

**Pengaruh Emotional Support  
Terhadap *Health-Related Quality Of Life* (Hrql)  
Pada Wanita Penderita Diabetes Mellitus Tipe II**

Rofiqotul Izzah Nur Ilmiyah

*Mahasiswa Program Profesi Psikologi Universitas Airlangga*

*Jurnal SAGA vol 2 no 2 (Desember 2024)*

**ISSN: 3025-4752**

**PENDAHULUAN**

Diabetes mellitus didefinisikan sebagai ketidakmampuan tubuh dalam memproduksi insulin dan atau ketidakmampuan hormon insulin dalam memproses glukosa sehingga menyebabkan terjadinya penumpukan glukosa dalam darah (Brooks & Roxburgh, 1999).

Data WHO tahun 2000 menunjukkan bahwa Indonesia merupakan negara dengan penderita diabetes terbanyak keempat setelah India (31,7%), China (20,8%), dan Amerika Serikat (17,7%). WHO juga memprediksi bahwa akan ada peningkatan yang signifikan pada jumlah penderita diabetes mellitus tipe II di Indonesia. Hal ini didasarkan pada data tahun 2008 jumlah penderita diabetes mellitus mencapai 8,4 juta dan meningkat tajam mencapai 21,3 juta pada tahun 2010.

Berikut adalah tabel distribusi penyakit diabetes mellitus dan penyakit metabolik lainnya berdasarkan jumlah pasien yang rawat inap di rumah sakit tahun 2005 (Sam, 2007):

No	Penyakit	Jumlah Kasus	Jumlah Mati	CFR (%)
1.	<b>Diabetes Mellitus</b>	<b>42.000</b>	<b>3.316</b>	<b>7,9</b>
2.	Tiroktosis	913	67	7,3
3.	Gangguan kelenjar tyroid lainnya	4.065	148	3,6
4.	Penyakit endokrin dan metabolik lainnya	9.912	823	8,3

Tabel 1. Sumber : Statistik RS.Indonesia Edisi Tahun 2005, Ditjen Yanmed Depkes RI.

Diabetes mellitus tipe II adalah penyakit yang disebabkan oleh ketidakmampuan insulin dalam memproses glukosa menjadi glikogen. Diabetes mellitus tipe II termasuk penyakit kronis yang biasanya terjadi pada orang dewasa berusia 40-an, menderita obesitas (kegemukan) dan kurang aktif beraktivitas. Jumlah penderita diabetes mellitus tipe II meningkat tajam seiring dengan perubahan zaman dari agraris menuju industri. Hal ini diyakini sebagai faktor yang merubah gaya hidup dan sosial ekonomi masyarakat (Sam, 2007). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 (“Wew! Penderita diabetes”, 2012), menyatakan bahwa terdapat tiga daerah di Indonesia yang memiliki tingkat prevalensi diabetes diatas 1,5% yaitu Aceh, Jawa Timur dan Sulawesi Utara. Tingginya angka prevalensi tersebut dipengaruhi oleh gaya hidup masyarakat seperti banyak mengkonsumsi makanan tidak sehat seperti gorengan, makanan cepat saji atau makanan lain yang kadar gulanya tinggi.

Pada awalnya banyak penderita diabetes mellitus tidak sadar bahwa mereka menderita diabetes. Gejala diabetes mellitus sangat bervariasi dan dapat timbul secara perlahan-lahan, sehingga pasien tidak menyadari akan adanya perubahan seperti minum yang menjadi lebih banyak, sering buang air kecil ataupun berat badan yang menurun (Sam, 2007). Penyakit ini biasanya telah ada 5-7 tahun sebelum pasien mendapat diagnosa diabetes mellitus. Bahkan, sekitar 50% dari pasien diabetes mellitus yang baru mengetahui dirinya mengidap penyakit tersebut setelah mengalami satu atau lebih komplikasi (Patel, 2003).

Beberapa komplikasi yang sering terjadi pada penderita DM tipe II adalah *retinopathy* yang dapat menyebabkan kebutaan, *nephropathy* yang dapat menyebabkan gagal ginjal, dan *peripheral neuropathy* yang pada akhirnya akan menyebabkan kaki penderita diamputasi. Selain itu, penderita juga beresiko tinggi mengalami komplikasi penyakit lain seperti hipertensi, jantung koroner, stroke, disfungsi erektil, disabilitas, serta kematian. Resiko ini meningkat seiring dengan usia, kegemukan, riwayat diabetes keluarga, dan berkurangnya aktivitas fisik (Patel, 2003; Sam, 2007).

### ***HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE***

Komplikasi tersebut memiliki konsekuensi serius terhadap kesehatan dan hidup penderita. Mengingat resiko yang akan terjadi di atas, maka penderita DM II harus melakukan *treatment* dan pengobatan sepanjang hidup mereka. Termasuk diantaranya adalah minum obat secara teratur, melakukan latihan fisik secara rutin, diet, dan pengecekan gula darah (Brooks & Roxburgh, 1999). Bagi banyak pasien, pengobatan sepanjang hayat ini akan memberatkan dan menyebabkan mereka frustrasi bahkan kelelahan. Sebuah penelitian menyatakan bahwa pasien dengan riwayat penyakit kronis memiliki pengalaman yang berat dan akan menyebabkan efek negatif bagi kehidupan mereka sehari-hari, termasuk terhadap pekerjaan, aktivitas sosial, dan hubungan personal (Goldring, dkk., 2002). Lebih jauh lagi, sebuah penelitian menyatakan bahwa hubungan sosial penderita DM II bisa terganggu dan proses adaptasi terhadap penyakit ini dipenuhi oleh stres emosional yang disertai dengan respon emosi negatif seperti marah, menyerah, isolasi diri, pesimis, dan penyangkalan (Yalcin dkk, 2008). Akumulasi dari penyakit kronis dan *treatment* ini dapat mempengaruhi dan mengancam kebebasan (*independence*) dan kualitas hidup (QoL) penderita DM II (Coffey, dkk., 2002; Warner, dkk., 2010).

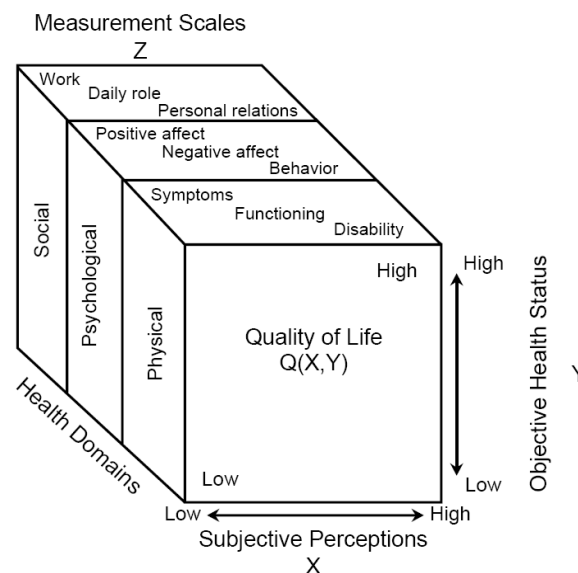
Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain. Kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan, nilai dan pengharapan seseorang (Silitonga, 2007).

Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan diyakini dapat ditingkatkan melalui pemberian dukungan sosial pada penderita penyakit kronis (Ritchie, 2001; Goldring, dkk., 2002; Tang, dkk., 2008; Warner, dkk., 2010; Barger, 2012). Beberapa penelitian menyatakan bahwa kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan memiliki hubungan yang positif dengan dukungan sosial (*social support*). Penelitian mengenai efek dukungan sosial pada penderita penyakit kronis menunjukkan pengaruh positif yaitu pada penyakit usus besar (Goldring, dkk., 2002), pada penderita kanker (Ritchie, 2001) pada pasien diabetes tipe II di Amerika (Tang, dkk., 2008), pada pasien stroke (Barger, 2012) dan pada *multiple illness* (Warner, dkk., 2010). Dukungan sosial ini terdiri atas *emotional support* yang meliputi ungkapan sayang, penerimaan, dan persetujuan; *instrumental support* meliputi bantuan dalam *self-management* pasien, dan dukungan finansial untuk pengobatan diabetes; *informational support* meliputi pemberian edukasi, nasihat, dan informasi; dan *affirmational support* dalam rangka menguatkan usaha dan perilaku *self-care* pasien diabetes (Tang, dkk., 2008).

Keyes (2002) menyatakan bahwa *emotional support* merupakan fungsi utama dari *social support* dan sangat dibutuhkan. *Emotional support* berkaitan dengan ekspresi, sikap, dan perilaku yang ditunjukkan secara interpersonal dalam bentuk emosi yang positif. Contoh dari *emotional support* adalah memberikan senyuman, pelukan, pegangan tangan, dan tepukan atau gosokan pada tangan dan punggung untuk memberikan nasehat, dorongan, dan hiburan. Dalam sebuah penelitian (Stroebe & Stroebe, 1996 dalam Keyes, 2002), *emotional support* memiliki hubungan yang positif dengan meningkatnya *subjective well-being* dan berkurangnya gejala sakit mental.

Suami, sebagai orang yang dianggap terdekat dengan wanita penderita DM II, diharapkan dapat memberikan *emotional support* yang efektif kepada istrinya. Ko & Lewis (2011) menyatakan bahwa dalam hubungan pernikahan, pertukaran dukungan antara suami dan istri secara langsung dapat mempengaruhi kesehatan dan juga dapat menjadi penyangga dalam melawan sumber-sumber stres yang berasal dari luar hubungan pernikahan.

Menurut Guyatt dan Jaescke yang dikutip Silitonga (2007), kualitas hidup (QoL) dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (HRQoL) semua domain akan diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan (aksis X) dan persepsi sehat yang lebih subyektif (aksis Y). Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang sesungguhnya (Gambar 1). Suatu instrument pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.



Gambar.1. Skema pengukuran kualitas hidup

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronis. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Salah satu contoh instrumen umum adalah the *Sickness Impact Profile (SIP)*, the *Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36)*.

Sedangkan instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contohnya adalah “The Washington Psychosocial Seizure Inventory” (WPSI), ”The Liverpool Group”, “The Epilepsy Surgery Inventory”(ESI-55), *The MOS (SF - 36)* merupakan salah satu contoh instrumen pengukuran kualitas hidup yang dipakai secara luas untuk berbagai macam penyakit, merupakan suatu isian berisi 36 pertanyaan yang disusun untuk melakukan survey terhadap status kesehatan yang dikembangkan oleh para peneliti dari Santa Monica, terbagi dalam 8 bidang, yaitu:

1. Pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada.
2. Pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi.
3. Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik.
4. Nyeri seluruh badan.
5. Kesehatan mental secara umum.
6. Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi.
7. Vitalitas hidup.
8. Pandangan kesehatan secara umum

## **EMOTIONAL SUPPORT**

*Emotional support* merupakan bagian dari *social support*. *Social support* ini terdiri atas *emotional support* yang meliputi ungkapan sayang, penerimaan, dan persetujuan; *instrumental support* meliputi bantuan dalam *self-management* pasien, dan dukungan finansial untuk pengobatan diabetes; *informational support* meliputi pemberian edukasi, nasihat, dan informasi; dan *affirmational support* dalam rangka menguatkan usaha dan perilaku *self-care* pasien diabetes (Tang, dkk., 2008).

Pengukuran *Emotional support* akan menggunakan skala sikap. Hal yang akan diungkap adalah “seberapa seringkah penderita DM II mendapatkan ungkapan sayang, penerimaan, dan persetujuan dari suami penderita. Hal ini dapat ditunjukkan dengan suami memberikan senyuman, pelukan, pegangan tangan, dan tepukan atau gosokan pada tangan dan punggung untuk memberikan nasehat, dorongan, dan hiburan kepada istri penderita DM II.

Beberapa penelitian menyatakan bahwa kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan berhubungan positif dengan dukungan sosial (*social support*). Penelitian mengenai efek dukungan sosial pada penderita penyakit kronis menunjukkan pengaruh positif yaitu pada penyakit usus besar (Goldring, dkk., 2002), pada penderita kanker (Ritchie, 2001) pada pasien diabetes tipe II di Amerika (Tang, dkk., 2008), pada pasien stroke (Barger, 2012) dan pada *multiple illness* (Warner, dkk., 2010). Dukungan sosial ini terdiri atas *emotional support* yang meliputi ungkapan sayang, penerimaan, dan persetujuan; *instrumental support* meliputi bantuan dalam *self-management* pasien, dan dukungan finansial untuk pengobatan diabetes; *informational support* meliputi pemberian edukasi, nasihat, dan informasi; dan *affirmational support* dalam rangka menguatkan usaha dan perilaku *self-care* pasien diabetes (Tang, dkk., 2008).

#### DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 1992. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rieneka Cipta.
- Azwar, S. (2003). *Reliabilitas dan validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Barger, S. D. (2012). Perceived emotional support and frequent social contacts are associated with greater knowledge of stroke warning signs: evidence from two cross-sectional us population surveys. *Journal of Health Psychology*, 17: 169. DOI: 10.1177/1359105311412837
- Brooks, R. J., & Roxburgh, S. (1999). Gender differences in the effect of the subjective experience of diabetes and sense of control on distress. *Health (London)* 3: 399. DOI: 10.1177/136345939900300404.
- Coffey, J. T., Brandle, M., Zhou, H., Marriott, D., Burke, R., Tabael, B. P., Engelgau, M. M., Kaplan, R. M., & Herman, W. H. (2002). Valuing health-related quality of life in diabetes. *Diabetes Care*, 25, 12; 2238. ProQuest Agriculture Journals.
- Goldring, A. B., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Anton, P. A. (2002). Impact of health beliefs, quality of life, and the physician-patient relationship on the treatment intentions of inflammatory bowel disease patients. *Health Psychology*, 21, 3; 219-228.
- Hadi, S. (1996). *Dasar Metode Research*. Yogyakarta: Andi Offset.

- Keyes, C. L. M. (2002). The exchange of emotional support with age and its relationship with emotional well-being by age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* Vol. 57B, No. 6, P518–P525
- Ko, L. K., & Lewis, M. A. (2011). The role of giving and receiving emotional support in depressive symptomatology among older couples: An application of the actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28: 83.
- Larasati, T. (2009). Jurnal kualitas hidup pada wanita yang sudah memasuki masa *menopause*. Diakses dari [http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2009/Artikel\\_10504128.pdf](http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2009/Artikel_10504128.pdf) pada tanggal 2 April 2012.
- Patel, A. (2003). *Diabetes in focus (2nd ed.)*. London: Pharmaceutical Press.
- Penyakit tidak menular (PTM) penyebab kematian terbanyak di Indonesia. (2011, 18 Agustus). *Depkes* [on-line]. Diakses pada tanggal 09 Mei 2012 dari <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1637-penyakit-tidak-menular-ptm-penyebab-kematian-terbanyak-di-indonesia.html>
- Ritchie, M. A. (2001). Sources of emotional support for adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 18: 105. DOI: 10.1177/104345420101800303.
- Sam, A. D. P. (2007, 10 Desember). Epidemiologi, program penanggulangan, dan isu mutakhir diabetes mellitus. New paradigm for public health [on-line]. Diakses pada tanggal 08 Mei 2012 dari <http://ridwanamiruddin.com/2007/12/10/epidemiologi-dm-dan-isu-mutakhirnya/>
- Sarafino, E. P. (1994). *Health psychology: biopsychosocial interaction*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Silitonga, R. (2007). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita penyakit parkinson di poliklinik saraf RS dr. Kariadi. *Tesis*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Soegiarto, D. S., & Oetomo. (2001). *Metode penelitian survei*. Jakarta: PT. Pustaka LP3S.
- Tang, T. S., Brown M. B., Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (2008). Social support, quality of life, and self-care behaviors among african americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34: 266 DOI:10.1177/0145721708315680.
- Warner, L. M., Schüz, B., Wurm, S., Ziegelmann, J. P., & Tesch-Römer, C. (2010). Giving and taking --differential effects of providing, receiving and anticipating emotional



support on quality of life in adults with multiple illnesses. *Journal Health Psychology*, 15: 660. Wew! Penderita diabetes di Indonesia melonjak pesat. (2012, 08 Mei). *Republika* [on-line]. Diakses pada tanggal 08 Mei 2012 dari <http://www.republika.co.id/berita/nasional/umum/11/06/08/1mh6cj-wew-penderita-diabetes-di-indonesia-melonjak-pesat>

Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Ozcelik, M., & Igde, F. A. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 34: 1013. DOI: 10.1177/0145721708327303.