

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Indonesia tengah menghadapi tantangan besar yakni masalah kesehatan *triple burden*, yaitu masih tingginya penyakit infeksi, meningkatnya Penyakit Tidak Menular (PTM) dan penyakit-penyakit yang seharusnya sudah teratasi muncul kembali. Pada era 1990, penyakit menular seperti Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), tuberkulosis dan diare merupakan penyakit terbanyak dalam pelayanan kesehatan. Namun, perubahan gaya hidup masyarakat menjadi salah satu penyebab terjadinya pergeseran pola penyakit atau transisi epidemiologi. Tahun 2015, Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti stroke, Penyakit Jantung Koroner (PJK), kanker dan diabetes justru menduduki peringkat tertinggi (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan data autopsi verbal yang dikumpulkan oleh *World Health Organization* (WHO), penyakit yang menjadi urutan sepuluh teratas penyebab kematian terbesar di Indonesia ialah *cerebrovascular*, penyakit jantung iskemik, diabetes melitus dengan komplikasi, TBC, hipertensi dengan komplikasi, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), liver, akibat kecelakaan lalu lintas, *pneumonia*, dan *gastroenteritis* (<http://cnnindonesia.com>). Diabetes menjadi salah satu penyakit kronis yang menyumbang kematian terbesar terhadap penderitanya, di Indonesia, penyakit

diabetes sudah menjadi penyakit pembunuh nomor tiga. Hal tersebut diungkapkan oleh *Sample Registration Survey 2014* (<http://lifestyle.sindonews.com>).

Penyakit diabetes melitus telah menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat global dan menurut *International Diabetes Federation* (IDF) pemutakhiran ke-5 tahun 2012, jumlah penderitanya semakin bertambah. Menurut estimasi IDF tahun 2012, lebih dari 371 juta orang di seluruh dunia mengalami diabetes melitus, 4,8 juta orang meninggal akibat penyakit metabolik ini dan 471 miliar dolar Amerika dikeluarkan untuk pengobatannya (Riskesdas, 2013).

Jumlah penderita diabetes melitus di dunia termasuk Indonesia diperkirakan meningkat tajam sampai tahun 2020. Terdapat 300 juta atau bertambah tiga kali lipat dari tahun 1994. Sedangkan Indonesia menempati urutan keempat terbesar untuk jumlah kasus diabetes melitus dengan prevalensi 8,6 persen dari total penduduk setelah India, Cina dan Amerika Serikat (Perkeni & Mubarak dalam Donsu, Hadjam, Hidayat, & Asdie, 2014).

*International Diabetic Federation* (IDF) mengestimasi jumlah penduduk Indonesia usia 20 tahun ke atas, menderita diabetes sebanyak 5,6 juta orang pada tahun 2001, dan akan meningkat menjadi 8,2 juta orang pada tahun 2020. Survei Departemen Kesehatan (Depkes) RI tahun 2001 terdapat 7,5% penduduk Jawa dan Bali menderita diabetes melitus, tahun 1998: 3,5 juta, tahun 2010: 5 juta dan prediksi tahun 2020: 6,5 juta terkena diabetes melitus (Kemenkes RI, 2016). Diabetes melitus sendiri adalah penyakit metabolik yang umum ditandai dengan peningkatan konsentrasi sirkulasi glukosa (gula darah) terkait dengan kelainan pada karbohidrat, lemak, dan protein, dan

berbagai mikrovaskular, makrovaskular, neurologis, dan komplikasi infeksi (Jr, Sherwin, & Baron, 2003).

Diabetes melitus terdiri dari diabetes melitus tipe 1 dan diabetes melitus tipe 2. Diabetes melitus tipe 1 yaitu diabetes yang ditandai dengan kekurangan insulin yang berat akibat kerusakan sel  $\beta$ , individu-individu dengan diabetes melitus tipe 1 bergantung pada insulin untuk bertahan hidup (Jr, Sherwin, & Baron, 2003). Diabetes melitus tipe 1 terdiri dari sekitar 5 persen sampai 10 persen dari kasus pada sindrom diabetes (LeRoith, Taylor & Olefsky, 2004).

Diabetes melitus tipe 2 yaitu diabetes yang disebabkan oleh kombinasi faktor genetik dan nongenetik yang mengakibatkan resistensi insulin dan defisiensi (kekurangan) insulin. Gen spesifik tidak diketahui tetapi berada di bawah penyelidikan intensif, sedangkan faktor nongenetik termasuk bertambahnya usia, asupan kalori tinggi, berat badan berlebih, adipositas sentral (penggemukan di area tengah tubuh), gaya hidup, dan berat lahir yang rendah. Diabetes melitus tipe 2 terdiri dari sekitar 90 persen sampai 95 persen dari kasus pada sindrom diabetes (LeRoith, Taylor & Olefsky, 2004). Data WHO memperkirakan jumlah penderita diabetes melitus di Indonesia akan meningkat signifikan hingga 21,3 juta jiwa pada 2030 mendatang terutama pada diabetes melitus tipe 2, dan diperkuat oleh pola hidup masyarakat Indonesia saat ini yang jauh dari kata sehat (<http://dikti.go.id>, 2016).

Diabetes merupakan salah satu penyakit termahal untuk diobati karena memerlukan perawatan jangka panjang, tidak hanya untuk mengatur kadar gula darah, tapi juga terkait dengan komplikasi medis yang serius (Pearson, 2011). Biaya

perawatan minimal rawat jalan penderita diabetes melitus di Indonesia diperhitungkan sebesar Rp 1,5 milyar per hari atau Rp 500 milyar per tahun, dan menurut beberapa laporan tentang diabetes melitus dari berbagai tempat di Indonesia menunjukkan angka prevalensi dan komplikasi diabetes melitus yang tidak banyak berbeda (Tjokroprawiro, 1996). Kesehatan Dunia atau WHO memperkirakan lebih dari 70 persen pengidap diabetes melitus tipe 2 tinggal di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Banyak orang di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah tidak mampu membeli obat-obatan yang dibutuhkan untuk mengontrol diabetes melitus tipe 2, demikian pula negara-negara yang anggaran kesehatan masyarakatnya sedikit (Pearson, 2011).

Tidak hanya permasalahan materi, hasil komplikasi dari diabetes juga mengancam jiwa dan menyebabkan harapan hidup berkurang (Wexler, dkk, 2006). Sementara itu, UK *Prospective Diabetes Study* (1999) menemukan bahwa komplikasi diabetes mempengaruhi kualitas hidup lebih dari intensitas perawatan secara keseluruhan. Wrosch (dalam Jamaluddin, 2007) menyatakan bahwa penderita yang mengidap penyakit kronis, seperti diabetes melitus tipe 2, kehidupannya akan terpengaruh oleh dua permasalahan yaitu penyakit kronis yang dideritanya akan menimbulkan ketidakmampuan secara fungsional seperti keterbatasan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, dan gejala penyakit yang diderita akan mempengaruhi kualitas hidupnya.

Setiap individu ingin memiliki kualitas terbaik dari kehidupannya. Diabetes dapat mempengaruhi kualitas hidup begitu juga kualitas hidup dapat mempengaruhi

diabetes. Ketika individu merasa baik tentang hidupnya secara umum dan tentang hidup dengan diabetes pada khususnya, individu memiliki lebih banyak energi untuk merawat diabetesnya. Ketika individu merawat dirinya sendiri, akan merasa lebih baik pada kegiatan sehari-hari dan untuk menjaga agar tetap sehat dalam jangka yang panjang. Merasa lebih baik dan tetap sehat memberikan dorongan lebih lanjut untuk kualitas hidup. Jadi, kualitas hidup yang baik dapat mengaktifkan siklus positif yang memperkuat diri (*American Diabetes Association, 2000*).

Kualitas hidup menjadi penting untuk penderita diabetes melitus tipe 2 karena penderita harus melanjutkan kehidupan dengan kualitas yang memuaskan, dengan waktu yang didapatkan lebih panjang ketika memiliki kualitas hidup baik (Steed, Cooke, & Newman dalam Spasić *et al*, 2014). Selain itu kualitas hidup menggabungkan perspektif fisik, mental dan kesejahteraan sosial dari pasien. Pentingnya mencapai dan mempertahankan kualitas hidup yang baik semakin diakui, dan tercantum dalam pedoman diabetes, dan secara umum merupakan tujuan penting untuk perawatan kesehatan (Adriaanse, Drewes, Heide, Strujis & Baan, 2015).

*World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisinya di kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal dan berkaitan dengan tujuan, harapan, standar, dan hal lainnya yang menjadi perhatian individu (WHO, 1997). Domain-domain kualitas hidup menurut WHO (1998) yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Ferrans dan Powers (dalam King & Hinds, 1998) mendefinisikan kualitas hidup sebagai perasaan seseorang terhadap kesejahteraan hidupnya yang berasal dari

kepuasan atau ketidakpuasan yang berkaitan dengan bidang kehidupannya yang penting. *Public Health Agency of Canada* menyebutkan bahwa berbagai perubahan yang terjadi pada aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan akan mempengaruhi kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 (Kuman, 2015).

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) (dalam Soewondo, 2014) menyebutkan data *International Diabetes Management Practices Study* (IDMPS) menunjukkan kualitas hidup rendah penyandang diabetes melitus tipe 2 yaitu mengalami gangguan dalam produktivitas bekerja seperti tidak mempunyai pekerjaan tetap (53,3 persen), absen dari pekerjaan (9,5 persen), dan tidak dapat bekerja karena komplikasi diabetes melitus (2,4 persen). Ketika tidak dapat bekerja secara maksimal maka akan berpengaruh terhadap pendapatan sehari-hari dimana pengobatan diabetes melitus merupakan salah satu yang termahal dan termasuk pengobatan jangka panjang.

Menurut hasil penelitian Spasić, Radovanović, Đorđević, Stefanović & Cvetković (2014) pasien diabetes melitus tipe 2 menunjukkan rendahnya kualitas hidup di semua domain. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik dalam kualitas hidup berdasarkan jenis kelamin, usia dan adanya penyakit penyerta. Kualitas hidup lebih rendah terdapat pada pasien yang lebih tua dan dipengaruhi oleh banyak faktor. Wanita memiliki kualitas hidup yang rendah dibandingkan laki-laki, disebabkan karena aktivitas fisik yang minim dan kondisi sosial yang juga kurang. Pasien diabetes melitus tipe 2 yang tidak terkontrol memiliki kualitas hidup yang rendah daripada penderita diabetes melitus tipe 2 yang terkontrol. Hasil penelitian Jain, Shivkumar, dan Gupta (2014) di India menunjukkan kualitas

hidup rendah pada pasien diabetes dengan kesehatan fisik yang buruk, kesehatan psikologis yang buruk, memburuknya hubungan sosial, dan kondisi lingkungan yang buruk.

Selain itu hasil penelitian Porojan, Poantă, & Dumitrașcu (2012) menunjukkan skor kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum. Keterbatasan peran karena masalah emosional berkorelasi dengan durasi penyakit. Hasil penelitian Zivanović, Stojanoska, & Zavisic (2012) terhadap pasien diabetes melitus tipe 2 di Serbia memiliki skor yang rendah di semua 4 domain kualitas hidup (kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, lingkungan). Pengaruh terbesar adalah pada domain fisik (51,31). Komplikasi ditemukan pada 83% responden. Yang paling umum adalah: hipertensi arterial (63%), penyakit kardiovaskular kronis (46%), neuropati (23%), gangguan penglihatan 24%, peningkatan lipid darah (39%) dan amputasi jari kaki atau kaki (2,2%). Subjek dengan komplikasi memiliki kualitas penilaian kehidupan yang rendah dalam kaitannya dengan kelompok tanpa komplikasi: domain kesehatan fisik (45,64 vs 79,66), kesehatan psikologis (50,3 vs 76,86), hubungan sosial (52,97 vs 75,46) dan lingkungan (52,7 vs 75,06).

Berdasarkan hasil wawancara terhadap lima pasien diabetes melitus tipe 2 pada 10 Mei 2017 di Puskesmas Gamping II, ditemukan indikasi kualitas hidup yang rendah pada (1) domain kesehatan fisik yaitu sering merasa kelelahan sehingga mengganggu kapasitas bekerja, tidur tidak pulas yang salah satu penyebabnya intensitas buang air kecil yang tinggi sehingga sering terbangun untuk buang air kecil dan setelahnya tidak

dapat melanjutkan tidur kembali, dan banyaknya obat yang dikonsumsi; (2) domain psikologis yaitu perasaan negatif yang sering muncul (kesepian) dan berkurangnya konsentrasi; (3) domain hubungan sosial yaitu kurangnya perhatian dari pihak keluarga; serta (4) domain lingkungan yaitu tidak adanya kesempatan berekreasi atau bersantai, dan lingkungan rumah yang belum mendukung untuk perawatan kesehatan terkait diabetes secara maksimal.

Berdasarkan hasil penelitian kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 dipengaruhi oleh berbagai faktor baik secara medis, maupun psikologis. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah usia (Spasić *et al*, 2014; Williams & Wilkins, 2008; Yusra, 2010), jenis kelamin (Spasić *et al*, 2014), tingkat pendidikan (Gavrić & Vujmilović, 2014), status sosial ekonomi (Isa & Baiyewu 2006), lama menderita diabetes melitus (Fisher; Bernal, Woolley, Schenzul dan Dickinson dalam Yusra, 2010), komplikasi yang terjadi ketika menderita diabetes melitus tipe 2 (Andayani, Ibrahim, & Asdie, 2010), strategi *coping* (Macrodimitris & Endler; Sanden-Eriksson; Walsh *et al*, dalam Lager, 2006; Rose *et al*. 2002), dan stres (Lloyd *et al*. 2005). Peneliti memilih strategi *coping* menjadi variabel bebas selain berbeda pada segi demografis subjek dengan penelitian-penelitian sebelumnya, juga didukung oleh ungkapan Danheer *et al.*, (dalam Khotijah, 2015) yang menyatakan bahwa strategi *coping* memainkan peran yang penting dalam menentukan kualitas hidup. Rubin (2000) juga menambahkan bahwa beberapa faktor psikososial, termasuk keyakinan yang berhubungan dengan kesehatan, dukungan sosial, strategi *coping*, dan tipe kepribadian memiliki efek kuat terhadap kualitas hidup.

McCabe (dalam Khotijah, 2015) memperkuat dengan ungkapannya bahwa salah satu mediator utama yang berfungsi dalam proses penyesuaian dan adaptasi terhadap diabetes melitus tipe 2 (penyakit kronis), adalah dengan strategi *coping*. Menurut Folkman & Lazarus (1986) *coping* mengacu pada upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola (master, mengurangi, atau mentolerir) hubungan antara orang dengan lingkungan yang bermasalah. Sarafino (1990) menyebutkan *coping* adalah proses dimana orang mencoba untuk mengelola perbedaan yang dirasakan antara tuntutan dan sumber daya yang dialami dalam situasi stres.

Lazarus & Folkman (dalam Carver, Weintraub & Scheir, 1989) mengelompokkan strategi *coping* menjadi dua, yaitu *emotion focused coping* (EFC) dan *problem focused coping* (PFC). *Emotion focused coping* (EFC) berfungsi untuk mengatur respon emosional seseorang terhadap stres. Pengaturan terjadi melalui perilaku seseorang seperti menggunakan alkohol atau menggunakan dukungan sosial, dan melalui strategi kognitif, seperti menyangkal fakta yang menyenangkan. Individu cenderung menggunakan *emotion focused coping* ketika individu percaya bahwa tidak bisa mengubah kondisi stres. Sedangkan *problem focused coping* (PFC) berfungsi untuk mengurangi tuntutan dari stressor atau memperluas sumber daya untuk menghadapinya, seperti dengan belajar keterampilan baru. Individu cenderung menggunakan *problem focused coping* ketika individu percaya bahwa dapat mengubah situasi (Sarafino, 1990).

*Emotion focused coping* berfokus menekankan pada pasien untuk mencoba memproses emosi dengan bertindak dan berpikir. Ketika pasien menggunakan strategi

*problem focused coping*, individu percaya bahwa dapat mempengaruhi situasi yang disebabkan oleh penyakit atau mempengaruhi sumber daya untuk mengelola situasi, dan jenis strategi *problem focused coping* ini penting untuk menjaga kualitas hidup (Tuncay, Musabak, Engin Gok, Kutlu, 2008).

Penilaian strategi *coping* menurut Carver, *et al.* (1989) dapat diungkap melalui dimensi-dimensi yang meliputi *coping* aktif (*active coping*), perencanaan (*planning*), penekanan kegiatan yang bersaing (*suppression of competing activities*), pembatasan *coping* (*restraint coping*), pelepasan perilaku (*behavioural disengagement*), dan menggunakan dukungan instrumental (*use instrumental support*), sebagai aspek dari *problem focused coping*, serta menggunakan dukungan emosional (*use emotional support*), memfokuskan pada peluapan atau pelepasan emosi (*focusing on and venting of emotions*), pelepasan mental (*mental disengagement*), reinterpretasi dan pertumbuhan yang positif (*positive reinterpretation and growth*), menyalahkan diri sendiri (*self blame*), penerimaan (*acceptance*), penolakan (*denial*), humor, penggunaan zat (*substance use*), dan beralih ke agama (*turning to religion*) sebagai dimensi dari *emotion focused coping*.

Karlsen, dkk dalam Parildar, Cigerli & Demirag (2015) menyatakan bahwa pasien dengan diabetes melitus tipe 2 terus ditantang dengan tuntutan-tuntutan yang menekan (stressor) dan individu menggunakan cara-cara yang berbeda untuk menggambarkan strategi *coping* dalam usaha untuk menangani stressor yang datang. Tuncay *et al.* (2008) menambahkan bahwa strategi *coping* dianggap sebagai salah satu konsep inti dalam psikologi kesehatan juga dalam konteks kualitas hidup. Penggunaan

strategi *coping* yang tepat dapat mempengaruhi perubahan kualitas hidup baik secara mental maupun fisik pada penderita penyakit kronis, yang mana diabetes melitus tipe 2 merupakan salah satu jenis dari penyakit kronis tersebut (Ransom *et al*, 2005).

McCabe (dalam Khotijah, 2015) mengungkapkan bahwa berdasarkan perspektif teoritis, dikatakan bahwa strategi *coping* akan dapat memprediksi tingkat rentang domain kualitas hidup. Strategi *coping* mampu memprediksi domain kesehatan fisik, penyesuaian psikologis, hubungan sosial, dan penyesuaian terhadap lingkungan. Penggunaan strategi *coping* yang efektif dalam hubungannya dengan gejala fisik dapat berpengaruh kuat pada kesejahteraan psikologis. Rudnick dan Martins (dalam Rubbyana, 2012) berdasarkan penelitiannya juga mengemukakan bahwa bentuk-bentuk *coping* yang adaptif berkorelasi positif dengan domain-domain kualitas hidup seperti *activity coping* dengan kualitas hidup. Strategi *coping* digunakan oleh pasien untuk mengatasi masalah terhadap gejala penyakitnya dan juga untuk mengatasi masalah dengan aspek kehidupannya (McCabe, dalam Khotijah, 2015).

Strategi *coping* memiliki fungsi pelindung yang dapat dilakukan individu melalui tiga cara yaitu dengan menghilangkan atau memodifikasi kondisi stress, secara perseptual mengendalikan makna stressor, dan dengan menjaga konsekuensi emosional (Grey, 2000). Melalui penggunaan strategi *coping* yang tepat, pasien diabetes melitus tipe 2 dapat menyesuaikan, belajar menerima kehidupannya, dan menjadi bahagia walaupun harus seumur hidup dengan penyakit tersebut. Banyak diantara pasien diabetes melitus tipe 2 ketika berusaha hidup bersama penyakitnya, menjadi lebih tertata pola hidupnya, dan dapat memberikan disiplin untuk berhasil pada pencapaian

baru yang lebih besar, sehingga kualitas hidupnya tidak menurun walaupun dengan penyakit diabetes melitus tipe 2, tetap menjadi puas dan bahagia selama menjalani kehidupannya (Johnson, 1998).

Berdasarkan uraian di atas mengenai latar belakang yang telah dipaparkan, peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara strategi *coping* dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2?

### **B. Tujuan dan Manfaat Penelitian**

- a. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara strategi *coping* dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2.
- b. Adapun manfaat dari penelitian ini yaitu:
  1. Manfaat secara teoritis adalah memberikan kontribusi bagi pengembangan psikologi klinis dan psikologi kesehatan khususnya yang berkaitan dengan diabetes melitus tipe 2
  2. Manfaat praktisnya penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pasien, instansi kesehatan, dan tenaga medis tentang hubungan strategi *coping* dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 agar pasien dapat melakukan *coping* yang efektif sehingga kualitas hidupnya dapat dioptimalkan.