

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Diabetes mellitus atau yang biasa dikenal dengan istilah penyakit kencing manis merupakan penyakit tidak menular yang mengkhawatirkan masyarakat dunia termasuk Indonesia. Dari data yang dilansir dari media massa, baik Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan American Diabetes Association menyebutkan bahwa jumlah penderita diabetes meningkat setiap tahunnya di beberapa negara termasuk Indonesia (HealthLiputan6, 2011). Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan pada tahun 2000, jumlah penderita diabetes mencapai 8,4 juta dan diperkirakan pada tahun 2030 jumlah penderita diabetes di Indonesia bertambah 21.3 juta (HealthLiputan6, 2011). WHO juga telah mencatat jumlah penderita diabetes di Indonesia dengan populasi 230 juta jiwa, menduduki peringkat ke-4 tertinggi di dunia setelah Cina, India, dan Amerika Serikat (HealthLiputan6, 2011).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi diabetes yang terdiagnosis dokter di Jawa Timur menduduki peringkat ke-5 tertinggi di Indonesia yaitu 2,1 % setelah DI Yogyakarta (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%) dan Kalimantan Timur (2,3%). Dari keseluruhan data riset disimpulkan bahwa prevalensi diabetes tertinggi terjadi pada perempuan (1,7%) dibandingkan laki-laki (1,4%), cenderung lebih tinggi di perkotaan (2,0%) dibandingkan perdesaan (1,0%), dan lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi (2,5%) dan dengan kuantil indeks kepemilikan tinggi (2,6%).

Prevalensi rentangan umur diabetes yang terdiagnosis dokter tertinggi umur 55-64 tahun namun mulai umur lebih dari 65 tahun cenderung menurun (Riskesdas, 2013). Prevalensi Diabetes Mellitus di Kotamadya Surabaya sebesar 4,16 % (Riskesdas, 2013).

Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis dimana tubuh tidak dapat memproduksi insulin atau tidak dapat menggunakan insulin dengan baik sehingga kadar gula (glukosa) dalam darah meningkat (Dunning, 2006). Diabetes mellitus dapat diklasifikasikan menjadi beberapa jenis, tetapi yang paling umum diklasifikasikan berdasarkan ketergantungan insulin yang disebut diabetes mellitus tipe 1 dan tidak tergantung insulin yang disebut dengan diabetes tipe 2 (WHO, 1999). Diabetes mellitus tipe 1 terjadi karena kekurangan insulin oleh karena itu tipe ini bergantung pada insulin. Sedangkan diabetes mellitus tipe 2 terjadi karena insulin tidak berfungsi dengan baik sehingga pada tipe ini disebut tidak tergantung insulin (WHO, 1999). Kemunculan penyakit diabetes diawali oleh beberapa gejala, seperti: poliuria (produksi air seni yang berlebihan), polidipsia (rasa haus yang tidak berkesudahan), merasa lesu atau tidak bergairah, berat badan menurun, proses penyembuhan infeksi menjadi kurang baik, dan perubahan pengelihatannya.

Gejala awal diabetes selanjutnya akan menyebabkan komplikasi akut dan kronis jika tidak ditangani secara tepat. Komplikasi akut diabetes seperti hipoglikemia merupakan kondisi dimana kadar gula darah secara abnormal rendah dapat menyebabkan pusing, bingung, lelah, lemah, sakit kepala, tidak mampu berkonsentrasi, kejang, dan koma (Dunning, 2006). Komplikasi akut lainnya yaitu

hiperglikemia kondisi dimana kadar gula darah terlalu tinggi dapat menyebabkan kerusakan saraf, pembuluh darah, dan organ tubuh lainnya (Dunning, 2006). Sedangkan komplikai kronis seperti kerusakan saraf (*neuropathy*), kerusakan ginjal (*nephropathy*), kerusakan mata (*retinopathy*), penyakit jantung, hipertensi, penyakit pembuluh darah *perifer*, gangguan pada hati, penyakit paru-paru, gangguan saluran makan, dan infeksi (Dunning, 2006).

Semakin meningkatnya prevalensi diabetes, maka semakin meningkat pula jumlah orang yang beresiko komplikasi diabetes jangka panjang, termasuk neuropati dan gangguan pembuluh darah. Hal ini meramalkan peningkatan jumlah amputasi pada kaki bagian bawah (Vamos dkk., 2010). Resiko amputasi kaki bagian bawah 15-46 kali lebih tinggi pada pasien diabetes dibandingkan dengan individu yang tidak memiliki diabetes (Viswanathan dkk., 2010).

Salah satu faktor penyebab amputasi adalah adanya gangguan pembuluh darah atau yang biasa disebut PAD (Peripheral Arterial Disease) (DetikHealth, 2013). Prevalensi PAD pada pasien diabetes menurut data di 7 wilayah Asia (termasuk Indonesia) adalah 17,7 persen (DetikHealth, 2013). Indonesia tercatat memiliki 11.883 PAD pasien per 1 juta pasien diabetes. Sebuah studi epidemiologi yang dilansir dari media masa melaporkan lebih dari satu juta amputasi dilakukan pada penyandang diabetes setiap tahunnya. Hal ini menandakan bahwa setiap 30 detik ada kasus amputasi kaki karena diabetes di seluruh dunia (DetikHealth, 2013). Salah satu rumah sakit di Surabaya, RSUD Dr. Soetomo, mencatat antara 25% sampai 29 % pasien diabetes dengan kaki diabetes

yang menjalani rawat inap beresiko mengalami amputasi pada kaki (Pranoto, 2008).

Hal yang membedakan amputasi pada pasien diabetes dengan nondiabetes yaitu adanya kemungkinan reamputasi. Reamputasi yaitu melakukan proses amputasi yang sama atau bagian kaki yang lain setelah proses penyembuhan amputasi yang pertama (Apelqvist, 2000 dalam Viswanathan dkk., 2010). Beberapa pasien terekam meninggal setelah melakukan amputasi yang kedua atau lebih, kematian ditemukan berhubungan dengan infeksi pada kaki diabetes yang semakin merambat (Viswanathan dkk., 2010). Menurut Kepala Divisi Metabolik Endokrin Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI/RSCM dr Em Yunir Masthor SpPD-KEMD, bahwa penderita diabetes yang diamputasi beresiko menjalani reamputasi (Harian Nasional, 2013). Harian Nasional (2013) menyebutkan bahwa 60,7 persen pasien akan menjalani reamputasi setelah lima tahun diamputasi.

Amputasi memberikan dampak masing – masing dalam diri setiap individu. Amputasi dapat mengganggu mobilitas seseorang dalam menjalani aktivitas sehari – hari. Mobilitas merujuk pada kemunduran fungsi yang umumnya terjadi sebagai hasil dari disabilitas pada amputasi kaki (Norvell dkk., 2011). Pasien yang mengalami disabilitas karena amputasi tidak mampu sefleksibel saat sebelum amputasi.

Dampak lain pada diri pasien yaitu munculnya simtom - simtom depresi seperti keadaan tidak tenang, perasaan sakit, dan perasaan – perasaan lain yang berhubungan dengan kaki (Vileikyte dkk., 2005). Golden dkk (2008) dalam penelitiannya menemukan bahwa depresi dan komplikasi diabetes pada kaki

berhubungan bidirectional. Artinya, komplikasi diabetes pada kaki dapat memunculkan simtom – simtom depresi pada diri individu, atau sebaliknya, simtom – simtom depresi pada diri individu dapat meningkatkan resiko komplikasi pada kaki (Golden dkk., 2008). Taylor (1999) menambahkan bahwa individu yang mengalami depresi menunjukkan penurunan kepatuhan perawatan. Sedangkan pasien diabetes mellitus pasca amputasi tidak dapat lepas dari perawatan setelah amputasi, pasien perlu mengontrol gula darah dan luka kaki setelah amputasi (Harian Nasional, 2013). Hal ini penting untuk menghindari kambuhnya luka yang dapat berujung pada reamputasi (Harian Nasional, 2013).

Penelitian lainnya menemukan bahwa simtom depresi pada 253 orang yang memiliki penyakit kaki diabetes dapat meningkatkan resiko kematian (Ismail dkk., 2007). Kesimpulannya, simtom depresi yang muncul pada diri pasien diabetes pasca amputasi akan berdampak pada penurunan kepatuhan perawatan pasien, sehingga akan meningkatkan resiko komplikasi pada kaki yang jika dibiarkan dalam waktu yang lama dapat berujung pada kematian. Berdasarkan kesimpulan tersebut dapat dilihat bahwa simtom depresi yang muncul pada diri pasien diabetes pasca amputasi tidak akan membantu pasien keluar dari masalahnya justru akan semakin memperburuk kondisi pasien.

Kenyataan yang dihadapi pasien diabetes yang harus diamputasi memunculkan berbagai respon, Kubler-Ross membagi respon – respon tersebut menjadi beberapa tahapan seperti menolak, marah, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan diri (Santrock, 2002). Seperti yang dijelaskan sebelumnya, bahwa pasien yang berhenti pada tahap depresi justru akan semakin memperburuk

kondisi pasien. Oleh karena itu, pasien perlu melalui tahap depresi dan mencapai tahap terakhir yaitu penerimaan diri.

Penerimaan diri merujuk pada kepuasan hidup dan kebahagiaan seseorang yang sangat penting bagi kesehatan mental yang baik (Shepard, 1979). Seseorang yang mampu menerima diri memahami betul kelebihan dan kelemahan dalam dirinya (Shepard, 1979). Dalam konteks penelitian ini, bagaimana pasien memahami kelebihan dan kelemahannya pasca amputasi dengan berbagai dampak yang ditimbulkan, dan tetap memiliki kepuasan dalam hidup untuk melanjutkan hidup dengan lebih positif. Kesehatan mental yang baik selanjutnya dapat berdampak juga pada kesehatan fisik yang baik (Ali dkk., 2009).

Pasien yang tidak menerima dirinya berasosiasi dengan depresi, tetapi sebaliknya pasien yang mampu menerima dirinya dapat mengurangi konsekuensi negatif seperti depresi yang justru akan berakibat buruk bagi kesehatan fisik maupun psikis pasien (Golden dkk., 2008 & Michalak dkk., 2011). Selain itu, harapannya setelah pasien menerima dirinya, pasien mampu merawat kesehatan lebih baik lagi agar menghindari kambuhnya luka atau mengurangi resiko reamputasi melalui perawatan yang tepat (Viswanathan dkk., 2010).

Proses adaptasi individu setelah diamputasi tersebut tidak lepas kaitannya dengan lingkungan sekitar pasien (Ligthelm & Wright, 2014). Penelitian Ligthelm & Wright (2014) menunjukkan bahwa proses penerimaan diri pasien setelah diamputasi berhubungan dengan dukungan dari lingkungan sekitar pasien. Penelitian sebelumnya pada laki-laki dewasa penyandang disabilitas fisik karena kecelakaan, memperkuat hasil bahwa penerimaan diri diperoleh atas dasar

dorongan internal dan eksternal (Purnaningtyas, nd). Dorongan internal yaitu adanya motivasi yang kuat dalam diri untuk menerima dirinya sendiri dengan kondisinya sekarang (Purnaningtyas, nd). Sedangkan dorongan eksternal yaitu dukungan dari lingkungan sekitar pasien (Purnaningtyas, nd). Dukungan atau bantuan bisa berasal dari orang lain seperti keluarga, teman, tetangga, teman kerja dan orang-orang lainnya.

Dukungan sosial merujuk pada menghibur, merawat, menghargai, atau menolong yang ditujukan pada seseorang dari orang lain atau grup (Uchino, 2004 dalam Sarafino, 2011). Lingkungan sekitar pasien seperti keluarga, teman, tetangga, teman kerja dan orang-orang di sekitar pasien dapat memberikan dukungan berupa dukungan emosional, instrumental, informasi, dan penilaian (Glanz, 2002).

Dukungan sosial dapat memberikan dampak positif bagi kesehatan pasien (Sarafino, 2011). Dukungan sosial dapat menjaga pasien untuk melawan efek negatif dari stress tinggi yang dihasilkan dari penyakit yang dialami oleh pasien (Sarafino, 2011). Selain itu, adanya lingkungan sekitar pasien yang mendukung pasien akan lebih memudahkan pasien untuk menerima kondisinya (Hurlock, 1974).

Dukungan sosial sangat penting bagi pasien dengan penyakit kronis karena dapat meningkatkan fungsi fisik dan emosi pasien (Taylor, 1999). Lingkungan sosial disekitar pasien dapat memberikan informasi mengenai bagaimana seseorang dapat menerima penyakitnya dan memberikan kesempatan kepada

mereka untuk menceritakan respon emosional mereka dalam menghadapi permasalahan tersebut (Taylor, 1999).

Akan tetapi, dukungan sosial tidak selalu dapat mengurangi stress yang muncul pada diri pasien dan berdampak pada kesehatan pasien. Hal ini tergantung bagaimana pasien mempersepsikan ketersediaan dukungan yang diberikan kepada pasien (Sarafino, 2011). Satu atau lebih dukungan yang diberikan dapat dipersepsikan berbeda oleh pasien yang menerima. Pasien mempersepsikan dukungan sebagai hal yang positif ketika ia merasa atau mempersepsikan dukungan sebagai hal yang membuatnya menjadi lebih nyaman, dirawat, dan ditolong (Sarafino, 2011). Sebaliknya, pasien dapat mempersepsikan dukungan sebagai hal yang negatif karena ia merasa tidak mampu menangani masalah sendiri hingga perlu diberi bantuan dari orang lain. Hal ini justru berdampak pada menurunnya *self-esteem* pada diri pasien (Sarafino, 2011).

Jenis dukungan yang diberikanpun terkadang tidak sesuai dengan dukungan yang dibutuhkan oleh pasien (Sarafino, 2011). Contohnya, ketika pasien membutuhkan dukungan instrumental tetapi yang ia terima dukungan emosional, pasien tersebut akan merasa bahwa dukungan yang diberikan tidak membantu dan tidak efektif. Sehingga pasien akan merasa tidak cukup dengan dukungan yang telah ia terima dari orang disekitarnya. Oleh karena itu, persepsi akan dukungan sosial merupakan prediktor yang lebih baik untuk kesehatan pasien daripada hanya sekedar menerima dukungan itu sendiri (Sarafino, 2011).

Penelitian sebelumnya mencoba menjelaskan hubungan dukungan sosial dengan penerimaan diri penderita gagal ginjal terminal di Yogyakarta, Indonesia,

yang menunjukkan korelasi yang positif (Kurniawan & Mulyati, 2012). Ligthelm & Wright (2014) dalam penelitiannya menambahkan bahwa dukungan dari *significant others* dan anggota keluarga sangat penting bagi proses penerimaan pasien setelah di amputasi. Dukungan sosial dapat membantu proses adaptasi individu setelah diamputasi (Ligthelm & Wright, 2014). Penelitian lainnya menunjukkan bahwa semakin tingginya persepsi dukungan sosial berhubungan dengan tingginya tingkat *well-being* pada dewasa dengan gangguan visual (Guerette & Smedema, 2011).

Berdasarkan fakta – fakta penelitian diatas, menunjukkan bahwa dukungan sosial dan persepsi terhadap dukungan sosial berhubungan dengan *well-being* seseorang dalam konteks penelitian ini yaitu penerimaan diri seseorang. Persepsi pasien terhadap dukungan sosial inilah yang digunakan peneliti untuk menyoroti penerimaan diri pasien penderita diabetes pasca amputasi. Bagaimana pasien diabetes pasca amputasi mempersepsikan dukungan yang diberikan oleh lingkungan disekitarnya? Apakah persepsi dukungan sosial tersebut berhubungan dengan penerimaan diri pasien penderita diabetes pasca amputasi atau tidak? Pertanyaan-pertanyaan inilah yang menarik peneliti dan akan dicoba untuk dijawab dalam penelitian ini.

1.2 Identifikasi Masalah

Diabetes mellitus merupakan penyakit tidak menular yang mengkhawatirkan masyarakat dunia termasuk Indonesia, jumlah penderitanya pun semakin meningkat setiap tahunnya di Indonesia (healthLiputan6, 2011).

Peningkatan prevalensi diabetes ini meramalkan peningkatan jumlah amputasi pada kaki bagian bawah sebagai salah satu bentuk komplikasi diabetes (Vamos dkk., 2010). Hal yang membedakan amputasi pada pasien diabetes dan non-diabetes yaitu adanya resiko reamputasi (Harian Nasional, 2013).

Kenyataan yang dihadapi pasien diabetes yang harus diamputasi memunculkan berbagai respon, Kubler-Ross dalam teorinya menyatakan bahwa seharusnya individu melalui beberapa tahap, salah satunya yaitu tahap depresi hingga akhirnya sampai pada tahap terakhir yaitu penerimaan diri (Santrock, 2002). Tahap dimana pasien memahami kelebihan dan kelemahannya pasca amputasi dengan berbagai dampak yang ditimbulkan, dan tetap memiliki kepuasan dalam hidup untuk melanjutkan hidup dengan lebih positif. Sehingga harapannya setelah pasien menerima dirinya, pasien mampu merawat kesehatan lebih baik lagi agar menghindari kambuhnya luka atau mengurangi resiko reamputasi melalui perawatan yang tepat (Viswanathan dkk., 2010). Akan tetapi pada faktanya, amputasi memunculkan simtom – simtom depresi yang justru dapat meningkatkan resiko komplikasi pada kaki bahkan dapat berujung pada kematian (Golden dkk., 2008 & Ismail dkk., 2007).

Dalam proses mencapai tahap akhir yaitu penerimaan diri, pasien dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu motivasi dalam diri pasien sendiri, sedangkan faktor eksternal yaitu dukungan dari lingkungan sekitar pasien (Purnaningtyas, nd). Dukungan sosial dapat menjaga pasien untuk melawan efek negatif dari stress tinggi yang dihasilkan dari penyakit yang dialami oleh pasien (Sarafino, 2011). Selain itu,

adanya lingkungan sekitar pasien yang mendukung pasien akan lebih memudahkan pasien untuk menerima kondisinya (Hurlock, 1974). Sebaliknya, jika dukungan sosial ini tidak ia peroleh maka beban yang dialami orang tersebut akan terasa lebih berat sehingga bisa memunculkan stres dan frustrasi saat menghadapi masa-masa sulitnya (Kurniawan & Mulyati, nd)

Akan tetapi dukungan sosial bukan menjadi prediktor terkuat untuk memprediksi kesehatan pasien, hal ini dipengaruhi oleh persepsi pasien akan dukungan yang diberikan (Sarafino, 2011). Satu atau lebih dukungan yang diberikan dapat dipersepsikan berbeda oleh pasien yang menerima. Hal ini tergantung dari bagaimana pasien mempersepsikan dukungan yang diberikan sebagai hal yang membantu atau justru hal yang menghambat diri pasien (Sarafino, 2011).

Berdasarkan teori penerimaan diri, seharusnya setiap individu mampu menerima diri dengan kondisi apapun, bagaimana individu tersebut memahami kelemahan dalam diri dan tetap melanjutkan hidup dengan lebih positif. Akan tetapi, kondisi pasca amputasi yang dialami oleh pasien penderita diabetes mellitus dapat memunculkan simtom – simtom depresi yang justru memperparah kondisi pasien. Apakah pasien diabetes mellitus pasca amputasi ini dapat sampai pada tahap penerimaan diri? Serta, apakah persepsi dukungan sosial berhubungan dengan proses penerimaan diri tersebut? Pertanyaan - pertanyaan inilah yang menarik peneliti untuk meneliti lebih lanjut apakah persepsi dukungan sosial berhubungan dengan penerimaan diri pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi.

1.3 Batasan Masalah

1. Diabetes mellitus kelompok penyakit yang digolongkan berdasarkan level gula darah yang tinggi yang dihasilkan karena kerusakan pengeluaran insulin, aksi insulin, atau keduanya (WHO, 2003). Kadar gula darah normal berkisar antara 3-6 mmol/L. Diagnosa diabetes dapat ditegakkan saat kadar gula darah meningkat (>7 mmol/L) dan menunjukkan setidaknya 2 gejala diabetes yang muncul (Dunning, 2003).
2. Amputasi didefinisikan sebagai pemotongan seluruh atau sebagian anggota badan, atau bagian dari anggota badan dengan tujuan untuk menyelamatkan hidup seseorang atau meningkatkan fungsi sisa bagian tubuh (Lemone & Burke, 2004 dalam Ligthelm, 2014). Pada penelitian ini peneliti membatasi amputasi hanya pada anggota tubuh bagian kaki, sehubungan dengan komplikasi diabetes yang umumnya terletak pada kaki.
3. Penerimaan diri merujuk pada bagaimana seseorang mengerti akan keadaan diri sendiri, realistis akan keadaan diri, subjektif akan pandangan terhadap dirinya, serta peduli dengan kekuatan dan kelemahan dalam dirinya (Shepard, 1979).
4. Dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai (Sarason dalam Smet, 1994).

5. Persepsi dukungan sosial merupakan proses penilaian dan pemaknaan terhadap perhatian, penghargaan, dan kasih sayang yang diterima oleh individu dari individu lain (Sarason, dkk, 1983).

1.4 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah persepsi dukungan sosial berhubungan dengan penerimaan diri pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi?

1.5 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah persepsi dukungan sosial berhubungan dengan penerimaan diri pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmiah bagi perkembangan ilmu psikologi, khususnya psikologi klinis terutama yang berhubungan dengan penerimaan diri dan dukungan sosial. Peneliti juga berharap penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan penelitian sejenis.

1.6.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien Penderita Diabetes Mellitus Pasca Amputasi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi mengenai pentingnya penerimaan diri pasien bagi kesehatan mereka. Harapannya setelah pasien menerima dirinya, pasien mampu merawat kesehatan lebih baik lagi agar menghindari kambuhnya luka atau mengurangi resiko reamputasi melalui perawatan yang tepat.

b. Bagi Lingkungan Sekitar Pasien Penderita Diabetes Mellitus Pasca Amputasi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada keluarga atau lingkungan sekitar pasien mengenai hubungan persepsi dukungan sosial dengan penerimaan diri pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi, sehingga mereka memahami pentingnya dukungan sosial bagi penerimaan diri pasien yang berimplikasi pada kesembuhan pasien itu sendiri. Peneliti berharap agar keluarga dan lingkungan sekitar pasien mengerti dan melakukan apa yang harus dilakukan untuk mendukung penerimaan diri pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi.

c. Bagi Rumah Sakit atau Klinik Perawatan Pasien Penderita Diabetes Mellitus Pasca Amputasi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi rumah sakit atau klinik perawatan pasien penderita diabetes mellitus pasca amputasi untuk melakukan intervensi melalui perawatan atau terapi yang tidak

mengesampingkan aspek penerimaan diri pasien karena akan berdampak pada kesehatan pasien itu sendiri, serta melibatkan seluruh anggota keluarga atau lingkungan sekitar pasien untuk turut aktif dalam perawatan atau terapi tersebut.