, 2011).

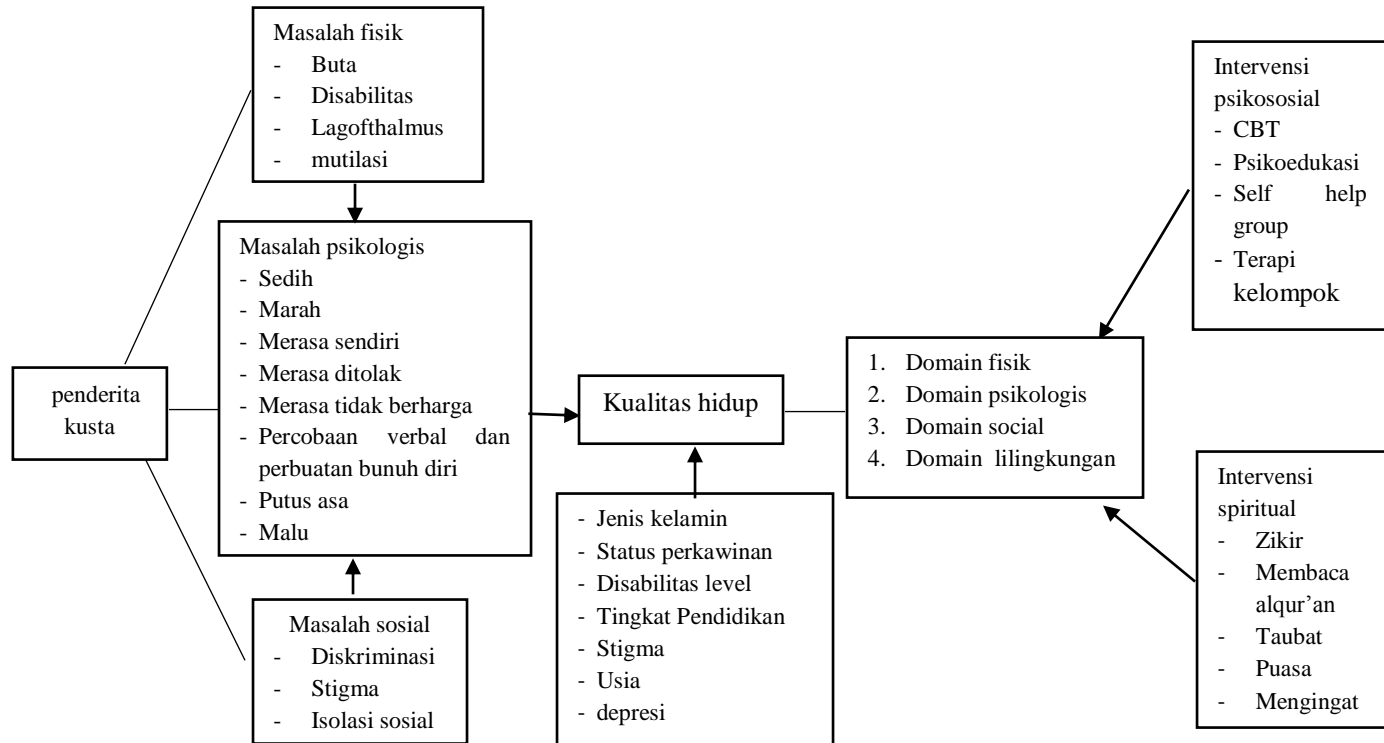
Pendidikan psikologi terdiri dari intervensi psikoterapeutik sistemik dan didaktik yang memadai untuk menginformasikan pasien dan keluarga mereka tentang penyakit dan perawatannya, memfasilitasi pemahaman dan penanganan penyakit yang bertanggung jawab secara pribadi dan mendukung mereka yang menderita dalam mengatasi gangguan (Bäumel *et al.*, 2006). Informasi diberikan secara sistematis, terstruktur, didaktik tentang penyakit dan perawatannya, dan termasuk mengintegrasikan aspek emosional agar pasien

dan anggota keluarga dapat mengatasi masalah yang terkait dengan penyakit (Murthy, 2016).

b. Tujuan dari psikoedukasi ini adalah :

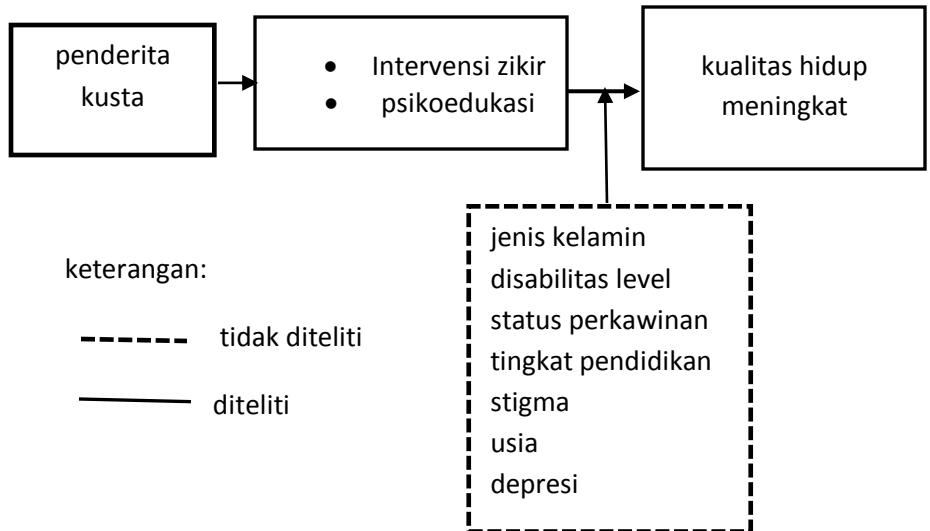
- 1) Menyampaikan informasi kepada pasien atau keluarga ataupun *caregiver* tentang tanda, gejala dan pengobatan.
- 2) Membantu melepaskan perasaan emosional seperti frustrasi pasien atau keluarga dan berdiskusi tentang pengalaman yang sama.
- 3) Memberikan dukungan dengan membina rasa percaya dan meningkatkan kerjasama dalam hubungan terapeutik yang mendorong kepatuhan, dan meminimalkan kegagalan.
- 4) Bantuan terhadap *Self-Help* yaitu dengan mengajarkan untuk mengenali krisis dan mengambil langkah untuk perbaikan (Murthy, 2016).

B. Kerangka teori



Sumber : Tsutsumi et al, 2010; Brakel et al, 2012; Nardi et al, 2015; Murthy, 2016; Singh, 2012, Mardiyono, 2011, Hosseini, 2016

C. Kerangka konsep



D. Hipotesa

H0: tidak ada pengaruh signifikan antara zikir dan psikoedukasi terhadap peningkatan kualitas hidup penderita kusta.

H1: ada pengaruh signifikan antara zikir dan psikoedukasi terhadap peningkatan kualitas hidup penderita kusta.