

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Diabetes Melitus

a. Definisi

Diabetes melitus (DM) merupakan kondisi kronis yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi gula darah disertai munculnya gejala utama yang khas, yakni urine yang berasa manis, kelainan yang menjadi penyebab mendasar dari diabetes mellitus adalah defisiensi relatif atau absolut dari hormon insulin (Bilous & Donnelly, 2015). DM termasuk kelompok penyakit kronik berbentuk gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak yang dikarakteristikan oleh tingginya kadar glukosa dalam darah (Hiperglikemia) karena defek sekresi insulin, defek kerja insulin atau kombinasi keduanya yang disebabkan oleh berbagai faktor (Brunner and Suddarth, 2001; Waspadji, 2009; Muflihatin, 2015; Damayanti, 2015;).

Selain itu, DM juga merupakan penyakit gangguan metabolik kronik yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikontrol yang dikarakteristikan dengan ketidak adekuatan penggunaan insulin dan berkembangnya komplikasi

makrovaskuler dan neurologis (Long, 1996 ; Engram, 1999 dalam Wijaya & Putri 2013).

b. Faktor resiko

Terdapat 2 (dua) klasifikasi Faktor resiko pada DM, yaitu faktor resiko yang bisa diubah dan faktor resiko yang tidak bisa diubah, sebagai berikut:

1) Faktor resiko yang tidak bisa diubah

a) Keturunan

Faktor genetik dapat langsung mempengaruhi sel beta dan mengubah kemampuannya untuk mengenali dan menyebarkan rangsang sekretoris insulin (Wijaya & Putri, 2013; Damayanti, 2015). Keadaan ini meningkatkan kerentanan individu tersebut terhadap faktor-faktor lingkungan yang dapat mengubah integritas dan fungsi sel beta pankreas sehingga mengakibatkan resistensi insulin (Sari, 2012; Bilous & Donnelly, 2014). Penelitian Kakenusa et al (2015) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat keluarga menderita DM dengan kejadian DM Tipe 2, yang berarti bahwa orang yang memiliki riwayat keluarga menderita DM, berisiko 5 kali lebih besar terkena

DM Tipe 2 dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat keluarga menderita DM.

b) Usia

Menurut PERKENI (2015) pada seseorang yang sudah berusia 45 tahun ke atas harus melakukan pemeriksaan gula darah. Seseorang yang berada pada usia ini memiliki peningkatan risiko terhadap terjadinya DM dan intoleransi glukosa oleh karena faktor degeneratif yaitu menurunnya fungsi tubuh untuk memetabolisme glukosa (Wicaksono, 2011).

2) Faktor resiko yang bisa diubah

a) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik yang kurang menjadi faktor resiko bagi individu yang memiliki berat badan lebih dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ (Soegondo, 2007; PERKENI, 2015). Kurangnya aktifitas merupakan salah satu faktor yang ikut berperan menyebabkan terjadinya resistensi insulin (Bilous & Donnelly, 2014).

b) Obesitas

Obesitas atau kegemukan adalah kelebihan berat badan $\geq 20\%$ dari berat badan ideal atau BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

(PERKENI, 2015). Kegemukan menyebabkan berkurangnya jumlah reseptor insulin yang bekerja di dalam sel pada otot skeletal dan jaringan lemak. Hal itu dinamakan resistensi insulin perifer. Kegemukan juga merusak kemampuan sel beta untuk melepas insulin saat terjadi peningkatan glukosa darah (Smeltzer, et al. 2008). Obesitas menyebabkan respon sel beta pankreas terhadap peningkatan glukosa darah berkurang. Selain itu, reseptor insulin pada sel di seluruh tubuh termasuk di otot berkurang jumlah dan keaktifannya (kurang sensitif).

c) Tekanan Darah

Seseorang yang beresiko menderita DM ialah yang mempunyai tekanan darah tinggi sebesar $\geq 140/90$ mmHg. Pada umumnya pasien DM juga menderita hipertensi. Hipertensi yang tidak dikelola dengan baik akan mempercepat kerusakan pada ginjal dan kelainan kardiovaskuler. Sebaliknya apabila tekanan darah dapat dikontrol, maka akan memproteksi terhadap komplikasi mikro dan makrovaskuler yang disertai pengelolaan hiperglikemia yang terkontrol. Patogenesis hipertensi pada penderita DM sangat kompleks, banyak faktor yang

berpengaruh pada peningkatan tekanan darah. Faktor tersebut, yaitu resistensi insulin, kadar gula darah plasma, obesitas, dan faktor lain pada sistem otoregulasi pengaturan tekanan darah (Sudoyo, 2006)

d) Stress

Stress menyebabkan peningkatan sekresi hormon epineprin dan kortisol yang meningkatkan kadar glukosa darah (Lorentz, 2006; Safitri, 2015; Muflihatin, 2015). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan stress memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian DM tipe 2 (Trisnawati, 2013; Fatimah, 2015;).

c. Komplikasi

Smeltzer & Bare (2002) mengklasifikasikan komplikasi diabetes mellitus menjadi dua kelompok besar yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis, yaitu:

1) Komplikasi akut

Komplikasi akut terjadi akibat ketidakseimbangan akut kadar glukosa darah , antara lain hiperglikemia, diabetik ketoasidosis dan hipoglikemia (Damayanti, 2015). Hipoglikemia merupakan komplikasi akut DM yang dapat terjadi secara berulang dan dapat memperbesar penyakit DM

bahkan menyebabkan kematian (Bilous dan Donnelly, 2015). Hipoglikemia dabetik (insulin reaction) terjadi karena peningkatan insulin dalam dan penurunan kadar glukosa darah yang diakibatkan oleh terapi insulin yang tidak adekuat (Subiyanto, 2010). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada pasien dengan diabetes mellitus type I dari pada type II, namun dapat juga terjadi pada pasien diabetes mellitus type II yang mendapatkan terapi insulin , dan merupakan faktor penghambat utama dalam penanganan diabetes mellitus (Novitasari, 2012).

2) Komplikasi kronis

Komplikasi kronis terdiri dari komplikasi makrovaskuler, komplikasi mikrovaskuler dan komplikasi neuropati (Damayanti, 2015).

a) Komplikasi makrovaskuler

Komplikasi ini diakibatkan karena perubahan ukuran diameter pembuluh darah. Pembuluh darah akan menebal, dan timbul sumbatan (*occlusion*) akibat *plaque* yang menempel. Yang paling sering terjadi dari komplikasi ini adalah penyakit arteri koroner, penyakit cerebrovaskuler dan penyakit vaskuler perifer (Smeltzer & Bare, 2002)

antara lain pada pembuluh darah dan otak (stroke), pembuluh darah jantung (penyakit jantung koroner) (Wijayanti dan Lailatushifah, 2012).

b) Komplikasi mikrovaskuler

Perubahan mikrovaskuler melibatkan kelainan struktur dalam membran pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan pada pembuluh darah ini menyebabkan dinding pembuluh darah menebal, dan mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Komplikasi mikrovaskuler bisa merusak mata penderitanya dan menjadi penyebab utama kebutaan (Smetlzer & Bare, 2002: Ndraha, 2014). Ada tiga penyakit utama pada mata yang disebabkan oleh DM, yaitu retinopati dimana retina mendapatkan makanan dari banyak pembuluh darah kapiler yang sangat kecil. Glukosa yang terlalu tinggi bisa merusak pembuluh darah retina, katarak dimana lensa yang biasanya jernih bening dan transparan menjadi keruh sehingga menghambat masuknya sinar dan makin diperparah dengan adanya glukosa darah yang tinggi, dan glaukoma terjadi akibat peningkatan tekanan dalam bola mata sehingga dapat merusak saraf mata (Ndraha, 2015).

c) Komplikasi neuropati

Neuropati diabetik merupakan sindrom penyakit yang mempengaruhi semua jenis saraf, yaitu saraf perifer, otonom dan spinal (Damayanti 2015). Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan di kaki, yaitu berupa ulkus kaki diabetik, pada umumnya tidak terjadi 5 – 10 tahun pertama setelah didiagnosis, tetapi tanda-tanda komplikasi mungkin ditemukan pada saat mulai terdiagnosis DMT2 karena diabetes mellitus yang dialami pasien tidak terdiagnosis selama beberapa tahun (Smelzer dan Bare, 2002; Damayanti, 2015).

3) Komplikasi Psikologis

a) Stress

Hiperglikemia pada pasien DM mengakibatkan peningkatan hormon kortisol, sehingga memicu terjadinya stress (Lorentz, 2006; Safitri, 2015; Muflihatin, 2015). Bahkan keadaan ini bisa terjadi sebaliknya, dimana stress bisa meningkatkan kadar glukosa darah (Smeltzer dan Bare, 2008). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan stress memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian DM tipe 2 (Trisnawati, 2013; Fatimah,

2015;). Stress pada pasien DM disebabkan prosedur DM yang dilakukan secara terus menerus, ketidak nyamanan, masalah keuangan serta ketidak pastian hidup, keadaan ini akan memperbesar gejala dan akibat sakit yang sudah ada (Nugroho dan Purwanti, 2017).

b) Depresi

Ketika pertama kali seseorang terdiagnosa DM, maka begitu banyak kekhawatiran yang dirasakan, keadaan ini mengakibatkan terjadinya stress psikososial yang berpotensi menimbulkan depresi (Firdaus, 2013; Hasaini, 2015). Depresi adalah kelainan perasaan yang menyebabkan perasaan sedih dan hilang minat yang terus menerus. Depresi mempengaruhi perasaan, cara berpikir dan berperilaku, serta dapat membuat memiliki berbagai masalah emosi dan fisik (Irawan, 2013; Aditomo dan Retnowati, 2004)

2. Konsep *Self Care behavior* pada pasien DMT2

a. *Self care behavior* pada pasien DMT2

Self care behavior terdiri dari dua istilah yaitu *self care* dan *behavior*. Menurut Orem (1971) dalam Kusniyah (2012) *Self care* merupakan usaha individu, tindakan tingkah laku yang

dipelajari dan merupakan tindakan yang disengaja sebagai respon atas suatu kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraannya.

Diabetes self care merupakan tindakan yang dilakukan perorangan untuk mengontrol diabetes yang meliputi minum obat secara teratur, melakukan pengaturan makan/diet, melakukan latihan fisik, monitor gula darah secara kontinu dan melakukan perawatan kaki secara teratur (Toobert, 2000; Sigurdardottir, 2005; Wu, 2007; Xu Yin et al, 2008; Berbrayer, 2015; Setiyawan, 2016).

Sedangkan *behavior* berasal dari bahasa Inggris yang artinya perilaku. Dengan demikian, *self care behavior* untuk pasien DMT2 adalah perilaku perawatan diri secara mandiri pada pasien DM meliputi mengkonsumsi obat secara teratur, melakukan pengaturan makan/diet, melakukan latihan fisik, monitor gula darah secara mandiri dan melakukan perawatan kaki secara teratur dengan tujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraannya (Orem, 1971; Kusniyah, 2012; Toobert, 2000; Sigurdardottir, 2005; Wu, 2007; Xu Yin et al, 2008; Berbrayer, 2015; Setiyawan, 2016).

b. Komponen – komponen *self cere behavior* pada pasien DMT2

1) Diet

Tujuan umum penatalaksanaan diet pasien DM antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lipid mendekati normal, mencapai dan mempertahankan berat badan dalam batas normal atau menurunkan berat badan pada pasien obesitas, mencegah atau mengurangi faktor resiko penyakit kardiovaskuler seperti hiperlipidemia dan hipertensi, yang berkontribusi terhadap 70%-80% kematian akibat diabetes mellitus type II serta meningkatkan kualitas hidup (Billous dan Donnelly, 2015; Damayanti, 2015). Bagi pasien obesitas, penurunan berat badan, merupakan kunci utama dalam penanganan DMT2. Penurunan berat badan ringan dan sedang (5-10% dari total berat badan) telah menunjukkan perbaikan dalam mengontrol diabetes mellitus type II (Damayanti, 2015) selain itu penulis lain menyebutkan bahwa penurunan berat badan sekurang-kurangnya 4 kg sering kali dapat meredakan hiperglikemia (Billous dan Donnelly, 2015).

Prinsip pengaturan makan pada pasien DM yaitu makanan yang seimbang, sesuai dengan kebutuhan kalori masing-masing individu, dengan memperhatikan keteraturan

jadwal makan, jenis dan jumlah makanan (Ndraha, 2013). Standar komposisi makanan untuk pasien diabetes mellitus dalam Konsensus PERKENI (2015) adalah komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat 45%-65%, lemak 20%-25%, protein 10%-20%, natrium kurang dari 3 g, dan diet cukup serat sekitar 25 gram per hari, garam dan pemanis dapat digunakan secukupnya (Ndraha, 2013). Jumlah kalori disesuaikan dengan status gizi, umur, ada tidaknya stress akut dan kegiatan jasmani (Damayanti, 2015; PERKENI, 2015)

2) Latihan Fisik

Latihan fisik mengaktifasi ikatan insulin dan reseptor insulin di membran plasma sehingga dapat menurunkan kadar glukosa darah. Latihan fisik yang rutin dapat memelihara berat badan normal dengan indeks massa tubuh (BMI) ≤ 25 (Adisa, et al, 2009). Manfaat latihan fisik adalah menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin, memperbaiki sirkulasi darah dan tonus otot, mengubah kadar lemak darah yaitu meningkatkan kadar HDL-kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida (Sudoyo, et al, 2009).

Semua manfaat ini penting bagi pasien DM mengingat adanya peningkatan rasio untuk terkena penyakit kardiovaskuler pada DM (Damayanti, 2015).

Pada studi yang lain dikatakan bahwa latihan fisik atau olah raga dapat memperbaiki kondisi pasien DMT2 dimana terjadi penurunan kapasitas mitokondria pada otot skeletal yang mengakibatkan peningkatan risiko gangguan fisik. Prinsip latihan fisik pasien diabetes mellitus pada prinsipnya sama dengan prinsip latihan jasmani pada umumnya yaitu mengikuti F, I, D, J yang dapat dijelaskan sebagai berikut : F adalah frekuensi 3 – 5 kali dalam seminggu secara teratur, I adalah intensitas ringan dan sedang (60-70% *Maximum Heart Rate*), D adalah durasi 30-60 menit setiap melakukan latihan jasmani dan J adalah jenis latihan fisik yang dianjurkan adalah aerobik yang bertujuan untuk meningkatkan stamina seperti jalan, jogging, berenang, senam berkelompok dan bersepeda (Ilyas dalam Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009)

3) Obat

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

Rutinitas perilaku perawatan diri yang terlibat dalam kepatuhan pengobatan mendapatkan terbukti positif mempengaruhi kontrol glikemik dan menghasilkan lebih sedikit komplikasi kardiovaskular (Skelly et al, 2008; Sousa et al, 2005; Song et al, 2012). Perilaku ini juga telah terbukti positif mempengaruhi kualitas hidup, kesehatan biaya, dan kesehatan yang dirasakan pada orang dengan DM (Balkrishnan et al, 2003; Davis et al, 2007; Martin et al, 2006; Sokol et al, 2005; Song et al, 2012).

4) Pemeriksaan gula darah secara mandiri (PGDM)

PGDM memungkinkan untuk deteksi dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia, pada akhirnya akan mengurangi komplikasi diabetik jangka panjang, pemeriksaan ini sangat dianjurkan bagi pasien diabetes melitus yang tidak stabil, kecenderungan untuk mengalami ketosis berat, hiperglikemia dan hipoglikemia tanpa gejala ringan (Smelzer & Bare, 2002).

Beberapa hal harus dimonitor secara berkala adalah glukosa darah, glukosa urine keton darah, dan keton urine. selain itu juga, pengkajian tambahan seperti cek berat badan secara reguler; pemeriksaan fisik teratur dan pendidikan

tentang diet, kemampuan monitoring diri, injeksi, pengetahuan umum tentang diabetes mellitus dan perubahan-perubahan dalam diabetes mellitus (Sari, 2013; Damayanti, 2015).

5) Perawatan kaki

Perawatan kaki diabetes bertujuan untuk mengetahui ada kelainan sedini mungkin, menjaga kebersihan kaki dan mencegah perlukaan di kaki yang dapat menimbulkan resiko infeksi dan amputasi (Sari, 2013). Terapi dan pencegahan terjadinya neuropati diabetik adalah dengan melakukan pengontrolan kadar gula darah secara teratur dan mencegah terjadinya luka pada kaki Karena adanya komplikasi yang disebut neuropati (Sihombing, 2012).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care behavior* pada penderita DM tipe 2, sebagai berikut :

1) Usia

Bertambahnya usia mempengaruhi kesadaran dalam *self care behavior* (Gau et al, 2013; Khairani, 2016). Perbedaan pengalaman terhadap masalah kesehatan atau penyakit dan pengambilan keputusan dipengaruhi oleh umur individu tersebut (Bohanny et al, 2013; Nuryani, 2013). Hal ini terjadi karena semakin tua umur seseorang semakin matang

perkembangan mentalnya dan juga berpengaruh pada *self care behavior* (Sausa et al, 2005; Lilyana, 2013).

2) Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal dibidang tertentu, semakin tinggi pendidikan, semakin mudah menerima pengaruh luar yang positif obyektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang *self care* pada pasien DM. (Kusumadewi, 2012; Magfiroh, 2013; Nuryani, 2013)

3) *Locus of control*

Locus of control (LOC) adalah keyakinan individu mengenai sumber penyebab dari peristiwa-peristiwa yang dialami dalam hidupnya. Seseorang juga dapat memiliki keyakinan bahwa ia mampu mengatur kehidupannya, atau justru orang lainlah yang mengatur kehidupannya, bisa juga ia berkeyakinan faktor nasib, keberuntungan, atau kesempatan yang mempunyai pengaruh besar dalam kehidupannya (Levenson, 1981; Dipayanti & Chairani, 2012; Adnyani, 2015).

LOC terbagi menjadi *internal locus of control* dan *eksternal locus of control* (Safitri, 2013). Individu dengan *locus of control* internal percaya bahwa *self care behavior* bisa dilaksanakan dengan baik disebabkan oleh tindakan dan kemampuannya sendiri. Individu dengan *locus of control* eksternal melihat keberhasilan *self care* ditentukan oleh kekuatan dari luar dirinya seperti disebabkan oleh kuasa orang lain (*powerfull other*), disebabkan oleh keberuntungan dan nasib (*chance*) dan disebabkan oleh adanya peran Tuhan (*God locus of control*) (.Stewart, 2012).

Dalam penelitian Safitri (2013) menyebutkan bahwa seseorang yang berorientasi kepada *internal locus of control* memiliki kepatuhan yang tinggi dalam *self care bahavior* dibandingkan dengan *eksternal locus of control*, kurangnya dukungan sosial maupun motivasi dari lingkungan sekitar (Safitri, 2013).

4) Dukungan sosial

Secara umum, orang-orang yang merasa menerima penghiburan, perhatian, dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mematuhi dalam *self care behavior*, daripada

pasien yang kurang mendapat dukungan sosial (Isworo, 2010; Muti'ah, 2010)

3. Konsep *locus of control* dan *God locus of control*

a. *Locus of control* (LOC)

Konsep tentang LOC pertama kali dikemukakan oleh Rotter pada 1996, seorang ahli teori pembelajaran sosial. Menurut Rotter, LOC merupakan hasil dari suatu tindakan yang dipengaruhi oleh keterampilan atau keberuntungan. LOC mengacu pada keyakinan tentang apakah hasil dari tindakan kita tergantung pada apa yang kita lakukan atau peristiwa di luar kendali pribadi kita (Macaden & Clarke, 2010). LOC sebagai dorongan dalam diri individu untuk mentaati dan menjalankan peraturan-peraturan yang diberikan untuk mengendalikan nasibnya menjadi lebih baik (Safitri, 2013). LOC mengacu pada derajat dimana individu memandang peristiwa-peristiwa dalam kehidupannya sebagai konsekuensi perbuatannya, atau sebagai sesuatu yang tidak berhubungan dengan perilakunya sehingga di luar kontrol pribadinya (control eksternal) (Tektonika, 2012).

Rotter (1975) membedakan orientasi *locus of control* menjadi dua yaitu LOC internal (ILOC) dan eksternal (ELOC). Individu dengan ILOC cenderung menganggap bahwa peristiwa

yang akan terjadi dalam kehidupannya tergantung pada kemampuan diri sendiri (Macaden & Clarke, 2010). Keterampilan (*skill*), kemampuan (*ability*), dan usaha (*effort*) lebih menentukan apa yang mereka peroleh dalam hidup mereka (O'Hea et al, 2009). Sedangkan individu yang memiliki ELOC cenderung menganggap bahwa hidup mereka terutama ditentukan oleh kekuatan dari luar mereka, seperti nasib, takdir, keberuntungan, dan kekuatan lain yang berkuasa (Tillotson & Smith, 1996). LOC baik internal maupun eksternal sangat penting dalam kehidupan setiap orang, terutama dalam hal kesehatan.

Ketika individu memiliki keyakinan tentang kesehatannya baik secara internal maupun eksternal, maka individu tersebut akan mengupayakan suatu bentuk perilaku tertentu terkait dengan kesehatan individu tersebut hal ini disebut dengan *health locus of control* (HLOC) (Wallston et al, 1994). Individu dengan HLOC memiliki kemampuan untuk mengontrol perilaku mereka sendiri yang terkait dengan kesehatan, termasuk perilaku kesehatan yang beresiko, dan kepatuhan (Bonichini et al, 2009).

Levenson (1973) menyatakan bahwa pemahaman dan prediksi perilaku dapat diperdalam kembali dengan cara mempelajari harapan individu terhadap peluang dan takdir diluar

komponen kontrol eksternal. Oleh karena itu, Wallston (1999) mengembangkan *Multidimensional Health Locus of Control Scale*. menjelaskan bahwa skala yang dibuat tersebut dapat mengukur tingkat dimana seseorang mempersepsikan dirinya antara *powerful others, chance atau luck* dan *God health locus of control* sebagai faktor yang memegang kontrol atas kesehatannya.

1) *Internal health locus of control (IHLC)*

IHLC mengarah pada keyakinan tentang yang menentukan kesehatan dan kesakitannya bersumber dari perilakunya sendiri (Bell et al, 2002).

2) *Powerfull others*

Powerfull others menjelaskan tentang keyakinan individu bahwa yang mengendalikan kesehatannya dipengaruhi oleh orang lain (Bell et al, 2002).

3) *Chance*

Chance menjelaskan tentang keyakinan seseorang bahwa kesehatan atau kesakitan yang dialaminya ditentukan oleh keberuntungan atau nasib (Wells et al, 2008).

4) *God health locus of control (GHLC)*

GHLC adalah skala penilaian terkait sejauh mana keyakinan seseorang bahwa Tuhan memiliki peranan atau

pengaruh terhadap status maupun pengendalian kesehatannya (Wells *et al*, 2008)

b. Konsep *God locus of control* (GLOC)

GLOC merupakan keyakinan individu tentang peranan Tuhan dalam setiap peristiwa yang terjadi dalam kehidupannya (Schilling & Park, 2005). GLOC merupakan bagian dari ELOC yang memiliki peranan dalam menentukan nasib maupun peristiwa-peristiwa yang terjadi dalam kehidupan seseorang (Alzahrani dan Sehlo, 2013). Derajat kepasrahan berhubungan positive terhadap GLOC (Wong, et al, 2000). Menurut Pargament *et al* 1988 dalam Wong *et al* 2000 kepasrahan bukan sesuatu tentang menunggu dan tidak melakukan apa-apa, tetapi lebih pada memilih dengan cara berusaha dan menyerahkan hasilnya atau harapan pada peran Tuhan..

GLOC yang akan menghasilkan strategi koping yang positif dalam menghadapi stres pada orang-orang yang menderita penyakit kronis (Leaks, 2008). Koping religius menggambarkan tentang pemanfaatan iman mereka dalam manajemen stress dan problem dalam hidup (Lillevoll *et al*, 2013). Pargament juga menyebutkan ada 3 (tiga) koping religius yaitu dalam menyelesaikan masalah, individu itu sendiri yang berperan secara

aktif sedangkan Tuhan sebagai *primary passive (self directing style)*, individu berperan pasif menyerahkan atau menunggu ketentuan dari Tuhan (*deffering style*) dan yang ketiga *collaborative coping*, antara Tuhan dan individu bekerjasama secara aktif dalam menyelesaikan masalah. Kehidupan yang ditentukan oleh Tuhan.

Pentingnya orientasi keagamaan mungkin bisa membantu dalam menjelaskan bagaimana orang memanfaatkan agama dan atau spiritualitas sebagai strategi coping dalam menjaga kondisi kesehatan yang buruk atau bisa juga disebut sebagai menggunakan religius coping dalam menjaga kesehatannya (Wong dan Gorsuch, 2004 dalam utami 2012; Permana, 2015). Coping religius adalah suatu cara individu menggunakan keyakinannya dalam mengelola stress dan masalah-masalah dalam kehidupan (Utami, 2012).

Agama mempunyai peran penting dalam mengelola stress, agama dapat memberikan individu pengarahan/bimbingan, dukungan dan harapan seperti halnya pada dukungan emosi (Kasberger, 2002). Melalui berdoa, ritual dan keyakinan agama dapat membantu seseorang dalam coping pada saat mengalami

stress kehidupan, karena adanya pengharapan dan kenyamanan (Rammohan *et al*, 2002).

Dikatakan bahwa Tuhan masih dianggap sebagai sumber utama dalam kehidupan individu (McAuley *et al*, 2000) dan banyak orang menganggap koping agama sebagai alternatif untuk mengurangi beban kehidupan sehari-hari (Pargament *et al*, 2000). Bukti bervariasi dalam hal bagaimana orang melihat Tuhan dalam menjaga penyakit kronis. Bagi sebagian orang, Allah adalah aktor utama yang memberikan penyakit serta obat (Hodge *et al*, 2000; Polzer dan Miles, 2007), atau merupakan kekuatan yang mendukung dalam mengelola kondisi (Polzer & Miles, 2007; Abdoli *et al*, 2008)

4. Budaya Jawa

Kebudayaan menggambarkan cara hidup, perkembangan intelektual, spiritual dan adat kebiasaan sejumlah orang kelompok atau masyarakat (Sutrisno, 2005). Salah satu unsur pokok kebudayaan yang sangat mempengaruhi budaya itu sendiri adalah agama atau sistem religi (Sudardi, 2002)

Agama memiliki simbol-simbol maupun ungkapan-ungkapan yang penuh dengan makna, hubungan antara simbol dan makna yang dimengerti oleh masyarakat pendukung suatu kebudayaan senantiasa

dipindahkan atau diwariskan melalui sosialisasi dan inkulturasi secara terus menerus dari generasi kegenerasi sehingga menjadi pengetahuan dan sikap dalam hidup (Subandi, 2012). Berdasarkan pandangan itu Geertz (1963) menyebutkan bahwa agama adalah sistem kebudayaan.

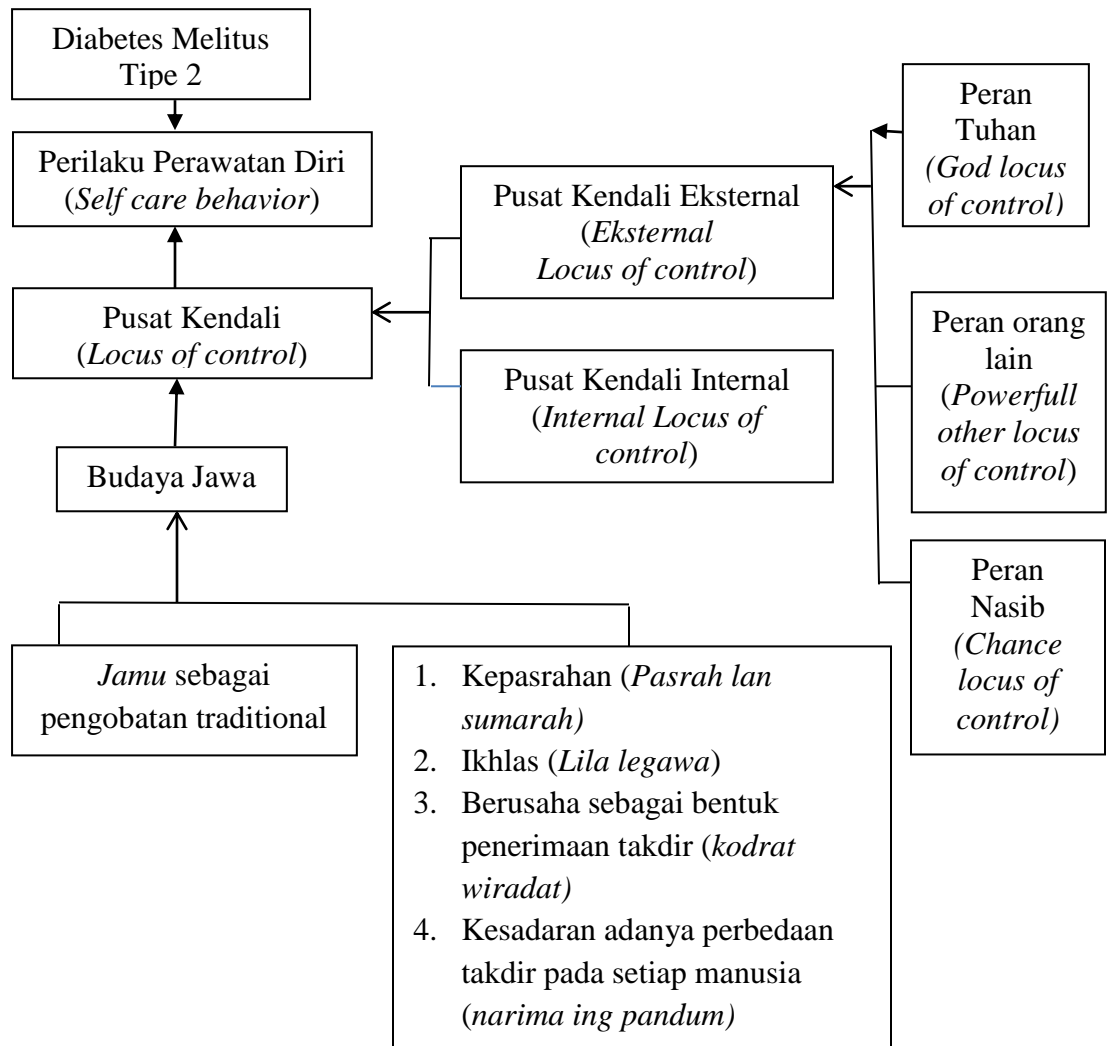
Dimensi religius merupakan salah satu karakteristik budaya Jawa (Afifah, 2015). Masyarakat Jawa mayoritas muslim sehingga banyak memiliki pandangan hidup atau nilai-nilai yang senantiasa dijadikan pedoman dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Pandangan hidup masyarakat Jawa tentang “*sangkan paraning dumadi*” yakni sebuah ungkapan yang menyatakan hakikat hidup manusia berasal dari Tuhan maka akan kembali kepada Nya. Pandangan hidup seperti itu juga sejalan dengan ajaran Islam yang bersumber dari kitab suci Al-Qur’an bahwa sesungguhnya manusia berasal dari Allah maka akan kembali kepadaNya (Al-Baqarah: 156).

Sebagai Muslim, masyarakat Jawa menempatkan agama sebagai salah satu dasar individu untuk kelangsungan proses kehidupan perlu berusaha dan berinteraksi dengan sesama individu, dunia luar atau lingkungan (Sunarno, 2012). Agama merupakan keyakinan hidup dengan mengendalikan nafsu untuk mencapai kebahagiaan. Kaitannya dengan kesehatan, masyarakat Jawa selalu melibatkan ajaran agama dalam kehidupan sehari-hari termasuk dalam hal kesehatannya. Nilai-

nilai yang terkandung dalam masyarakat Jawa seperti kepasrahan (*pasrah lan sumarah*), usaha sebagai bentuk penerimaan takdir (*kodrat wiradat*), ikhlas (*lila legawa*), dan kesadaran seseorang akan perbedaan atas takdir Allah (*narima ing pandum*) (Ch dan Sudarsono, 2008; Tumanggor, 2010). Nilai-nilai tersebut diharapkan mampu dijadikan landasan oleh masyarakat untuk mempertahankan atau meningkatkan status kesehatannya.

Selain menjadikan agama sebagai landasan berperilaku dalam kehidupan sehari-hari, khususnya dalam menghadapi penyakit masyarakat Jawa juga memiliki sistem pengetahuan pengobatan yang sudah ratusan tahun digunakan, yakni sebelum masuknya teknik-teknik kedokteran modern. Sistem pengobatan tersebut disebut sebagai sistem pengobatan tradisional. Dimana sistem pengobatan ini sampai dewasa ini masih tumbuh subur, bahkan sebagian sudah menjadi suatu industri yang besar yang dikenal dengan nama *jamu* (Ch dan Sudarsono, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa dalam menjalani kehidupannya, masyarakat Jawa selalu mengacu pada budaya leluhur yang turun temurun (Afifah, 2015). Masyarakat Jawa masih banyak yang menjunjung tinggi ide, gagasan, nilai dan norma budaya Jawa dalam pemenuhan kebutuhan kehidupan sehari-hari (Sunarno, 2010).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1

Sumber: Toobert (2000); Sigurdardottir (2005); Wu (2007); Xu Yin et al (2008); Polzer and Miles (2007); Berbrayer (2015); Setiyawan(2016)