

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep amputasi pada diabetes melitus

a. Definisi amputasi

Amputasi diartikan sebagai tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian seperti kaki, tangan, lutut, atau seluruh bagian ekstremitas (Wright, 2014), Amputasi dilakukan ketika ekstremitas sudah tidak dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain atau terdapatnya kondisi yang dapat membahayakan keselamatan tubuh atau merusak organ tubuh yang lain sehingga menimbulkan komplikasi infeksi, perdarahan dan pertumbuhan *stump* yang abnormal (McArdle *et al*, 2015; Payne & Pruent, 2015; Mei *et al*, 2014; Daryadi, 2012; Mark *et al*, 2016).

Amputasi pada pasien DM yaitu prosedur pembedahan yang dihasilkan dari sebuah kondisi medis yang serius yang diakibatkan oleh peripheral vascular disease (PVD), *sensory neuropathy*, riwayat amputasi sebelumnya, *foot deformities*, dan *ulcers*, yang bertujuan untuk mencegah

penyebaran infeksi ke bagian ektermitas yang sehat (Senra *et al*, 2011; Yeboah *et al* , 2016).

b. Jenis amputasi pada penderita diabetes melitus

Tindakan amputasi bagian anggota gerak atau ektermitas pada pasien DM 70% adalah amputasi ektermitas bawah dengan angka kejadian 5% amputasi minor yaitu *partial foot dan ankle amputations*, dan 95% amputasi mayor yaitu *50% below knee amputation, 35% above knee amputation dan 7-10% hip amputation* (Dunning, 2009).

1) Amputasi minor.

Amputasi minor yang melibatkan anggota gerak dari jari kaki sampai dengan pergelangan kaki (Payne & Pruent, 2015).

a) Amputasi jari kaki

Amputasi ibu jari kaki yaitu amputasi tingkat transfalangeal dapat digunakan jika nekrosis terletak dari distal ke proksimal sendi interfalangeal (Payne & Pruent, 2015).

b) Amputasi *ray*

Amputasi *ray* dapat di lakukan jika terdapat infeksi yang mengenai bagian falangeal merupakan teknik khusus yang sering di lakukan

bila infeksi mengenai salah satu bagian jari kaki dengan menghilangkan bagian dari salah satu jari (Borkosky *et al*, 2012; Sara *et al*, 2012). Tujuan menghindari penyebaran infeksi ke bagian tubuh lain. Penyembuhan luka berlangsung selama 1-3 bulan dan kaki dapat berfungsi penuh dan memungkinkan penderita amputasi *ray* dapat berjalan normal (Payne & Pruent, 2015).

c) Amputasi Transmetatarsal

Indikasi tindakan amputasi transmetatarsal adalah ketika infeksi mengenai semua jari-jari kaki, atau ibu jari dan sebagian besar jari-jari kaki (metatarsal) yang disebabkan oleh infeksi pada kaki diabetes, gangren dan ulserasi pada pasien diabetes mellitus yang mengalami disvaskularisasi (Ammendola *et al*, 2016). Amputasi ini digunakan jika nekrosis memanjang dari proksimal ke proksimal sendi interfalangeal, (Payne & Pruent, 2015; Serra *et al*, 2012).

d) Amputasi *syme*

Prosedur ini biasanya digunakan jika kaki telah hancur oleh trauma (Pinzur, 1999). Amputasi ini

menyelamatkan panjang ekstremitas, mengangkat kaki antara talus dan kalkaneus. Amputasi *symp* (modifikasi amputasi disartikulasi pergelangan kaki) dilakukan paling sering pada trauma kaki ekstensif dan menghasilkan ekstremitas yang bebas nyeri dan kuat (Attinger & Brown, 2012).

Teknik amputasi *symp* jarang digunakan pada pasien DM karena berdampak pada hasil yang buruk yaitu ketidak stabilan dari flap kalkaneus, terjadinya devaskularisasi, adanya perbedaan panjang tungkai yang membuat sulit berjalan, namun beberapa penelitian menyatakan bahwa amputasi ini memberikan hasil yang baik bagi amputasi akibat infeksi atau ulkus diabetik (Payne & Pruent, 2015; Senra *et al*, 2011; Nather *et al*, 2014).

2) Amputasi mayor

Amputasi mayor dianggap mencakup semua amputasi di atas sendi pergelangan kaki yaitu transtibial, transfemoral, disartikulasi lutut, disartikulasi pinggul, dan pelvektomi (Senra *et al*, 2011; Kralovec *et al*, 2015).

a) Amputasi di bawah lutut (BL)

Prosedur ini umumnya dilakukan pada penyakit vaskular perifer stadium akhir (Maurice & Bewes, 2001). Prosedur ini memberikan rehabilitasi yang sangat baik karena dapat menyelamatkan sendi lutut (Senra *et al*, 2011). Amputasi bawah lutut menjadi alternatif dibandingkan amputasi atas lutut karena pentingnya sendi lutut dan energi untuk berjalan (Senra *et al*, 2011, Saraf & Gupta, 2015).

b) Amputasi di atas lutut (AL)

Amputasi ini memegang angka penyembuhan tertinggi pada pasien dengan penyakit vaskular perifer. Amputasi ekstremitas atas dilakukan dengan mempertahankan panjang fungsional maksimal dengan menggunakan prosthesis segera paska amputasi dapat mengembalikan fungsinya kaki secara maksimal (Senra *et al*, 2011).

c) Disartikulasi panggul dan hemipelvektomi

Prosedur amputasi ini biasanya dilakukan untuk tumor ganas di tungkai dan jarang dilakukan pada penyakit vaskular perifer (Turner *et al*, 2016).

Disartikulasi sendi lutut paling berhasil pada klien dengan usia muda, karena masih mampu mengembangkan kontrol yang tepat terhadap prosthesis (Sjamsuhidajat & De Jong, 2005). Bila dilakukan amputasi disartikulasi sendi pinggul, kebanyakan orang akan tergantung pada kursi roda untuk mobilitasnya (Senraet *al*, 2011).

c. Etiologi

1) Amputasi minor

Terdapat 3 faktor yang dapat dipandang sebagai predisposisi kerusakan jaringan pada kaki diabetes menyebabkan amputasi, yaitu *peripheral vaskular disease (PVD)*, neuropati, dan infeksi (Dorfman, 2014; Kolossváry, 2015; Lipsky *et al*, 2011; Lazzarini *et al*, 2012; Sadasiva, 2012).

2) Mayor

Penderita DM yang telah memiliki riwayat amputasi minor akan beresiko 30% mengalami reamputasi karena pada amputasi minor, sebagian semua amputasi minor dilakukannya operasi dengan teknik open amputasi dan adanya *stump* sehingga beresiko terjadinya infeksi maka perlu di lakukannya

revaskularisasi dan amputasi mayor yang terdiri dari amputasi bawah lutut dan amputasi atas lutut (Kolossváry, 2015; Lipsky *et al*, 2011).

Indikasi dilakukannya amputasi tersebut adalah

1) akibat penyakit vaskular perifer yang tidak dapat direkonstruksi dengan nyeri iskemik atau infeksi yang tak dapat ditoleransi lagi akibat *stump* yang terinfeksi akibat atau terjadinya osteomilitis direct; 2) nyeri atau infeksi yang tidak dapat ditoleransi lagi pada pasien yang tak dapat bergerak dengan penyakit vaskular perifer; 3) infeksi yang menyebar secara luas dan tidak responsif terhadap terapi konservatif (Senra *et al*, 2011)..

Secara mekanisme terjadinya ulkus pada pasien yang mengalami amputasi mayor akibat perubahan gaya berjalan dan perubahan keseimbangan yang menyebabkan tekanan tumit, tekanan pertengahan kaki, dan tekanan kaki (Handaya, 2016). Faktor lain yang berperan yaitu PVD, neuropati, nekrotik fasciitis, deformitas tulang, dan gangguan patologi kuku berat (Handaya, 2016; Aziz *et al*, 2011).

d. Komplikasi paska amputasi

Komplikasi yang dapat di temukan pada pasien dengan paska amputasi antara lain:

1) Fisik

a) Faskulitis nekrotika

Necrotizing fasciitis (NF) adalah infeksi jaringan lunak yang mengalami nekrosis yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan lokal yang cepat dan mengakibatkan sepsis berat (Chen *et al*, 2015; Callahan *et al*, 2016; Ahmedani *et al*, 2013)

b) Kontraktur sendi

Pada alat gerak bawah, adanya kontraktur panggul sangat mengganggu karena membuat pasien kesulitan untuk mengekstensikan panggulnya dan mempertahankan pusat gravitasi di lokasi normalnya (Vitriana, 2015). Sementara itu jika pusat gravitasi mengalami perubahan, maka akan semakin banyak energi yang diperlukan untuk melakukan ambulasi. Tendensi kontraktur fleksi lutut pada amputasi bawah lutut dapat menyebabkan kurangnya keberhasilan *fitting* sebuah prostetik (Latlief *et al*, 2014).

c) Pantom sindrom

Phantom limb sensations adalah perasaan klien yang merasakan bahwa kakinya masih ada, bahkan penderita mengetahui bahwa kakinya tersebut tidak ada (Myers, 2015).

2) Psikologis

a) Gangguan emosi

Penderita paska amputasi sering merasa mudah marah, cepat tersinggung pasien cenderung berdiam atau perasaan kosong, depresi, takut, sedih, cemas, putus asa, kelelahan yang luar biasa, kebingungan, ketidakberdayaan dan dendam. Klien memiliki serangkaian perubahan suasana hati dari tinggi ke rendah dan seperti berada pada sebuah *roller coaster* emosional (Chan, 2016; Abreu *et al*, 2017).

b) Depresi

Amputasi tungkai bawah menyebabkan cacat fisik yang serius dan sangat intuitif dengan penyesuaian dengan kondisi amputasi yang impulsif menyebabkan tekanan psikologis. Depresi pada individu karena amputasi tungkai bawah mencapai 45 % dari antara seluruh penderita amputasi (Mozumdar & Roy, 2010).

c) Isolasi sosial

Livingstone (2011) menemukan bahwa klien yang telah menjalani amputasi mengalami isolasi sosial akibat hilangnya rasa kemampuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari yang membuat kurangnya interaksi terhadap keluarga dan kelompok sosial lainnya, di dukung oleh hilangnya pekerjaan membuat adanya rasa malu dan lemah.

3) Spiritual

Terjadinya *spiritual health disorder* akibat dari keputusasaan dan krisis psikologis yang dialami penderita amputasi menjadikan suatu pengalaman hidup yang traumatis. Hal ini menyebabkan individu mengalami kemarahan terhadap fakta yang terjadi. Kemarahan ini dapat ditujukan kepada siapa saja, apakah dirinya sendiri, orang-orang sekitar yang dekat dengannya, dan bahkan dengan Tuhan (Kaban, 2014).

Penelitian Salehi (2012) mengungkapkan pengalaman penderita paska amputasi terhadap kesehatan rohani dalam proses pengobatan adalah kekecewaan dan keputusasaan, rasa bersalah, merasa jauh dari Tuhan, berhenti melakukan ibadah dan memandang Tuhan kejam.

Pada Penelitian Nusawakan (2011) menunjukkan responden merasa jauh dari Tuhan dan dengan berdoa merupakan tindakan sia-sia karena tidak dapat melaksanakan dengan baik akibat amputasi.

2. Konsep *self care behavior* pada pasien diabetes mellitus dengan Amputasi

a. Konsep *diabetes self care*

Diabetes self care adalah program atau tindakan yang harus dijalankan sepanjang kehidupan dan menjadi tanggung jawab penuh bagi setiap pasien diabetes melitus (Bai *et al.*, 2009). *Diabetes self care* akan meningkatkan derajat kesejahteraan pasien DM dengan melaksanakan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi dirinya sendiri (Kusniyah, 2010). *Self care behavior* pada penderita amputasi merupakan perilaku perawatan mandiri yang harus dilaksanakan oleh pasien meliputi perawatan kaki dengan strategi *foot care strategies* dan *other foot care*, menindak lanjuti rencana diit, aktivitas fisik, monitor gula darah; dan obat-obatan (Berbrayer, 2015).

b. *Self care* penderita paska amputasi dengan diabetes melitus

1) *Strategi foot care dan other care*

Angka amputasi ini dapat diturunkan dengan melakukan pencegahan dan perawatan pada ulkus baik dengan cara strategi *Foot Care* dan *Other Foot Care*.

a) *Strategi Foot Care dan Other Foot Care*

(1) Amputasi minor

Pada penderita amputasi minor dapat dilakukan *foot care* berupa :

(a) Pemeriksaan kaki sendiri

Pemeriksaan kaki sendiri dapat dilakukan dengan melihat tanda-tanda gejala kaki bengkak, memperhatikan adanya perubahan warna pada kuku ibu jari, atau bagian dari kaki, adanya nyeri pada area kaki, adanya kulit yang pecah mengeras (*corns*) atau *callus* (Waspadji, 2011).

(b) Pemilihan sepatu bagi kaki amputasi dan kaki sehat

Sepatu yang digunakan pada kaki yang sehat adalah sepatu yang rata dan tanpa hak

tinggi (*low heeled*) dan cukup ruang untuk jari-jari (*lace up shoes*) (Berbraye,2015).

(c) Perawatan kaki

Kaki dibasuh setiap hari dengan sabun *mild* dan air hangat (jangan air panas). Setelah itu keringkan secara benar, terutama sela jari, gunakan handuk yang kering (Vitriana, 2014).

Other Foot Care Strategi pada penderita amputasi minor dengan menggunakan kaus kaki, melakukan latihan kaki setelah meminum obat, dan mengikuti edukasi *foot care* (Berbrayer, 2015).

2) *Foot care* amputasi mayor

Pada penderita amputasi mayor juga melakukan *foot care* yaitu dengan

a) *Skin care*

Skin care dilakukan dengan membersihkan kulit pada *stump* yaitu mempergunakan sabun yang bersifat ringan, cuci kulit hingga berbusa lalu basuh dengan air hangat. Kulit dikeringkan dengan cara ditekan dengan lembut, tidak digosok. Pembersihan ini dilakukan setiap hari terutama pada sore hari (Pierce *et al*, 2006; Maurice *et al*, 2001).

b) *Centripetal massage*

Centripetal massage membantu mengurangi edema, memperbaiki sirkulasi dan melatih otot kaki yang di amputasi. dan mencegah adhesi serta mengurangi ketakutan pasien untuk melatih kaki yang telah di amputasi (Reksoprodjo, 2002; Rasjad, 2003)

c) *Positioning*

Posisi sisa kaki yang telah di amputasi harus diletakkan paralel terhadap alat gerak bawah yang tidak diamputasi tanpa bersandar pada bantal jika posisi dalam keadaan duduk atau berbaring (Reksoprodjo, 2002; Rasjad, 2003). Posisi ini mula-mula dipertahankan selama 10 menit yang kemudian ditingkatkan menjadi 30 menit selama 3 kali per hari, dan pertahankan posisi telentang selama mungkin. Pada pasien dengan amputasi di bawah lutut yang mempergunakan kursi roda maka kaki harus disandarkan pada sebuah *stump board* saat pasien duduk dan fleksi lutut yang lama harus dihindari (Vitriana, 2014).

d) *Stump care*

Perawatan *stump* yaitu dengan membersihkan sehari-hari *stump* dengan sabun dengan lembut dan bilas dengan air kemudian keringkan dengan baik (Klute & Ledoux, 2014). Jangan merendam *stump* terlalu lama saat mandi karena akan melunakan jaringan kulit sehingga beresiko infeksi, gunakan *talcum powder* hal ini membantu mengurangi keringat pada daerah sekitar *stump* (Rush *et al*, 2012). *Sock* elastis dan diganti setiap hari hal ini mampu menyerab keringat dan mengurangi iritasi pada *stump*. Periksa *stump* dengan menggunakan cermin jika sulit untuk melihat keadaan *stump*, perhatikan tanda-tanda kemerahan, kulit disekitar *stump* hangat, adanya nanah atau cairan, dan adanya tanda odema (bengkak) pada *stump* (Klute & Ledoux, 2014).

3) Terapi diet

Terapi gizi medis (TGM) menurut ADA (2012) merupakan bagian integral dalam pelaksanaan DM. Pencapaian optimal dari terapi ini menentukan keberhasilan pengelolaan DM (Sari, 2013). Intervensi

gizi yang efektif pada penderita DM dapat meningkatkan kontrol gula darah, kontrol lipid darah, kontrol tekanan darah, dan kontrol berat badan (Wu, 2007). Pada penderita amputasi mayor harus mempertimbangan berat badan pasien karena penggunaan protesis, pada penderita amputasi tidak boleh mengalami penurunan berat badan kurang dari 350 ons (Haboubi *et al*, 2001).

4) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik pada penderita amputasi minor berupa olahraga berguna sebagai kendali gula darah (Ilyas, 2011), latihan fisik secara regular, terstruktur yang terdiri dari latihan aerobik (Bernes, 2012), latihan daya tahan tubuh, atau gabungan keduanya dilakukan lebih dari 150 menit (*Diabetes Outreach*, 2011) dan dikombinasikan dengan diet akan sangat bermanfaat menurunkan HbA1c (Umpierre, 2011; ADA, 2010).

Zinker (1997) dalam Wu (2007) menyatakan bahwa pengaktifan otot tubuh dapat menginisiasi glikogenolisis dan lipolisis serta menstimulasi pengeluaran glukosa dari hepar. Manfaat olahraga pada penderita diabetes yang dilakukan selama 30 menit

dengan 3-4 kali seminggu dapat meningkatkan penyerapan glukosa dengan meningkatkan sensitivitas insulin, meningkatkan kontrol gula darah, menurunkan risiko penyakit jantung dan vaskuler, menurunkan penimbunan lemak tubuh dan menurunkan tekanan darah (ADA, 2012; Ganmini, 2013)

Olahraga yang dilakukan secara terstruktur selama kurang lebih delapan minggu menunjukkan kadar HbA1C yang rendah pada 0,66% pasien DM tipe 2 (ADA, 2011). Latihan fisik atau olahraga yang dapat dilakukan klien DM bertujuan meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi 50%-60% angka kematian pasien. Selain menurunkan berat badan, olahraga juga mengurangi insiden sebesar 60% pada pasien dengan gangguan toleransi glukosa (Jordan & Jordan, 2010).

Prinsip Latihan fisik pada penderita DM adalah *Continuous, Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance* (CRIPE) atau latihan fisik harus dilakukan secara berkesinambungan atau rutin, dengan memilih olahraga yang berirama seperti berjalan kaki (Lingga, 2012), dengan gerakan yang dilakukan secara berselang selang

antara gerakan cepat dan lambat, latihan harus dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan hingga mencapai 30-60 menit dan dikolaborasi dengan latihan daya tahan untuk meningkatkan kemampuan pernafasan dan jantung (Gandini, 2013; Soegondo, 2011; Waspadji, 2011).

Sedangkan pada amputasi mayor harus melakukan latihan rentang gerak sendi dilakukan sedini mungkin pada sendi di bagian proksimal pada alat gerak yang diamputasi (Sjamsuhidajat & De Jong, 2005). Latihan isometrik pada bagian otot quadriceps dapat dilakukan untuk mencegah deformitas pada amputasi di bawah lutut (Sari, 2015). Tingkatkan latihan mejadi aktif secara bertahap, dari latihan tanpa tekanan kemudian menjadi latihan dengan tahanan pada kaki (Brunelli, 2015). Pada awalnya kaki sangat sensitif dan pasien didorong untuk berusaha mengurangi sensitifitasnya (Sari, 2015). Hal ini juga akan membantu pasien untuk mulai mengatasi keterkejutan menghadapi kenyataan bahwa alat geraknya sudah tidak ada (Nolan, 2015).

Sedangkan latihan untuk kaki yang masih sehat adalah latihan kekuatan dan koordinasi otot-otot kaki,

lutut dan panggul. Untuk mengontrol keseimbangan, *weightbearing*, akselerasi dan *ground clearance* selama swing phase, kaki harus mampu melakukan kontrol saat plantar fleksi, dorsifleksi, eversi dan inversi. Seluruh pergerakan kaki dan alat gerak bawah harus diuji dan dilatih secara individual dan harus dipusatkan pada aktivitas berdiri secepat mungkin, sehingga otot-otot kaki dapat berkerja secara fungsional (Sari, 2015).

5) Pemantauan Glukosa Darah

Pemantauan glukosa darah mandiri (PGDM) merupakan bagian penatalaksanaan DM untuk mencegah terjadinya komplikasi DM baik akut maupun kronis. Penatalaksanaan PDGM membutuhkan motivasi dan pendidikan secara tepat karena dengan pengetahuan yang rendah tentang pengelolaan DM berisiko kadar glukosa darah tidak terkontrol 2,34 kali (Jazialah, 2003 dalam Sari (2013). PDGM dianjurkan bagi pasien dengan pengobatan insulin atau obat pemicu sekresi insulin. Menurut Simon (2002) di dalam Wu (2007), pada pasien DM dianjurkan untuk memeriksakan gula darah secara mandiri adalah 2 kali seminggu.

Pemeriksaan kadar glukosa darah dapat mendeteksi keadaan hiperglikemi dan hipoglikemia. Pemeriksaan glukosa darah dengan uji strip yang dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien. Pemantauan glukosa darah dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah puasa, glukosa 2 jam *post prandial* atau pemeriksaan glukosa darah sewaktu. Pemeriksaan hemoglobin glikosilat (HbA1C) digunakan untuk menilai efek terapi 8-12 minggu sebelumnya, dianjurkan pemeriksaan dilakukan setiap tiga bulan sekali (PERKENI, 2011; Smeltzer & Bare; 2008).

6) Obat-obatan

Penatalaksanaan DM tipe 2 diawali oleh intervensi diet dan aktivitas fisik atau olahraga, namun demikian biasanya pasien juga membutuhkan obat-obatan juga untuk mendapatkan kontrol gula darah yang lebih baik. Glasgow (1997) dalam Wu (2007)) menyebutkan bahwa ketidakpatuhan pengobatan pada penderita DM biasanya terjadi, dan biasanya adalah pada waktu minumnya, sehingga pemberian pengetahuan tentang

obat, aturan minum dan regimen pengobatan menjadi penting dalam pengelolaan DM.

- c. Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care* dalam praktik pada penderita diabetes melitus.

Faktor-faktor yang menentukan *self care behavior* pada penderita DM sebagai berikut:

1) Usia

Peningkatan *self care* akan terjadi dengan bertambahnya usia disebabkan oleh pengalaman yang dialami oleh pasien sehingga berpikir tentang manfaat yang di peroleh oleh pasien (Lilyana, 2015).

2) Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan pasien DM maka memiliki pengetahuan perawatan diri yang tinggi sehingga lebih memahami dan fokus dalam pengelolaan perawatan diri untuk melakukan *self care behavior* (Ayele *et al*, 2011; Damayanti *et al*, 2014).

3) Locus of control

Locus of control (LOC) adalah perilaku atau tindakan individu yang bervariasi sesuai harapan perilaku individu itu sendiri dan hasil yang di peroleh, sedangkan tindakan mereka sendiri yang menentukan

hasil atau adanya faktor diluar kendali mereka sendiri seperti nasib, keberuntungan, atau dibawah suatu kendali yang lebih kuat, atau suatu hal tidak terduga (Wallston *et al*, 1978).

LOC terbagi menjadi *internal locus of control* dan *ekternal locus of control* (Pargement, 2002). *Internal locus of control* (I-LOC) adalah bila seseorang percaya bahwa dia yang bertanggung jawab lebih banyak untuk hidupnya sendiri (Andrews *et al* 2011). *Ekternal locus of control* menganggap *God* atau *eksternal powerful other* sebagai sumber utama dalam kehidupan seseorang dan yang menentukan kehidupan dan hasil yang di dapatkan dalam kehidupannya (MCAleu *et al.*,2000).

LOC berperan sebagai motivasi yang dapat meningkatkan kepatuhan penderita Safitri (2013) yang berjudul kepatuhan penderita DM tipe 2 yang ditinjau dari *Locus of control* didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan dalam menjalankan *self care* (Safitri, 2013).

4) Self-efficacy

Self-efficacy didefinisikan penilaian diri seseorang atas kemampuannya untuk merencanakan dan

melaksanakan tindakan yang mengarah pada pencapaian tujuan hidup (Bandura, 1997). *Self-efficacy* juga diartikan sebagai keyakinan untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan untuk mencapai hasil (Bandura, 1997; Ngurah & Sukmayanti, 2013). *Self-efficacy* yang kuat membuat seseorang mengatur tujuan yang terbaik dalam diri mereka membuat suatu komitmen dan motivasi diri sendiri dalam pemeliharaan *self care behavior* (Bandura, 1997; Arova, 2014;). Oleh karena itu seseorang yang mampu menilai kemampuan mereka sendiri dianggap berhasil dalam menjalankan *self care* pada penderita DM (Mishali, 2010; Pertiwi, 2015).

5) *Self-regulation*

Self regulation melibatkan perilaku pemantauan seperti menjaga pola makan, olahraga dan kontrol metabolik, mirip dengan konsep perilaku perawatan diri (Ofstedal *et al*, 2010)

Self-regulation mengacu pada bagaimana individu memahami upaya mereka sendiri dalam mengelola kondisi mereka dalam kehidupan sehari-hari (Tanenbaum, 2015), dan merupakan komponen penting

dalam praktek perawatan diri (Ofstedal *et al*, 2010; Bazzazian 2012).

6) Dukungan sosial

Dukungan sosial akan membuat penderita DM merasa menerima kenyamanan, perhatian dan pertolongan dari orang-orang yang dibutuhkan seperti keluarga, teman dan tim kesehatan sehingga membuat seseorang patuh dalam melaksanakan *self care behavior* (Wantiyah, 2010; Rahmawati, 2014). Dalam memberikan dukungan khususnya bagi tim kesehatan dapat menggunakan *coaching support* dimana petugas kesehatan memberikan pembinaan kesehatan berfokus pada isu-isu khusus dan masalah yang unik pada penderita DM dengan konteks kehidupan penderita (Vugt *et al*, 2013).

3. Persepsi

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang didalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman (Walgito, 2013). Persepsi merupakan hasil dari pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan

menafsirkan pesan dari informasi tersebut yang di pengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan dan sosial budaya (Jalaludin, 2012; Judith, 2012).

Menurut Walgito (2003) bahwa persepsi di pengaruhi oleh stimulus yang datang dari dalam (internal) atau luar (eksternal), namun demikian stimulus sebagian besar datang dari luar diri individu yang bersangkutan, agar stimulus dapat dipersepsi maka stimulus harus kuat, stimulus mempunyai kekuatan yang minimal tetapi sudah dapat menimbulkan kesadaran dan dapat berpengaruh kepada persepsi. Persepsi merupakan hasil dari pengalaman seseorang, karena pengalaman dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, dan social budaya (Khanif, 2013; Jalaludin, 2012).

4. Respon berduka terhadap kehilangan
 - a. Fase duka cita

Keputusasaan dan krisis psikologis yang dialami penderita komplikasi diabetes yang kakinya diamputasi akan menjadi suatu pengalaman hidup yang traumatis, sehingga akan membuat penderita *diabetes* melakukan penyesuaian diri terhadap pengalaman tersebut. Kubler-Ross (dalam Santrock, 2002) menyatakan, dalam melakukan penyesuaian diri terhadap pengalaman hidup

yang traumatis, individu akan melalui beberapa tahapan yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depression*, dan *acceptance*.

Pengalaman hidup yang traumatis, awalnya ia akan mengalami *denial*, yaitu suatu tahap yang di dalamnya individu secara sadar ataupun tidak, menolak realita yang ada. Tahap selanjutnya adalah *anger*, tahap yang didalamnya individu yang mengalami kemarahan terhadap fakta yang terjadi. Kemarahan ini dapat ditujukan kepada siapa saja, apakah dirinya sendiri, orang-orang sekitar yang dekat dengannya, dan bahkan Tuhan, pada tahapan ini penderita amputasi menganggap Tuhan kejam (Kaban, 2014, Salehi, 2012).

Tahap selanjutnya adalah *bargaining* yaitu penderita amputasi mengalami *learned helplessness* dimana penderita amputasi merasa tidak ada kemaknaan hidup namun terdapat pula penderita amputasi menganggap bahwa dengan cara mendekati diri kepada Tuhan merupakan media yang baik dalam mengatasi stress (Pairano, 2010). Pada tahap ini individu mencoba untuk melakukan tawar-menawar dan negosiasi untuk berkompromi dengan kenyataan.

Selanjutnya individu akan mengalami tahap *depression*. Tahap ini ditandai dengan adanya kesedihan dan ketakutan yang mendalam, hadirnya perasaan akan adanya ketidakpastian, dan adanya penyesalan. Individu yang memasuki tahap ini sebenarnya sudah mulai menerima kenyataan yang ada, dan rasa sedih yang timbul sesungguhnya adalah usaha untuk memisahkan diri dari orang-orang yang dicintai, pada tahapan depresi biasanya seseorang penderita amputasi akan lebih menggunakan strategi koping religius untuk mengatasi depresinya yaitu dengan memasrahkan diri kepada Tuhan (Gupta, 2014, Salehi, 2012; Nusawakan, 2010)

Tahap terakhir adalah *acceptance*. Tahap ini ditandai dengan adanya penerimaan terhadap kenyataan secara objektif. Tahapan ini seorang amputasi akan memiliki keyakinan terhadap Tuhan bahwa dapat meningkatkan semangat untuk merehabilitasi kesehatan yang diperolehnya dan berdampak terhadap penerimaan yang realistis (Levine, 2016).

Pengaruh dari perubahan fisik, psikologis, perubahan dari segi rutinitas, perhatian keluarga, perubahan dari segi pekerjaan/ekonomi, dan juga perubahan terhadap

lingkungan (pergaulan) yang dirasakan penderita amputasi membuatnya dapat menerima kondisinya yang sudah diamputasi (Sitorus, 2011; Pambudiarto, 2012). Penderita amputasi membutuhkan waktu hampir satu tahun untuk dapat menerima kondisinya yang sudah diamputasi (Hasibuan, 2010).

Menurut penelitian Hasibuan (2010) penderita amputasi dengan menerima dan tidak menerima kondisinya setelah diamputasi, tidak akan bisa mengembalikan kaki yang telah diamputasi. Karakteristik penyesuaian diri yang efektif (*acceptance*) pada pasien amputasi yaitu 1) memiliki persepsi yang akurat terhadap realitas, 2) mampu mengatasi atau menangani stres dan kecemasan, 3) memiliki citra diri (*self image*) yang positif, 4) mampu mengekspresikan perasaan, 5) memiliki hubungan antar pribadi yang baik.

b. Faktor yang mempengaruhi penerimaan diri pada pasien amputasi

1) Perubahan citra tubuh

Kondisi amputasi juga sangat memengaruhi perubahan dalam citra tubuh penderita. Penyakit ini mengakibatkan penderitanya kehilangan berat badan

serta komplikasi seperti ulkus diabetikum, sehingga mengganggu karakteristik dan sifat fisik seseorang dan penampilannya (Sofiana *et al*, 2012).

2) *Self-esteem*

Self-esteem memiliki pengaruh terhadap penerimaan diri subjek. Hal ini sejalan dengan penelitian Michalak *et al* (2011) yang menemukan bahwa penerimaan diri merupakan variabel mediasi antara *self-esteem* dengan depresi. Individu yang memiliki tingkat *self-esteem* yang rendah memiliki penerimaan diri yang rendah sehingga beresiko memunculkan depresi. Sebaliknya, individu yang memiliki *self-esteem* yang tinggi memiliki penerimaan diri yang tinggi sehingga mengurangi resiko munculnya depresi. Penelitian lain milik Goodwin, Cost, & Adonu (2004) menambahkan bahwa persepsi dukungan memprediksi *self-esteem* dalam diri individu.

3) *Ideal self*

Ideal self atau menginginkan diri yang lebih dari pada pribadi yang sesungguhnya sehingga tidak semua individu bisa menerima dirinya (Hurlock, 2004). Pandangan terhadap diri sendiri terdapat beberapa

aspek yaitu 1) pasien amputasi harus mampu menerima dirinya secara realistis tentang kehidupan yang dijalani paska amputasi atau aspirasi realita; 2) kemampuan dan kemauan menilai diri secara realistis serta menerima kelemahan serta kekuatan yang dimiliki; 3) konsep diri yang stabil yaitu individu yang mempunyai konsep diri yang stabil melihat dirinya dari waktu ke waktu secara konstan dan tidak akan berubah-ubah; 4) kondisi emosi yang menyenangkan dengan tidak menunjukkan tidak adanya tekanan emosi sehingga memungkinkan individu untuk memilih yang terbaik dan sesuai dengan dirinya selain itu individu juga memiliki sikap yang positif dan menyenangkan yang akan mengarahkan pada pembentukan sikap individu untuk mudah menerima diri karena tidak adanya penolakan (Hurlock, 2004; Chaplin, 2005).

4) Dukungan sosial

Dukungan sosial merujuk pada menghibur, merawat, menghargai, atau menolong yang ditujukan pada seseorang dari orang lain atau grup (Uchino, 2004 dalam Sarafino, 2011). Dukungan sosial dapat memberikan dampak positif bagi kesehatan pasien

mempersiapkan dukungan sebagai hal yang membuatnya menjadi lebih nyaman, dirawat, dan ditolong (Sarafino, 2011).

5) Aspek religiusitas

Penelitian Cristianty dan Wardhana (2013) Subjek yakin akan keajaiban yang diberikan Tuhan akan pemulihan keadaannya setelah diamputasi. Hal ini sejalan dengan penelitian milik Rahimi and Kamranpour (2007 dalam Ahmadi *et al*, 2013) yang mengatakan bahwa kepercayaan religius memiliki korelasi yang positif dengan kesehatan mental seperti *optimism, meaningfulness of life, coping with stresses, self-acceptance, positive attitude to life* dan *low anxiety*. Pengalaman *spiritual-psychological* bersama dengan komunitas religi memberikan dampak bagi *individual psychological well-being*.

Hasil dari penelitian Salehi (2012) bahwa persepsi terhadap Tuhan termasuk faktor penghambat dalam kesehatan rohani. Konsep bahwa pasien telah mengalami faktor penghambat dari Proses pengobatan merupakan suatu kekecewaan dan keputusasaan, rasa bersalah, dan menyebabkan menjauh dari Tuhan,

berhenti melakukan ibadah dan mengangap Tuhan kejam.

Agama Islam juga memberikan kontribusi manajemen penyakit kronis dalam perilaku menerima penyakit yaitu 1) menerima takdir dan berpasrah diri kepada Allah, 2) berusaha mencari pengobatan sedini mungkin, 3) meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit, 4) memperbanyak dzikir dan doa kepada Allah, 5) tidak berputus asa, 6) melakukan perenungan terhadap makna kehidupan, 7) melakukan upaya penebusan dosa (Hasan, 2008).

6) Persepsi terhadap takdir dan nasib dalam *ekternal locus of control*

Adapun kata takdir, dalam term bahasa Arab, berasal dari kata “*qaddara, yuqoddiru, taqdir*”. Yang artinya menaksir, menentukan, menetapkan, membandingkan, menekan, menjadikan kuasa, dan menghargai (Munawir, 2005).

Ada beberapa ahli yang memberikan penjelasan tentang konsep takdir ini. Salah satunya Yunahar Ilyas yang menjelaskan istilah takdir sebagai *qadar (al-qadar khairuhu wa syarruhu)* atau *qada* dan *qadar (al-*

qada wa al-qadar). Secara etimologis *qada* adalah bentuk *mashdar* dari kata kerja *qada* yang berarti kehendak atau ketetapan hukum. Dalam hal ini *qada* adalah kehendak atau ketetapan hukum Allah SWT terhadap segala sesuatu. Adapun *qadar* merupakan bentuk *mashdar* dari *qadara* yang berarti ukuran atau ketentuan. Dan dalam hal ini *qadar* adalah ukuran atau ketentuan Allah SWT terhadap segala sesuatu (Ilyas, 2006).

Pada makhluk yang mati, takdir ditetapkan Allah tanpa ada bantahan dari makhluk yang bersangkutan, karena mereka tidak memiliki kehendak seperti halnya manusia. Mereka hanya mengikuti *sunnatullah* yang telah ditetapkan sebelumnya. Sedangkan pada makhluk hidup, khususnya manusia, Allah telah memberikan kepada mereka kemampuan untuk mengubah ketentuan tersebut, yaitu melalui usaha dan doa (Ilyas, 2006).

Menurut Yunahar Ilyas, sebagaimana mengutip pendapat Muhammad Na'im Yasin, secara terminologis ada ulama yang berpendapat bahwa kedua istilah tersebut (yaitu *qada* dan *qadar*) mempunyai pengertian yang sama, tetapi ada pula yang

membedakannya. Ulama yang membedakan, mendefinisikan *qadar* adalah ilmu Allah SWT tentang apa-apa yang akan terjadi pada seluruh makhluk-Nya pada masa yang akan datang. Dan *qada* sebagai penciptaan segala sesuatu oleh Allah SWT sesuai dengan ilmu dan iradah-Nya (Ilyas, 2006).

Sedangkan ulama yang lain menganggap istilah *qada* dan *qadar* mempunyai pengertian yang sama memberikan definisi segala ketentuan, undang-undang, peraturan, dan hukum yang ditetapkan secara pasti oleh Allah SWT untuk segala yang ada (*maujud*), yang mengikat antara sebab dan akibat segala sesuatu yang terjadi (Ilyas, 2006).

Syekh Muhammad Amin al-Kurdi, menjelaskan bahwa terdapat dua hal yang berkaitan dengan pembahasan takdir yaitu *qada* dan *qadar* (Anam, 2009). *Qada* adalah kehendak Allah terhadap sesuatu yang digantungkan pada zaman azali sesuai dengan pengetahuan Allah. *Qada* termasuk sifat *dzat*, artinya Dzat Allah sendiri sajalah yang mempunyai kemampuan untuk melakukan *qada*. Adapun *qadar* adalah Allah mewujudkan sesuatu pada ketentuan

khusus dan dengan cara tertentu yang dikehendaki Allah. *Qadar* ini termasuk sifat *af'al*, artinya sifat Allah yang melaksanakan sesuatu. *Qada* adalah *qadim* (terdahulu), sedangkan *qadar* adalah *hadis* (sesuatu yang baru). *Qadar* adalah ketetapan awal berupa kapasitas. *Qada* adalah usaha. Takdir adalah hasil, perpaduan antara *qadar* dan *qada* (Mustofa, 2006).

Konsep takdir adalah usaha dan doa, dalam arti, kita tidak akan mengetahui takdir kita sebelum kita berusaha untuk menggapainya (Anam, 2009). Pemaknaan takdir sebagai nasib dalam term bahasa Indonesia akan memunculkan nuansa pasif dalam pemahamannya, karena nasib lebih merujuk pada keadaan diterima' daripada menerima'. Misalnya manusia yang merasa bahwa takdirnya sama dengan nasibnya, maka manusia tersebut akan menjalani hidup dengan pasif, dalam arti tidak mau berusaha. Karena menurut pandangannya nasib manusia sudah ditentukan dan diputuskan Tuhan (Anam, 2009; Ilyas, 2006).

Selain itu, kata nasib lebih sering dikonotasikan untuk hal-hal yang negatif seperti kegagalan dan

kemalangan. Dibuktikan dengan kebiasaan orang dalam mengungkapkan kesialan yang dialaminya dengan kata nasib. Padahal sebenarnya penyebab kesialan tersebut adalah dirinya sendiri, bukan Allah. Manusialah yang lebih sering menjerumuskan dirinya dalam keadaan malas (pasif) (Anam, 2009).

Pada pasien amputasi dalam memandang kehidupan sebagai nasib atau takdir berdampak pada perilaku optimisme versus fatalisme (Livneh, 2000). Keadaan ini di pengaruhi oleh persepsi seorang dalam memandang penyakit tersebut berdampak dalam kehidupannya nanti positif atau tidak (Dunn, 1996). *Ekternal locus of control* juga mempengaruhi seseorang dalam memahami makna nasib tersebut yaitu hasil dan perbuatan mereka ditentukan oleh faktor luar. Ajaran Islama memaknai bahwa kehendak dan ketetapan (Qada' dan Qadar) di tentukan oleh Allah, maka hal ini sebagai *god locus of control* (Pratita, 2012).

Mereka yang meyakini bahwa adanya takdir dan nasib menganggap tidak dapat mengubah kembali peristiwa saat ini yang merka jalani dan berdampak

terhadap penentuan perilaku yaitu optimisme dan fatalistik (Dunn, 1996; Livneh, 2000).

Fatalistime merupakan suatu keyakinan bahwa diri sendiri tidak memiliki kemampuan dalam mengendalikan sesuatu diluar kemampuannya, dan lebih menerima tanpa berusaha (Livneh, 2000). Faktor yang menyebabkan terjadinya fatalisme yaitu 1) adanya konsep nasib atau *faith base* atau Tuhan memiliki kehendak dan kendali dalam konotasi negatif, 2) tidak adanya keyakinan terhadap pengobatan medis akibat persepsi masyarakat bahwa meminum obat dapat menimbulkan kecanduan, 3) kemiskinan yaitu penyakit yang diderita seseorang harus mengeluarkan biaya mahal dan banyak sehingga mengancam kehidupan keluarga, penderita lebih memilih untuk tidak melakukan pengobatan dan pasrah dengan keadaan, 4) apatis membuat seseorang tidak peduli dengan apa yang dilakukannya ditunjukan dengan tidak adanya upaya perilaku kesehatan, tidak memiliki motivasi untuk berperilaku sehat, 5) tidak mengetahui hasil pengobatan yang potensial, pada penderita kanker bisanya penderita mempersepsikan penyakitnya tidak

dapat sembuh dan menganggap pengobatan seperti kemoterapi hanya untuk memperpanjang hidup saja. (Bulbulia & Laher, 2013; Welch, 2011).

Optimisme berasal dari keyakinan diri sendiri bahwa ia mampu melewati berbagai masalah dengan terus berusaha dan tidak putus asa (Segerstrom & Scheier, 2017). Optimisme berdampak terhadap perilaku penerimaan yaitu menerima kondisi dengan realita dan membuat seseorang memaknai hidup dengan penuh harapan dan antusias (Yarcheski & Mahon, 2016; Segerstrom & Scheier, 2017).

5. Konsep *locus of control* dan *god locus of control*

a. Perkembangan teori *locus of control*

Locus of control adalah keyakinan individu mengenai sumber penyebab dari peristiwa-peristiwa yang dialami dalam hidupnya. Seorang 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, 1973). Rotter (1975) mengolongkan *locus of control* menjadi dua kategori,

yaitu internal dan eksternal. *Locus of control* internal mengindikasikan bahwa individu percaya dirinya bertanggung jawab atas segala kejadian yang dialami. Individu dengan *locus of control* internal percaya bahwa, kesuksesan dan kegagalan yang dialami disebabkan oleh tindakan dan kemampuannya sendiri (Throop & MacDonald, 1971). Mereka merasa mampu mengontrol akibat-akibat dari tingkah lakunya sendiri (Carden *et al*, 2004). Sedangkan individu dengan *locus of control* eksternal melihat keberhasilan pada dasarnya ditentukan oleh kekuatan dari luar dirinya, apakah itu keberuntungan, konteks sosial, atau orang lain. Individu dengan control eksternal merasa tidak mampu mengontrol peristiwa-peristiwa yang terjadi pada dirinya (Phares, 1976).

Health locus of control (HLC) berakar dari teori belajar sosial Rotter pada tahun 1954 yang memiliki prinsip utama bahwa perilaku individu dalam situasi tertentu merupakan harapan individu bahwa perilaku akan mengarah pada suatu penguat dan sejauh mana penguat tersebut berpengaruh (Conner & Norman, 1995). Menurut Wallston (1982) HLC merupakan derajat yang digunakan untuk mengevaluasi apakah seorang individu menganggap

kesehatan mereka dapat atau tidak dapat dikontrol oleh dirinya sendiri atau mereka mampercayai bahwa ada faktor dari luar yang mempengaruhi kesehatan mereka. Menurut Wallston (1978, dalam Shehu & Mokgwathi, 2008) HLC mengarah kepada ukuran kepercayaan seseorang terhadap kekuatan diri mereka sendiri yang berkaitan dengan kesehatan atau penyakit yang diderita. Ketika seseorang memiliki keyakinan diri baik secara internal maupun eksternal terhadap kesehatan mereka, maka diri mereka sendiri yang akan melakukan suatu perilaku tertentu terkait dengan kesehatan mereka.

Kemudian Levenson (1981), mengelompokkan orientasi *health locus of control* yaitu: a) Orientasi *locus of control* internal: *internality*. b) Orientasi *locus of control* eksternal: *powerful others* (P) dan *chance* (C). Menurut Levenson (1981), individu yang berorientasi *locus of control* internal lebih yakin bahwa peristiwa yang dialami dalam kehidupan mereka terutama ditentukan oleh kemampuan dan usahanya sendiri. Individu yang berorientasi pada *locus of control* eksternal, di kelompokkan dalam dua kategori, yaitu *powerful others* dan *chance*. Individu dengan orientasi *powerful others* meyakini bahwa

kehidupan mereka ditentukan oleh orang-orang yang lebih berkuasa yang ada disekitarnya, sedangkan mereka yang berorientasi *chance* meyakini bahwa kehidupan dan kejadian yang dialami sebagian besar ditentukan oleh takdir, nasib, keberuntungan dan kesempatan.

Masters dan Wallston (2005) mengembangkan aspek *multidimensional health locus of control* yaitu memiliki empat dimensi berupa internal, *powerfull other*, *chance* dan *God health locus of control*. Berikut ini adalah penjelasan mengenai dimensi *health locus of control*.

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

IHLC merupakan keyakinan dan persetujuan individu bahwa perilaku control berpengaruh terhadap kesehatannya atau kesakitanya dan status kesehatannya ditentukan oleh perilaku mereka sendiri (Wallston, 1982; Stein *et al*, 1984)

2) *Powerfull others health locus of control (PHLC)*

PHLC merupakan kepercayaan individu bahwa kontrol kesehatannya dipengaruhi oleh orang lain (Smits & Dobbins, 1987) Wallston (1982) menyatakan bahwa PHLC adalah keyakinan individu terhadap kesehatan yang dipengaruhi oleh orang lain seperti

dokter, perawat, keluarga, dan teman-teman. Seorang yang memiliki keyakinan PHLC menyakini bahwa ahli tenaga medis telah memberikan pengobatan yang terbaik (Wallston, 1989)

3) *Chance health locus of control (CHLC)*

Walston menyatakan bahwa CHLC merupakan keyakinan mengenai status kesehatan individu ditentukan oleh nasib dan keberuntungan.

4) *God locus of health control*

Wallston *et al* (1999) mengembangkan dimensi ke empat yaitu *God locus of health control (GLHC)*. GLHC adalah penilaian sejauh mana keyakinan individu bahwa Tuhan mengendalikan status kesehatannya.

b. *Konsep god locus of control*

Telah dikembangkan mengenai instrumen mengukur pengaruh Tuhan menggunakan *God Of Locus Health Control Scale (GLCH)* dikembangkan sebagai tambahan pada skala *Multidimensional Health Locus Control (MHLC)* banyak digunakan dan dirancang untuk menilai kognisi individu tentang sejauh mana Tuhan sebagai sumber kontrol atas kesehatan pribadi dan penyakit (Walston,

1999). GLCH telah digunakan dalam menilai kecenderungan penyalahgunaan alkohol (Goggin *et al*, 2007) dan pelecehan seksual di kalangan remaja (Goggin *et al*, 2007). Ini juga telah digunakan di antara orang dengan penyakit kronis seperti rheumatoid arthritis dan sclerosis sistemik (Wallston *et al*, 1999).

God locus of control (G-LOC) adalah keyakinan akan suatu kehidupan yang ditentukan oleh Tuhan (Kopplin, 1976). G-LOC dianggap sebagai suatu kepasrahan untuk melakukan skrining terhadap penyakit, dan tidak dianggap suatu *fate control* karena termasuk *eksternal locus control*. G-LOC yang akan menghasilkan strategi koping yang positif dan negatif dalam menghadapi stres pada orang-orang yang menderita penyakit kronis (Leaks, 2008).

- c. Hubungan Spiritualitas terhadap *god locus of control* dan *self care behavior* dalam perilaku kesehatan

G-LOC merupakan suatu bagian spiritual suatu elemen yang dapat mengharmonisasikan fungsi tubuh secara fisik, mental dan sosial bagi aspek kehidupan manusia. Pada penderita amputasi sendiri memiliki 2 spiritual yang berbeda positif dan negatif (Kilbourne *et al.*, 2009).

Pada pasien amputasi yang mengalami distress spiritual akan merasakan kekecewaan, keputusasaan, rasa marah terhadap Tuhan, berhenti melakukan ibadah, dan merasa Tuhan kejam (Bai *et al.*, 2009; Hatcher & Whittemore, 2007; Wallin & Ahlstrom, 2010).

Sedangkan bila seseorang menggunakan *promotion of cominication with god* maka menganggap bahawa adanya keajaiban bila berusa yaitu berupa kesembuhan atau kesehatan yang lebih baik, percaya bahawa Tuhan memiliki sifat pengasih, menganggap dengan adanya peristiwa amputasi merupakan media pendekatan kepada Tuhan dengan melakukan ibadah dan menganggap bahwa peristiwa tersebut terjadi sebagai peleburan dosa dan penderita menikmati hidup dan menjalankan upaya kesehatan untuk meningkatkan status kesehatanya agar amputasi tidak terulang (Salehi, 2009; Gupta, 2014; Nusawakan, 2012).

Jika seseorang menggunakan *promotion of cominication with god* maka ibadah dianggap sebagai saran komunikasi yang baik terhadap Tuhan yang memiliki kekuatan luar biasa dan tempat berupaya dan memohon untuk meberikan kesehatan yang lebih baik, dan di jauhi dari penyakit

lainnya (Hjelm *et al.*, 2003; Yuniarti *et al.*, 2013). Dengan beribadah maka seseorang menyakini bahwa dapat mengurangi ketakutan, memberikan harapan hidup, dan Tuhan mampu menyembuhkan penyakit (Ahmed, 2003).

Sedangkan peran G-LOC sendiri dalam *self care behavior* terdapat peran besar dan kecil (Salehi, 2009). Dimana jika G-LOC itu besar maka penderita menyakini bahwa kekuatan berasal dari keyakinan kepada Tuhan atau “Tuhan bersama diriku”, sedangkan penggunaan G-LOC kecil menganggap bahwa penderita memiliki agama namun tidak perlu melakukan ibadah karena meyakini bahwa kesembuhan berasal dari dirinya (Pairano, 2010). Keimanan atau *faith-base* merupakan media yang sangat penting bagi penderita DM dalam *self care behavior* karena memiliki fungsi bahwa spiritualitas dipandang sebagai *not important, paly some role, dan play important role* (Gupta & Anandarajah, 2014).

Peran spiritualitas sendiri akan menentukan akhir dari persepsi mereka sendiri yaitu sebagai *coping* dan *support*, *self transcendent*, kepasrahan/keimanan, *well being* (Ahmed, 2003). Spiritualitas dianggap sebagai *coping* dan *support* karena penderita mampu membangkitkan

semangat dan mendapatkan kekuatan sehingga mampu melakukan *management self care*. Seseorang akan menganggap bahwa keyakinan merupakan suatu keterhubungan antara alam, penyakit, Tuhan, dan dokter (Pirano, 2010).

Spiritual sebagai *self trasendent* merupakan penerimaan penyakit berdasarkan kehendak Tuhan dan adanya konsep fatalistik dimana seseorang akan beranggapan bahwa keadaan kesehatannya dianggap sebagai kehendak Tuhan dimana manusia tidak memiliki kendali yang menentukan hasil adalah dan kontrol dari penyakit tersebut adalah Tuhan (Gupta, 2014; Salehi, 2012).

Spiritual sebagai kepasrahan/ keimanan merupakan suatu "*handing over*" bagi seseorang yang tidak memiliki kontrol kuat terhadap penyakit mereka, beranggapan bahwa ketika melihat situasi paska amputasi pasien menganggap bahwa beribadah merupakan media yang dapat memberikan suatu rasa lega dan pasrah dimana seorang menganggap bahwa amputasi yang dialaminya suatu keadaan yang harus diterima dan harus belajar terbiasa dalam menjalani kehidupan dengan amputasi, dan melakukan dengan cara yang terbaik karena Tuhan memegang kendali terhadap diri

kita dan tahu apa yang terbaik untuk kita (Heo & Koeske, 2012; Yuniarti, 2013).

- 1) Hubungan *god locus of control* terhadap koping religius dalam menjalankan *self care behavior*.

Debnam *et al* (2012) mengembangkan instrument GLHC menjadi *spiritual locus of health control* mengangap bahwa Tuhan berperan sebagai aktif dan pasif dalam mempengaruhi perilaku kesehatan. LOC sangat berkaitan dengan koping religius (Pargament *et al*, 1998). Konsep Hathaway dan Pargament *et al*. (1988) menjelaskan tiga jenis koping terkait intepretasi dari persepsi terhadap Tuhan, yang berperan aktif atau pasif: (1) *a deferring style*, di mana diri adalah pasif dan tanggung jawab untuk mengatasi ditempatkan di bawah kendali Tuhan; (2) *a self-directing style* di mana Tuhan adalah pasif sedangkan diri sendiri aktif; dan (3) gaya kolaboratif, di mana Tuhan dan diri sendiri yang aktif, bekerja sama untuk menangani stresor.

Polzer dan Miles (2007) juga mengembangkan teori yang menyerupai Pargament *et al*. (1988), yaitu melihat hubungan penderita DM kepada Tuhan dalam

mengelola *self care behaviour*. Pada teori ini mengusulkan tiga jenis hubungan: *God is in background*, *God is in forefront*, *God is in healing* (Polzer & Miles, 2007).

Polzer dan Miles (2007) menganggap tipe pertama, *God is in background* mengacu pada keyakinan bahwa Tuhan mengambil tanggung jawab untuk kondisi seseorang terlepas dari upaya yang telah dilakukan. Individu-individu dalam jenis masih menganggap upaya pribadi manajemen diri sama pentingnya. Kedua, *God Is in forefront* yang mengacu pada keyakinan bahwa individu adalah faktor utama dan upaya mereka yang paling penting, tetapi Tuhan akan membantu mereka dalam hal menyediakan sumber daya seperti pengetahuan, serta bantuan dari praktisi kesehatan. Ketiga, *God is in healing* yang percaya bahwa Tuhan akan memberikan solusi untuk masalah jika orang tersebut memiliki iman yang kuat.

Koping religius menggambarkan cara individu memanfaatkan mereka *faith-base* dalam memecahkan masalah (Pargament *et al.*, 1988). Lazarus & Folkman (1986) menjelaskan bahwa *coping* adalah usaha

seseorang untuk mengurangi stres, yang merupakan proses pengaturan (*management*) atau tuntutan (eksternal atau internal) yang dinilai sebagai beban yang melebihi kemampuannya.

Kebiasaan keagamaan juga menyatakan bahwa kebiasaan agama merupakan evaluasi bagi pasien mengenai faktor penting yang dapat membantu menurunkan stres dan merupakan strategi koping dalam menghadapi situasi amputasi (Wallin & Ahlstrom, 2010; Yuniarti *et al*, 2013; Casarez *et al*, 2010).

2) Hubungan *god locus of control* terhadap makna hidup dalam pengalaman mistik terhadap kebesaran Tuhan

Percaya bahwa Tuhan yang memegang kendali memungkinkan seseorang untuk berserah diri Kepada Tuhan (GLOC), berkontribusi terhadap makna dan tujuan masuk kehidupan (Wong-McDonald & Gorsuch, 2004). *Spiritual well being* dicirikan oleh perasaan adanya GLOC dan ILOC (Wong-McDonald & Gorsuch, 2004). Agama memiliki peranan penting dalam well being dan makna kehidupan yang di dapatkan berdasarkan pengalaman mistik yang

dirasakan seseorang dalam menjalani kehidupan dengan amputasi (Gallagher & MacLachlan, 2000; Subandi, 2008; Koneig, 2001).

Penelitian Subandi (2008) mengungkapkan adanya beberapa konsep pengalaman mistik yang di ungkapkan oleh informan seperti kualitas neotik, *ineffable, holy, passive, timelessness and spacelesness*, dan *deep positive mood*. Kualitas neotik di ungkapkan adanya pencerahan dari agama mengenai hidupnya, *ineffable* sulitnya menggambarkan kebesaran Allah dan mengekspresika dengan kata kata “plong”, *holy* di ungkapkan bahwa manusia sebagai hamba dan adanya Tuhan sebagai “Sang Pencipta”, *passive* di gambarkan informan secara tidak sadar melakukan gerakan spontan yang menunjukkan penyerahan diri, dan *timelessness and spacelesness* di mana informan merasakan saat berzikir berada di dalam dimensi waktu dan ruang yang berbeda, dan *deep positive mood* di ungkapan oleh informan adanya kenikmatan luar biasa setelah berdzikir.

3) Perubahan positif dalam beribadah

Keberadaan manusia adalah keberadaan spiritual sebagai makhluk transenden, dalam kehidupan spiritualitas mewujudkan diri dalam upaya pencarian makna kehidupan, melalui pencarian makna hidup dapat dijejaki hubungan antara kesehatan dan spiritualitas, berdampak timbulnya dorongan positif dalam diri memberi makna dalam kontribusi status kesehatan, terutama dalam penyembuhan penyakit (Pasiak, 2009). Seseorang yang menggunakan *Turning to Religion* akan menggunakan ritus atau ibadah untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan dan dianggap sebagai hikmah karena memunculkan rasa takut kepada Tuhan (Hasan, 2008).

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi *locus of control*

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan *locus of control* adalah:

1) Stimulus

Menurut Monks (1982), jika kekurangan stimulasi dari lingkungan maka hal ini dapat menyebabkan seseorang mengalami deprivasi

persepsual (tidak memperoleh stimulasi yang memadai).

2) Respon

Menurut Monks (1982), memberikan respon dan reaksi pada saat-saat yang tepat terhadap tingkah laku dapat memberikan pengaruh yang penting terhadap rasa diri. Aspek ini sangat berpengaruh dalam pembentukan *locus of control* internal atau eksternal, karena ketika lingkungan selalu merespon perilaku maka seseorang akan merasa bahwa dirinyalah yang menguasai *reinforcement*.

3) Usia

Rotter (1989) menyatakan bahwa usia mempengaruhi *locus of control* yang dimiliki individu. Ditunjukkan dengan *locus of control* internal akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini berkaitan dengan tingkat kematangan berpikir dan kemampuan mengambil keputusan. Dimana teori Rotter menitik beratkan pada penilaian kognitif terutama persepsi sebagai penggerak tingkah laku dan tentang bagaimana tingkah laku dikendalikan dan diarahkan melalui fungsi kognitif.

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi HLCO. Penelitian yang dilakukan oleh Smith *et al* (1988) menunjukkan bahwa usia dewasa akhir cenderung memahami kontrol dalam merawat kesehatan dibandingkan dengan dewasa awal. Individu yang berusia dewasa awal memiliki keyakinan terhadap *powerful other* dibandingkan usia dewasa awal.

4) Kebudayaan

Rothbaum, Weiz dan Snyder (1982), kebudayaan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi *locus of control*, seperti pada budaya barat dan timur. Secara umum budaya barat lebih pada kendali internal, sedangkan budaya timur lebih pada kendali eksternal. Masyarakat Indonesia sangat dipengaruhi oleh agama kaitanya dengan kesehatan dan perilaku (rahmah *et al*, 2008) pasien di Indonesia memandang kepercayaan bahwa Tuhan adalah pusat kendali atas kondisi kesehatan mereka sebagai individu (Iskandarsyah, *et al*, 2014). Hal ini menunjukkan bahwa budaya sangat mempengaruhi HLCH individu.

6. Budaya Sasak

Kebudayaan merupakan serangkaian aturan-aturan, petunjuk-petunjuk, resep-resep, rencana-rencana, dan strategi-strategi, yang terdiri atas serangkaian model-model kognitif yang digunakan secara kolektif oleh manusia yang memilikinya sesuai dengan lingkungan yang dihadapinya (Spradley, 1972).

Budaya sendiri berkaitan dengan keterkaitan mitos dan Religi mitos tidak dapat dipisahkan dengan fenomena religi. Adanya muatan mitos dan religi yang betitu kuat sehingga mainstream nilai-nilai dalam sistem sosial Sasak masih berakar pada statikanya sendiri (Sutrisno, 2002).

Masyarakat lombok mayoritas muslim namun Agama Islam di Lombok dalam praktiknya ada dua tipe, yaitu praktik Islam *Waktu Lima* (W5) dan Islam *Wetu Telu* (W3) (Krurlf,1966). Islam *Waktu Lima* dalam praktik keagamaan sesuai dengan ajaran Islam puritan, kelompok Muslim ini, mengakui kewajiban untuk memenuhi lima rukun Islam yang diawali dengan syahadat, shalat, puasa, zakat, dan menunaikan ibadah haji ke Makkah sedang kelompok Muslim *Wetu Telu* dalam praktik kehidupan sehari-hari, masih sangat kuat berpegang teguh pada adat-istiadat nenek

moyang (Budiwanti, 2000). Hal ini disebabkan adanya agama Budha yang terakulturasi dengan ajaran Islam, namun dengan kehadiran Tuan Guru mengeser alkulturasi ke ajaran agama Islam yang sebenarnya (Syakur, 2002; Kingsley, 2014).

Sebagai Muslim, masyarakat Sasak menganggap Allah memiliki kekuatan tertinggi atas penyakit dan kesehatan. Pada penelitian Hay (1998) dijelaskan ketika masyarakat Lombok menderita penyakit menular dan menghadapi kematian akibat penyakitnya memiliki gagasan yang kuat “*Nasib*” mencerminkan kehendak Allah

Nasib untuk masyarakat Sasak berarti bahwa kematian sudah ditentukan sebelumnya oleh Allah dan dengan demikian harus diserahkan kepada Allah, menerima keadaan dan mencoba untuk menghindari kematian dan penderitaan dengan melakukan pengobatan (Hay, 1998).

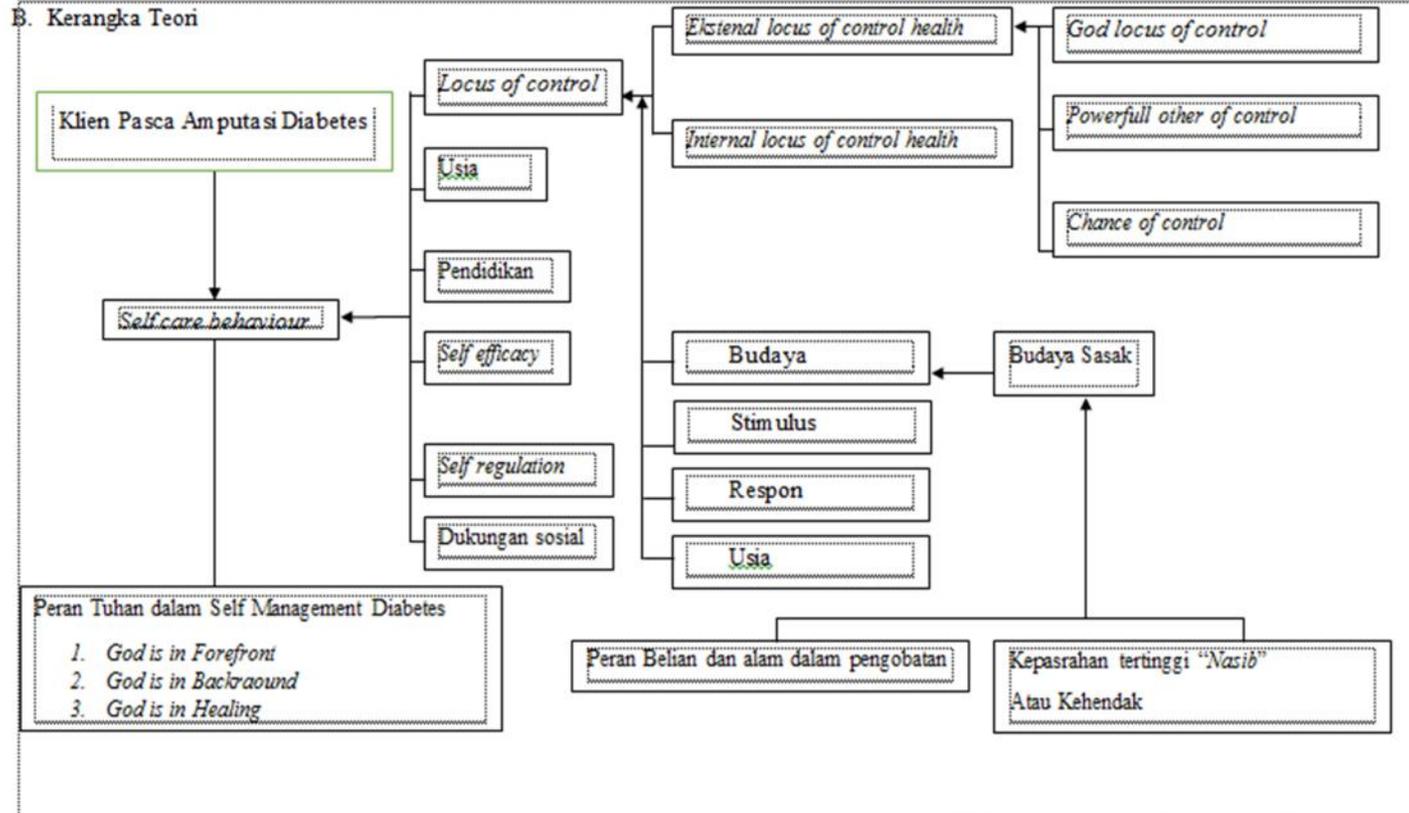
Masyarakat Sasak juga menempatkan hal yang *ghaib* kedalam pencegahan dan mengobati penyakit (Hay, 1998). Masyarakat Sasak menempatkan iman dalam mengingat kematian disebabkan oleh teluk, keyakinan seorang Muslim yang baik dan mengikuti apa yang mereka pahami untuk menjadi Islam rukun (hukum agama). Tetapi jika salah satu

lupa, bahkan sesaat, Allah akan memberikan orang sakit (Hay, 1998).

Namun budaya Sasak dalam pengobatan masih mempercayai *belian Sasak* menjadi salah satu dan bahkan menjadi pilihan bagi sebagian masyarakat yang yakin akan kemampuan dan kehebatannya menyembuhkan berbagai macam penyakit dengan menggunakan alat dan bahan ukur yang sederhana seperti daun-daunan dan air *jampi-jampi* (Teguh, 2015) untuk menyembuhkan berbagai macam penyakit dari yang sederhana sampai penyakit keras (kronis). Melalui mediator yang sudah berpengalaman yang disebut *tengkorong (belian)* (Mariyono, 2003). Hal ini dipengaruhi oleh Adanya rasa takut pada diri seseorang pada pengobatan medis modern, karena dianggap mempunyai resiko kematian yang sangat tinggi. Terdapatnya kepercayaan pada diri masyarakat bahwa setiap penyakit yang sulit disembuhkan dengan obat kimia, maka dianggap penyakit yang luar biasa yang cenderung diyakini datang dari setan, atau terkena guna-guna, sehingga alternatif yang dapat menyembuhkannya adalah dukun atau *Belian Sasak*. Faktor sosio demografis seperti pekerjaan

atau penghasilan, jarak tempat tinggal, pendidikan, pengetahuan dan kepercayaan (Aain, 2012).

Hasan (2002) melihat bahwa pengobatan tradisional *Belian Sasak* merupakan pengobatan yang lebih dipilih dalam kesehatan oleh masyarakat desa, sehingga perawatan medis kurang dimanfaatkan karena dianggap sebagai pengobatan bagi orang-orang yang berpenghasilan tinggi, Hal ini sesuai dengan apa yang dikonsepskan Sudjaswadi (2008) yaitu seorang pengambil keputusan tentang pengobatan salah satunya dipengaruhi oleh faktor ekonomi.



Gambar. 2.1 Kerangka Teori *god locus of control* terhadap *self care behavior* (Levenson, 1973; Wallston et al, 1999; Wu, 2007; Berbayer, 2007;

Hay, 1998; Polzer & Miles, 2007)

Activate Win

