

Dinamika Psikologis Penderita Diabetes: Studi Kasus Perempuan Dewasa Madya Penderita Diabetes Melitus Tipe 2

Setyani Alfinuha

Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Gresik
Email: setyanialfinuha@gmail.com

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a non-communicable chronic disease. DM disrupts the body's metabolism which is characterized by chronic hyperglycemic conditions with disorders of fat, carbohydrate and protein metabolism. DM is classified into two, namely type 1 and type 2. Most DM sufferers are classified as type 2. Type 2 DM sufferers need to undergo routine medical treatment such as taking medication regularly. Type 2 DM sufferers also need to carry out a series of other health maintenance activities and manage stress more adaptively so as not to worsen their DM condition. So far, most treatments for type 2 DM still focus on medical treatment such as taking medication. In fact, type 2 DM can also be worsened by depressed/stressful psychological conditions. Some type 2 DM sufferers experience stress, especially sufferers who are female and in the middle adulthood age category. This research uses a qualitative approach by conducting a case study on middle-aged women suffering from type 2 DM. The results of the research show that the psychological dynamics of DM sufferers can influence their disease. The dynamics of DM include views about the disease and its treatment, cognitive assessments and the emotions felt due to the disease suffered, as well as the pressure/stress felt.

Keywords: *Psychological Dynamics, Diabetes Mellitus, Middle Adult Women*

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis tidak menular. DM juga salah satu penyakit yang relatif umum dialami oleh sebagian masyarakat (Islam, Karim, Habib, & Yesmin, 2013). *World Health Organization (WHO)* menjelaskan bahwa DM merupakan penyakit gangguan metabolisme yang memiliki ciri kondisi hiperglikemik kronis dengan gangguan metabolisme lemak, karbohidrat, dan protein. Kondisi ini disebabkan karena adanya kegagalan sekresi insulin oleh pankreas, kerja insulin dalam tubuh, atau keduanya. DM sendiri diklasifikasikan menjadi dua tipe yaitu tipe 1 dan tipe 2. Sebagian besar penderita DM mengalami tipe 2. Pasien dengan DM tipe 2 hanya dapat melakukan kontrol gula darah seumur hidup melalui terapi obat serta penerapan gaya hidup sehat. Kondisi ini berarti penderita DM tipe 2 dibebani dengan berbagai tuntutan baru. Tuntutan tersebut meliputi perawatan medis, aktivitas fisik, perubahan pola makan, perencanaan, dan monitoring diri (Berry, Lockhart, Davies, Lindsay & Dempster, 2015).

Penyakit DM memberikan sumbangan dalam menambah angka kematian. Diperkirakan sebanyak 400 miliar orang di dunia mengalami DM. Prevalensi ini diperkirakan terus meningkat hingga 642 miliar pada tahun 2040 (Aljuaid, Almutairu, Assiri, Almalki, & Alswat, 2018). Indonesia merupakan negara yang menduduki peringkat keempat tertinggi penderita DM. Pusat Data dan Informasi Kementerian RI (2018) memaparkan data bahwa sebanyak 8,4 juta jiwa penduduk Indonesia pada tahun 2000 menderita diabetes. Jumlah ini diperkirakan terus mengalami peningkatan hingga 21,3 juta pada tahun 2030. Angka penderita DM di setiap provinsi di Indonesia

mulai tahun 2013 – 2018 terus mengalami peningkatan sekitar 2 – 3,4% (Pusat Data dan Informasi Kementerian RI, 2018).

Rentang usia penderita DM terbesar berada pada rentang usia 55 sampai dengan 74 tahun. Kendati demikian, rentang usia lain seperti dewasa madya juga tidak menutup kemungkinan untuk menderita DM. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita DM memiliki berbagai permasalahan fisik dan psikologis. Penderita DM sangat rentan mengalami permasalahan psikologis seperti stres. Kategori usia penderita diabetes yang rentan mengalami permasalahan psikologis seperti stres berada pada kisaran usia 40 sampai dengan 50 tahun. Kondisi ini terjadi disebabkan karena pada usia tersebut terjadi berbagai penurunan fisik yang memerlukan penyesuaian padahal di sisi lain masih harus produktif seperti bekerja dan mengurus keluarga sehingga cukup banyak tekanan yang dirasakan (Hemavathi, Satyavani, Smina & Vijay, 2019).

Usia 40 sampai dengan 50 tahun termasuk pada kategori usia dewasa madya. Terdapat berbagai tugas perkembangan yang harus dipenuhi oleh seseorang yang berada pada kategori usia tersebut. Tugas perkembangan dewasa madya diantaranya mengasuh anak, menjalin relasi dengan pasangan, dan mengurus pekerjaan/karir. Apabila individu dapat beradaptasi dengan tepat maka akan mencapai *generality* yang ditandai dengan adanya perasaan puas dan merasa dibutuhkan orang lain serta berpengaruh dalam komunitas atau minat tertentu. Sebaliknya, apabila individu dewasa madya tidak dapat beradaptasi dengan berbagai tugas perkembangan yang dijalani maka akan cenderung menjadi individu yang stagnan. Individu yang stagnan dan kesulitan beradaptasi dengan tugas perkembangan dewasa madya ditandai dengan adanya perasaan ketidakberdayaan dan merasa tidak ada apapun yang dapat dilakukan untuk generasi selanjutnya (Santrock, 2012).

Karakteristik yang erat kaitannya dengan rentang usia dewasa madya adalah adanya penurunan kondisi fisik. Berbagai penurunan kondisi fisik ini tentunya memerlukan berbagai penyesuaian. Faktor gaya hidup dan genetik berperan penting dalam menentukan penyakit yang muncul di usia dewasa madya. Fungsi sistem kekebalan tubuh menjadi faktor penting yang dapat memicu berbagai penyakit di usia dewasa madya. Selain itu, individu yang hidup dalam kondisi stres kronis cenderung memiliki perilaku makan berlebihan, tidak berolahraga, dan lain sebagainya. Perilaku tersebut tentunya dapat memperburuk kondisi fisik serta memicu penyakit kronis salah satunya DM (Santrock, 2012).

Perempuan lebih berpotensi mengalami stres dalam mengelola penyakit DM daripada laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita DM di Indonesia lebih banyak berjenis kelamin perempuan (1,8%) daripada laki-laki (1,2%). Perempuan dinilai lebih emosional dan memiliki tuntutan psikologis maupun budaya yang lebih berat dibanding laki-laki. Adanya stres pada penderita DM harus diminimalisasi karena kondisi psikologis seperti stres berlebih juga berkaitan dengan pengelolaan diri sebagai penderita DM. Cara menghadapi stres (*coping stress*) yang tidak adaptif dapat memperparah penyakit DM yang diderita. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi psikologis penderita DM sangat berkaitan dengan penyakit yang diderita (Hemavathi dkk., 2019).

Penderita DM perlu memiliki kepatuhan pengobatan harian yang relatif kompleks dan banyak tuntutan (Islam dkk., 2013). Penyakit DM juga memerlukan pengelolaan seumur hidup dan menuntut penderitanya untuk melakukan perawatan diri yang tepat serta berkelanjutan. Bukan hanya berdampak pada kesehatan fisik, DM juga berpengaruh terhadap kondisi psikologis. Perubahan gaya hidup dan tambahan tuntutan sebagai penderita diabetes menjadi beban atau sumber stres (*stressor*) tersendiri bagi sebagian besar pasien DM (Aljuaid dkk., 2018). Idealnya pasien memiliki keyakinan mampu melakukan perawatan diri sebagai penderita DM sehingga mendukung terapi yang dijalani. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar

penderita DM memiliki tingkat keyakinan terhadap kemampuan diri (*self-efficacy*) dalam melakukan perawatan penyakit DM yang terbatas. Kondisi ini tampak pada adanya sikap kehilangan harapan (*hopeless*), apatis, kelelahan, dan masalah ingatan (Devarajoo & Chinna, 2017).

Sebagian besar penderita DM mengalami permasalahan psikologis seperti stres, apatis terhadap pengobatan yang dijalani, kelelahan psikologis, hingga kehilangan harapan terhadap penyakit yang dialami. Sebagian besar penderita DM juga cenderung kurang yakin dengan kemampuan dirinya dalam mengelola penyakit yang diderita. Hal ini berdampak pada minimnya perawatan diri dan pengelolaan penyakit DM. Apabila tidak ditangani dengan tepat, minimnya perawatan diri dan pengelolaan DM yang terbatas berdampak fatal seperti tidak terkontrolnya kadar gula hingga penyakit DM semakin memburuk. Maka dari itu, pemahaman kondisi psikologis penderita DM penting untuk dilakukan sehingga dapat menentukan terapi yang sesuai (Devarajoo & Chinna, 2017).

Kondisi psikologis lain yang juga berpengaruh terhadap penyakit DM yaitu kognisi penderita. Peranan kognitif pada proses pengelolaan gula darah pada penderita DM cukup penting. Penilaian tentang diri dan stresor yang dihadapi mengarahkan pada pengelolaan diri yang tepat. Selain pengobatan medis, idealnya penderita DM juga dibekali dengan berbagai keterampilan psikologis. Keterampilan psikologis yang harus dimiliki penderita DM diantaranya sikap tanggung jawab dalam mengelola stresor, menggunakan strategi koping yang efektif, dan menciptakan hubungan sosial yang bermakna. Program yang menggabungkan pengelolaan stres dan kognitif terbukti efektif dapat mengelola kadar gula darah (Morris, Moore & Morris 2011).

Kondisi psikologis seperti stres berlebih dapat berpengaruh terhadap penyakit DM yang diderita. Individu dengan kondisi penuh tekanan dan stres memiliki performa yang buruk dalam pengelolaan penyakit DM. Guna mendapatkan keyakinan akan kemampuan mengelola penyakit, penderita DM perlu mengurangi stres dan emosi negatif yang potensial berpengaruh pada status fisik (Bandura, 1997). Penanganan kondisi psikologis yang diperlukan bagi penderita diabetes umumnya relaksasi, meditasi, dan lain sebagainya. Keterampilan yang lebih holistik seperti keterampilan penyelesaian masalah juga diperlukan (Morris dkk. 2011).

Berbagai program psikologis yang dapat menunjang kondisi kesehatan penderita DM ini dapat tercapai ketika mendapatkan gambaran atau dinamika psikologis penderita DM. Seperti yang diketahui bahwa sebagai penderita DM sama dengan adanya tambahan tuntutan serta stresor yang potensial. Biasanya penderita diabetes hanya mendapatkan terapi medis berupa obat atau layanan kesehatan fisik lain. Padahal permasalahan yang dihadapi penderita diabetes tidak hanya fisik melainkan juga psikologis.

Berry, Lockhart, Davies, Lindsay & Dempster (2015) menjelaskan bahwa pemahaman kondisi psikologis penderita DM juga diperlukan untuk dapat menentukan dan merancang program edukasi terstruktur terkait yang sesuai untuk penderita DM. Selama ini, penanganan DM lebih berfokus pada pemeriksaan fisik dan pengobatan medis namun kurang menitikberatkan pada pemahaman kondisi psikologis penderita DM. Padahal pemahaman kondisi psikologis penderita DM dapat membantu individu mengelola kondisi psikologis dan perilaku yang menunjang perawatan penyakitnya. Apalagi pada penderita DM perempuan usia dewasa madya yang memiliki banyak tuntutan, tugas, peran, dan tanggung jawab yang dijalani. Oleh sebab itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang dinamika psikologis perempuan dewasa madya penderita diabetes melitus tipe II.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan dengan metode studi

kasus. Studi kasus merupakan sebuah metode penelitian yang timbul dari keinginan untuk dapat memahami berbagai fenomena sosial yang bersifat kompleks dalam konteks kehidupan yang sebenarnya (Yin, 1994). Studi kasus berfokus pada identifikasi kasus untuk suatu studi dalam hal ini kasus dinamika psikologis perempuan dewasa madya penderita DM tipe 2. Selain melakukan identifikasi kasus dalam konteks tertentu, kasus yang diangkat juga berkaitan dengan waktu dan tempat; menggunakan berbagai sumber informasi dalam pengumpulan data untuk memberikan gambaran secara terinci dan mendalam tentang respons dari suatu peristiwa; dan menggunakan pendekatan studi kasus di mana peneliti akan mendalami dan menggambarkan konteks atau setting untuk sebuah kasus (Creswell, 2016).

Partisipan penelitian terdiri dari dua orang perempuan usia dewasa madya penderita diabetes melitus tipe II. Berbagai data tentang kedua partisipan penelitian diperoleh dari wawancara; observasi; tes psikologi berupa DAP, BAUM, Wartegg; dan instrumen asesmen psikologis yang berkaitan dengan penyakit diabetes antara lain *diabetes management self-efficacy scale* (DMSES), *diabetes knowledge test* (DKT), *stress management scale* (SMC), *illness cognition questionnaire* (ICQ), dan *brief cope questionnaire* (BCQ).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menampilkan data penggalan data terhadap dua partisipan. Kedua partisipan pada penelitian ini memiliki karakteristik jenis kelamin perempuan, berada pada kategori usia dewasa madya, dan menderita penyakit diabetes melitus tipe II. Hasil penggalan data yang dilakukan ditampilkan pada beberapa tabel dan gambar yang meliputi identitas partisipan, rekapitulasi hasil asesmen pandangan penyakit serta pengelolaannya, dan dinamika psikologis penderita dalam menghadapi penyakit diabetes melitus tipe II yang dialami. Berikut ini merupakan data diri kedua partisipan.

Tabel 1. Identitas Partisipan Penelitian

	Ibu Jasmine	Ibu Rose
Jenis kelamin	: Perempuan	Perempuan
TTL (usia)	: Kediri, 28 Mei 1977 (42 tahun)	Kediri, 26 Maret 1977 (42 tahun)
Alamat	: Jalan X, Kabupaten Kediri	Jalan Y, Kota Kediri
Pendidikan terakhir	: SMK (jurusan tata boga)	SMK (tata boga)
Pekerjaan	: Pegawai tata usaha	Pegawai tata usaha
Suku	: Jawa	Jawa
Agama	: Islam	Islam
Urutan kelahiran	: 1 dari 4 bersaudara	5 dari 6 bersaudara
Status perkawinan	: Janda cerai (menikah usia 25 tahun, bercerai usia 32 tahun)	Menikah (usia pernikahan 20 tahun)
Jumlah anak	: 1	3
Status sosial ekonomi	: Menengah	Menengah
Onset diabetes	: 2014 (37 tahun)	2012 (35 tahun)
Kadar gula pertama kali didiagnosis	: ± 400 mg/dL	± 300 mg/dL

Berdasarkan tabel 1 didapatkan informasi bahwa kedua partisipan pada penelitian ini bernama Bu Jasmine dan Bu Rose (nama samaran). Baik Bu Jasmine maupun Bu Rose saat dilakukan penelitian ini sama-sama berusia 42 tahun yang berada pada kategori usia dewasa madya. Bu Jasmine menderita penyakit diabetes pada tahun 2014 saat berusia 37 tahun sedangkan Bu Rose menderita diabetes pada tahun 2012 pada usia 35 tahun. Awal mengalami diabetes, kadar gula Bu Jasmine sekitar 400 mg/dL sedangkan Bu Rose berada pada kadar gula sekitar 300 mg/dL. Berdasarkan hasil penggalan data diri kedua partisipan, dilakukan pemeriksaan

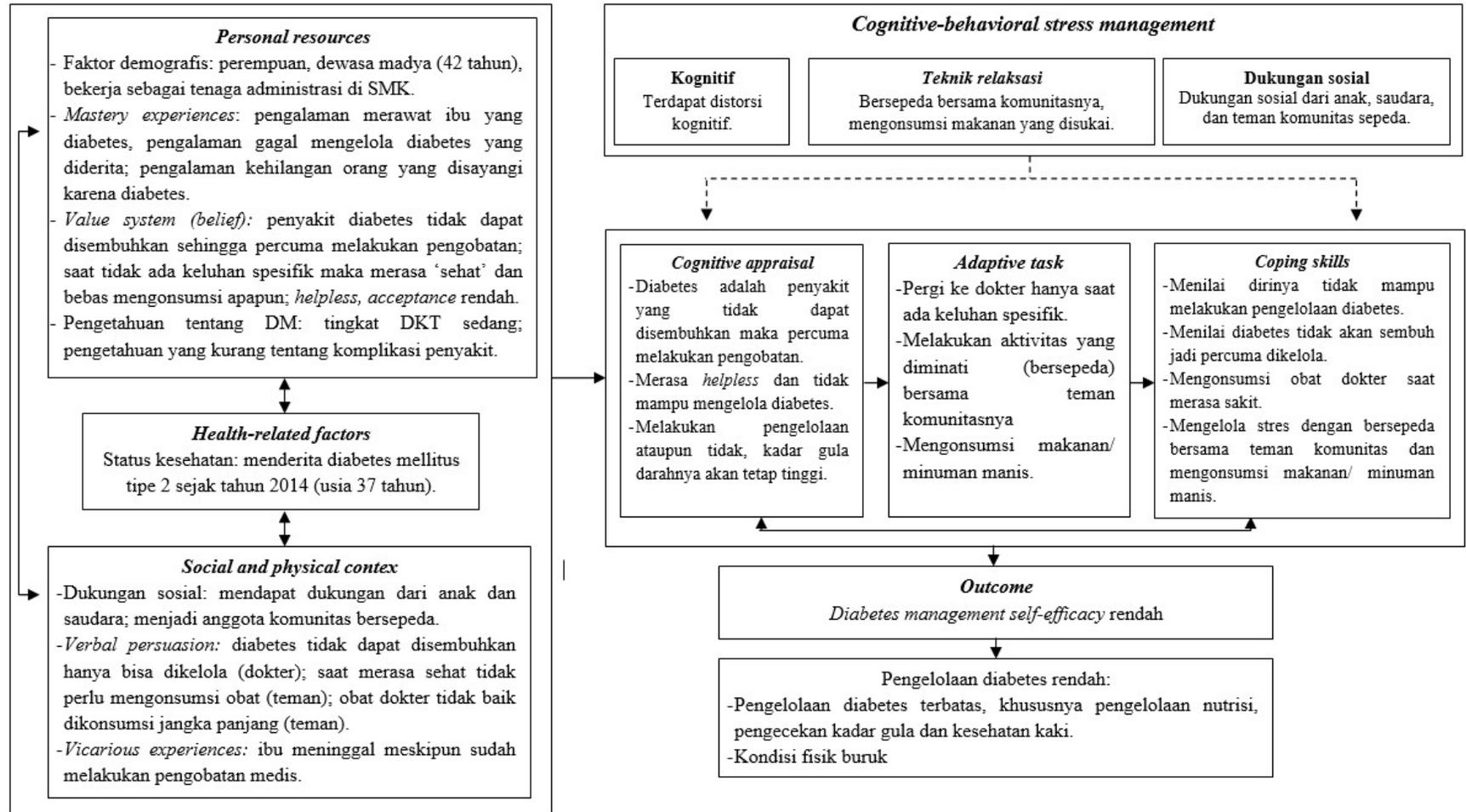
psikologis berupa wawancara, observasi, tes psikologi, dan skala psikologi dan didapatkan data yang telah direkapitulasi pada tabel berikut ini.

Tabel 2. Rekapitulasi Asesmen Partisipan

Sumber Data	Bu Jasmine	Bu Rose
ICQ	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Helplessness</i>: tinggi • <i>Acceptance</i>: rendah • <i>Perceived benefit</i>: sangat rendah 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Helplessness</i>: sedang • <i>Acceptance</i>: rendah • <i>Perceived benefit</i>: rendah
DMSES	<ul style="list-style-type: none"> • Kategori DMSE: rendah • <i>Nutrition</i>: rendah • <i>Physical exercise and weight</i>: sangat tinggi • <i>Medical treatment</i>: rendah • <i>Blood sugar and feet check</i>: sedang 	<ul style="list-style-type: none"> • Skor DMSE: rendah • <i>Nutrition</i>: rendah • <i>Physical exercise and weight</i>: sedang • <i>Medical treatment</i>: sedang • <i>Blood sugar and feet check</i>: rendah
DKT	<ul style="list-style-type: none"> • Kategori sedang 	<ul style="list-style-type: none"> • Kategori sedang
Interview	<ul style="list-style-type: none"> • Penyakit diabetes adalah penyakit yang tidak bisa disembuhkan sehingga percuma melakukan pengobatan • Hanya memeriksakan diri saat merasa sakit • Saat tidak ada keluhan spesifik, merasa dirinya "sehat" sehingga bebas makan apapun • Tidak yakin dengan kemampuannya dalam mengelola diabetes • Kesulitan melakukan pengelolaan diri sebagai penderita diabetes • Meskipun memiliki riwayat keluarga yang mengalami diabetes namun merasa dirinya akan baik-baik saja karena tidak ada keluhan spesifik • Minum obat hanya dilakukan saat merasa sakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan tentang penyakit diabetes tidak diimbangi dengan keyakinan dan pengelolaan yang baik • Merasa tidak mampu dan kewalahan melakukan pengelolaan diri sebagai penderita diabetes, khususnya dalam memilih makanan dan melakukan aktivitas fisik • Anggapan bahwa obat dokter apabila dikonsumsi terus-menerus tidak akan baik untuk kesehatan • Mencari informasi dan mencoba mengonsumsi jamu alternatif • Anggapan bahwa mengelola maupun tidak, kondisi penyakitnya akan tetap buruk • Masih mengonsumsi makanan/ minuman manis saat merasa stres • Kesulitan meluangkan waktu untuk olah raga karena sibuk bekerja dan mengurus anak
Self-report	Mengonsumsi makanan/minuman manis	Mengonsumsi makanan/minuman manis

Tabel 2 memaparkan hasil rekapitulasi asesmen berkaitan dengan pandangan Bu Jasmine dan Bu Rose terkait penyakit DM tipe 2 dan pengelolannya. Secara umum, baik Bu Jasmine maupun Bu Rose sama-sama menderita DM tipe II, memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit DM namun kurang memiliki keyakinan dalam mengelola penyakitnya tersebut. Selain itu, Bu Jasmine dan Bu Rose juga masih terbatas dalam mengelola tekanan/ stres yang dialami sehingga memperburuk kondisi kesehatannya.

Terdapat berbagai faktor dan situasi yang membentuk dinamika psikologis penderita DM melitus tipe 2. Guna mendapatkan gambaran yang lebih mendalam berkaitan dengan dinamika psikologis perempuan penderita DM melitus tipe 2, peneliti melakukan penggalian data dinamika psikologis. Berikut ini merupakan gambaran dinamika psikologis Bu Jasmine dan Bu Rose. Guna mendapatkan gambaran yang lebih komprehensif berkaitan dengan dinamika psikologis kedua partisipan penelitian maka dibuat skema dinamika psikologis sebagai berikut ini.



Gambar 1. Dinamika Psikologis Bu Jasmine

Berdasarkan gambar 1 didapatkan data bahwa Bu Jasmine didiagnosis penyakit DM pada tahun 2014 saat berusia 37 tahun. Bu Jasmine merasa berat badannya turun drastis dan seringkali lemas. Awalnya, Bu Jasmine tidak tahu pasti penyakit yang diderita. Bu Jasmine hanya mengetahui dirinya memiliki hipertensi dan terdapat riwayat keluarga (ibu kandung) yang menderita DM tipe 2. Saat ini, Bu Jasmine berusia 42 tahun berada dikategori dewasa madya. Selain mendapat tuntutan untuk mengelola penyakitnya, Bu Jasmine juga aktif bekerja sebagai tenaga administrasi di salah satu sekolah menengah kejuruan. Bu Jasmine merupakan satu-satunya tulang punggung keluarga.

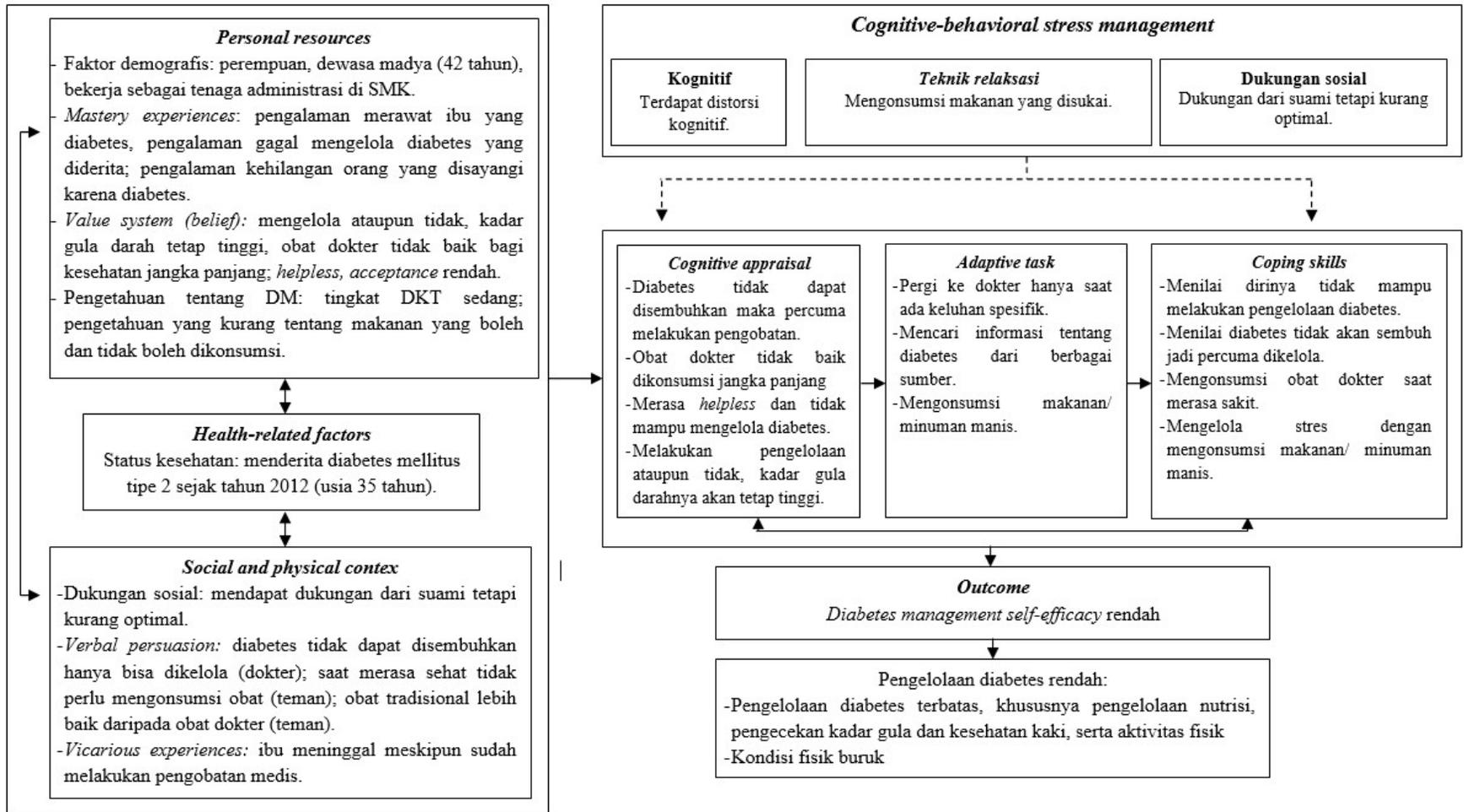
Bu Jasmine memiliki persepsi bahwa DM adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan sehingga percuma melakukan pengobatan. Bu Jasmine beranggapan bahwa tidak perlu memeriksakan diri ke dokter secara rutin kecuali ada keluhan yang berarti dan mengganggu aktivitas sehari-hari. Saat merasa sehat, Bu Jasmine menilai bahwa dirinya bebas mengonsumsi makanan/ minuman apapun, termasuk makanan/ minuman manis.

Bu Jasmine memiliki pengalaman yang kurang menyenangkan dengan penyakit DM. Bu Jasmine merasa pengelolaan diri yang dilakukan percuma karena kadar gulanya tidak kunjung turun. Selain itu Bu Jasmine memiliki pengalaman merawat ibunya yang menderita DM hingga meninggal. Pengalaman yang kurang menyenangkan (*mastery experiment* yang buruk) semakin membuat Bu Jasmine merasa tidak berdaya dan tidak yakin akan kemampuan dalam mengelola penyakitnya (Maine, Dickson, Truesdale & Brown, 2017).

Lingkungan sekitar Bu Jasmine turut mempengaruhi penyakit DM yang dialami khususnya keyakinan terhadap kemampuannya dalam mengelola DM. Di sisi lain, beberapa teman Bu Jasmine mengungkapkan bahwa mengonsumsi obat dari dokter dalam jangka panjang tidak baik untuk kesehatan. Orang-orang di sekitar Bu Jasmine memberikan persuasi verbal yang negatif (*negative verbal persuasion*) berkaitan dengan perawatan penyakit DM yang membuat keyakinan Bu Jasmine tentang kemampuannya mengelola DM menjadi minim. Akibatnya, Bu Jasmine jarang memeriksakan dan mengonsumsi obat dari dokter. Bu Jasmine juga melihat beberapa temannya yang menyangdang DM dan melakukan pengobatan rutin namun kadar gulanya tidak kunjung membaik. Pengalaman orang lain (*vicarious experience*) juga turut berkontribusi pada diri Bu Jasmine (Maine dkk., 2017). Hal ini membuat Bu Jasmine semakin tidak yakin dengan kemampuannya mengelola DM.

Sebenarnya, Bu Jasmine memiliki pengetahuan yang memadai tentang penyakitnya. Berry, Lockhart, Davies, Lindsay, & Dempster (2015) menjelaskan bahwa pengetahuan tentang DM membantu individu menghadapi penyakit DM namun tidak termasuk permasalahan psikologis atau aspek interpersonal dari pengelolaan DM. Bu Jasmine merasa tidak yakin dengan kemampuannya mengelola penyakit DM. Akibatnya, Bu Jasmine kesulitan melakukan pengelolaan diri sebagai penderita DM. Saat ini, pengelolaan yang optimal dilakukan Bu Jasmine adalah aktivitas fisik yaitu dengan bersepeda bersama teman komunitasnya. Selebihnya, seperti mengelola makanan, perawatan medis, pengelolaan stres, serta pengecekan kadar gula masih kurang optimal.

Bu Jasmine merasa stres dengan kondisi fisiknya saat ini. Tuntutan pengelolaan penyakit yang diderita menjadi salah satu sumber stres yang potensial bagi Bu Jasmine. Bu Jasmine mengaku kewalahan dalam melakukan kontrol makanan, meminum obat, dan memeriksakan kadar gula darah. Selain kondisi fisiknya, sumber stres yang potensial dialami Bu Jasmine sebagai tulang punggung tunggal di keluarganya. Sumber stres tersebut tidak dibarengi dengan kemampuan mengelola stres yang memadai akan memperburuk kondisi fisik (Morris, Moore, & Morris, 2011).



Gambar 2. Dinamika Psikologis Bu Rose

Gambar 2 menunjukkan data bahwa Bu Rose pertama kali didiagnosis DM saat hamil anak ketiga. Kadar gula bu Rose saat didiagnosa pertama kali sekitar 300 mg/dL. Bu Rose didiagnosis mengalami DM gestasional atau DM yang bersifat temporal karena kehamilan. Saat didiagnosis DM tipe 2, Bu Rose merasa kaget. Bu Rose berupaya mencari informasi dari berbagai sumber tentang DM yang dialami dengan cara bertanya dengan dokter. Namun setelah dokter menjelaskan bahwa DM ini hanya sementara (saat mengandung) Bu Rose menjadi sedikit lega.

Saat didiagnosis, Bu Rose berupaya mengikuti saran dokter untuk mengurangi konsumsi minuman dan makanan manis. Meski demikian, Bu Rose sesekali masih melanggarnya karena merasa tidak yakin dengan kemampuan diri dan belum terbiasa. Bu Rose mengalami keguguran saat usia kandungan dua bulan. Setelah keguguran, kadar gula Bu Rose tidak kunjung turun. Dokter mendiagnosis Bu Rose mengalami DM tipe 2.

Berbagai keluhan fisik dirasakan oleh Bu Rose pasca keguguran diantaranya mudah mengantuk, lemas, dan penurunan berat badan secara drastis. Bu Rose juga memiliki riwayat keluarga (ibu kandung) dengan penyakit DM. Bu Rose memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit yang dialami. Bu Rose mengetahui obat yang harus dikonsumsi serta aktivitas fisik yang perlu dilakukan. Hanya saja pengetahuan tentang makanan yang tidak boleh dikonsumsi masih terbatas. Kendati demikian, secara umum pengetahuan Bu Rose terkait penyakit DM cukup baik.

Pengetahuan tentang DM dapat membantu individu menghadapi penyakit DM yang diderita. Kendati demikian, pengetahuan tentang DM permasalahan psikologis atau aspek interpersonal dari pengelolaan penyakit DM (Berry dkk., 2015). Pengetahuan yang cukup tidak diiringi dengan keyakinan diri dan kemampuan mengelola penyakit DM dengan baik. Bu Rose tidak yakin dengan kemampuan dirinya dalam mengelola DM. Bu Rose tidak dapat menerima kondisinya saat ini, merasa tidak memiliki harapan, dan tidak mendapat keuntungan apapun dari penyakit yang diderita.

Selama ini, Bu Rose tidak menjaga pola makan tertentu. Bu Rose makan sesuai dengan keinginannya dan nasi putih menjadi makanan utama. Seringkali Bu Rose mengonsumsi makanan/ minuman yang manis saat merasa stres dengan kondisi fisik dan pekerjaannya. Bu Rose juga sangat jarang berolah raga. Bu Rose mengatakan bahkan hampir tidak sempat berolah raga karena sibuk dengan pekerjaan dan mengurus anaknya yang masih kecil. Bu Rose hanya berolah raga apabila ditemani suami dan anaknya, itupun jarang dilakukan.

Terdapat beberapa pemikiran yang kurang rasional pada diri Bu Rose diantaranya: 1) anggapan bahwa DM adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan maka percuma melakukan pengobatan; 2) mengelola maupun tidak, kondisi fisiknya tetap buruk; dan 3) anggapan bahwa obat dokter apabila dikonsumsi dalam jangka panjang tidak baik untuk kesehatan. Pemikiran-pemikiran tersebut berdampak pada buruknya pengelolaan diri Bu Rose sebagai penderita DM.

Bu Rose tidak yakin dengan kemampuannya dalam mengelola DM. Bu Rose menyampaikan bahwa meskipun sudah berusaha mencari informasi dan mematuhi anjuran dokter namun kondisinya tidak kunjung membaik. Pengalaman (*mastery experience*) yang kurang menyenangkan membuat Bu Rose semakin tidak yakin dengan kemampuannya dalam mengelola DM (Maine dkk., 2017). Sebenarnya Bu Rose mencari informasi dari berbagai sumber tentang penyakit DM dan berupaya menjalankannya, mulai dari pengobatan medis hingga pengobatan alternatif namun hasilnya kurang optimal. Harapan yang tidak sesuai dengan ekspektasi membuat Bu Rose semakin tertekan dan frustrasi. Kondisi tertekan atau stres dapat memperburuk penyakit yang diderita (Morris dkk., 2011). Bu Rose juga menjadi semakin tertekan dan tidak yakin dengan kemampuan dirinya dalam mengelola DM.

Bu Rose merasa tertekan/ stres terhadap kondisinya saat ini, khususnya kondisi fisik. Bu Rose kewalahan melakukan tugas-tugasnya dalam mengelola penyakit DM. Saat merasa tertekan, Bu Rose berupaya mencari solusi dengan mencari informasi dan menerapkannya dari berbagai sumber. Kondisi ini justru membuat Bu Rose semakin

kebingungan, tertekan, dan semakin tidak yakin dengan kemampuannya. Ditambah lagi dengan hasil yang didapatkan kurang optimal. Saat merasa stres, Bu Rose juga seringkali melampiaskan ke aktivitas mengonsumsi makanan/ minuman manis atau yang disukai. Kondisi ini menunjukkan bahwa kemampuan Bu Rose dalam mengelola stres masih terbatas dan tidak optimal. Hal ini tentunya memperburuk kondisi fisik maupun psikologisnya.

Pembahasan

DM Melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. DM merupakan penyakit yang tidak menular dan umum dialami oleh sebagian masyarakat (Islam dkk., 2013). DM diklasifikasikan menjadi dua tipe yaitu tipe 1 dan tipe 2. Sebagian besar penderita penyakit ini mengalami DM tipe 2. Pasien dengan DM tipe 2 hanya dapat melakukan kontrol gula darah seumur hidup melalui terapi obat, penerapan gaya hidup sehat, serta pengelolaan stres. Artinya, penderita DM tipe 2 dibebani dengan berbagai tuntutan baru diantaranya melakukan perawatan medis, aktivitas fisik, perubahan pola makan, perencanaan, monitoring diri, hingga pengelolaan stres (Berry dkk., 2015).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita DM memiliki berbagai permasalahan fisik dan psikologis. Penderita DM sangat rentan mengalami permasalahan psikologis seperti stres. Kategori usia penderita DM yang rentan mengalami permasalahan psikologis seperti stres berada pada kisaran usia 40 sampai dengan 50 tahun. Usia ini berada pada kategori usia dewasa madya. Usia dewasa madya rentan mengalami stres karena pada kategori usia ini sudah mulai terjadi berbagai penurunan fisik yang memerlukan penyesuaian namun di sisi lain masih harus produktif seperti bekerja dan mengurus keluarga sehingga cukup banyak tekanan yang dirasakan (Hemavathi dkk., 2019). Berbagai tekanan yang dirasakan individu yang berada pada kategori usia dewasa madya dapat memicu stres berlebih dan memperburuk kondisi fisik. Apabila individu dewasa madya menderita DM maka stres berlebih akan memperburuk kondisinya.

Dibanding dengan laki-laki, perempuan lebih berpotensi mengalami stres khususnya dalam mengelola penyakit DM yang diderita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita DM di Indonesia lebih banyak berjenis kelamin perempuan (1,8%) daripada laki-laki (1,2%). Perempuan dianggap lebih emosional daripada laki-laki. Perempuan lebih mudah stres ditambah lagi perempuan memiliki tuntutan psikologis maupun budaya yang lebih berat dibanding laki-laki (Hemavathi dkk., 2019). Kondisi stres berlebih ini tentu perlu dicari solusinya. Apalagi penderita DM perlu memiliki kepatuhan pengobatan harian yang relatif kompleks dan banyak tuntutan (Islam dkk., 2013).

Pengobatan DM yang berlangsung seumur hidup dapat menjadi beban atau sumber stres (stressor) tersendiri bagi penderitanya. Stres berlebih pada penderita DM harus diminimalisasi karena kondisi psikologis seperti stres berlebih juga berkaitan dengan pengelolaan diri sebagai penderita DM. Cara menghadapi stres (*coping stress*) yang tidak adaptif dapat memperparah penyakit DM yang diderita. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi psikologis penderita DM sangat berkaitan dengan penyakit yang diderita (Hemavathi dkk., 2019).

Tidak hanya berdampak pada fisik, penyakit DM beserta pengobatan dan pengelolaannya dapat berdampak pada psikologis. Idealnya, perawatan penyakit DM tidak hanya berfokus pada fisik melainkan juga memerhatikan kondisi psikologis penderitanya. Pemahaman tentang dinamika psikologis penderita DM diperlukan agar penderita maupun orang yang merawat penderita DM dapat memahami dan menentukan langkah-langkah strategis yang dapat dilakukan.

Moos & Holahan (2007) menyusun skema dinamika psikologis yang menjelaskan tentang proses individu melakukan coping penyakit kronis, salah satunya pada penderita DM. Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi coping penderita DM diantaranya *personal resources*, *health-related factors*, dan *social and physical context*. *Personal*

resources merupakan sumber daya yang dimiliki tiap individu dan berkaitan dengan penyakit yang dihadapi. *Personal resources* meliputi faktor demografis, pengetahuan, *belief* dan karakteristik kepribadian yang bersifat personal dan bisa jadi berbeda antara satu orang dengan orang yang lain.

Health-related factors merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan termasuk kecepatan onset dan perkembangan penyakit, gejala serta tingkat keparahan. *Health-related factors* menjadi salah satu faktor yang menentukan *outcome* yang didapat dari proses koping penyakit (Moos & Holahan, 2007). *Social and physical context* merupakan lingkungan sosial maupun fisik yang mendukung individu dalam melakukan koping. Dukungan yang bisa didapat dari *caregiver*, keluarga, rekan kerja, komunitas penyakit tertentu, dan lain sebagainya (Moos & Holahan, 2007). Lingkungan sosial yang suportif dapat meningkatkan *self-efficacy* sehingga lebih termotivasi dalam melakukan *treatment* yang berkaitan dengan kondisi kesehatannya (Rohrbaugh dalam Moos & Holahan, 2007). Sebaliknya, kehilangan dukungan sosial berkaitan dengan rendahnya *self-efficacy* dan penerapan *avoidance coping* atau koping yang menghindari permasalahan (Manne & Glassman dalam Moos & Holahan, 2007).

Ketiga faktor tersebut saling berkaitan satu sama lain dan berpengaruh terhadap proses koping penyakit. Proses koping pertama yaitu *cognitive appraisal* atau penilaian kognitif (Moos & Holahan, 2007). Saat terjadi ketidakseimbangan yang dipicu oleh penyakit fisik, individu akan menilai keseriusan dari penyakit tersebut. Faktor-faktor seperti pengalaman sebelumnya dan dukungan sosial dapat memengaruhi proses penilaian ini (Moos dan Schaefer dalam Ogden, 2007).

Pengalaman sebelumnya atau *mastery experience* yang berkaitan dengan kegagalan biasanya memicu timbulnya distorsi kognitif. Penderita penyakit kronis yang memiliki pengalaman negatif terkait *mastery experience* biasanya mengalami distorsi kognitif, misalnya pernah gagal mengelola gula darah meskipun sudah melakukan pengobatan medis. Kegagalan tersebut membuat penderita DM memiliki distorsi kognitif seperti melakukan pengelolaan ataupun tidak, hasilnya tetap sama yaitu gula darah tidak terkontrol. Distorsi kognitif ini perlu diminimalisasi sebelum melakukan intervensi lain (Saraei dkk., 2016).

Apabila terjadi distorsi kognitif dan penilaian terhadap penyakit yang tidak tepat maka akan menghambat proses koping berikutnya. Sebaliknya, apabila individu dapat melakukan penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) dengan tepat maka akan membantu proses berikutnya yaitu *adaptive task*. *Adaptive task* yaitu individu dihadapkan mampu memenuhi tugas adaptasi meliputi berhadapan dengan rasa sakit dan petugas medis, mempertahankan hubungan dengan keluarga dan teman serta menjaga emosi dan *self-image* yang positif.

Tugas adaptasi yang dipenuhi secara tepat dapat membantu proses koping yang meliputi *appraisal-focused coping*, *problem-focused coping*, dan *emotional-focus coping*. Ketiga bentuk koping tersebut perlu dilakukan dalam menghadapi penyakit kronis. Individu yang dapat menjalani *cognitive appraisal* dan *adaptive task* dengan baik cenderung memiliki koping yang memadai. Sebaliknya, individu yang gagal dalam proses *cognitive appraisal* dan *adaptive task* cenderung menggunakan koping yang tidak tepat seperti *avoidance* atau penghindaran.

Ketiga proses koping terhadap penyakit kronis beserta beberapa faktor yang memengaruhinya menentukan *outcome* berupa *diabetes self-efficacy*. Individu yang memiliki modalitas memadai dan dapat melakukan proses koping dengan tepat menampilkan *diabetes self-efficacy* yang tinggi sehingga dapat mendorong perilaku pengelolaan diri sebagai penderita DM. Sebaliknya, individu dengan modalitas kurang memadai dan kesulitan melewati proses koping terhadap penyakit menampilkan tingkat *diabetes self-efficacy* yang minim.

Individu yang memiliki tingkat *diabetes self-efficacy* yang minim biasanya mengalami permasalahan distorsi kognitif pada proses *cognitive appraisal* sehingga menghambat proses koping berikutnya. Distorsi kognitif umumnya didapat dari *mastery experience* yang

negatif, misalnya pernah gagal mengelola gula darah meskipun sudah melakukan pengobatan medis. Kegagalan tersebut membuat penderita DM memiliki distorsi kognitif seperti melakukan pengelolaan ataupun tidak, hasilnya tetap sama yaitu gula darah tidak terkontrol. Distorsi kognitif ini perlu direkonstruksi sebelum melakukan intervensi yang lain (Sarai dkk., 2016).

Stres adalah salah satu dari masalah umum yang dialami penderita DM. Beberapa studi menunjukkan bahwa stres memiliki peran penting dalam perkembangan, intensitas, dan tingkat keparahan penyakit DM (Zamani-Alavijeh, Araban, Koohestani, & Karimy, 2018). Tidak ada perbedaan tingkat keyakinan pengelolaan penyakit DM antara laki-laki dan perempuan namun perempuan lebih rentan mengalami stres dari pada laki-laki. Hal ini disebabkan bawaan biologis, perbedaan *mood*, dan peran gender (Devarajoo & Chinna, 2017).

Penderita DM yang harus menjalani berbagai terapi mulai dari terapi medis, aktivitas fisik, serta perubahan pola hidup menjadi stresor yang potensial. Aljuaid, Almutairu, Assiri, Almalki, & Alswat (2018) menjelaskan bahwa 25% penderita DM mengalami stres pada tingkat *moderate to high*. Populasi tersebut tersebar pada 54% mengalami *emosional distress*, 24,9% mengalami *physician distress*, 12,7% mengalami *regiment distress*, dan 7,7% sisanya mengalami *interpersonal distress*.

Kondisi psikologis seperti stres berdampak tidak langsung terhadap perawatan diri penderita DM melainkan melalui keyakinan diri dalam mengelola penyakit. Keyakinan atas kemampuan diri dalam mengelola penyakit memiliki efek secara langsung terhadap perawatan diri penderita DM. Hal ini menunjukkan bahwa untuk meningkatkan perawatan diri perlu pemahaman dinamika psikologis penderita DM sehingga dapat memberikan langkah intervensi psikologis yang lebih optimal (Devarajoo & Chinna, 2017). Apabila individu tidak memiliki kemampuan *coping* yang memadai maka kondisi ini akan berdampak buruk bagi perawatan diri maupun kondisi fisik. Penderita DM harus memiliki *coping strategy* untuk menghadapi stresor jangka panjang sebagai penderita DM (Chew, Heijmans, Metzendorf, Scholten, & Rutten, 2017). Terdapat faktor psikologis yang memengaruhi kontrol kadar gula, diantaranya *maladaptive coping*, *stressful life events*, depresi, *family stress*, rendahnya sumber keuangan, dan rendahnya dukungan sosial (Aflakseir & Malekpour, 2014).

DISKUSI

Diabetes melitus (DM) tipe 2 merupakan penyakit kronis tidak menular yang memerlukan penanganan fisik maupun psikologis secara berkelanjutan. Selama ini, Sebagian besar pengelolaan DM hanya berfokus pada *treatment* medis seperti mengonsumsi obat secara rutin. Masih jarang penderita diabetes yang memerhatikan kondisi psikologisnya. Padahal kondisi penyakit DM tipe 2 dapat dipengaruhi oleh kondisi psikologis. Terdapat berbagai faktor yang memengaruhi kondisi penyakit DM yang diderita partisipan penelitian. Kondisi kesehatan, konteks fisik dan sosial, dukungan dari keluarga dan orang serkitar, serta potensi psikologis dalam diri penderita menjadi bagian-bagian yang penting diperhatikan pada penderita DM tipe 2.

Berdasarkan dinamika psikologis yang telah disusun, perempuan dewasa madya yang menderita DM tipe 2 memiliki permasalahan pada keyakinan diri dalam mengelola penyakit diabetes (*diabetes self-efficacy*), keterampilan mengelola stres, serta dukungan sosial yang terbatas. Peneliti berikutnya diharapkan dapat memberikan intervensi untuk meningkatkan berbagai kompetensi psikologis yang diperlukan dalam mengelola DM tipe 2 yang dialami.

DAFTAR PUSTAKA

Aflakseir, A., & Malekpour, F. (2014). The Role of Self-Efficacy and Social Support in Predicting Depression Symptoms in Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 6(3), 126–130.

- Aljuaid, M. O., Almutairi, A. M., Assiri, M. A., Almalki, D. M., & Alswat, K. (2018). Diabetes-related distress assessment among type 2 diabetes patients. *Journal of Diabetes Research*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/7328128>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press.
- Berry, E., Lockhart, S., Davies, M., Lindsay, J. R., & Dempster, M. (2015). Diabetes distress: Understanding the hidden struggles of living with diabetes and exploring intervention strategies. *Postgraduate Medical Journal*, 91(1075), 278–283. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-133017>
- Chew, B. H., Vos, R. C., Metzendorf, M. I., Scholten, R. J. P. M., & Rutten, G. E. H. M. (2017). Psychological Interventions for Diabetes-related Distress in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus (Review) Summary of Findings for the Main Comparison. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 8. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011469.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Creswell, J. W. (2016). *Research Design Pendekatan Metode Kualitatif, Kuantitatif, dan Campuran*. Pustaka Pelajar.
- Devarajoo, C., & Chinna, K. (2017). Depression, distress and self-efficacy: The impact on diabetes self-care practices. *PLoS ONE*, 12(3), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175096>
- Hemavathi, P., Satyavani, K., Smina, T. P., & Vijay, V. (2019). Assessment of diabetes related distress among subjects with type 2 diabetes in South India. *International Journal of Psychology and Counselling*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.5897/ijpc2018.0551>
- Islam, M., Karim, M., Habib, S., & Yesmin, K. (2013). Diabetes distress among type 2 diabetic patients. *International Journal of Medicine and Biomedical Research*, 2(2), 113–124. <https://doi.org/10.14194/ijmbr.224>
- Maine, A., Dickson, A., Truesdale, M., & Brown, M. (2017). An application of Bandura's 'Four Sources of Self-Efficacy' to the self-management of type 2 diabetes in people with intellectual disability: An inductive and deductive thematic analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 70(August), 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.09.004>
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*, 107–126. https://doi.org/10.1007/978-0-387-48670-3_6
- Morris, T., Moore, M., & Morris, F. (2011). Stress and Chronic Illness: The Case of Diabetes. *Journal of Adult Development*, 18(2), 70–80. <https://doi.org/10.1007/s10804-010-9118-3>
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A Textbook. Ed: 4th*. Open University Press.
- Pusdatin. (2018). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Pertahanan Indonesia*.
- Santrock, J. W. (2012). *Life-span Development; Perkembangan Masa-Hidup Edisi Ketigabelas Jilid 2*. Erlangga.
- Saraei, F. H., Hatami, H., & Bagheri, F. (2016). Effectiveness of Stress Management on Glycemic Control and Change of some of Mental Health Indicators (Depression, Anxiety, Stress, and Quality of Life) among Patients with Type 2 Diabetes. *Mediterranean Journal of Social Sciences MCSE Publishing*, 7, 258–265.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research: Design & Methods*. Sage Publications.
- Zamani-Alavijeh, F., Araban, M., Koohestani, H. R., & Karimy, M. (2018). The effectiveness of stress management training on blood glucose control in patients with type 2 diabetes. *Diabetology and Metabolic Syndrome*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13098-018-0342-5>