

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Diabetes Melitus

a. Definisi

Diabetes melitus merupakan kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena tingginya kadar gula darah akibat kurangnya insulin baik absolut maupun relatif (suyono dkk, 2005). Menurut Dorland (2002) diabetes melitus adalah suatu sindrom kronik gangguan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak akibat ketidak cukupan sekresi insulin serta resistensi insulin pada jaringan yang dituju.

b. Tipe diabetes melitus

- 1) Diabetes melitus tipe I adalah gangguan proses dari beberapa faktor autoimun, genetik atau lingkungan (virus dan infeksi). Terjadi penghancuran sel-sel beta yang menyebabkan ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin. (Purnamasari dan Sidartawan, 2010).
- 2) Diabetes melitus tipe II adalah suatu masalah yang disebabkan oleh resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin yang berisiko pada usia diatas 65 tahun, obesitas, riwayat keluarga dan kelompok etnik. (Brunner dan Suddarth, 2002).

3) Diabetes gestasional adalah peningkatan sekresi beberapa hormon yang mempunyai efek metabolik terhadap toleransi glukosa yang terjadi pada kehamilan. Berisiko pada usia tua, etnik, obesitas, riwayat keluarga dan riwayat diabetes gestasional (Schteingart, 2005)

c. Kriteria dalam menegakkan diagnosis diabetes melitus menurut Harrison (2013) sebagai berikut :

- 1) Kadar gula darah selama puasa $\geq 7,0$ mmol/L (≥ 126 mg/dl)
- 2) Keluhan dan gejala diabetes dengan kadar gula darah sewaktu $\geq 11,1$ mmol/L (≥ 200 mg/dl).
- 3) Kadar gula darah 2-jam $\geq 11,1$ mmol/L (≥ 200 mg/dl) saat tes toleransi glukosa oral 75 g.

d. Penatalaksanaan

Penanganan awal pada diabetes melitus bisa menggunakan penanganan nonfarmakologis berupa perencanaan makanan dan olahraga atau kegiatan jasmani, kemudian jika belum terdapat kemajuan maka harus menggunakan penanganan farmakologi yang mana seperti yang dijelaskan pada 4 pilar utama pengelolaan diabetes melitus yaitu perencanaan makanan dengan komposisi yang seimbang dalam karbohidrat, protein dan lemak, olah raga secara teratur 3-4 kali seminggu, pengelolaan farmakologis berupa pemicu sekresi insulin dan peningkatan sensitivitas terhadap insulin dan edukasi diabetes melitus berupa pendidikan dan pelatihan (Suyono dkk, 2005). Menggunakan prinsip diet pola makan 3 J yaitu jadwal makan, jumlah makan dan jenis

makanan yang dimakan harus diatur sesuai dengan kebutuhan kalori pasien diabetes melitus (Widyastuti, 2012)

e. Hal - hal yang diperhatikan dalam pengonsumsiian obat hipoglikemik oral menurut Soegondo dan Purnamasari. (2010) :

- 1) Dosis obat dimulai dari yang terendah dan dinaikkan secara bertahap.
- 2) Harus mengetahui cara kerja dan lama kerja dan efek kerja obat.
- 3) Jika diberikan dengan obat lain, harus memperhatikan kemungkinan adanya interaksi obat.

f. Strategi pencegahan

Agar penyakit diabetes melitus tidak bertambah banyak perlu dilakukan pendekatan masyarakat serta pendekatan individu yang berisiko tinggi dimana dibagi menjadi 3 pendekatan yaitu :

- 1) Pendekatan primer adalah aktifitas pendekatan seperti pengetahuan mengenai diabetes melitus pada individu yang berisiko diabetes melitus atau populasi umum agar tidak terjadi hiperglikemia (Soegondo dan Purnamasari, 2010).
- 2) Pendekatan sekunder adalah pendekatan kepada orang yang sudah terdiagnosa diabetes melitus dengan memotivasi agar dapat melakukan 4 pilar pengelolaan diabetes melitus supaya mencegah komplikasi dengan mengontrol kadar glukosa darah mendekati angka normal sepanjang harinya serta pasien dapat menerima kenyataan penyakit yang dideritanya. (Suyono, 2010)

3) Pendekatan tersier adalah pendekatan untuk mencegah berlanjutnya komplikasi ke penyakit yang lebih parah dan pencegahan terjadinya kecacatan (Suyono, 2010).

g. Penyakit diabetes melitus jika tidak tertangani dengan baik dapat menyebabkan komplikasi seperti proteinuria, neuropati otonom, disfungsi ereksi, disfungsi seksual pada wanita, penyakit arteri koronaria, gagal jantung, stroke, deformitas kaki dan amputasi (Harrison, 2013).

2. Depresi

a. Definisi

Menurut Ismail dan Siste, 2014 depresi merupakan penyimpangan kognitif yang menyebabkan seseorang dalam kecenderungan. Trias kognitif dari depresi adalah persepsi negatif atas dirinya sendiri, kecenderungan dengan menganggap lingkungan sekitarnya adalah musuh, dan menganggap bahwa masa depan merupakan bayangan kegagalan.

Depresi adalah gangguan alam perasaan disertai komponen psikologi dan komponen somatik akibat kesedihan yang panjang (Prabowo, 2014). Kehidupan manusia pada suatu saat pasti merasakan perasaan sedih, kecewa duka dan cita, yang mana kapan depresi dapat dikatakan sebagai depresi normal dan abnormal yang membedakan hanyalah ketika depresi itu dapat ditangani dengan coping adaptif dan hanya membutuhkan waktu yang sebentar akan tetapi ketika depresi

membutuhkan waktu yang lama dan individu tidak sembuh serta tidak dapat melepaskan diri dari depresi maka perlu diperhatikan bahwa depresi itu abnormal (Semiun, 2006).

Gangguan kesehatan yang berhubungan dengan saraf otak karena beratnya masalah atau trauma yang mengakibatkan banyak darah yang terkonsentrasi ke otak sehingga kerja otak menjadi terforsir dan akan terjadi ketidakseimbangan pola pikir dan bicara (Sudarno, 2009).

b. Tanda dan gejala depresi menurut Hawari dalam Prabowo (2014) sebagai berikut :

- 1) Perasaan murung, sedih, tidak semangat, gairah hidup menurun, merasa tidak berdaya.
- 2) Perasaan bersalah, berdosa dan menyesal.
- 3) Nafsu makan berkurang.
- 4) Berat badan berkurang.
- 5) Konsentrasi menurun, sulit membuat keputusan.
- 6) Insomnia.
- 7) Gaduh, gelisah dan tidak berdaya.
- 8) Kehilangan energi atau letih.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi pada diabetes melitus :

- 1) Pengendalian diet serta lamanya terapi, biaya pengobatan yang mahal dan timbulnya komplikasi lainnya (Firdaus, 2013).
- 2) Kurangnya informasi mengenai diabetes melitus dan gaya hidup yang tidak sehat (Hiri dkk, 2013).

- 3) Kurangnya kekuatan spiritual pada yang membuat dirinya gelisah dan tidak terkontrolnya emosional karena kurangnya berdzikir dan merilekskan badan (Prayitno, 2015)

d. Pemeriksaan status mental

- 1) *Mood*, afek dan perasaan. 50 persen pasien depresi menyangkal adanya depresi dan tidak tampak depresi, pasien depresi dibawa untuk terapi ketika mereka menarik diri dari lingkungan sosial dan terdapat gangguan pada aktivitas secara umum. (Ismail dan Siste, 2014). *Mood* adalah nada perasaan yang menyertai pikiran disertai oleh komponen fisiologis. Perasaan dapat berupa perasaan positif dan negatif, perasaan negatif seperti khawatir, curiga, dan takut (Maramis, 2009).
- 2) Suara. Pengurangan jumlah dan intensitas berbicara dengan orang lain (Ismail dan Siste, 2014). Pembicaraan pasien saat diwawancarai apakah meninggikan suara atau hanya menjawab sepatutnya dua patah kata serta seberapa cepat atau lambat ia berbicara (Maramis, 2009).
- 3) Gangguan depresi. Gangguan depresi berat dengan ciri psikotik mempunyai delusi dan halusinasi (Ismail dan Siste, 2014). Orang yang terdiagnosa depresi sering merasa dirinya sudah tidak berguna lagi, hidupnya tidak berarti, tidak memiliki tujuan hidup dan merasa putus asa (Yosep dan Sutini, 2014)
- 4) Pikiran. Pandangan negatif pada dunia dan dirinya sendiri, memiliki isi pikir rasa kehilangan, rasa bersalah (Ismail dan Siste, 2014).

Banyak faktor yang mempengaruhi proses berpikir seperti faktor somatik (gangguan otak atau kelelahan), faktor psikologis (gangguan emosional atau psikis) dan faktor sosial (Maramis, 2009).

e. Alat Ukur (skala) depresi

- 1) *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)* adalah suatu alat ukur untuk mengetahui derajat depresi seseorang apakah ringan, sedang, berat atau berat sekali. Alat ukur ini terdiri dari 21 kelompok gejala, masing-masing gejala diberi penilaian angka 0-4 derajat nilai terdiri dari total nilai < 17= tidak ada depresi, 18-24= depresi ringan, 25-34= depresi sedang, 35-51= depresi berat, 52-68= depresi berat sekali. Perlu diketahui alat ukur ini tidak dapat digunakan untuk mendiagnosa depresi akan tetapi alat ini sebagai acuan derajat depresi ringan, sedang berat karena diagnosis depresi hanya dilakukan oleh dokter spesialis jiwa dengan pemeriksaan klinis. (Hawari, 2009)
- 2) *The Zung Self-Rating Depression Scale* yang terdiri dari 20 skala pelaporan dengan skor normal ≤ 34 dan skor depresi ≥ 50 . Yang meliputi indeks intensitas gejala dan kecenderungan ekspresi dari depresi (Ismail dan Siste, 2014).
- 3) *Beck Depression Inventory (BDI)* untuk mengukur skala depresi dari Beck. Terdapat 21 kategori yang menggambarkan : perasaan sedih, pesimis, gagal, tidak puas, bersalah, dihukum, membenci diri

sendiri, menyalahkan diri, keinginan bunuh diri, mudah menangis, mudah tersinggung, menarik diri dari hubungan sosial, tak mampu mengambil keputusan, penyimpangan citra tubuh, kemunduran pekerjaan, gangguan tidur, kelelahan, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, preokupasi somatik, kehilangan libido. Dengan nilai skor 0-9 = tidak ada gejala, 10-15 = depresi ringan, 16-23= depresi sedang, 24-63= depresi berat (Ramdani, 2016).

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan dalam penyembuhan depresi ringan, sedang dan berat biasanya terdapat dua pilihan yaitu medikasi dan psikoterapi. Untuk depresi ringan dan sedang terapi perilaku kognitif dan obat antidepresan mempunyai efektivitas yang sama, tetapi banyak menggunakan psikoterapi karena penyembuhan lebih cepat, biaya tidak mahal dan tidak memiliki efek samping. Akan tetapi depresi berat menggunakan obat antidepresan lebih efektif (davies, 2009). Menurut Marthan dkk (2013) depresi dapat ditangani dengan berpikiran positif dengan melakukan kerja pikir yang membuat perasaan tenang, serta dukungan keluarga yang kuat dengan menyelesaikan masalah yang menyebabkan depresi dan selalu berpikiran positif ketika pikiran negatif datang dan terus memberikan semangat. Dengan menggunakan terapi akupunktur dalam 2x seminggu pada 12 sesi dapat menurunkan tingkat depresi dengan teknik perangsangan untuk menurunkan gejala seperti nafsu makan dan kualitas tidur (Almi dan Abdurrohman, 2015).

Pemberian psikoterapi dan obat akan lebih efektif dari pada hanya diberikan salah satu saja, psikoterapi dapat diberikan berupa psikoterapi suportif, atau reduktif (psikoterapi kognitif, terapi perilaku, terapi kognitif perilaku) (Ismail dan Siste, 2014).

3. Dzikir dan Doa

a. Definisi

- 1) Dzikir adalah suatu perbuatan mengingat Allah dan mengagungkanNya untuk mendapatkan ketenangan dan ketentraman dengan *bertasbih, tahmid, tahlil*, sholat, membaca Al-Qur'an dan berdoa (Bastaman, 2005). Dzikir Al-Matsurat ialah suatu cara untuk mengingat Allah yang diajarkan nabi berupa ayat Al-Quran serta hadits yang berbentuk doa. Dzikir memiliki manfaat seperti terlindungi dari gangguan setan, bisa menambah ketenangan dan kesabaran (Kasule, 2008).
- 2) Doa adalah ucapan lisan dan hati berupa permohonan, permintaan dan pujian kepada Allah SWT (Ma'afi dkk, 2009). Dan Tuhanmu berfirman "Berdoalah kepada-Ku, niscaya akan Kuperkenankan bagimu. Sesungguhnya orang-orang yang menyombongkan diri dari menyembahKu akan masuk neraka jahanam dalam keadaan hina." (QS.Al- Mu'min :60). Berdoalah kepada Tuhanmu dengan berendah diri dan suara yang lembut. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang melampaui batas"(Al-A'raaf : 55).

b. Manfaat berdzikir

- 1) Sebagai pendekatan diri kepada Allah “Karena itu ingatlah kamu kepada-Ku, niscaya Aku ingat (pula) kepadamu, dan bersyukurlah kepada-Ku, dan janganlah kamu mengingkari nikmat-Ku” (Al-Baqarah/2:152) (Bastaman, 2005).
- 2) Allah adalah tempat mengadu atau bersandar. Ketika manusia merasa putus asa, sudah tidak ada lagi pertolongan ataupun harapan, maka ia sangat membutuhkan dan mencari tempat mengadu untuk bangkit dari semua itu. Berdzikir disini berfungsi menguatkan kembali jiwa yang hancur dengan selalu mengingat Allah bahwa tidak ada yang tidak mungkin di sisi Allah. Karena orang yang tidak dapat mendapatkan tempat mengadu akan mengalami depresi bahkan penyakit jiwa lainnya (Mahfani, 2006).
- 3) Dzikir juga tidak hanya untuk meminta pertolongan ketika mendapatkan musibah tetapi juga meminta rahmat dan karunia untuk meningkatkan kualitas diri agar selalu dalam naungan Allah (Mahfani, 2006).

“ Sesungguhnya pada diri Rasulullah ada teladan yang baik bagi kamu, buat orang-orang yang mengharap (ridha) Allah dan hari akhir serta banyak dzikir kepada Allah” (QS. Al-Ahzab (33) : 21). Rasulullah SAW bersabda berkenaan dengan apa yang diriwayatkan oleh Allah SWT (hadits qudsi). *Allah Tabaroka wa Ta’ala* berkata “ Aku sesuai dengan perkiraan hamba-Ku tentang diri-Ku dan Aku bersamanya ketika berdzikir kepada-ku. Apabila ia

berdzikir kepada-Ku sendirian, Akupun akan menyebutnya sendirian dan ketika ia menyebut Aku dalam kelompok, Akupun akan menyebutnya dalam kelompok yang lebih baik dari pada kelompok mereka” (Hadits Muttafaq ‘Alaih dari Abu Hurairah).

c. Adab doa dan dzikir menurut Mahfani (2006) sebagai berikut :

- 1) Dilakukan pada waktu-waktu yang tepat dan waktu yang mulia seperti di sepertiga malam, malam jum’at bulan ramadhan dan lain-lain.
- 2) Konsentrasi penuh, tidak berpikiran lain dan dengan merendahkan suara seperti firman Allah sebagai berikut “Dan hendaklah engkau berdzikir kepada Tuhanmu dalam dirimu dengan penuh rendah hati dan perlahan-lahan serta tidak mengeraskan pembicaraan pada waktu pagi dan sore dan janganlah kamu termasuk orang-orang yang lalai” (QS. Al-A’raf (7) : 205).
- 3) Dalam keadaan suci bersih tempat dan pakaian serta waktu- waktu yang tepat untuk berdzikir.

d. Waktu-waktu mustajab untuk berdoa dan dzikir menurut (Ma’afi dkk, 2009).

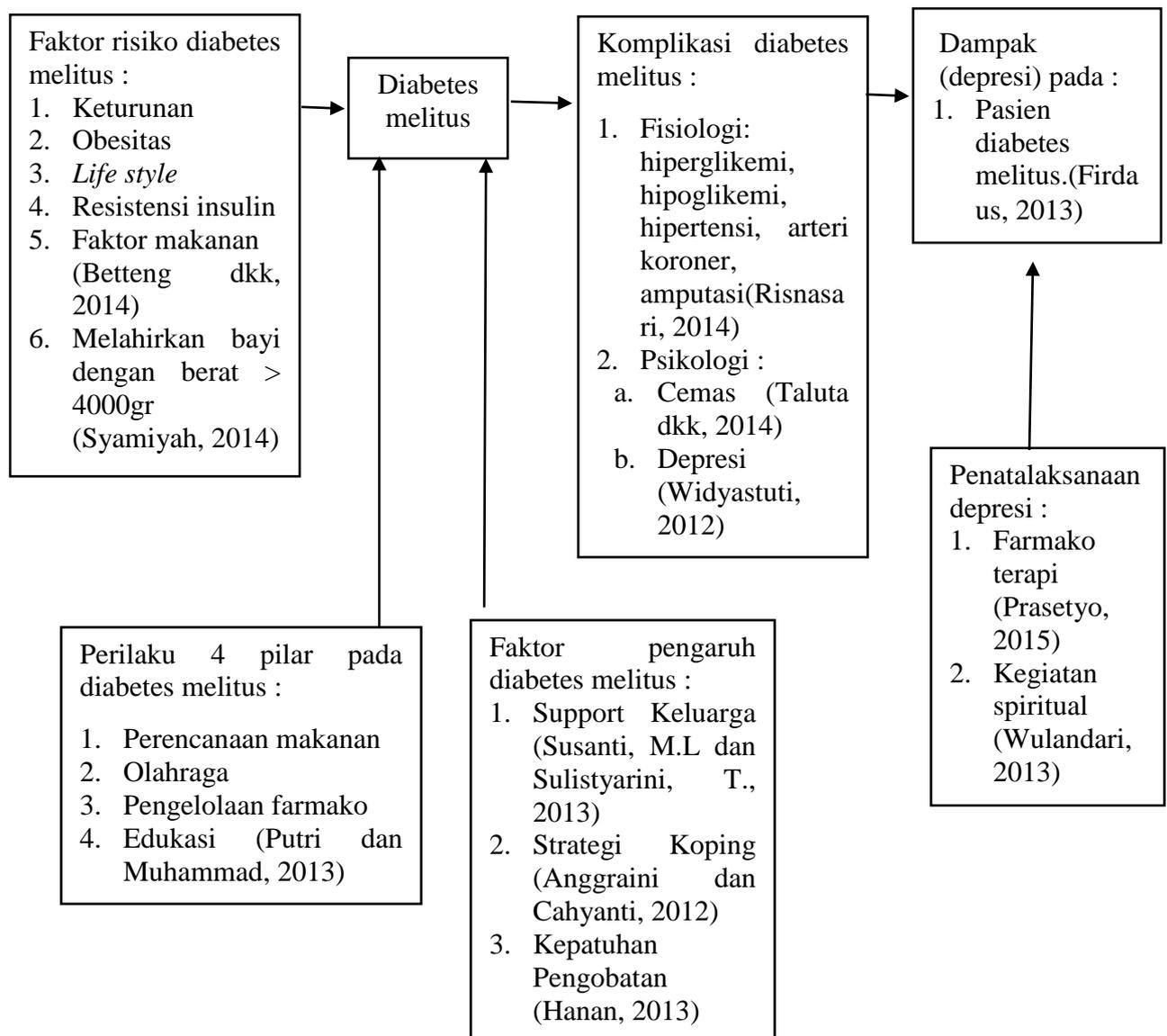
- 1) Sesudah sholat fardhu
- 2) Waktu diantara adzan dan iqomah
- 3) Ketika sujud
- 4) Hari juma’at
- 5) Waktu sepertiga malam

6) Ketika turun hujan

e. Mekanisme doa dan dzikir untuk menyembuhkan depresi

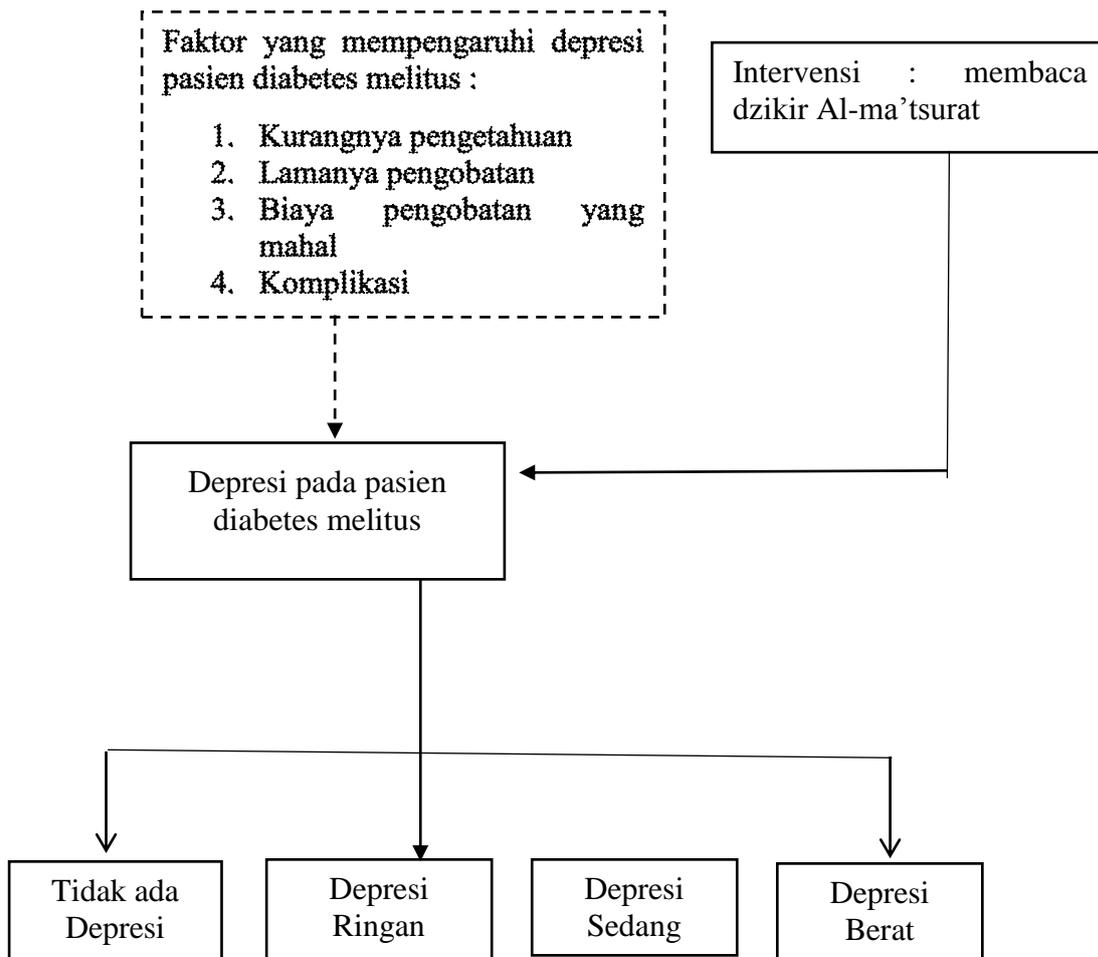
Apabila seseorang berdzikir memberikan kekuatan spiritual yang akan membuat hati tenang dan rileks yang dapat menurunkan kadar kortisol yang akan membuat depresi berkurang (Prasetyo, 2015). Respon positif dari doa dan dzikir mengalir dalam tubuh dan diterima otak kemudian ditransmisikan ke otak besar yaitu *thalamus* selanjutnya ditransmisikan impuls *hipokampus* untuk mensekresi GABA (Gama Amino Batiric Acid) yang bertugas sebagai pengontrol emosi (Jauhari, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Suryani (2016) menunjukkan adanya penurunan depresi pada pasien ulkus diabetikus dengan menggunakan terapi psikoreligius berupa doa dan dzikir, bertujuan untuk mengontrol emosi yang mempengaruhi proses pikir dan ketegangan otot.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

Keterangan :



: Variabel yang ingin diteliti



: Variabel yang tidak ingin diteliti

—————→ : Berpengaruh

-----→ : Tidak berpengaruh

D. Hipotesis

Dalam penelitian ini hipotesis yang diharapkan peneliti yaitu :

Ha : terdapat pengaruh dzikir al-ma'tsurat terhadap skor depresi pada pasien diabetes melitus.