

**KONTRIBUSI *ILLNESS REPRESENTATION*
TERHADAP *COPING STRATEGIES* PADA PASIEN GASTRITIS KRONIS**

SKRIPSI

Pembimbing:

**Grestin Sandy R, S.Psi., M.Psi., Psikolog
Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog**

Oleh:

**Angie Olivia Caprina Effendy
NIM: C021171310**



**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
MAKASSAR
2023**

**KONTRIBUSI *ILLNESS REPRESENTATION*
TERHADAP *COPING STRATEGIES* PADA PASIEN GASTRITIS KRONIS**

SKRIPSI

Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana
pada Program Studi Psikologi
Fakultas Kedokteran
Universitas Haszanuddin

Pembimbing:

**Grestin Sandy R, S.Psi., M.Psi., Psikolog
Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog**

Oleh:

**Angie Olivia Caprina Effendy
NIM: C021171310**



**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
MAKASSAR
2023**

HALAMAN PERSETUJUAN

**KONTRIBUSI *ILLNESS REPRESENTATION*
TERHADAP *COPING STRATEGIES* PADA PASIEN GASTRITIS KRONIS**

disusun dan diajukan oleh:

**Angie Olivia Caprina Effendy
C021171310**

Telah disetujui oleh Tim Pembimbing untuk diseminarkan pada tanggal seperti
tertera di bawah ini
Makassar, 9 Agustus 2023

UNIVERSITAS HASANUDDIN

Menyetujui,

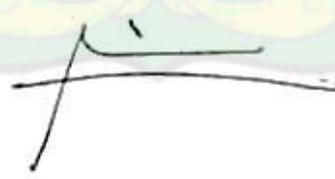
Pembimbing I

Pembimbing II


Grestin Sandy R., S.Psi., M.Psi., Psikolog
NIP. 198606012014042001


Umnyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog
NIP. 198402232009122004

Ketua Program Studi Psikologi
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin


Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., MA.
NIP. 198107252010121004

SKRIPSI

**KONTRIBUSI ILLNESS REPRESENTATION TERHADAP COPING STRATEGIES
PADA PASIEN GASTRITIS KRONIS**

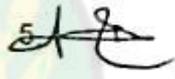
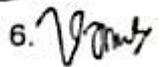
disusun dan diajukan oleh:

Angio Olivia Caprina Effendy

C021171310

Telah dipertahankan dalam sidang ujian skripsi
Pada tanggal 9 Agustus 2023

**Menyetujui,
Panitia Penguji**

| No. | Nama Penguji | Jabatan | Tanda Tangan |
|-----|---------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Dr. Ichlas Nanang Afandi, S. Psi., M.A | Ketua | 1.  |
| 2. | Andi Tenri Pada Ruslham, S. Psi., M.A | Sekretaris | 2.  |
| 3. | Istiana Tajuddin, S. Psi., M.Psi., Psikolog | Anggota | 3.  |
| 4. | Grestin Sandy, S. Psi., M.Psi., Psikolog | Anggota | 4.  |
| 5. | Dr. Muhammad Tamar, M.Psi | Anggota | 5.  |
| 6. | Umniyah Saleh, S. Psi., M.Psi., Psikolog | Anggota | 6.  |

Mengetahui,

Wakil Dekan Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Dr. Agussalim Bukhari, M.Cin., Med., Ph.D., Sp.GK(K)
NIP. 19700821 199903 1 001

Ketua Program Studi Psikologi
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Dr. Ichlas Nanang Afandi, S. Psi., M.A
NIP. 19810725 201012 1 004

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana, magister, dan atau doktor), baik di Universitas Hasanuddin maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri dengan bantuan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penelaah/Tim Penguji.
3. Karya tulis ini, di dalamnya tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan menyebutkan nama pengarang dan tercantum pada daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Makassar, 9 Agustus 2023

Yang membuat pernyataan,



Angie Olivia Caprina Effendy

ABSTRAK

Angie Olivia Caprina Effendy, C021171310, Kontribusi *Illness Representation* terhadap *Coping Strategies* pada Pasien Gastritis Kronis di Kota Makassar, Skripsi, Fakultas Kedokteran, Program Studi Psikologi, 2023.
xvi + 63 Halaman + 11 Lampiran.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kontribusi tingkat illness representation terhadap kecenderungan pemilihan coping strategies pada pasien gastritis kronis di kota Makassar. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 101 Pasien Gastritis Kronis di Kota Makassar. Data dianalisis menggunakan uji regresi logistik binary. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dan negatif antara illness representations dengan coping strategies. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat kontribusi tingkat Illness representation terhadap kecenderungan pemilihan coping strategies pada pasien gastritis kronis di Kota Makassar. Semakin tinggi tingkat illness representation yang dimiliki, maka pasien cenderung lebih memilih passive coping dalam menghadapi penyakitnya.

Kata Kunci: Illness Representation, Coping Strategies, Active Coping, Passive Coping, Gastritis Kronis

Daftar Pustaka, 62 (1980-2023)

ABSTRAK

Angie Olivia Caprina Effendy, C021171310, The Contribution of Illness Representation to Coping Strategies in Chronic Gastritis Patients in Makassar City, gastritis Kronis di Kota Makassar, Undergraduated Thesis, Faculty of Medicine, Department of Psychology, 2023.
xvi + 63 pages + 11 attachments.

This study aims to determine the contribution of illness representation level to the tendency of coping strategies selection in chronic gastritis patients in Makassar city. The sample in this study amounted to 101 Chronic Gastritis Patients in Makassar City. The data were analyzed using a binary logistic regression test. The results of the analysis showed that there was a significant and negative relationship between illness representations and coping strategies. These results show that there is a contribution of the level of Illness representation to the tendency of choosing coping strategies in chronic gastritis patients in Makassar City. The higher the level of illness representation possessed, the patient tends to prefer passive coping in dealing with the disease.

Keyword: Illness Representation, Coping Strategies, Active Coping, Passive Coping, Chronic Gastritis

Bibliography, 62 (1980-2023)

KATA PENGANTAR

Semangat pagi!

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala karunia yang telah diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Kontribusi Illness Representation Terhadap Coping Strategies Pada Pasien Gastritis Kronis” sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Psikologi (S1) di Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin. Suatu kebersyukuran yang luar biasa bagi penulis karena telah melewati proses ini dengan setiap dinamika dan pembelajaran yang didapatkan. Penulis menyadari bahwa penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari bantuan banyak pihak. Oleh karena itu, dengan penuh rasa hormat penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Tuhan Yang Maha Esa atas setiap kasih dan karunia-Nya yang senantiasa diberikan kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi hingga akhir.
2. Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M. Kes., Sp.PD-KGH, Sp.GK, FINASIM selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, serta seluruh jajaran staf dan dosen di Fakultas kedokteran atas bantuan maupun fasilitas yang membantu penulis dalam menyelesaikan studinya.
3. Bapak Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A., selaku Ketua Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dan juga sekaligus pembahas I. Terima kasih atas bantuan, dukungan serta umpan balik dan saran yang membangun diberikan kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

4. Ibu Istiana Tajuddin, S.Psi., M.Psi., Psikolog selaku pembahas II. Terima kasih atas segala umpan balik dan saran yang diberikan semenjak seminar proposal hingga akhir sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
5. Ibu Grestin Sandy, S. Psi., M. Psi., Psikolog, selaku pembimbing I. Terima kasih banyak atas bimbingan, dukungan, dan dorongan yang diberikan kepada penulis. Terima kasih karena telah memberikan dukungan psikologis, penjelasan, dan dengan kesabaran menghadapi penulis sehingga bisa lebih baik dalam mengerjakan skripsi ini.
6. Ibu Umniyah Saleh, S.Psi., M.Psi., Psikolog, selaku pembimbing II. Terima kasih banyak atas bimbingan, dukungan, dan dorongan yang diberikan kepada penulis. Terima kasih karena ibu telah memberikan dukungan psikologis, memberikan semangat serta umpan balik yang membangun sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
7. Ibu Mayensari Arifin, S.Psi., M.Psi., Psikolog, selaku pembimbing II terdahulu. Terima kasih atas bimbingan yang telah diberikan serta dukungan yang mengarahkan penulis dalam mengenali topik penelitian serta membantu penulis dan menyusun latarbelakang sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan baik.
8. Bapak Dr. Muhammad Tamar, M.Psi., selaku pembimbing akademik. Terima kasih banyak atas dukungan dan nasihat yang selama ini Bapak berikan selama penulis berkuliah di Prodi Psikologi FK Unhas.
9. Seluruh dosen dan staf Prodi Psikologi FK Unhas. Terima kasih atas ilmu dan fasilitas yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan studi dengan lancar. Seluruh aktivitas belajar yang difasilitasi telah memberikan

pembelajaran bagi penulis sehingga bisa berproses dan mengembangkan diri menjadi pribadi yang lebih baik lagi.

10. Orang tua penulis, Bapak Marcus Effendy dan Ibu Juliaty Tandi Siapi. Terimakasih atas semua dukungan yang diberikan meliputi dukungan finansial, dukungan moral, serta kesabaran dalam menemani penulis selama proses penyelesaian studi di Psikologi FK Unhas hingga akhir.
11. Saudara penulis, Kak Gaby, Kak Fany, Kak Ekin, dan Ando, terima kasih atas dukungan moral serta selalu mengingatkan penulis apabila ada hal yang luput penulis lakukan.
12. Keluarga terdekat penulis, Kezia dan Keyla. Terima kasih karena selalu membantu penulis dalam mengerjakan berbagai tugas-tugas yang lain dan selalu sabar menghadapi penulis.
13. Kentang Squad, Sissy, Naya, dan Albi, yang senantiasa membantu penulis selama proses penyusunan skripsi dimulai hingga penulis samapi di tahap terakhir ini. Terima kasih telah berbagi pengalaman, saling menyemangati, dan memberikan dukungan kepada penulis. Terima kasih karena selalu ada bagi penulis dan menjadi pendengar yang baik bagi penulis.
14. Gina, Uppi, Tiwi, Neny, Sophia, serta teman-teman terdekat penulis yang selalu memberikan dukungan ditengah kesibukan masing-masing. Terima kasih karena telah menjadi teman penulis yang selalu siap sedia menjadi pendengar dan penghibur penulis mulai sejak penulis mulai berkuliah di Prodi Psikologi Unhas hingga sampai pada tahap akhir ini.
15. Teman-teman FGD (Joya, Putri Seo, Kak Putri Alex, Arthia), teman-teman SATE (Kak Stev, Juan, Janwel, Niel, Kak Ambri, Meily, dan Topan), serta teman-teman PPGT Jemaat Bangkala yang lainnya. Terima kasih atas

dukungan rohani serta senantiasa menemani penulis dalam setiap proses pengerjaan skripsi hingga pengumpulan data. Terima kasih karena senantiasa mendengarkan keluh kesah penulis selama proses pengerjaan skripsi. Terima kasih atas penguatan dan dukungan doa yang diberikan selama penulis menyelesaikan studi sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan baik. Semoga kita semua mampu saling menguatkan dan menjadi terang bagi sesame kita dimanapun kita berada.

16. PROXIM17Y, terima kasih telah menjadi teman angkatan yang luar biasa. Terima kasih karena mau berproses bersama selama di Prodi Psikologi FK Unhas. Begitu banyak pengalaman, pembelajaran, dinamika, serta kenangan yang penulis dapatkan selama menjadi bagian dari angkatan 2017 ini. Semoga kita semua bisa menjadi sarjana psikologi sesuai dengan fitrah masing-masing.

17. Huang Renjun serta anggota NCT Dream yang lain. Terima kasih telah memberikan emosi positif melalui musik dan konten yang kalian lakukan sehingga mampu memberikan perasaan senang dan menghibur penulis sepanjang masa penyusunan skripsi.

18. Jajaran staf rumah sakit serta dokter yang telah bekerja sama dengan penulis sehingga penulis mampu mengumpulkan cukup data untuk penelitian. Terima kasih pula pada setiap pihak yang turut membantu dan menjadi responden penelitian penulis.

19. Seluruh pihak yang terlibat dalam penyelesaian skripsi yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan sehingga peneliti bisa menyelesaikan perkuliahan dan skripsi ini.

Semoga karunia Tuhan Yang Maha Esa senantiasa bersama dengan kita semua. Penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga

dimohon pengertian dan umpan baliknya agar lebih baik lagi kedepannya. Akhir kata, penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, 9 Agustus 2023

Angie Olivia Caprina Effendy

DAFTAR ISI

KONTRIBUSI *ILLNESS REPRESENTATION* TERHADAP *COPING STRATEGIES* PADA PASIEN GASTRITIS KRONIS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| Halaman Pengajuan Seminar Proposal | i |
| Daftar Isi..... | ii |
| Daftar Tabel | iv |
| BAB I: PENDAHULUAN | |
| 1.1. Latar Belakang Masalah | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah..... | 9 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 10 |
| 1.4. Manfaat Penelitian | 10 |
| 1.4.1. Manfaat Teoritis | 10 |
| 1.4.2. Manfaat Praktis | 10 |
| BAB II: TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1. Tinjauan Pustaka | 11 |
| 2.1.1. <i>Illness Representation</i> | 11 |
| 2.1.2. <i>Coping Strategies</i> | 19 |
| 2.1.3. Gastritis | 23 |
| 2.2. Hubungan <i>Illness Representation</i> dan <i>Coping Strategies</i> | 24 |
| 2.3. Kerangka Konseptual | 28 |
| 2.4. Hipotesis | 30 |
| BAB III: METODE PENELITIAN | |
| 3.1. Jenis Penelitian | 31 |
| 3.2. Identifikasi Variabel Penelitian | 31 |
| 3.3. Definisi Operasional | 31 |
| 3.4. Populasi dan Sampel Penelitian | 32 |
| 3.4.1. Populasi | 32 |
| 3.4.2. Sampel Penelitian | 33 |
| 3.5. Teknik Pengumpulan Data | 34 |
| 3.5.1. Instrument Penelitian | 34 |
| 3.5.2. <i>Blue Print</i> Instrument Penelitian | 36 |

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 3.6. Validitas dan Reliabilitas Skala | 37 |
| 3.6.1. Uji Validitas | 37 |
| 3.6.2. Uji Reliabilitas | 38 |
| 3.7. Teknik Analisis Data | 39 |
| 3.8. Tahapan Penelitian | 39 |
| 3.8.1. Persiapan Penelitian | 39 |
| 3.8.2. Pengumpulan Data | 39 |
| 3.8.3. Pengolahan Data | 39 |
| 3.8.4. Penyusunan Laporan | 40 |
| 3.9. Waktu Penelitian | 40 |
| | |
| BAB IV: HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| 4.1 Hasil Penelitian | 43 |
| 4.1.1 Data Demografi Responden | 43 |
| 4.1.2 Analisis Deskriptif | 46 |
| 4.1.3 Uji Hipotesis..... | 53 |
| 4.2 Pembahasan | 55 |
| 4.3 Limitasi Penelitian | 62 |
| | |
| BAB V: KESIMPULAN DAN SARAN | |
| 5.1 Kesimpulan | 63 |
| 5.2 Saran | 63 |
| | |
| Daftar Pustaka | 64 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 3.1 <i>Blue print</i> Skala B-IPQ..... | 36 |
| Tabel 3.2 <i>Blue print</i> Skala PCI | 37 |
| Tabel 3.3 Rancangan Waktu Penelitian | 42 |
| Tabel 4.1 Hasil Uji Deskriptif <i>Illness Representation</i> Responden | 46 |
| Tabel 4.2 Penormaan <i>Illness Representation</i> | 46 |
| Tabel 4.3 Hasil Uji Deskriptif Dimensi <i>Illness Representation</i> Responden | 47 |
| Tabel 4.4 Penormaan Dimensi <i>Illness Representation</i> Responden | 48 |
| Tabel 4.5 Penormaan <i>Coping Strategies</i> Responden | 51 |
| Tabel 4.6 Kecenderungan <i>Coping Strategies</i> Berdasarkan Z-Score | 52 |
| Tabel 4.7 <i>Coding</i> Variabel <i>Dummy Coping Strategies</i> | 54 |
| Tabel 4.8 Uji Hipotesis | 54 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Kerangka Konseptual | 27 |
| Gambar 4.1 Data Demografi Usia | 43 |
| Gambar 4.2 Data Demografi Jenis Kelamin | 44 |
| Gambar 4.3 Data Demografi Tingkat Pendidikan Terakhir | 44 |
| Gambar 4.4 Data Demografi Penggunaan Obat Nyeri | 45 |
| Gambar 4.5 Gambaran <i>Illness Representation</i> Responden | 47 |
| Gambar 4.6 Gambaran Dimensi <i>Illness Representation</i> Responden | 48 |
| Gambar 4.7 Gambaran Penyebab Gastritis | 50 |
| Gambar 4.8 Kecenderungan <i>Coping Strategies</i> Responden | 53 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--------------------------------------------------------|----|
| Lampiran 1 Permohonan Izin Menggunakan Alat Ukur | 70 |
| Lampiran 2 Kuesioner Penelitian | 71 |
| Lampiran 3 Uji Validitas | 77 |
| Lampiran 4 Uji Reliabilitas | 79 |
| Lampiran 5 Uji Hipotesis | 80 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan salah satu hal yang dibutuhkan oleh setiap manusia dalam menjalani kehidupannya. Hal ini menjadikan kesehatan menjadi salah satu hal yang sangat penting karena kesehatan yang buruk dapat membuat individu menjadi sulit dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. WHO (2008) mendefinisikan sehat ke dalam suatu cakupan yang luas, yakni merupakan suatu keadaan sejahtera individu yang meliputi secara fisik, mental, maupun sosial yang tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan saja. UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa, "*Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental atau psikis, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi*". Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa sehat merupakan kondisi sejahtera yang dimiliki individu yang meliputi aspek fisik, mental, maupun sosial, sehingga memungkinkan individu untuk dapat hidup produktif secara sosial maupun ekonomi.

Individu yang tidak mampu mempertahankan kondisi "sehat" disebut dengan sakit. Tolak ukur atau acuan yang paling mudah untuk menentukan kondisi sakit atau penyakit yang dirasakan individu adalah jika terjadi perubahan dari nilai batas normal yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Lau (1995) melakukan *survey* kepada beberapa partisipan terkait definisi sakit menurut pandangan subjektif partisipan. Adapun jawaban yang didapatkan dari partisipan mengindikasikan dimensi-dimensi yang digunakan untuk membuat konsep sakit yakni: (1) Merasa tidak normal; (2) Terdapat simtom spesifik; (3) Terdapat penyakit spesifik; (4)

Konsekuensi atas penyakit tersebut; (5) Durasi/lama penyakit yang diderita; dan (6) Ketidakhadiran kondisi sehat. Dimensi-dimensi ini menunjukkan bahwa penyakit dibentuk dari simtom-simtom yang dirasakan oleh pasien, kepercayaan dan keyakinan terkait simtom tersebut, serta kepercayaan terhadap pengobatan yang dilakukan (Leventhal et. al, 1980).

Salah satu penyakit kronis dan akut yang sering dijumpai di Indonesia yakni Gastritis atau yang biasa dikenal dengan penyakit maag. Penyakit gastritis merujuk kepada peradangan yang terjadi di dalam mukosa lambung. Berdasarkan data yang didapatkan oleh World Health Organization (WHO), Indonesia menempati urutan ke empat dengan jumlah penderita gastritis terbanyak setelah negara Amerika, Inggris dan Bangladesh yaitu berjumlah 430 juta penderita gastritis. Insiden gastritis di Asia Tenggara sekitar 583.635 dari jumlah penduduk setiap tahunnya (WHO, 2012). Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2011, gastritis merupakan salah satu penyakit dari 10 penyakit terbanyak pada pasien inap di rumah sakit di Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus (4.9%) Pada tahun 2017, gastritis berada pada urutan ke enam dengan jumlah kasus sebesar 33.580 kasus pasien rawat inap di rumah sakit. Pada kasus pasien rawat jalan, gastritis menempati urutan ketujuh dengan jumlah kasus sebesar 201.083 kasus (Kemenkes, 2017).

Dr. Dadang Makmun selaku Sekretaris Jenderal Kongres *Asian Pacific Digestive Week* (APDW) menjelaskan bahwa 40-46% pasien yang berkunjung ke klinik dokter praktik adalah pasien dengan gangguan pencernaan (Antara, 2014). Prevalensi angka kejadian gastritis pada tahun 2017 di beberapa daerah di Indonesia sebanyak 274.396 kasus dari 238.452.952 jiwa penduduk (Kemenkes, 2017). Data ini kemudian diperkuat dengan data bahwa dalam hitungan per 100

ribu orang, gastritis di Indonesia memengaruhi kematian 4 dari 12 orang. Penyakit ini juga memengaruhi kesehatan masyarakat sebanyak 41%. Angka kematian yang diakibatkan penyakit ini lebih banyak dialami perempuan dibandingkan laki-laki. Pada hitungan per 100 ribu wanita terdapat 15,3 kematian, sedang untuk pria memakan korban sebanyak 12 per 100 ribu laki-laki (Maharani, Alhidayanti, Syukaisih, & Rahayu, 2021). Penyakit gastritis termasuk ke dalam sepuluh besar penyakit rawat inap di rumah sakit tingkat Provinsi Sulawesi Selatan dengan jumlah pasien yang keluar karena meninggal sebanyak 1,45% dari jumlah pasien yang keluar (Dinkes Sulsel, 2010). Penyakit gastritis juga termasuk ke dalam 10 penyakit dengan jumlah pasien terbanyak di Puskesmas Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2019 dengan jumlah kasus sebanyak 282.739 kasus (8,82%) (Dinkes Sulsel, 2019). Berdasarkan persentase yang diuraikan di atas, dapat disimpulkan bahwa penyakit gastritis merupakan penyakit yang jumlah penderitanya masih cukup banyak dengan persentase angka kejadian yang cukup tinggi.

Kondisi psikologis yang dimiliki penderita gastritis juga dapat memperparah penyakitnya tersebut. Priyoto (2014) menjelaskan bahwa penderita gastritis yang merasakan stres memiliki risiko 3,37 kali lipat lebih tinggi untuk mengalami kekambuhan gastritis dibandingkan dengan orang tanpa stres. Stres adalah respon fisiologis dan perilaku manusia yang berusaha untuk beradaptasi dan mengatur stresor internal dan eksternal (stressor). Stresor dapat memengaruhi setiap aspek kehidupan seseorang, menyebabkan stres mental, perubahan perilaku, masalah berinteraksi dengan orang lain, dan ketidaknyamanan fisik yang salah satunya dapat mempengaruhi tingkat konsumsi makanan. Selama kondisi stres, tubuh memproduksi hormon kortisol, yang menghabiskan mineral dan

vitamin B dalam tubuh. Hal ini berarti perlindungan terhadap sel-sel otak kurang sehingga melemahkan sistem kekebalan tubuh.

Untuk mencegah hal tersebut, pasien dianjurkan untuk melakukan beberapa tindakan pencegahan serta pengobatan seperti olahraga yang rutin, rajin meminum air putih, mengonsumsi makanan berserat, menghindari makanan pedas dan asam, tidak merokok dan meminum alkohol, serta pemeriksaan yang rutin bagi pasien yang telah ditemukan luka atau peradangan pada lambungnya. Pada kasus individu yang menderita penyakit gastritis yang disebabkan oleh bakteri *helicobacter pylori* perlu untuk mengonsumsi obat-obatan antibiotik (Puji, 2021).

Namun pada kenyataannya, masih banyak pasien yang tidak mengikuti anjuran dokter tersebut dan cenderung menyepelkan simtom-simtom yang dirasakan sebagai suatu penyakit ringan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2018) yang melakukan penelitian untuk mengetahui persepsi yang dimiliki oleh masyarakat terkait dengan penyakit gastritis. Hasilnya menemukan bahwa lebih dari setengah (53%) responden memiliki persepsi negatif terkait penyakit gastritis. Adapun persepsi negatif yang dimaksudkan pada penelitian tersebut mengacu pada kurangnya pengetahuan yang dimiliki oleh responden terkait penyakit gastritis. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun jumlah persentasi penyakit gastritis yang terus meningkat, masih sangat banyak pasien yang memilih untuk mengabaikan simtom-simtom yang dirasakannya. Pernyataan tersebut kemudian diperkuat dengan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada salah satu penderita gastritis kronis yang mengaku bahwa pada awalnya ketika pertama kali merasakan gejala-gejala gastritis, pasien memilih untuk mengabaikannya karena merasa bahwa gejala

tersebut masih gejala yang ringan. Namun, karena berulang kali dirasakan, pasien mulai memilih untuk menggunakan minyak angin dan koyo yang dibeli di apotek. Namun, pasien justru merasakan nyeri yang semakin parah hingga akhirnya memutuskan untuk berobat ke dokter. Pasien akhirnya didiagnosis memiliki penyakit gastritis kronis.

Salah satu manifestasi klinis yang dirasakan oleh penderita gastritis kronis secara umum adalah rasa nyeri pada ulu hati atau nyeri epigastrium dalam jangka waktu yang panjang (Raghavan & Holmgren, 2012). Dampak dari rasa sakit dan nyeri ini dapat mengganggu aktivitas penderita sehari-hari karena munculnya berbagai keluhan seperti rasa terbakar, mual hingga muntah, tidak nafsu makan serta keluhan yang lainnya (Wahyuni et al., 2017). Hal ini sejalan dengan hasil wawancara yang dilakukan oleh Sisila et al (2022) terhadap salah satu pasien gastritis yang menjadi subjek penelitiannya. Subjek tersebut mengeluhkan bahwa rasa nyeri yang dirasakan memberikan rasa khawatir pada dirinya sehingga subjek tersebut menjadi sulit untuk berkonsentrasi dalam menjalankan aktivitasnya. Kachwalla (2021) menjelaskan bahwa dalam beberapa kasus, rasa nyeri yang kuat pada penderita gastritis kronis dapat mengakibatkan nyeri punggung kronis. Hal ini menunjukkan bahwa rasa nyeri ini dapat termanifestasi dalam beragam bentuk. Rasa nyeri yang dirasakan ini kemudian mengarahkan pasien dalam melakukan berbagai upaya (*coping strategies*) untuk dapat merespon rasa sakit yang dirasakan. Brown & Nicassio (1987) menjelaskan bahwa pasien akan menggunakan *coping strategies* yang mengacu pada serangkaian pemikiran dan perilaku spesifik untuk dapat mengelola rasa sakit yang dirasakan atau reaksi emosional pasien terhadap rasa sakit yang dirasakan.

Persepsi yang tepat terhadap penyakit yang dimiliki dapat membantu pasien gastritis dalam memilih pengobatan yang tepat pula. Persepsi yang dimiliki pasien gastritis merujuk pada bagaimana penderita menginterpretasikan simtom-simtom yang dirasakan yang dalam hal ini merujuk pada berbagai gejala yang dirasakan seperti rasa nyeri, mual, pusing, dan lainnya. Hal tersebut kemudian menjadi masalah apabila pasien tidak mampu atau salah dalam menginterpretasikan simtom-simtom gastritis sehingga salah dalam memilih pengobatan yang tepat. Pada kenyataannya, masih banyak pasien gastritis tidak mampu mengenali ataupun memahami simtom/gejala yang dirasakannya dengan tepat, bahkan sering kali mengabaikan gejala tersebut. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suryono & Meilani (2016) menunjukkan bahwa pengetahuan pasien tentang pencegahan kekambuhan penyakit gastritis di Puskesmas Bendo, yaitu terdiri dari 18 responden dimana pengetahuan responden yang dikatakan baik sebanyak 4 responden (22%), pengetahuan yang cukup sebanyak 6 responden (33%) dan pengetahuan yang kurang sebanyak 8 responden (45%). Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien masih memiliki pengetahuan yang kurang tentang pencegahan kekambuhan gastritis.

Leventhal et. al (1980) mendefinisikan sebuah istilah yang dapat menggambarkan kepercayaan individu terkait penyakit yang di alami yang disebut dengan istilah *illness representation*. Lebih jauh, Leventhal et. al (1980) menjelaskan terkait sembilan dimensi yang mencakup *illness representation* yaitu : *identity, consequences, timeline acute/chronic, timeline cyclical, personal control, treatment control, illness coherence, emotion, dan causal representation*. Individu yang memiliki *illness representation* yang baik dipengaruhi oleh kemampuan kognitifnya dalam menginterpretasi simtom-simtom yang dirasakannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Rutter & Rutter (2002) menunjukkan bahwa *Illness representation* yang dimiliki individu berhubungan secara positif dengan *coping strategies*. Hubungan positif yang dimaksudkan pada penelitian ini mengacu pada semakin tinggi tingkat *illness representation* yang dimiliki individu maka semakin tinggi kemampuan individu tersebut dalam memilih *coping strategies* yang tepat. Skor pada hasil *Illness representation* menunjukkan seberapa tepat pemahaman yang dimiliki individu terkait penyakitnya. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin tepat pemahaman yang dimiliki. Seperti misalnya, Individu yang berpikir bahwa penyakit yang dimiliki akan bertahan lama di dalam tubuh (berkaitan dengan dimensi *timeline*) lebih dapat menerima kondisinya. Sedangkan individu yang memiliki kepercayaan bahwa penyakit yang dimiliki tidak akan bertahan lama di dalam tubuh akan lebih berupaya dalam mencari dukungan instrumental (*coping strategies* yang aktif).

Kraaimaat & Evers (2003) mengelompokkan *coping strategies* ke dalam 2 jenis yaitu *active coping strategies* dan *passive coping strategies*. *Active coping strategies* diartikan sebagai usaha yang dilakukan pasien untuk dapat mendistraksi rasa sakit yang dirasakan dan/atau untuk tetap berfungsi ditengah rasa sakit yang dimiliki. Salah satu bentuk *active coping strategies* yang dilakukan oleh penderita gastritis adalah dengan rajin mengatur pola makan dan melakukan diet gastritis yang disarankan oleh dokter (Ika et al, 2021). Sebaliknya, *passive coping strategies* diartikan sebagai kecenderungan pasien untuk membatasi pikiran negatif yang dimiliki terkait rasa sakitnya. Pada penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Nawangsih (2017), sebanyak 58 subjek atau 73,4% subjek yang merupakan penderita gastritis menggunakan *coping strategies* berupa *distancing* dalam menghadapi penyakitnya. *Distancing* merupakan cara yang dilakukan

individu dalam menghadapi masalahnya dengan cara mengharapkan bahwa penyakitnya akan sembuh dengan sendirinya. *Distancing* menjadi salah satu bentuk contoh *passive coping strategies* yang dilakukan oleh pasien.

Pada dasarnya, individu merupakan pasien yang aktif dalam menghadapi masalah (dalam hal ini penyakit), yang mana dapat terlihat dari usahanya untuk memaknakan simtom-simtom yang dirasakan dan mencari cara untuk mengatasinya (Leventhal et. al, 1980). Seyogyanya, individu diharapkan dapat memilih *coping strategies* yang tepat yaitu dengan mengikuti anjuran yang telah diberikan oleh dokter. Namun pada kenyataannya, masih banyak pasien gastritis yang memilih untuk mengabaikan anjuran dokter yang seyogyanya dilakukannya seperti tidak menjaga pola makan dengan baik. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Megawati & Nosi (2014) menyatakan bahwa pola makan yang buruk dan tidak teratur menjadi faktor risiko terjadinya kekambuhan gastritis pada penderitanya.

Berdasarkan berbagai fenomena yang telah dipaparkan oleh peneliti, dapat terlihat bahwa terdapat gap antara seyogyanya dan senyatanya. Penyakit gastritis merupakan salah satu penyakit tidak menular dan dapat sembuh apabila kita mengikuti anjuran dokter seperti rutin mengonsumsi obat ataupun menjaga pola hidup yang sehat. Namun pada kenyataannya, jumlah pasien gastritis terutama di Indonesia masih sangat banyak. Hal ini kemudian berkaitan dengan pemilihan *coping strategies* yang ditentukan oleh individu tersebut.

Penelitian yang dilakukan oleh Pelealu (2016) menemukan bahwa pemilihan *coping strategies* dapat menjadi prediktor terhadap kualitas hidup penderita psoriasis. Hal ini didapatkan dari adanya pengaruh yang signifikan pada *coping strategies* dengan kualitas hidup. Individu yang memiliki keterampilan dalam

menggunakan *coping strategies* yang baik, akan mampu mengatasi masalah terkait dengan penyakit.

Pada proses memilih *coping strategies* yang ingin digunakan, tidak jarang individu menggunakan lebih dari satu *coping strategies* untuk dapat membantunya mencapai kondisi normal yang diharapkan. Sarafino (2011) mengemukakan bahwa individu dapat menggabungkan beberapa *coping* yang dipilih secara bersamaan untuk menghadapinya permasalahannya. Seperti halnya pada penderita *myasthenia gravis* yang menjadi partisipan dalam penelitian yang dilakukan oleh Warhadni (2016). Subjek pada penelitian tersebut menggunakan beberapa *coping strategies* dalam menghadapi permasalahan yang timbul dari penyakitnya seperti terganggunya aktivitas utama yang di miliki, relasi, serta adanya ketakutan dalam menghadapi masa depan. Berdasarkan uraian di atas, diduga terdapat hubungan antara *illnehal* ini, peneliti melihat adanya kemudian tertarik untuk mengetahui lebih jauh terkait “Kontribusi *Illness Representation* dengan *Coping Strategies* pada pasien Gastritis Kronis ” di Kota Makassar.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan dari latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka rumusan penelitian ini yaitu apakah tingkat *illness representation* berkontribusi dalam kecenderungan pemilihan *coping strategies* pada pasien gastritis kronis di kota Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan penelitian di atas, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, yaitu untuk mengetahui kontribusi tingkat *illness representation* terhadap kecenderungan pemilihan *coping strategies* pada pasien gastritis kronis di kota Makassar.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi ilmiah, serta dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu psikologi, khususnya area kajian psikologi klinis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien gastritis, informasi dari penelitian ini dapat menjadi masukan dalam memilih *coping* yang tepat agar dapat sembuh dari penyakit yang dimilikinya.
2. Bagi lingkungan, dapat menjadi referensi dalam memahami terkait kontribusi *illness representation* terhadap kecenderungan pemilihan *coping strategies* pada pasien gastritis kronis di kota Makassar.
3. Bagi psikolog, dapat digunakan untuk menambah wawasan terkait kontribusi *illness representation* terhadap kecenderungan pemilihan *coping strategies* pada pasien gastritis kronis di kota Makassar.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 *Illness Representation*

2.1.1.1 Definisi *Illness Representation*

Setiap manusia tentunya diharapkan memiliki pemahaman terkait kondisi sakit yang diderita. Leventhal et. al (1980) mendefinisikan sebuah istilah yang dapat menggambarkan kepercayaan individu terkait penyakit yang mereka alami yang disebut dengan istilah *illness representation*. Kepercayaan ini kemudian terbentuk dari proses identifikasi yang dilakukan oleh individu tersebut dalam menghadapi penyakitnya. Proses identifikasi ini kemudian nantinya akan mengarahkan individu pada pemberian label pada diri sendiri. Proses identifikasi yang dilakukan dapat melalui dua jalur, yaitu *symptom perception* (persepsi akan simtom) dan *social messages* (pesan sosial-diagnosis penyakit).

Simtom merupakan hal yang penting bagi individu yang sakit. Leventhal et. al (1980) mendefinisikan simtom sebagai hal-hal yang dapat dirasakan oleh individu, serta memberikan tanda yang berkelanjutan terkait kondisi sakit seseorang. Lebih lanjut, Leventhal juga menjelaskan bahwa pengalaman individu terkait penyakit dapat disebut sebagai aspek fundamental dalam memilih simtom serta indikatornya. Contohnya, penderita gastritis memiliki simtom berupa rasa sakit pada lambung dan sebagainya. Sebaliknya, ketidakhadiran simtom seringkali diartikan sebagai ketidakhadiran pada penyakit pula. Leventhal & Cameron (1987) menjelaskan bahwa simtom memegang peranan yang penting dalam melakukan representasi yang mengarah pada *health behavior* dan *illness*

behavior, namun tidak selalu menjadi satu-satunya pengaruh dalam pengambilan keputusan yang dilakukan.

Proses identifikasi yang dilakukan oleh individu melalui persepsi akan simtom dapat dipengaruhi oleh banyak hal seperti *mood*, kognisi, serta lingkungan sosial yang dimiliki individu tersebut. Selain itu, proses identifikasi juga dapat diperoleh dari informasi yang diberikan oleh tenaga ahli seperti dokter, ataupun tenaga medis lainnya. Informasi yang diperoleh ini dapat menjadi konsekuensi terhadap persepsi akan simtom yang dimiliki. Contohnya ketika individu mulai memersepsikan simtom yang ia rasakan, individu kemudian termotivasi untuk mendapatkan diagnosa resmi dengan cara memeriksakan diri ke dokter. Meski demikian, pemeriksaan diri kepada dokter tidak selalu merupakan konsekuensi dari persepsi akan simtom. Hal ini dikarenakan terdapat beberapa penyakit yang justru tidak memiliki gejala sehingga tidak memengaruhi proses identifikasi simtom oleh individu. Selain dari dokter ataupun tenaga medis lainnya, informasi akan sakit yang dimiliki dapat juga diperoleh dari teman, keluarga, ataupun orang-orang terdekat. (Ogden, 2004).

Informasi yang diterima oleh individu kemudian memotivasi individu untuk kembali ke keadaan sehat. Hal ini kemudian dapat disebut sebagai bentuk pemaknaan terhadap masalah atau yang dalam hal ini mengacu pada penyakit yang diderita. Leventhal (dalam Ogden, 2004) menjelaskan bahwa pemaknaan pada masalah dapat dilakukan dengan mengakses *illness representations* individu. *Illness representations* memberikan kerangka berpikir pada individu terkait apa saja jenis ancaman kesehatan dan cara *coping* yang dapat dilakukan. Kerangka berpikir inilah yang kemudian menjadi representasi kognitif pada individu sehingga mampu membantu individu untuk mengembangkan serta

memilih *coping strategies* yang tepat melalui pemaknaan terhadap penyakit yang dimiliki (Ogden, 2004). Kognisi-kognisi yang terbentuk ini memberikan gambaran skema individu dalam mengatasi serta memahami penyakit yang dimiliki (Ogden, 2012). Semakin baik *Illness representations* yang dimiliki individu terhadap penyakitnya, maka dapat meningkatkan kemampuan untuk memiliki penyembuhan yang lebih cepat, serta memiliki kondisi yang semakin baik, begitupun sebaliknya. Semakin buruk *illness representations* yang dimiliki individu, maka semakin mungkin individu tersebut memiliki penyembuhan yang lebih lambat atau bahkan memiliki kondisi yang makin buruk (Petrie & Weinman, 2006).

Selain memengaruhi representasi kognitif, persepsi akan simtom dan pesan sosial juga memengaruhi keadaan emosional yang dimiliki individu. Contohnya, individu yang menerima pesan sosial berupa informasi bahwa penyakit yang diderita dapat mengacu pada penyakit yang parah dapat menimbulkan rasa cemas pada individu tersebut. Hal ini menunjukkan adanya perubahan emosional yang terjadi pada individu. Pada beberapa kondisi yang lebih parah, perubahan emosional yang diakibatkan oleh persepsi simtom dapat berdampak buruk bagi persepsi simtom itu sendiri. Contohnya, ketika individu merasa sakit pada bagian dadanya, yang kemudian menimbulkan rasa cemas pada individu tersebut. Rasa cemas ini kemudian memicu individu merasakan sakit yang lebih parah dikarenakan fokus perhatian individu yang lebih terarah pada perasaan sakit yang dirasakan. (Ogden, 2004).

Pada dasarnya, kepercayaan yang dimiliki individu cenderung merupakan hal yang implisit. Oleh sebab itu, kepercayaan menjadi hal yang sulit untuk dilihat fungsinya sebagai sistem yang mampu membantu individu memahami serta

menginterpretasi pengalaman mereka (Leventhal et. al, 1980). Namun, terdapat pola umum ketika individu mengembangkan *illness representations* terhadap penyakitnya. Terdapat lima komponen utama yang kemudian memengaruhi bagaimana individu mengembangkan *illness representations* yang dimilikinya, yaitu *identity* (Identitas), *cause beliefs* (kepercayaan akan penyebab), *timeline beliefs* (kepercayaan akan durasi), *beliefs about control or cure* (kepercayaan akan kontrol dan pengobatan), serta *consequences* (konsekuensi). Identitas yang dimaksudkan pada hal ini mengacu pada pelabelan hasil persepsi akan simtom yang disesuaikan dengan kondisi yang ada. Hal ini terkadang dapat berbeda dengan hasil diagnosis yang diberikan oleh tenaga medis atau tenaga ahli sehingga dapat menimbulkan kemungkinan individu merasakan efek samping yang lebih besar dari pengobatan yang diberikan. Hasil dari identitas penyakit ini, individu kemudian akan mengembangkan *cause beliefs* pada individu atau kepercayaan terkait hal-hal yang dapat menjadi penyebab penyakit tersebut ada. Hal ini menjadi sangat penting karena tipe pengobatan yang digunakan dapat dipengaruhi oleh penyebab akan penyakit tersebut sehingga dapat membantu Individu dalam mengontrol penyakitnya dengan lebih logis.

Selanjutnya, individu juga akan mengembangkan kepercayaan akan durasi atau perkiraan lama waktu kondisi yang dimilikinya, yang biasanya mulai dari akut hingga kronis. Individu dengan kepercayaan durasi akut lebih cenderung mengabaikan pengobatan dibandingkan dengan individu dengan kepercayaan durasi kronis (Petrie & Weinman, 2006). *Beliefs about control or cure* (kepercayaan akan kontrol dan pengobatan) sangat berpengaruh terhadap penyembuhan serta kontrol pada penyakit. Pada dasarnya, kepercayaan akan kontrol terhadap penyakit terbentuk dari kesesuaian penyakit yang diderita

dengan kemampuan individu akan kontrol personal, serta seberapa baik pengobatan dalam mengontrol penyakit tersebut. Secara umum, semakin tinggi tingkat kontrol yang dimiliki dapat diasosiasikan dengan semakin singkat durasi penyakit yang dimiliki. Terakhir, komponen dari *illness representations* yaitu konsekuensi yang mengacu pada segala efek yang mungkin dapat timbul akibat dari penyakit yang dimiliki. Hal ini dapat meliputi pekerjaan, keluarga, gaya hidup, serta keuangan yang dimiliki individu. Pada umumnya, individu lebih menilai secara subjektif efek yang didapatkan dari kondisinya berdasarkan seberapa parah penyakitnya, dibandingkan medis yang lebih menilai secara objektif terhadap seberapa parah penyakitnya. (Petrie & Weinman, 2006).

2.1.1.2 Aspek-aspek *Illness Representation*

Adapun aspek-aspek yang merupakan bagian dari *illness representation* dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. *Identity* yang mengacu pada pemberian *label* kepada penyakit serta simtom yang dirasakan (Leventhal et. al., 2003). Aspek ini meliputi segala kepercayaan yang dimiliki pasien terkait pemaknaan terhadap penyakit mereka. Proses pelabelan ini muncul ketika individu mulai merasakan simtom-simtom. Contohnya, saat individu merasakan hidung tersumbat, ia akan melabelkan dirinya menderita flu (Ogden, 2012).
2. *The perceived cause of the illness* yang mengacu pada persepsi yang dimiliki individu terkait penyebab penyakit, baik yang disebabkan oleh hal eksternal (bakteri, virus, luka, dan lainnya), kerentanan internal (faktor genetik), maupun yang berasal faktor psikososial (Stress dan pola hidup sehat) (Leventhal et. al., 2003).

3. *Timeline* yang mengacu pada kepercayaan individu terkait durasi atau jangka waktu penyakit yang diderita, jumlah waktu yang diperlukan untuk pengobatan, serta lamanya waktu hingga muncul kemungkinan terburuk apabila pengobatan tidak dilakukan (Leventhal et. al dalam Baum et. al, 2001). Durasi waktu ini terbagi atas dua yaitu akut (jangka pendek), dan kronis (jangka panjang) (Leventhal et. al, 2003). Terdapat pula yang disebut dengan *timeline cyclical*, yaitu durasi waktu yang bergantian sehingga tidak ditandai gejala, atau justru ditandai banyak sekali gejala (Leventhal et. al, 2008).
4. *Consequences* yang mengacu pada persepsi individu terkait efek yang akan muncul dari penyakit yang dimilikinya. Adapun konsekuensi yang muncul yaitu konsekuensi fisik, emosional, serta kombinasi dari kedua konsekuensi tersebut (Leventhal et. al, 2003). Menambahkan, aspek ini juga mengacu pada kepercayaan individu akan hasil dari penyakit yang diderita. Contohnya, individu percaya bahwa penyakit yang diderita membuatnya tidak dapat bermain bersama teman-temannya (Ogden, 2012).
5. *Curability* dan *Controllability* yang mengacu pada kepercayaan individu terkait sejauh mana penyakit yang diderita dapat disembuhkan serta sejauh mana penyakit tersebut dapat dikontrol baik oleh diri sendiri maupun dengan bantuan orang lain (Leventhal et. al, 2003). Bentuk kontrol yang diberikan kemudian terdiri atas dua jenis yaitu kepercayaan yang dimiliki individu bahwa dirinya mampu dalam mengontrol penyakit yang diderita (*personal control*) , dan kepercayaan yang dimiliki individu

bahwa pengobatan ataupun arahan yang diberikan dan membantunya sembuh (*treatment control*) (Moss-Morris et. al, 2002).

6. *Illness Coherence* yang mengacu pada persepsi individu terkait seberapa masuk akal penyakit yang diderita. Aspek ini juga meliputi hasil evaluasi yang diberikan individu terhadap nilai kegunaan *illness representations* yang telah terbentuk (Moss-Morris et. al, 2002).
7. *Emotion* yang mengacu pada reaksi-reaksi emosi negatif yang muncul akibat penyakit yang diderita. Hal ini dapat berupa perasaan sedih, takut, ataupun marah. (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006).
8. *Causal representation* yang mengacu pada hal-hal yang dapat memperburuk kondisi penyakit, seperti kondisi lingkungan ataupun tingkah laku (Leventhal et. al, 2008).

2.1.1.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi *Illness Representation*

Adapun faktor-faktor yang dapat memengaruhi *Illness representations*, yaitu :

1. Faktor usia

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kim, Kim, dan Ryu (2019) menjelaskan bahwa *Illness representations* yang dimiliki individu pada usia dewasa menengah lebih tinggi dibandingkan dengan individu pada usia lebih muda. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan usia pada individu dapat memengaruhi individu dalam memilih cara untuk merespons penyakit yang diderita. Indotang (2015) menambahkan bahwa individu pada usia dewasa menengah dan akhir memiliki *personal control* yang lebih baik terhadap penyakit dibandingkan dengan individu pada usia muda. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya perkembangan kognitif yang tidak sama pada setiap tahapan perkembangan sehingga menghasilkan cara yang

beragam dalam menilai penyakit. Selain pada kognisi, penambahan usia juga memengaruhi perubahan secara fisiologis, seperti kemampuan indra yang menurun, kondisi lemas, dan sebagainya. Individu bertambah tua seringkali cenderung tidak berusaha untuk mencari bantuan pengobatan (Prohaska, Keller, Leventhal, dan Leventhal, 1987).

2. Faktor pendidikan

Indotang (2015) menyatakan bahwa individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memiliki sikap yang lebih berani dalam menghadapi dan mengatasi masalah, serta tidak menunda. Chahed, Bellali, Jemaa, & Bellaj (2016) menambahkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan yang dimiliki individu, maka semakin banyak informasi yang ia miliki terkait penyakitnya. Sehingga, membuat individu cenderung akan menganalisis dampak serta reaksi emosi yang disebabkan oleh penyakit tersebut.

3. Faktor sosial dan budaya

Selain usia dan tingkat pendidikan, sosial dan budaya juga dapat menjadi faktor yang memengaruhi *illness representation* individu. Diefenbach dan Leventhal (1996) menjelaskan bahwa tempat tinggal individu dapat memengaruhi pembentukan *illness representations* pada individu sehingga menghasilkan pengalaman somatic dan psikologis pada individu. Leventhal et. al dalam Baum et. al (2001) mengemukakan bahwa konteks sosial memengaruhi individu dalam proses pemaknaan terhadap pengalaman somatik individu dengan memberikan label, penyebab, durasi, prosedur manajemen diri, serta aturan-aturan dalam mengevaluasi pengobatan yang dilakukan. Contohnya, Ibu akan bertanya pada anak

terkait simtom yang dirasakan, yang kemudian memberitahukan pada anak terkait penyebab, durasi, serta hal-hal yang dapat dilakukan anak untuk mengobati penyakitnya. Hal ini kemudian memengaruhi anak dalam membangun persepsi terkait penyakit atau simtom yang dimiliki. Selain keluarga, pembentukan persepsi yang dipengaruhi lingkungan dapat juga berasal dari teman atau orang sekitar yang sedang sakit dan juga pemberitaan dari media massa (Leventhal et. al dalam Baum et. al, 1996).

2.1.2 Coping Strategies

2.1.2.1 Definisi Coping Strategies

Lazarus dan Folkman (1984) mendefinisikan *coping* sebagai usaha yang dilakukan individu untuk mengubah kognitif dan perilaku secara konstan agar mampu mengelola tuntutan baik yang berasal dari internal maupun eksternal diri individu tersebut yang dirasa berat dan melebihi sumber daya yang dimiliki individu. Definisi ini juga sejalan dengan Skinner, Edge, Altma & Sherwood (2003) yang mendefinisikan *coping strategies* sebagai suatu cara atau tindakan yang dilakukan individu untuk menghadapi suatu situasi yang penuh tuntutan. Brown & Nicassio (1987) sendiri mendefinisikan *coping* dalam konteks penyakit sebagai pemikiran dan perilaku spesifik yang digunakan orang untuk mengelola rasa sakit mereka atau reaksi emosional mereka terhadap rasa sakit mereka. Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa *coping strategies* merupakan usaha (mencakup kognitif dan perilaku spesifik individu) yang digunakan individu untuk mampu mengelola dan menghadapi situasi yang penuh tuntutan baik yang berasal dari eksternal maupun internal (seperti rasa sakit).

2.1.2.2 Jenis - jenis *Coping Strategies*

Terdapat beberapa jenis *coping strategies* yang dapat digunakan individu dalam upayanya untuk mengurangi tuntutan yang dirasakan. Pada proses memilih *coping strategies* yang ingin digunakan, tidak jarang individu menggunakan lebih dari satu *coping strategies* untuk dapat membantunya mencapai kondisi normal yang ia harapkan. Sarafino (2011) mengemukakan bahwa individu dapat menggabungkan beberapa *coping* yang dipilih secara bersamaan untuk menghadapi permasalahannya.

Teori terkait *coping* yang paling umum digunakan adalah teori yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman (1984) yang mana membagi *coping* ke dalam 2 jenis yaitu *problem focused coping* dan *emotion focused coping*. *Problem focused coping* mengacu pada *coping strategies* yang berfokus pada pengarahannya tindakan kepada pemecahan masalah. *Emotion focused coping* mengacu pada *coping strategies* yang berfokus pada pengarahannya segala usaha yang bertujuan untuk memodifikasi fungsi emosi tanpa melakukan usaha mengubah *stressor* secara langsung.

Dalam pengembangannya terhadap *coping strategies* yang digunakan oleh pasien kronis dalam menghadapi penyakitnya, *Vanderbilt Pain Management Inventory* (VPMI) kemudian mengembangkan terkait *coping strategies* dengan memberikan metode klasifikasi alternatif yaitu *active coping strategies* dan *passive coping strategies*, yang membagi strategi sesuai dengan hasil yang diharapkan. *Active coping strategies* didefinisikan sebagai strategi yang digunakan oleh pasien penyakit kronis ketika mencoba untuk mengontrol rasa sakitnya atau tetap mampu berfungsi terlepas dari rasa sakitnya. Sebaliknya, *passive coping strategies* didefinisikan sebagai strategi yang digunakan untuk

melepaskan kendali terhadap rasa sakit, dan/atau membiarkan area kehidupan lain terpengaruh secara negatif oleh rasa sakit (Brown & Niccassio, 1987).

Kraaimaat & Evers (2003) mendefinisikan *active coping strategies* sebagai upaya yang dilakukan pasien untuk mampu mendistraksi rasa sakit yang dirasakan dan/atau untuk mampu tetap berfungsi ditengah rasa sakit yang dimiliki. Sebaliknya, *passive coping strategies* didefinisikan sebagai kecenderungan pasien untuk membatasi pikiran negatif yang dimiliki terkait rasa sakitnya. Lebih lanjut, Kraaimaat & Evers (2003) membagi *active passive coping strategies* ke dalam masing-masing tiga *cognitive-behavioral strategies* yaitu :

A. *Active Coping Strategies*

1. *Pain Transformation* (Menafsirkan kembali rasa sakit dan mengubahnya).
2. *Distraction* (Mengalihkan diri dari rasa sakit).
3. *Reducing Demands* (Tetap berfungsi meskipun sakit).

B. *Passive Coping Strategies*

1. *Retreating* (Menghindari rangsangan lingkungan).
2. *Resting* (Membatasi fungsi).
3. *Worrying* (Dampak dari rasa sakit).

Penelitian terkait penyakit kronis telah mengaitkan *active coping strategies* dengan tindakan penyesuaian adaptif seperti pengaruh positif, penyesuaian psikologis yang lebih baik, dan penurunan depresi. Sedangkan *passive coping strategies* telah dikaitkan dengan ukuran hasil maladaptif seperti peningkatan rasa sakit dan depresi (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996). Sebagai contoh, sebuah studi tentang *coping strategies* menemukan bahwa subjek yang depresi secara klinis menggunakan perilaku *coping* yang kurang aktif secara signifikan

dan perilaku menghindar yang lebih banyak secara signifikan (Rosenberg et al. 1987). Studi di antara pasien dengan penyakit nyeri kronis menunjukkan bahwa *passive coping strategies* secara umum dikaitkan dengan hasil yang lebih buruk, seperti penurunan fungsi fisik dan peningkatan tekanan psikologis, sedangkan *active coping strategies* secara umum konsisten terkait dengan hasil yang bermanfaat. Lebih lanjut, pasien yang mengambil peran lebih aktif (*active coping strategies*) dalam mengatasi rasa sakit mereka juga lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami depresi atau tidak berdaya dibandingkan pasien yang tidak atau kurang aktif, atau pasif (*passive coping strategies*) dalam mengatasi nyeri (Brown & Nicassio, 1997).

Jenis *coping* mana yang akan digunakan dan bagaimana dampaknya, sangat tergantung pada jenis stres atau masalah yang dihadapi (Evans & Kim, 2013). Keberhasilan atau kegagalan dari *coping* tersebut akan menentukan apakah reaksi terhadap stres akan menurun dan terpenuhinya berbagai tuntutan yang diharapkan (Rutter, 2013). Pada penelitian ini, *coping strategies* yang digunakan berfokus pada konsep *active coping strategies* dan *passive coping strategies* yang dikemukakan oleh Kraaimaat & Evers (2003).

2.1.2.3 Faktor-Faktor Memengaruhi Coping Strategies

Coping strategies yang dipilih individu dapat dipengaruhi beragam faktor. Adapun faktor-faktor tersebut, yaitu :

1. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan bahwa perbedaan jenis kelamin dapat memengaruhi *coping strategies* yang dipilih oleh individu, terutama kecenderungan untuk fokus pada emosi serta pencarian dukungan sosial dengan tujuan instrumental ataupun emosional.

Penelitian menemukan bahwa terdapat kecenderungan perempuan lebih fokus pada emosi dan menggunakan *passive coping* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1898).

2. Kesehatan dan Energi

Keadaan lemah, sakit, lelah, maupun kurang tenaga yang dialami oleh individu cenderung membuat individu memiliki lebih sedikit energi untuk dapat menerapkan *coping strategies* dibandingkan individu yang sehat. Namun, hal ini tidak menutup kemungkinan bahwa individu dengan keadaan kurang sehat atau kurang tenaga tetap mampu menerapkan *coping strategies*. Meski begitu, Individu dengan keadaan yang sehat atau memiliki energi yang banyak akan tetap lebih mudah untuk menerapkan *coping strategies* dibandingkan dengan individu yang kurang sehat (Lazarus & Folkman, 1984).

2.1.3 Gastritis

2.1.3.1 Definisi Gastritis

Gastritis merujuk pada penyakit yang disebabkan oleh terjadinya iritasi, peradangan, atau pengikisan pada lapisan lambung. Penyebab utama dari penyakit ini bakteri yang bernama *helicobacter pylori* yang dapat ditemukan di makanan atau air yang tercemar. Gejala yang umum terjadi pada penderita gastritis adalah rasa tidak nyaman pada perut, perut kembung, sakit kepala dan mual yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, rasa tak nyaman di epigastrium, muntah, perih atau sakit seperti terbakar pada perut bagian atas, hilang selera makan, bersendawa dan kembung, serta dapat pula disertai dengan demam dan menggigil (kedinginan) (Fahrial 2009).

2.1.3.2 Gastritis Kronis

Peradangan pada lambung yang terus terjadi disebut dengan gastritis kronis (Muttaqin & Sari, 2011). Gastritis kronis dapat disebabkan oleh banyak faktor, antara lain faktor lingkungan, kebiasaan mengonsumsi alkohol, merokok, serta pemakaian OAINS (obat anti inflamasi non steroid) secara kronis. Tanda dan gejala dari gastritis kronis adalah nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa asam di mulut, dan anoreksia yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan dan terjadi secara berulang dan sering (Rahayuningsih, 2010).

Muttaqin & Sari (2011) mengklasifikasikan gastritis kronis ke dalam tiga jenis, yaitu :

- a. Gastritis superficial, yang ditandai dengan adanya kemerahan, pembengkakan jaringan karena kandungan cairannya bertambah, serta adanya pendarahan dan terkikisnya mukosa lambung.
- b. Gastritis atrofik, yang ditandai dengan adanya peradangan yang terjadi diseluruh lapisan mukosa lambung. Pada perkembangannya, peradangan ini dapat mengakibatkan ulkus, kanker lambung, serta anemia pernisiiosa.
- c. Gastritis hipertrofik, yang ditandai dengan terbentuknya nodul-nodul pada mukosa lambung yang bersifat ireguler, tipis, dan hemoragik.

2.2 Hubungan *illness representation* dan *coping strategies*

Illness representations sebagai representasi mental pada individu terbentuk apabila individu menghadapi keadaan yang mengancam kesehatan. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa individu dengan penyakit akan mengembangkan berbagai cara untuk dapat mentoleransi, meminimalisir, dan mengurangi rasa sakit yang dimiliki (Rosenstiel & Keefe, 1983). Pembentukan *Illness*

representations ini dipengaruhi oleh pengetahuan dan keadaan emosional individu terhadap penyakit yang diderita sehingga dapat mengarahkan individu pada pemilihan *coping strategies* yang tepat (Ogden, 2004). Ketika individu memersepsikan dan merasakan bahwa masalah kesehatan yang dialami merupakan ancaman kesehatan, maka *illness representations* akan dibentuk yang termasuk di dalamnya proses mengenali identitas penyakit (simtom-simtom yang dirasakan), memersepsikan durasi, penyebab, konsekuensi serta kemampuan kontrol individu terhadap penyakit yang diderita. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fitri & Fensi (2009) pada anak yang menderita kanker menemukan bahwa *illness representations* yang terbentuk pada anak tersebut memengaruhi secara aktif dalam proses pemilihan *coping* yang akan digunakan. Lebih jelasnya, gambaran yang dimiliki individu terkait penyakit tersebut menjadi *stressor* bagi anak tersebut untuk melakukan berbagai upaya (*coping strategies*) agar dapat sembuh.

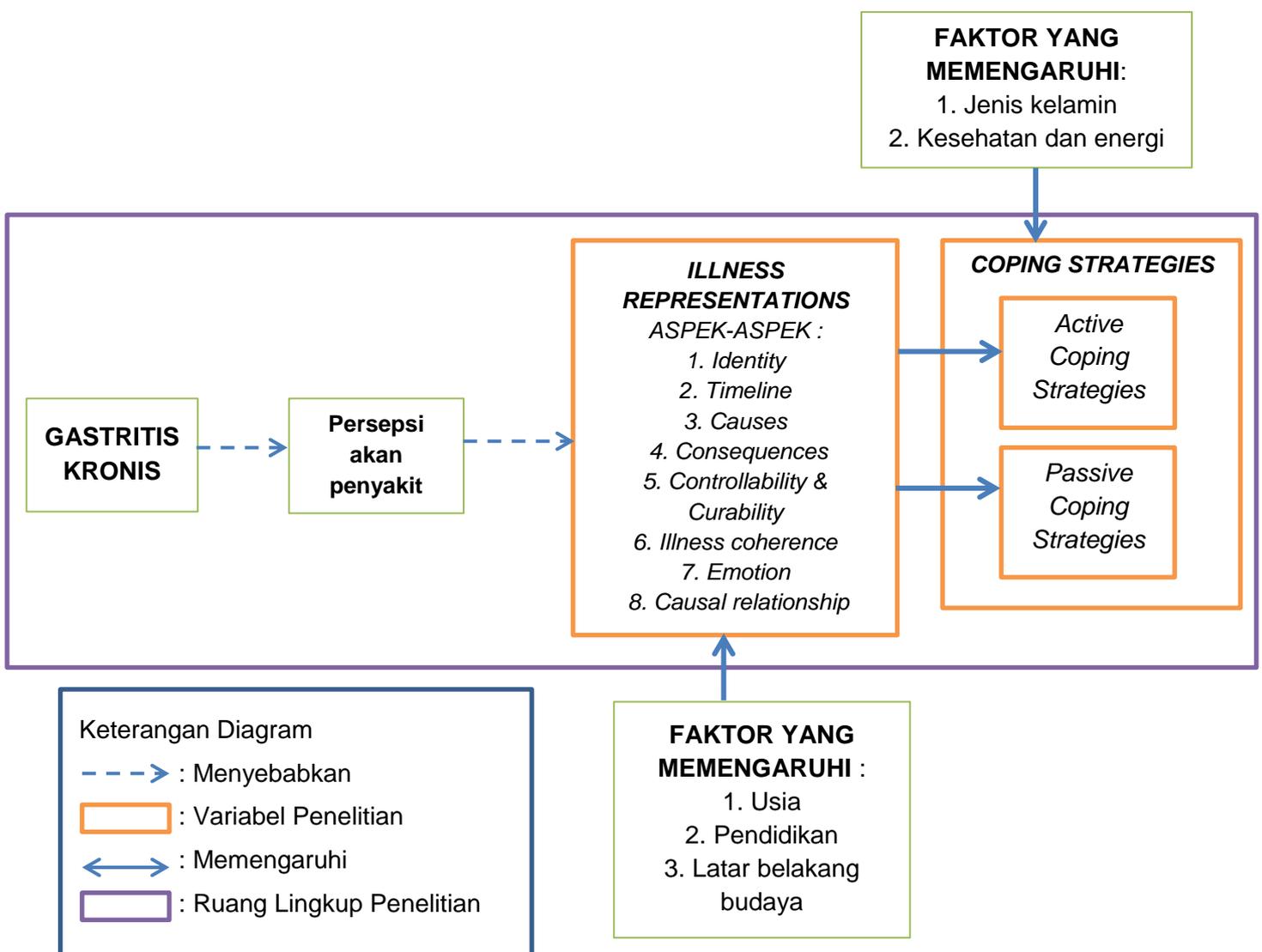
Pada penderita penyakit kronis khususnya pada penelitian ini adalah gastritis kronis, proses pembentukan identitas penyakit didapatkan dari simtom-simtom yang dirasakan. Hal ini meliputi rasa mual, nyeri pada lambung, dan lainnya. Setelah itu, individu mulai memersepsikan durasi yang dalam hal ini persepsi individu terkait berapa lama ia akan menderita gastritis, konsekuensi dari penyakit gastritis yang ia rasakan, serta bagaimana atau apa saja upaya yang dapat dilakukan untuk mengontrol gastritis tersebut. Hal ini kemudian membentuk *illness representations* pada diri individu terkait penyakit gastritis yang dideritanya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Nawangsih (2017) menemukan bahwa gejala-gejala yang dialami oleh subjek serta hasil diagnosa dari dokter membentuk gambaran *illness representation* pada individu tersebut.

Hubungan lebih lanjut antara *illness representations* dan *coping strategies* kemudian dapat dilihat dari kerangka teori *Common Sense Model of Self Regulation*. Model ini menjelaskan bahwa ketika individu dihadapkan pada suatu keadaan yang mengancam kesehatan, maka individu akan secara aktif berupaya mencari pemecahan masalah serta mengembangkan berbagai model representasi mental terkait ancaman kesehatan yang dimiliki sehingga individu dapat mengelola maupun menghilangkan ancaman kesehatan tersebut (Mora & McAndrew, 2013). Pada model ini, representasi mental yang akan dibentuk individu berupa *illness representations*, yang kemudian akan dipengaruhi oleh pengetahuan dan keadaan emosional individu terhadap penyakit yang diderita sehingga dapat mengarahkan individu pada pemilihan *coping strategies* yang tepat yang mana pada penelitian ini mengacu pada *active coping strategies* (Ogden, 2004). Penelitian terkait penyakit kronis telah mengaitkan *active coping strategies* dengan tindakan penyesuaian adaptif seperti pengaruh positif, penyesuaian psikologis yang lebih baik, dan penurunan depresi. Sedangkan *passive coping strategies* telah dikaitkan dengan ukuran hasil maladaptif seperti peningkatan rasa sakit dan depresi (Snow-Turek, Norris, & Tan, 1996).

Grano, Fernandes, Aminoff, Bucci, Lucidi dan Violani (2016) juga menemukan bahwa *coping strategies* yang maladaptif diasosiasikan dengan kondisi mental yang lebih buruk dan individu perlu untuk mengurangi penerapan jenis *coping strategies* berupa *passive coping strategies* secara umum seperti *denial*, *behavioral disengagement*, *substance use* dan *self-blame* dalam menangani keadaan sakit yang diderita. Pada penelitian yang dilakukan oleh Lestari & Nawangsih (2017), sebanyak 58 subjek atau 73,4% subjek menggunakan *coping* berupa *distancing*. *Distancing* sebagai salah satu bentuk *passive coping strategies* merupakan cara

yang dilakukan individu dalam menghadapi masalahnya dengan cara mengharapkan bahwa penyakitnya akan sembuh dengan sendirinya. Sebaliknya, pasien yang mengambil peran lebih aktif (*active coping strategies*) dalam mengatasi rasa sakit mereka juga lebih kecil kemungkinannya untuk mengalami depresi atau tidak berdaya (Brown & Nicassio, 1997).

2.3 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

Gastritis merupakan penyakit yang disebabkan oleh peradangan yang terjadi di dalam mukosa lambung. Gastritis merujuk pada penyakit yang disebabkan oleh terjadinya iritasi, peradangan, atau pengikisan pada lapisan lambung. Penyebab utama dari penyakit ini bakteri yang bernama *helicobacter pylori* yang dapat ditemukan di makanan atau air yang tercemar. Gejala yang umum terjadi pada penderita gastritis adalah rasa tidak nyaman pada perut, perut kembung, sakit kepala dan mual yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, rasa tak nyaman di epigastrium, muntah, perih atau sakit seperti terbakar pada perut bagian atas, hilang selera makan, bersendawa dan kembung, serta dapat pula disertai dengan demam dan menggigil (keedinginan) (Fahrial 2009).

Peradangan pada lambung yang terus terjadi disebut dengan gastritis kronis (Muttaqin & Sari, 2011). Gastritis kronis dapat disebabkan oleh banyak faktor, antara lain faktor lingkungan, kebiasaan mengonsumsi alkohol, merokok, serta pemakaian OAINS (obat anti inflamasi non steroid) secara kronis. Tanda dan gejala dari gastritis kronis adalah nyeri ulu hati, mual, muntah, rasa asam di mulut, dan anoreksia yang dirasakan selama lebih dari 6 bulan dan terjadi secara berulang dan sering (Rahayuningsih, 2010). Tanda dan gejala ini kemudian membentuk persepsi pada individu terkait penyakit yang ia rasakan. Persepsi dari individu terkait dengan kondisi penyakit yang dideritanya akan membentuk representasi penyakit (*illness representation*), yaitu keyakinan individu tentang penyakit yang dideritanya. Pernyataan penyakit akan memberikan berbagai kerangka pemikiran tentang jenis ancaman penyakit, pemahaman terkait penyakit, dan upaya mitigasi penyakit (Leventhal, 2015).

Illness representations meliputi aspek-aspek yang memengaruhi individu sehingga dapat memilih upaya yang tepat untuk meringankan penyakit yang dideritanya. Selama pengembangan karakterisasi penyakit, individu akan didasarkan pada diagnosis medis atau pengalaman langsung individu dengan gejala, penyebab (*cause*), durasi penyakit (*timeline*), konsekuensi, dan kemampuan individu untuk mengelola penyakit (*consequences & controllability*). Selain itu, *Illness representation* individu akan dikembangkan berdasarkan respons emosional individu terhadap rasa sakit yang dialami dan faktor-faktor yang diyakini memperburuk kondisi tersebut.

Keberhasilan *illness representation* dalam upaya mengurangi efek penyakit juga terkait erat dengan sejauh mana keyakinan individu tentang kemungkinan penyakit dapat berkembang (Leventhal et. al., 2003; Leventhal et. al., 2008). Ketika gejala penyakit berkembang, individu akan mengembangkan dan menentukan berbagai bentuk *coping strategies* yang tepat untuk penyakitnya. Kraaiaat & Evers (2003) mengelompokkan *coping strategies* ke dalam 2 jenis yaitu *active coping strategies* dan *passive coping strategies*. *Active coping strategies* diartikan sebagai usaha yang dilakukan pasien untuk dapat mendistraksi rasa sakit yang dirasakan dan/atau untuk tetap berfungsi ditengah rasa sakit yang dimiliki. Sebaliknya, *passive coping strategies* diartikan sebagai kecenderungan pasien untuk membatasi pikiran negatif yang dimiliki terkait rasa sakitnya. Pada dasarnya, setiap orang cenderung menunjukkan satu bentuk *coping strategies*, tetapi individu dapat menggunakan lebih dari satu *coping strategies* untuk mengatasinya. Setelah individu mengidentifikasi bentuk *coping strategies* yang tepat, individu tersebut akan mulai bertindak dan menampilkan berbagai perilaku *coping* untuk meringankan penyakitnya (Ogden, 2004).

2.4 Hipotesis

Berdasarkan penjelasan di atas, peneliti mengajukan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- H_0 : Tidak terdapat kontribusi tingkat *illness representations* terhadap kecenderungan pemilihan *coping strategies* pada pasien gastritis kronis.
- H_1 : Terdapat kontribusi tingkat *illness representations* terhadap kecenderungan pemilihan *coping strategies* pada pasien gastritis kronis.