



**HUBUNGAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
MEKANISME KOPING PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN
JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Auliya Hidayati
NIM 132310101001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**HUBUNGAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
MEKANISME KOPING PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN
JEMBER**

SKRIPSI

disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Auliya Hidayati
NIM 132310101001**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

SKRIPSI

**HUBUNGAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
MEKANISME KOPING PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN
JEMBER**

oleh

**Auliya Hidayati
NIM 132310101001**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Nur Widayati, MN

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M.Kep.,Sp.Kep.MB

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Aji Subarno, Ibunda Endang Astutik, Kakakku Zefri Eka Setiaji, Adikku Septia Lailatul Nur Azizah, dan Tante Anni Rahmawati yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat selama ini;
2. Almamater TK Nurul Anshar, SDN 2 Patokan, SMPN 1 Situbondo, dan SMAN 1 Situbondo, serta seluruh Bapak/Ibu guru;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh Bapak/Ibu dosen yang telah memberikan bimbingan selama ini;
4. Partner skripsiku Siti Aisyah Dwi Asri, Rofidatul Inayah, dan Mukhlis Nur Rahman yang selalu membantu, mendukung, dan mendoakan hingga skripsi ini selesai;
5. Teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember angkatan 2013 yang telah banyak memberikan saran, bantuan, dan semangatnya.

MOTO

“sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap”

(Terjemahan Surat Al Insyirah: 6-8)^{*)}

“dan bahwa manusia hanya memperoleh apa yang telah diusahakannya, dan sesungguhnya usahanya kelak akan diperlihatkan (kepadanya)”

(Terjemahan Surat An Najm: 39-40)^{*)}

^{*)}Departemen Agama Republik Indonesia. 2008. *Al-Quran dan Terjemahnya*. Bandung: CV. Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Auliya Hidayati

NIM : 132310101001

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” yang saya tulis adalah benar-benar hasil karya saya sendiri serta bukan karya jiplakan, kecuali dalam pengutipan substansi sumbernya saya tulis, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2017
Yang menyatakan,

Auliya Hidayati
NIM 132310101001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” karya Auliya Hidayati telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Kamis, 15 Juni 2017

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Dosen Pembimbing Utama



Ns. Nur Widayati, MN
NIP. 19810610 200604 2 001

Dosen Pembimbing Anggota



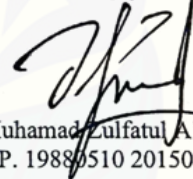
Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji I



Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep., Sp.Kep.J
NIP. 19811028 200604 2 002

Penguji II



Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep
NIP. 19880510 201504 1 002

Mengesahkan

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Nur Sulistyorini, M.Kes
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (*Correlation between Health Locus of Control and Coping Mechanism in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the area of Public Health Center of Patrang Jember*)

Auliya Hidayati

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Patients with type 2 diabetes mellitus experience many changes in life habits including blood glucose controlling, physical activity, medicine consumption, and diet which must be done routinely. This condition can lead to negative psychological reaction such a stress. People deal with stress differently depending on their coping mechanism. One of factors affecting coping mechanism is Health Locus Of Control (HLC). The purpose of this study was to determine the correlation between Internal Health Locus of Control (IHLC), Powerful Others Health Locus of Control (PHLC), and Chance Health Locus of Control (CHLC) with coping mechanism in patients with type 2 diabetes mellitus. This study was correlational research with cross sectional approach. A total of 84 respondents were enrolled in this study by using consecutive sampling technique. The independent variable was health locus of control and the dependent variable was coping mechanism. Data collection was performed by administering questionnaires of Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLCS) and Cope Inventory. Data were analyzed by spearman test with significance level of 0.05. The result showed that PHLC had the highest score of mean value (26.95) compared to IHLC (25.55) and CHLC (19.25). The mean value of coping mechanism was 76.55. There was significant positive correlation between IHLC and coping mechanism (p value = 0.001; r = 0.581), significant negative correlation between PHLC and coping mechanism (p value = 0.049; r = -0.215), and significant negative correlation between CHLC and coping mechanism (p value = 0.002; r = -0.336). This study suggests the importance of assessing health locus of control to improve coping mechanism in patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: *Type 2 Diabetes Mellitus, health locus of control, coping mechanism*

RINGKASAN

Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember: Auliya Hidayati, 132310101001; 2017; xix+161 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Pasien dengan diabetes tipe 2 mengalami banyak perubahan dalam kebiasaan hidup seperti kontrol gula darah, aktivitas fisik, konsumsi obat, dan diet yang harus dilakukan secara rutin. Kondisi ini dapat mengarah pada reaksi psikologis yang negatif seperti stres. Setiap orang yang menghadapi stres tergantung pada mekanisme koping yang dimiliki. Salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping adalah *health locus of control*. *Health locus of control* adalah keyakinan seseorang dalam mengontrol kondisi kesehatan yang dicapai saat ini, kemungkinan didapatkan hasil dari pengalaman masa lalu yang ditentukan dari tindakannya sendiri (*internal*) atau dari kekuatan luar (*powerful others* atau *chance*) yang mengontrol kesehatannya.

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisa hubungan *internal health locus of control*, *powerful others health locus of control*, dan *chance health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Desain penelitian yang digunakan yaitu penelitian korelasional dengan metode pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. Sampel penelitian sebanyak 84 orang dengan menggunakan perhitungan aplikasi G*Power 3. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS) untuk mengukur *health locus of control* dan kuesioner *Cope Inventory* untuk mengukur mekanisme koping. Teknik analisa data yang digunakan pada penelitian ini yaitu *spearman test*.

Pada penelitian ini didapatkan nilai rerata HLC tertinggi pada dimensi PHLC yaitu 26,95, dilanjutkan nilai rerata IHLC yaitu 25,55 dan nilai rerata CHLC yaitu 19,25. Nilai rerata mekanisme koping didapatkan 76,55. Hasil uji statistik

menggunakan *spearman test* menunjukkan adanya hubungan signifikan dan berkorelasi positif antara *internal health locus of control* dengan mekanisme koping dengan kekuatan korelasi sedang (*p value* = 0,001 dan *r* = 0,581), adanya hubungan signifikan dan berkorelasi negatif antara *powerful others health locus of control* dengan mekanisme koping dengan kekuatan korelasi diabaikan (*p value* = 0,049 dan *r* = -0,215), dan adanya hubungan signifikan dan berkorelasi negatif antara *chance health locus of control* dengan mekanisme koping dengan kekuatan korelasi lemah (*p value* = 0,002 dan *r* = -0,336). Seseorang harus memiliki keyakinan terhadap sumber kontrol kesehatannya agar dapat meningkatkan mekanisme koping pada pasien DM. Penelitian ini mengindikasikan pentingnya peran perawat dalam mengkaji *health locus of control* pada pasien DM tipe 2 yang selanjutnya dapat diberikan edukasi terkait *health locus of control* sesuai dengan dimensi *health locus of control* tertinggi yang dimiliki, sehingga dapat meningkatkan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.” Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Nur Widayati, MN., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Mulia Hakam, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep.,Sp.Kep.J., selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Muhamad Zulfatul A'la, M.Kep., selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;

6. Murtaqib, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di PSIK Universitas Jember;
7. Pihak Puskesmas Patrang yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian;
8. Pihak Puskesmas Jember Kidul yang telah memberikan izin untuk melaksanakan uji validitas dan reliabilitas;
9. Pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian;
10. Teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember angkatan 2013 yang selalu memberikan dukungan;
11. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan proposal skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan untuk penyempurnaan proposal skripsi ini. Akhir kata, semoga proposal skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	8
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan	8
1.4.3 Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan	8
1.4.4 Manfaat Bagi Profesi Keperawatan.....	8
1.4.5 Manfaat Bagi Masyarakat dan Responden	9
1.5 Keaslian Penelitian	9

BAB 2. TINJAUAN TEORI	11
2.1 Konsep Diabetes Melitus	11
2.1.1 Definisi Diabetes Melitus	11
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus	11
2.1.3 Etiologi Diabetes Melitus	13
2.1.4 Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 2	16
2.1.5 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus	17
2.1.6 Diagnosis Diabetes Melitus	18
2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus	19
2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus	21
2.2 Konsep <i>Health Locus of Control</i>	24
2.2.1 Definisi <i>Health Locus of Control</i>	24
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi <i>Health Locus of Control</i>	25
2.2.3 Proses Perkembangan <i>Health Locus of Control</i>	28
2.2.4 Dimensi <i>Health Locus of Control</i>	29
2.2.5 Pengukuran <i>Health Locus of Control</i>	30
2.3 Konsep Koping	33
2.3.1 Definisi Koping	33
2.3.2 Klasifikasi Koping	34
2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping	39
2.3.4 Penilaian Mekanisme Koping	42
2.4 Hubungan <i>Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2	43
2.5 Kerangka Teori	47
BAB 3. KERANGKA KONSEP	48
3.1 Kerangka Konsep	48
3.2 Hipotesis Penelitian	49
BAB 4. METODE PENELITIAN	50
4.1 Desain Penelitian	50
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	50
4.2.1 Populasi Penelitian	50

4.2.2 Sampel Penelitian	51
4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian.....	52
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	54
4.4 Definisi Operasional	54
4.5 Pengumpulan Data	57
4.5.1 Sumber Data	57
4.5.2 Teknik Pengumpulan Data	57
4.5.3 Alat Pengumpulan Data.....	59
4.5.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	62
4.6 Pengolahan Data	63
4.6.1 <i>Editing</i>	63
4.6.2 <i>Coding</i>	64
4.6.3 <i>Processing/Endtry</i>	65
4.6.4 <i>Cleaning</i>	65
4.7 Analisa Data	66
4.8 Etika Penelitian	68
4.8.1 Lembar Persetujuan.....	68
4.8.2 Kerahasiaan	68
4.8.3 Keadilan.....	69
4.8.4 Kemanfaatan.....	69
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	70
5.1 Hasil Penelitian	71
5.1.1 Karakteristik Responden	71
5.1.2 <i>Health Locus of Control</i>	72
5.1.3 Mekanisme Koping	73
5.1.4 Hubungan <i>Internal Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping	74
5.1.5 Hubungan <i>Powerful Others Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping	75
5.1.6 Hubungan <i>Chance Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping	76

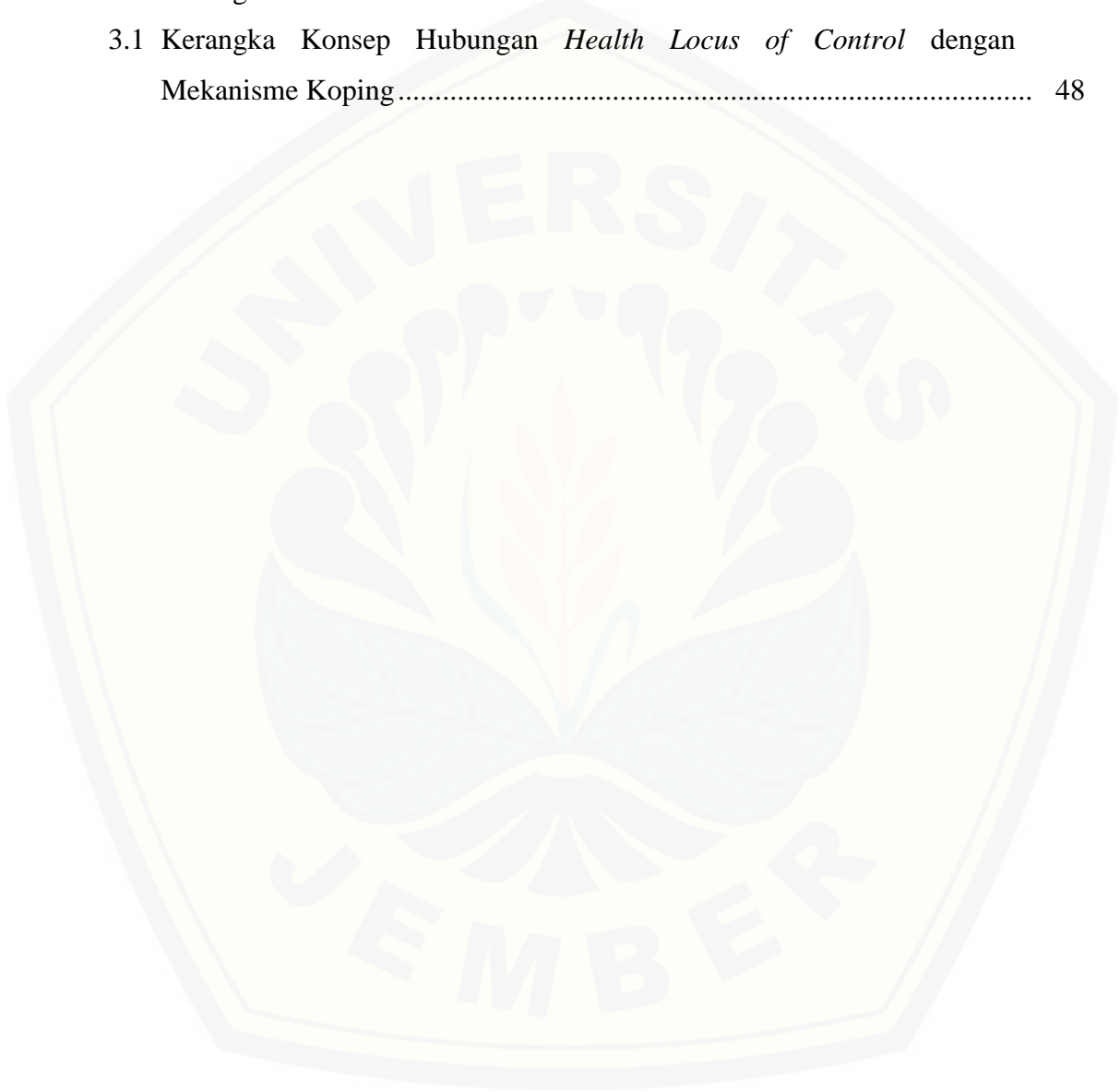
5.2 Pembahasan.....	77
5.2.1 Karakteristik Responden	77
5.2.2 <i>Health Locus of Control</i> pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	86
5.2.3 Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	90
5.2.4 Hubungan <i>Internal Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	93
5.2.5 Hubungan <i>Powerful Others Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	96
5.2.6 Hubungan <i>Chance Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	98
5.3 Keterbatasan Penelitian	100
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
6.1 Kesimpulan.....	101
6.2 Saran	102
DAFTAR PUSTAKA	104
LAMPIRAN.....	120

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Perbedaan Penelitian	10
4.1 Definisi Operasional	55
4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner Form C <i>Health Locus of Control</i>	60
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner <i>Cope Inventory</i>	62
4.4 Hasil uji normalitas pada variabel <i>health locus of control</i> dan mekanisme koping	67
4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi	67
5.1 Distribusi Responden Menurut Usia dan Lama DM pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	71
5.2 Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin, Status Menikah, Tingkat Pendidikan, dan Pekerjaan pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	72
5.3 Nilai Rerata <i>Health Locus of Control</i> pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	73
5.4 Nilai Rerata Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	73
5.5 Nilai Rerata Indikator Mekanisme Koping pada Pasien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	74
5.6 Hasil Analisis Hubungan <i>Internal Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	74
5.7 Hasil Analisis Hubungan <i>Powerful Others Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	75
5.8 Hasil Analisis Hubungan <i>Chance Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	76

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	47
3.1 Kerangka Konsep Hubungan <i>Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping	48



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	121
B. Lembar <i>Consent</i>	122
C. Alokasi Waktu Penelitian	123
D. Kuesioner Demografi	124
E. Kuesioner <i>Multidimensial Health Locus of Control</i>	125
F. Kuesioner <i>Cope Inventory</i>	127
G. <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	129
H. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	130
I. Analisa Data	131
J. Dokumentasi	140
K. Lembar Surat Ijin	141
L. Lembar Konsul DPU dan DPA	156

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Majunya perkembangan zaman dan teknologi pada saat ini diikuti dengan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas penyakit tidak menular atau penyakit degeneratif baik secara global, regional, nasional, dan lokal (Kemenkes RI, 2011). Penyakit degeneratif adalah penyakit yang bersifat tidak menular, kronis, timbul karena semakin menurunnya kondisi dan fungsi organ tubuh (Handajani *et al.*, 2010). Penyakit degeneratif di Indonesia menjadi tantangan dalam bidang pembangunan kesehatan yang harus dihadapi, karena penyakit degeneratif merupakan penyebab kematian terbanyak di Indonesia. Salah satu penyakit degeneratif yang dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas adalah diabetes melitus (Kemenkes RI, 2011). Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Gustaviani dalam Harijanto, 2006).

Jumlah penyandang DM di dunia pada tahun 2014 adalah 387 juta dengan prevalensi 8,32% dan 4,9 juta meninggal akibat DM. Jumlah penyandang DM diperkirakan akan meningkat pada tahun 2035 menjadi 592 juta. Indonesia memiliki angka kejadian DM urutan ke-5 di dunia setelah Cina, India, Brazil, dan Amerika (*International Diabetes Federation [IDF]*, 2014). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Indonesia mengalami peningkatan prevalensi DM dari 1,1% pada tahun 2007 menjadi 2,1% pada tahun 2013 (Kemenkes RI, 2014).

Provinsi Jawa Timur menduduki urutan ke-9 dengan prevalensi DM diatas prevalensi nasional yaitu sebesar 2,5% (Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, jumlah penderita DM tipe 2 di wilayah puskesmas Kabupaten Jember pada tahun 2015 sebanyak 11.012 kunjungan. Pada bulan Januari sampai bulan November 2016 tercatat sebanyak 9.982 kunjungan. Puskesmas Patrang berada pada urutan ketujuh dengan jumlah kunjungan pasien DM sebanyak 386 orang. Berdasarkan data Puskesmas Patrang mulai 1 Januari 2016 sampai 25 Januari 2017 didapatkan jumlah pasien DM tipe 2 sebanyak 255 orang yang melakukan kunjungan ke Puskesmas Patrang sebanyak 415 kunjungan.

Hasil studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Patrang dengan melakukan wawancara terhadap 10 pasien DM tipe 2 didapatkan 5 orang mengatakan bahwa kondisi kesehatan mereka akan memburuk jika tidak dibantu oleh keluarga dalam mengontrol kesehatannya. Dari 5 orang tersebut, 4 diantaranya mengatakan bahwa merasa putus asa dengan penyakit diabetesnya dan sering menceritakan kekhawatirannya kepada keluarga atau orang yang berada di sekitarnya, sedangkan satu orang lainnya mengatakan bahwa tidak putus asa dan mengharapkan adanya bantuan dari orang lain untuk kesembuhannya. Empat orang mengatakan bahwa penyakit yang dialami saat ini dikarenakan dari kesalahan diri sendiri yang dahulunya tidak dapat menjaga kesehatan. Empat orang tersebut sering berkonsultasi dan mencari pengobatan DM, sering melakukan aktivitas, serta mencari hiburan seperti menonton Televisi. Sementara itu, satu orang pasien mengatakan bahwa kondisi kesehatan yang dialami saat ini

dikarenakan nasib dan pemberian dari Tuhan, serta beranggapan bahwa dia akan sembuh, sakit, atau semakin memburuk karena memang sudah waktunya meskipun ada bantuan dari keluarganya. Pasien tersebut juga merasa putus asa akan penyakit diabetes melitusnya dan mengatakan bahwa hidupnya akan segera berakhir karena DM.

Diabetes melitus dapat menjadi serius dan menyebabkan kondisi kronik yang membahayakan apabila tidak diobati. Hiperglikemi dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti Ketoasidosis Diabetik (KAD) dan keadaan hiperglikemi dalam jangka waktu yang lama berkontribusi terhadap komplikasi kronik pada kardiovaskuler, ginjal, penyakit mata, dan neuropatik. Diabetes melitus juga berhubungan dengan peningkatan kejadian penyakit makrovaskuler seperti stroke (Smeltzer dan Bare, 2008). Hal ini akan memberikan perubahan terhadap kualitas hidup pasien (WHO, 2006). Perubahan hidup tersebut membuat pasien DM menunjukkan reaksi psikologis yang negatif seperti stres, cemas, marah, dan merasa tidak berguna (Maghfirah *et al.*, 2015). Seseorang dalam menghadapi stres tergantung pada koping yang dimiliki (Snyder, 1999).

Koping adalah respon tubuh untuk mengurangi beban emosional, fisik, dan psikologis dalam aktivitas sehari-hari (Snyder, 1999). Koping yang efektif adalah koping yang sesuai dengan masalah, situasi, dan stres yang dihadapi (Friedman, 2010). Jika seseorang tidak dapat menggunakan mekanisme koping dan gagal dalam beradaptasi terhadap masalah dan keadaan yang dihadapi maka akan mengalami penyakit fisik dan mental (Rasmun, 2004). Hasil penelitian Hidayat tahun 2013 didapatkan pasien DM yang memiliki koping tidak efektif

sebesar 46,5% dan koping efektif sebesar 53,5%. Penelitian yang dilakukan Taluta tahun 2014 menunjukkan pasien DM tipe 2 memiliki mekanisme koping maladaptif sebesar 37,5% dan mekanisme koping adaptif sebesar 62,5%. Penelitian oleh Nadziroh tahun 2016 menunjukkan pasien DM tipe 2 di Poli Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang memiliki koping adaptif sebanyak 75% dan koping maladaptif sebanyak 25%.

Lazarus (1993) menyebutkan salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping pada pasien DM adalah keyakinan (*locus of control*). *Locus of control* adalah konsep yang menggambarkan persepsi seseorang tentang tanggung jawab atas kejadian-kejadian dalam kehidupannya (Larsen dan Buss, 2010). *Health Locus of Control* (HLC) merupakan kemampuan untuk mengontrol kesehatannya, membuat keputusan tentang pengobatan, dan mematuhi perencanaan yang telah dibuat (Thomas *et al.*, 2004). *Health locus of control* internal merupakan keyakinan seseorang bahwa kesehatan merupakan konsekuensi dari perbuatan yang telah dilakukan sedangkan *health locus of control* eksternal merupakan keyakinan bahwa kesehatan berada di bawah kontrol orang lain (*powerful others*) atau ditentukan oleh nasib (*chance*) (Wallston *et al.*, 1978).

Penelitian pada pasien DM tipe 2 oleh Nawafa'h dan Mansour (2015) menggunakan MHLCS Form C didapatkan nilai rata-rata skor tertinggi berada pada subskala *powerful others health locus of control* sebesar 30,9 yang menunjukkan pasien percaya bahwa hasil kesehatan mereka tergantung pada orang lain daripada diri mereka sendiri atau karena keberuntungan, sedangkan

nilai rata-rata skor *internal health locus of control* yaitu 27,2 dan *chance health locus of control* yaitu 18,6. Penelitian Abredari dkk. (2015) menggunakan MHLCS menunjukkan bahwa 20% pasien ulkus memiliki *internal health locus of control*, yang berarti bahwa 20% dari mereka mengetahui kesehatan mereka sebagai akibat dari perilaku dan kepercayaan dalam mengontrol kesehatannya sendiri, sedangkan yang memiliki *powerful others health locus of control* sebesar 36% yang berarti bahwa kesehatan mereka merupakan tanggung jawab dari tenaga kesehatan profesional, keluarga, dan lingkungan sosial dan 34% seseorang memiliki *chance health locus of control* yang berarti bahwa kesehatan mereka sebagai akibat dari keberuntungan dan penyakit mereka sebagai akibat dari nasib buruk.

Pada penelitian Brosschot, Gebhardt, dan Godaert (1993) menunjukkan bahwa masing-masing strategi koping dan skala *Internal Health Locus of Control* (I) memiliki korelasi yang positif terhadap koping aktif ($r = 0,38$), skala *Powerful Others Health Locus of Control* (P) memiliki korelasi negatif ($r = -0,30$), dan skala *Chance Health Locus of Control* (C) hanya berkorelasi lemah ($r = -0,18$) dengan strategi koping. Koping aktif yaitu proses pengambilan langkah aktif yang ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan stresor atau memperbaiki akibatnya, misalnya pada penyakit kronis seperti DM adalah melakukan pengobatan dan perencanaan diet yang sesuai (Carver *et al*, 1989). Penelitian oleh Parkes (1986) dalam Zaidner dan Endler (1996) juga mengindikasikan bahwa *internal locus of control* memiliki hubungan dengan respon koping yang lebih adaptif. Zaidner dan Endler (1996) menyimpulkan bahwa *powerful others* dan

chance locus of control memiliki kaitan dengan respon koping yang lebih maladaptif.

Penelitian Stricklan (1978) dalam Lazarus dan Folkman (1984) mengindikasikan bahwa orang yang percaya hasil akhir itu tergantung pada perilaku mereka sendiri memiliki koping berbeda dengan masalah kesehatan daripada orang yang melihat hasil akhir sebagai hasil dari keberuntungan, kemungkinan, takdir, atau kekuatan yang diluar kendali mereka. Individu dengan *internal locus of control* lebih mungkin untuk mengumpulkan informasi tentang penyakit dan pemeliharaan kesehatan ketika tersadar terhadap bahaya yang mungkin muncul, seperti mengambil tindakan untuk meningkatkan kebiasaan kesehatan. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti bermaksud melakukan penelitian tentang hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Penelitian

Apakah terdapat hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi *health locus of control* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan *Internal Health Locus of Control* (IHLC) dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
- e. Menganalisis hubungan *Powerful Other Health Locus of Control* (PHLC) dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
- f. Menganalisis hubungan *Chance Health Locus of Control* (CHLC) dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta pengalaman peneliti tentang hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan

Manfaat penelitian bagi institusi pendidikan adalah untuk menambah informasi dan sebagai tambahan referensi serta pengembangan penelitian dalam proses pembelajaran mengenai hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

1.4.3 Manfaat bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi instansi pelayanan kesehatan sebagai sumber referensi dan bahan pertimbangan dalam peningkatan derajat kesehatan melalui *health locus of control* dan mekanisme koping.

1.4.4 Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi sumber informasi dan acuan dalam peningkatan perawatan pada pasien DM tipe 2.

1.4.5 Manfaat bagi Masyarakat dan Responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi masyarakat khususnya responden yaitu menambah informasi mengenai hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Nadziroh pada tahun 2016 yang berjudul “Hubungan Efikasi Diri dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang.” Tujuan penelitian tersebut adalah untuk mengidentifikasi hubungan efikasi diri dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang. Desain penelitian tersebut adalah penelitian korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel yang digunakan sebanyak 36 orang dengan metode *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner efikasi diri yaitu *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES) dan kuesioner mekanisme koping yaitu *cope inventory*. Analisa data pada penelitian tersebut menggunakan *spearman test*.

Penelitian sekarang yang akan dilakukan oleh peneliti adalah tentang “Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.” Penelitian ini menggunakan desain penelitian korelasional dengan pendekatan *cross sectional* yaitu mencari hubungan antara *health locus of control* dengan mekanisme koping pasien diabetes melitus tipe 2. Penelitian ini bertujuan

untuk menganalisis hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pasien diabetes melitus tipe 2. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *non probability sampling* dengan *consecutive sampling*. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS) dan kuesioner *Cope Inventory*. Teknik analisa data yang dilakukan dengan analisa bivariat dengan *spearman test*.

Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian

No.	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1.	Judul Penelitian	Hubungan Efikasi Diri dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang	Hubungan <i>Health Locus of Control</i> dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
2.	Peneliti	Umi Nadziroh	Auliya Hidayati
3.	Tahun Penelitian	2016	2017
4.	Variabel Independen	Efikasi Diri	<i>Health Locus of Control</i>
5.	Variabel Dependen	Mekanisme Koping	Mekanisme Koping
6.	Tempat Penelitian	Poli Penyakit Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang	Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
7.	Instrumen Penelitian	<i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i> (DMSES) dan <i>Cope Inventory</i>	Kuesioner karakteristik demografi, <i>Multidimensional Health Locus of Control Scale Form C</i> dan <i>Cope Inventory</i>
8.	Teknik Analisa Data	<i>Spearman test</i>	<i>Spearman test</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Gustaviani dalam Harijanto, 2006). Diabetes melitus merupakan keadaan yang ditandai dengan adanya kenaikan kadar glukosa darah (hiperglikemia) disertai dengan kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah (Mansjoer *et al.*, 2000). Diabetes melitus juga berhubungan dengan peningkatan kejadian penyakit makrovaskuler seperti stroke (Smeltzer dan Bare, 2008). Penderita diabetes beresiko mengalami kerusakan mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati, dan neuropati. Hal ini akan memberikan efek terhadap kualitas hidup pasien (WHO, 2006).

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

American Diabetic Association (ADA) tahun 2014 mengklasifikasikan diabetes melitus menjadi 4, yaitu:

a. Tipe I: *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM)

Diabetes melitus tipe 1 merupakan kondisi tidak terkontrolnya gula di dalam tubuh karena kerusakan sel β pankreas sehingga mengakibatkan berkurangnya

produksi insulin sepenuhnya. Manifestasi klinik dari diabetes tipe ini adalah ketoasidosis (ADA, 2014).

b. Tipe II: *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM)

Diabetes melitus tipe 2 merupakan kondisi saat gula darah dalam tubuh tidak terkontrol akibat gangguan sensitivitas sel β pankreas untuk menghasilkan hormon insulin yang berperan sebagai pengontrol kadar gula darah dalam tubuh. Pada diabetes tipe ini terjadi hiperinsulinemia sehingga insulin tidak dapat membawa glukosa masuk ke dalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang mengakibatkan turunnya kemampuan insulin untuk pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan menghambat produksi glukosa oleh hati (ADA, 2014).

c. Diabetes Tipe Lain

Diabetes tipe ini merupakan kategori penyakit diabetes dengan komplikasi lain yang merupakan manifestasi dari diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2. Komplikasi-komplikasi diabetes melitus secara umum dapat dibagi menjadi dua yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi vaskular jangka panjang (ADA, 2014).

d. Diabetes Gestasional

Gestational Diabetes Mellitus (GDM) adalah intoleransi glukosa yang dimulai sejak kehamilan. Gejala utamanya adalah poliuri (banyak kencing), polidipsi (banyak minum), dan poliphagi (banyak makan). Jika seorang wanita mengalami kehamilan maka membutuhkan lebih banyak insulin untuk mempertahankan metabolisme karbohidrat yang normal. Diabetes gestasional

terjadi selama masa kehamilan dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan epada trimester pertama dan ketiga (ADA, 2014).

2.1.3 Etiologi Diabetes Melitus

Etiologi diabetes melitus secara umum menurut Riyadi dan Sukarmin (2008) , yaitu:

a. Kelainan Genetik

Diabetes melitus dapat menurun dari keluarga atau pasien diabetes melitus, hal ini diakibatkan karena pada pasien diabetes melitus akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait penurunan produksi insulin.

b. Usia

Manusia mengalami penurunan fungsi fisiologis setelah usia 40 tahun. Penurunan fungsi tersebut akan berpengaruh terhadap fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

c. Stres

Stres akan meningkatkan kerja metabolisme dan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi akan menyebabkan pankreas mudah rusak yang akan berdampak pada penurunan insulin.

d. Obesitas

Obesitas akan mengakibatkan sel-sel β pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap produksi insulin. Hipertropi pankreas tersebut

diakibatkan oleh peningkatan beban metabolisme glukosa pada pasien obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

e. Pola Makan

Pola makan yang tidak teratur juga akan berperan pada kestabilan kerja sel β pankreas. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas dapat meningkatkan resistensi insulin.

f. Infeksi

Bakteri atau virus yang masuk ke pankreas akan merusak sel-sel β pankreas sehingga berakibat pada penurunan fungsi pankreas. Selain itu, infeksi juga dapat disebabkan oleh faktor lain, yaitu:

- 1) Kelainan sel β pankreas, yaitu hilangnya sel β sampai kegagalan sel β melepas insulin.
- 2) Faktor lingkungan yang mengubah sel β antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, diet dimana karbohidrat dan gula diproses secara berlebihan, kelebihan berat badan, dan kehamilan.
- 3) Gangguan sistem imun. Sistem yang dilakukan oleh autoimun yang diikuti dengan pembentukan sel-sel antibodi anti-pankreatik sehingga mengakibatkan kerusakan sel-sel penyekresi insulin dan kemudian meningkatkan kepekaan sel β terhadap virus.
- 4) Kelainan insulin. Pada pasien dengan obesitas akan terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat berkurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membran sel yang responsif terhadap insulin.

g. Riwayat Melahirkan

Riwayat melahirkan bayi dengan berat badan bayi melebihi 4000 gram atau memiliki riwayat diabetes melitus gestasional (DMG). Selain itu juga riwayat melahirkan bayi dengan berat badan bayi yang rendah yaitu 2,5 kg. Bayi yang dilahirkan dengan BB rendah berisiko terkena diabetes melitus dibandingkan dengan bayi lahir dengan berat badan yang normal.

Pada DM tipe 2 terjadi resistensi insulin dan kegagalan pada sel β pankreas. Keadaan resistensi insulin merupakan suatu keadaan dimana insulin mengalami penurunan kemampuan untuk merangsang jaringan perifer mengambil glukosa sehingga keadaan ini dapat menghambat produksi glukosa (Mansjoer *et al.*, 2000). Resistensi insulin pada DM tipe 2 terjadi akibat reseptor yang berikatan dengan insulin tidak sensitif. Insulin pada diabetes tipe ini mengalami kekurangan karena sel β pankreas tidak mampu mensekresikan insulin sesuai kebutuhan (PERKENI, 2011).

Price dan Wilson, 2005 menyatakan bahwa faktor risiko diabetes melitus dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

a. Tidak dapat Dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah ras dan etnik, umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan diabetes melitus, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram, dan riwayat lahir dengan berat badan lahir rendah kurang dari 2500 gram.

b. Dapat Dimodifikasi

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi erat kaitannya dengan perilaku hidup yang kurang sehat yaitu berat badan lebih, obesitas abdominal atau sentral, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dyslipidemia, diet tidak sehat atau tidak seimbang, riwayat Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Gula Darah Puasa terganggu (GDP terganggu), dan merokok.

2.1.4 Patofisiologi DM Tipe 2

Resistensi insulin dan gangguan sekresi hormon insulin pada pasien DM tipe 2 menjadi masalah utama (Smeltzer dan Bare, 2001). Pasien DM tipe 2 yang mengalami resistensi insulin disebabkan karena fungsi fisiologis insulin untuk berikatan dengan reseptor mengalami gangguan sehingga mengakibatkan jumlah glukosa di dalam sel untuk proses metabolisme menjadi berkurang (Price dan Wilson, 2005). Stimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan yang tidak efektif pada pasien DM tipe 2 terjadi karena intrasel yang menurun. Peningkatan sekresi insulin dibutuhkan untuk mengatasi masalah resistensi insulin, sehingga pembentukan glukosa dalam darah dapat dicegah. Glukosa tidak dapat dimetabolisme dalam sel karena insulin yang dibutuhkan tidak mampu dikompensasi sehingga kadar glukosa darah pada pasien DM tipe 2 meningkat (Smeltzer dan Bare, 2001).

Kebutuhan jaringan terhadap glukosa semakin meningkat karena sel tidak mampu memetabolisme glukosa sehingga dilakukan mekanisme kompensasi dengan dilakukan glukoneogenesis yaitu pemecahan lemak dan protein menjadi

glukosa (Smeltzer dan Bare, 2001). Produk sampingan yang dihasilkan oleh proses glukoneogenesis adalah lemak dan protein yang berupa asam lemak dan badan keton. Selain itu juga akan terjadi penyempitan pembuluh darah yang diakibatkan oleh rusaknya sel endotel pembuluh darah karena kadar glukosa darah yang tidak terkontrol. Berkurangnya suplai darah ke jaringan dan terjadinya penyempitan pembuluh darah menyebabkan jaringan mengalami iskemik dan nekrosis yang akan memicu terjadinya komplikasi (Tambayong, 2000).

2.1.5 Manifestasi Klinis DM Tipe 2

Manifestasi klinis diabetes melitus tipe 2 menurut Price dan Wilson (2005) dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

a. Manifestasi Klinis Akut

1) Poliuria

Keadaan sebagai akibat dari kegagalan ginjal yang tidak mampu menyerap semua glukosa karena tingginya konsentrasi gula dalam darah sehingga pengeluaran urin yang bercampur glukosa meningkat.

2) Polidipsi

Peningkatan rasa haus karena meningkatnya volume urin yang sangat besar dan dehidrasi sel.

3) Polifagia

Terjadinya peningkatan rasa lapar yang diakibatkan oleh defisiensi insulin mengganggu metabolisme protein dan lemak sehingga penurunan berat badan dapat terjadi.

b. Manifestasi Klinis Kronik

Manifestasi klinis kronis terjadi setelah beberapa bulan atau tahun setelah mengidap DM, yaitu merasakan kesemutan yang disertai kram, pasien merasa seperti berjalan di atas bantal atau kasur karena kulit kaki terasa tebal, sering mengantuk, penglihatan mulai kabur, gigi mudah goyah dan lepas. Pada laki-laki dan terjadi impotensi sedangkan pada ibu hamil sering mengalami keguguran janin atau melahirkan bayi dengan berat badan > 4 kg (Misnadiarly, 2006).

2.1.6 Diagnosis Diabetes Melitus

Intoleransi glukosa yang berjalan lambat dan progresif menyebabkan DM tipe 2 sangat sulit untuk dideteksi sejak awal (Smeltzer dan Bare, 2001).

Diagnosis DM tipe 2 menurut PERKENI (2011) dapat ditegakkan, jika:

- a. Terdapat manifestasi klinis yang khas seperti poliuria, polidipsi, polifagia, serta penurunan berat badan yang drastis dan hasil pemeriksaan glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl;
- b. Pemeriksaan glukosa plasma puasa (GDP) > 126 mg/dl disertai dengan keluhan klasik;
- c. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dilakukan pada glukosa plasma 2 jam setelah beban antara 140-199 mg/dl termasuk kelompok Toleransi Glukosa Terganggu (TGT). Jika hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa diperoleh nilai antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO gula darah 2 jam < 140 mg/dl

maka keadaan tersebut termasuk dalam kelompok Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT).

2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus

Komplikasi diabetes melitus menurut Price dan Wilson (2005) dibedakan menjadi dua, yaitu:

a. Komplikasi Akut

1) Hiperglikemia

Terjadi karena adanya kalori yang masuk berlebihan yang ditandai dengan kesadaran yang menurun dan dehidrasi.

2) Hipoglikemia

Komplikasi metabolik yang sering terjadi sebagai komplikasi dari terapi insulin ditandai dengan berkeringat akibat pelepasan epinefrin, gemetar, sakit kepala, dan palpitasi.

3) Ketoasidosis Diabetik (KAD)

KAD adalah keadaan dimana kadar insulin sangat menurun sehingga pasien akan mengalami hiperglikemia dan glukosuria berat, lipogenesis menurun, lipolisis meningkat dan peningkatan oksidasi asam lemak bebas disertai pembentukan benda keton (asetoasetat, hidroksibutirat, dan aseton). Pasien juga dapat mengalami hipotensi dan syok karena glukosuria dan ketonuria.

b. Komplikasi Kronis

1) Komplikasi makrovaskuler (*Macroangiopathy*)

Berbagai penyakit makrovaskuler dapat terjadi disebabkan oleh arteroklerosis pembuluh darah besar dan sedang, karena kekurangan insulin sehingga lemak diubah menjadi glukosa untuk energi. Oklusi vaskuler dari arteroklerosis dapat menyebabkan penyakit arteri koroner, penyakit vaskular perifer, dan penyakit vaskular serebral. Pasien DM dengan kelainan makrovaskuler dapat memberikan gejala pada tungkai bawah baik berupa ulkus maupun gangren diabetik.

2) Komplikasi Mikrovaskuler (*Microangiopathy*)

a) Neuropati diabetik

Neuropati diabetik yang sering terjadi adalah neuropati perifer yang terjadi pada saraf perifer atau saraf tepi, yang biasanya mengenai anggota gerak bawah seperti kaki dan juga tungkai bawah (Tandra, 2007). Gejala yang muncul seperti kesemutan, rasa tebal pada kaki, dan nyeri hebat pada malam hari (Suzzana, 2014).

b) Retinopati diabetik

Diabetes juga dapat merusak mata dan menjadi penyebab utama kebutaan, tiga penyakit utama pada mata akibat diabetes yaitu retinopati, katarak, dan glaukoma.

c) Nefropati diabetik

Pasien DM dengan komplikasi nefropati diabetik dapat menunjukkan gambaran gagal ginjal menahun seperti lemas, mual, pucat, sampai keluhan sesak nafas akibat penimbunan cairan (Suzzana, 2014).

2.1.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Penatalaksanaan pada pasien DM menurut PERKENI (2011) terdiri dari empat pilar, yaitu:

a. Edukasi

Edukasi yang dilakukan secara komprehensif dan diikuti dengan upaya peningkatan motivasi pada pasien DM dapat memberikan perubahan perilaku pada pasien DM. Beberapa pengetahuan perlu diberikan kepada pasien DM seperti pemantauan glukosa darah secara mandiri, mengenali tanda dan gejala hipoglikemia serta cara mengatasinya, setelah mendapatkan pelatihan khusus maka pasien juga dapat melakukan KGD secara mandiri. Macam-macam edukasi yang dapat diberikan seperti pentingnya aktivitas fisik, pentingnya kontrol glukosa darah, bagaimana konsumsi obat, dan perlunya diet tinggi lemak (PERKENI, 2011).

b. Terapi Nutrisi Medis

Terapi Nutrisi Medis (TNM) diberikan oleh tim dokter, perawat, ahli gizi, serta pasien dan keluarganya. Pola makan yang dianjurkan pada program ini sama seperti pada umumnya yaitu dengan mengonsumsi makanan yang sesuai dan seimbang dengan kebutuhan kalori dan zat-zat yang dibutuhkan. Makanan

yang dianjurkan terdiri dari 45%-65% karbohidrat, 20%-25% lemak, 10%-20% protein natrium < 3g, serta diet cukup serat yaitu 25g/hari (PERKENI, 2011).

c. Intervensi Farmakologis

Intervensi farmakologis berupa pemberian obat hipoglikemik oral (OHO) dan atau suntikan insulin (PERKENI, 2011)

d. Monitoring Keton dan Gula Darah

Program ini dapat mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemia sehingga risiko komplikasi DM dapat diturunkan (Smeltzer *et al.*, 2008).

American Association of Diabetes Education (AADE) tahun 2014 menyebutkan bahwa pasien DM juga memerlukan perawatan diri yang merupakan kerangka untuk pasien diabetes yang berpusat pada *Diabetes Self-Management Education* (DSME) dan perawatan. Terdapat tujuh perilaku perawatan diri yang efektif dalam pengelolaan diri diabetes, yaitu:

a. Makan Sehat (*Healthy Eating*)

Makan sehat mengacu pada berbagai makanan untuk diet seimbang dan termasuk didalamnya makanan yang sehat, pemilihan makanan yang tepat, ukuran porsi yang ideal, dan frekuensi makan (AADE, 2014)

b. Menjadi Aktif (*Being Active*)

Being active yang dimaksudkan adalah aktif melakukan kegiatan aktivitas fisik seperti latihan-latihan dan olahraga. Menjadi lebih aktif dengan melakukan aktivitas fisik dapat menurunkan berat badan, membakar kalori, memperkuat otot-otot dan tulang, menurunkan kadar gula darah, menurunkan kadar

kolesterol, mempertahankan tekanan darah, mengurangi stres, dan merubah mood menjadi lebih baik (AADE, 2014).

c. Pemantauan (*Monitoring*)

Pemantauan gula darah tergantung pada jenis diabetes yang dimiliki. Pemantauan gula darah dapat dilakukan beberapa kali dalam seminggu atau tiga kali sehari dan membutuhkan dua jam setelah makan untuk memantau tingkat gula darah. Kadar gula darah akan naik dan turun pada siang hari tergantung pada seberapa banyak melakukan aktivitas fisik dan makan (AADE, 2014).

d. Penggunaan Obat (*Taking Medications*)

Diabetes yang tidak tertangani dapat meningkatkan risiko komplikasi, seperti masalah jantung atau ginjal sehingga diperlukan penggunaan obat yang tepat pada pasien DM dalam menurunkan kadar gula darah (AADE, 2014).

e. Kemampuan Memecahkan Masalah (*Problem Solving*)

Beberapa kemampuan memecahkan masalah bagi pasien diabetes adalah belajar bagaimana mengenali dan bereaksi terhadap kadar gula darah yang tinggi atau rendah dan cara mengelola saat sakit. *Problem solving* dapat membantu pasien DM tipe 2 dalam mempersiapkan hal yang tidak terduga dan mampu merencanakan masalah yang serupa di masa mendatang (AADE, 2014).

f. Koping yang Sehat (*Healthy Coping*)

Diabetes Melitus dapat mempengaruhi kesehatan secara fisik dan emosional. Hidup dengan diabetes dapat membuat merasa kecil hati, stres bahkan depresi.

Metode coping sehat yang dapat digunakan dalam mengatasi hal tersebut yaitu dapat mengikuti kegiatan olahraga, keagamaan, meditasi, dan hobi (AADE, 2014).

g. Pengurangan Risiko (*Reducing Risks*)

Pengenalan risiko diabetes sejak awal dapat membantu pasien DM tipe 2 dalam mencegah komplikasi yang dapat terjadi kapan saja. Pengurangan risiko komplikasi dapat dilakukan dengan mempertahankan gula darah dalam batas normal, pemeriksaan kolesterol dan tekanan darah, menghindari rokok, melakukan pemeriksaan atau kontrol kesehatan ke dokter, mengunjungi dokter gigi, dan melakukan perawatan kaki (AADE, 2014).

2.2 Health Locus of Control

2.2.1 Definisi *Health Locus of Control*

Locus of control adalah sebuah konsep yang menggambarkan persepsi seseorang tentang tanggung jawab atas kejadian-kejadian dalam kehidupannya (Larsen dan Buss, 2010). *Locus of control* mengacu pada kondisi-kondisi dimana individu mengatribusikan kesuksesan dan kegagalan. Ketika seseorang mempersepsikan *locus of control* tersebut berada dalam dirinya maka akan menghasilkan pencapaian yang lebih besar dalam hidupnya karena potensi tersebut dapat dimanfaatkan untuk menjadi lebih kreatif dan produktif (Forte, 2005). *Locus of control* merupakan salah satu kepribadian yang didefinisikan sebagai keyakinan individu terhadap mampu atau tidaknya mengontrol nasib sendiri. Individu yang memiliki keyakinan bahwa peristiwa dalam hidupnya

berada dibawah kontrol dirinya dikatakan sebagai individu yang memiliki *internal locus of control*, sedangkan individu yang memiliki keyakinan bahwa lingkunganlah yang memiliki kontrol terhadap peristiwa atau nasib yang terjadi dalam kehidupannya dikatakan individu tersebut memiliki *external locus of control* (Suls dan Wallston, 2003: 469).

Health locus of control merupakan *locus of control* pada kesehatan. Keyakinan individu dalam persepsi terhadap sumber-sumber penyebab peristiwa-peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan (Yanggah, 2003 dalam Pratita, 2012). *Health locus of control* merupakan derajat yang digunakan untuk mengevaluasi apakah seorang individu menganggap kesehatan dapat atau tidak dapat dikontrol oleh dirinya sendiri atau mempercayai bahwa ada faktor dari luar yang mempengaruhi kesehatan individu tersebut. Internal merupakan keyakinan seseorang bahwa kesehatan merupakan konsekuensi dari perbuatan yang telah dilakukan sedangkan eksternal merupakan keyakinan bahwa kesehatan berada di bawah kontrol orang lain atau ditentukan oleh nasib (Wallston *et al.*, 1978).

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Health Locus of Control*

Teori *locus of control* menjelaskan mengenai pusat kendali dan pusat pengarahan dari setiap perilakunya. *Locus of control* mengacu kepada sejauh mana seseorang merasakan akibat dari perilakunya sendiri. Seseorang yang merasakan kejadian-kejadian, baik yang positif maupun negatif, sebagai akibat dari tindakannya sendiri disebut dengan *internal locus of control*. Sebaliknya apabila dilakukan akibat tekanan dari luar dirinya, seperti nasib, kesempatan, atau

akibat dari perbuatan orang lain disebut *external locus of control* (Tim Pengembang Ilmu Pendidikan, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan *internal-external locus of control* yaitu:

a. Usia

Locus of control terbentuk sejak masa kanak-kanak. Penelitian telah menunjukkan bahwa upaya untuk mengontrol lingkungan eksternal kita mulai pada masa bayi, menjadi lebih jelas antara usia 8 sampai 14 (Schultz dan Schultz, 2005). Menurut Rotter dan para ahli menemukan bahwa usia mempengaruhi *locus of control* yang dimiliki individu. Ditunjukkan dengan *locus of control* internal akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Schultz dan Schultz, 2005). Hal ini berkaitan dengan tingkat kematangan berpikir dan kemampuan mengambil keputusan (Allen, 2003: 291).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga berpengaruh terhadap *health locus of control* yang dibuktikan pada penelitian oleh Thomas, Kamalanabhan, dan Vasanthi (2004) menyatakan bahwa penderita diabetes perempuan menunjukkan nilai yang lebih tinggi di semua parameter daripada pria. Hal ini dikarenakan pria dan wanita merespon secara berbeda terhadap item tes tertentu (Schultz dan Schultz, 2005: 434).

c. Kebudayaan

Menurut Rothbaum, Weiz, dan Snyder (1982) dalam Safitri (2013), kebudayaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi *locus of*

control, seperti pada budaya barat dan timur. Secara umum, orang Asia terbukti lebih berorientasi eksternal daripada orang Amerika, hal ini didapatkan dari sebuah temuan yang dijelaskan dalam hal kepercayaan budaya. Budaya Amerika lebih ke arah kemandirian dan individualis sedangkan budaya Asia menekankan ketergantungan masyarakat dan saling ketergantungan (Schultz dan Schultz, 2005: 434).

d. Stimulus

Jika kekurangan stimulasi dari lingkungan maka hal ini dapat menyebabkan seseorang mengalami deprivasi persepsual (tidak memperoleh stimulasi yang memadai) (Monks, 1982 dalam Safitri, 2013).

e. Respon

Memberikan respon dan reaksi pada saat-saat yang tepat terhadap tingkah laku dapat memberikan pengaruh yang penting terhadap rasa diri. Aspek ini sangat berpengaruh dalam pembentukan *locus of control* internal atau eksternal, karena ketika lingkungan selalu merespon perilaku maka seseorang akan merasa bahwa dirinyalah yang menguasai *reinforcement* (Monks 1982 dalam Safitri, 2013).

f. Latar belakang dan lingkungan keluarga

Latar belakang dan lingkungan keluarga juga berperan dalam pembentukan *locus of control*. Pola asuh orang tua yang tidak otoriter, suportif, disiplin, dan menekankan *reinforcement* positif memungkinkan anak untuk membentuk *locus of control* internal pada dirinya (Schultz dan Schultz, 2005).

- g. Riwayat penyakit juga mempengaruhi keyakinan, pengalaman negatif seperti kendali yang rendah (Septiady dkk., 2015).

2.2.3 Proses Perkembangan *Health Locus of Control*

Berdasarkan teori pembelajaran sosial Rotter mengembangkan *locus of control* terdiri dari skala penilaian internal-eksternal. Konsep *health locus of control* merupakan bagian dari teori *social learning* oleh J. Rotter yang menyangkut kepribadian dan mewakili harapan umum mengenai faktor-faktor yang menentukan keberhasilan maupun kegagalan terhadap kehidupan seseorang (Pervin, 1984 dalam Smet, 1994;181). Teori belajar sosial memberikan pengaruh dalam kesehatan. Melalui proses belajar, setiap individu akan mengembangkan keyakinan bahwa hasil yang didapatkan merupakan tindakan dari dirinya atau dari luar dirinya (Rotter, 1966). Menurut Wallston, Wallston, Kaplan dan Maides (1978) mengakui bahwa ada kesulitan dalam memprediksi perilaku kesehatan khusus dari tindakan harapan umum (*expectancy*) seperti pada skala I-E Rotter. Sehingga para ahli menemukan melalui pengamatan kelas untuk pasien diabetes yang baru terdiagnosis. Didapatkan hasil bahwa keluarga dan staf medis terus menekankan pentingnya peran aktif pasien dalam perawatan kesehatan. Para profesional mencoba agar pasien mengadopsi *internal locus of control*. Hal ini mendorong minat pengembang untuk menghubungkan *locus of control* dengan perawatan kesehatan.

2.2.4 Dimensi *Health Locus of Control*

Locus of control telah digunakan untuk menyelidiki perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Wallston dan Wallston, 1978). Menurut Rotter (1966) menjelaskan *locus of control* sebagai variabel stabil yang memiliki dua dimensi yaitu:

a. *Locus of Control* Internal

Keyakinan bahwa keberhasilan yang diraih sebanding dengan usaha yang dilakukan dan sebagian besar didapatkan dari control diri. Individu dengan kecenderungan *locus of control* internal percaya bahwa kejadian yang dialami akibat dari perilaku dan tindakannya sendiri, memiliki kendali yang baik terhadap perilakunya sendiri, cenderung dapat mempengaruhi orang lain, aktif mencari informasi dan pengetahuan terkait situasi yang dihadapi.

b. *Locus of Control* Eksternal

Keyakinan bahwa tindakan mereka memiliki sedikit dampak bagi keberhasilan ataupun kegagalan mereka dan sedikit dari mereka yang dapat merubahnya. Individu dengan *locus of control* eksternal meyakini bahwa kekuasaan orang lain, takdir, dan kesempatan merupakan faktor utama yang mengendalikan perilakunya sendiri, cenderung dipengaruhi oleh orang lain, seringkali tidak yakin bahwa usaha yang dilakukannya dapat berhasil, dan kurang aktif dalam mencari informasi dan pengetahuan terkait situasi yang dihadapi.

Menurut Levenson (1981) dalam Safitri (2013), mengelompokkan *locus of control* menjadi: a) *locus of control* internal: *internality*. b) *locus of control* eksternal: *powerful Others* (P) dan *Chance* (C). Menurut Levenson, individu yang

berorientasi *locus of control* internal lebih yakin bahwa peristiwa yang dialami dalam kehidupan mereka terutama ditentukan oleh kemampuan dan usahanya sendiri. Individu yang berorientasi pada *locus of control* eksternal dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu *powerful others* dan *chance*. Individu dengan orientasi *powerful others* meyakini bahwa kehidupan mereka ditentukan oleh orang-orang yang lebih berkuasa yang ada disekitarnya, sedangkan mereka yang berorientasi *chance* meyakini bahwa kehidupan dan kejadian yang dialami sebagian besar ditentukan oleh takdir, nasib, keberuntungan dan kesempatan.

2.2.5 Pengukuran *Health Locus of Control*

Rotter mengembangkan skala 23 item untuk menilai apakah seseorang memiliki kecenderungan untuk berpikir bahwa situasi dan peristiwa yang terjadi berada di bawah kendali mereka sendiri atau di bawah kendali pengaruh eksternal. Skala ini adalah paradigma seseorang untuk memilih antara interpretasi internal atau eksternal. Skala Rotter dirancang untuk menilai situasi yang lebih umum, tidak seperti banyak skala yang dikembangkan kemudian. Skala ini tidak dirancang untuk menyelidiki domain tertentu (misalnya domain akademik, domain kesehatan, dll). Rotter percaya bahwa *locus of control* bisa bervariasi berdasarkan keadaan dan merasa bahwa orang-orang bisa berkecenderungan menuju internalisasi atau eksternalitas sebagai ciri kepribadian (Rotter, 1966). Oleh karena itu, Wallston, Wallston, dan DeVellis pada tahun 1978 mengembangkan *Multidimensional Health Locus of Control Scale* yang menjelaskan bahwa skala yang dibuat dapat mengukur tingkat seseorang dalam

mempersiapkan dirinya dalam tiga subskala yaitu *internal*, *powerful others*, dan *chance* (peluang atau keberuntungan) sebagai faktor yang memegang kontrol atas kesehatannya (Norman *et al.*, 1988). Menurut Wallston, Wallston, dan DeVellis (1978) menjelaskan bahwa tiga subskala dari *Multidimensional Health Locus of Control Scale* sebagai berikut:

a. *Internal Health Locus of Control*

Internal health locus of control merupakan keyakinan bahwa status kesehatan individu dipengaruhi oleh pilihan dan perilaku mereka sendiri. Seseorang dengan *internal health locus of control* memiliki keyakinan bahwa kesehatan tergantung pada dirinya sendiri. Apabila individu jatuh sakit, maka akan menyalahkan dirinya sendiri karena tidak menjaga kesehatan serta berusaha untuk kembali sembuh. Individu yang bertipe ini cenderung akan memiliki pola hidup sehat, seperti mengatur pola makan, rutin memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan, rutin berolahraga karena menganggap kesehatan merupakan hal utama dan hanya ia yang dapat menjaganya.

b. *Powerful Others Health Locus of Control*

Powerful others health locus of control merupakan keyakinan bahwa status kesehatan tergantung pada kompetensi dokter, perilaku anggota keluarga, dan teman. Seseorang yang bertipe ini cenderung bergantung pada orang lain. Apabila jatuh sakit, maka akan menyalahkan orang lain atas penyakitnya. Sementara orang lain (keluarga, teman, dan orang terdekat) belum tentu mengerti mengenai kondisi yang terjadi pada dirinya dan hal yang dibutuhkannya. Misalnya apabila penyakitnya tidak segera sembuh, maka akan

menyalahkan dokter yang tidak benar dalam memberikan obat, padahal yang terjadi akibat dari ketidakteraturan dalam meminum obat.

c. *Chance Health Locus of Control*

Chance health locus of control merupakan keyakinan bahwa status kesehatan dipengaruhi oleh nasib, keberuntungan, dan antara individu maupun dokter memiliki banyak pengaruh. Apabila jatuh sakit, maka akan berpikir bahwa memang waktunya untuk sakit. Seseorang yang bertipe ini cenderung acuh tak acuh dalam memperhatikan kesehatan, dan berpasrah diri, sehingga menyebabkan gaya hidup yang tidak sehat dan melakukan sesuka hatinya.

Multidimensional Health Locus Of Control Scale (MHLC) dirancang dengan 18 item pernyataan pada setiap form yaitu form A, B, dan C. MHLC Scale menggunakan skala likert yang mewakili tingkat pendapat partisipan dari 1= sangat tidak setuju sampai dengan 6= sangat setuju. Pada setiap form telah menilai masing-masing dimensi yaitu *internal health locus of control* dan *external health locus of control* (*powerful others* dan *chance*). Form A lebih ditujukan untuk digunakan pada responden sehat, form B lebih ditujukan untuk digunakan pada pasien sakit, sedangkan form C dirancang untuk kondisi khusus (kronis). Jadi, dengan mengganti kata “kondisi” di setiap item. Form C dapat diubah menjadi ukuran *locus of control* seseorang mengenai kondisi medis tertentu, seperti diabetes, arthritis, kanker, infeksi HIV, dll. Pada form C, dimensi eksternal dibagi menjadi dua dimensi independen yaitu dokter dan orang lain (Ayers *et al.*, 2007).

Hasil validitas dan reliabilitas yaitu nilai *Alpha Cronbach* berkisar 0,60-0,75 dan dilakukan *test-retest* dengan koefisien stabilitas mulai 0,60-0,70. Perkiraan reliabilitas bervariasi dan tergantung pada banyaknya isu atau masalah yang ada di populasi. Oleh sebab itu, dapat dikatakan bahwa instrumen tersebut adalah reliabel (Wallston, 1978). Skor pada setiap subskala dengan menjumlahkan nilai yang telah dijawab untuk setiap item pada subskala dengan skor 1-6. Semua subskala HLC independen satu sama lain sehingga tidak ada skor total untuk MHLCS (Wallston, Wallston, dan DeVellis, 1978).

2.3 Konsep Koping

2.3.1 Definisi Koping

Setiap individu tidak pernah lepas dari masalah dan sering kali masalah-masalah tersebut menyebabkan individu mengalami stres. Perilaku yang dilakukan individu untuk menghindari atau mengalihkan perasaan yang menekan atau stres disebut koping (Smet, 1994). Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1998 dalam Nursalam 2007). Sumber koping adalah pilihan atau strategi yang membantu dalam menentukan apa yang bisa dilakukan serta apa yang dipertaruhkan. Sumber koping itu sendiri meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi (Stuart, 2013).

Mekanisme koping merupakan mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima (Nursalam dan Kurniawati, 2007).

Mekanisme koping dapat dipelajari sejak awal timbulnya stresor sehingga individu tersebut menyadari dampak dari stresor tersebut. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut akan dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (Carlson, 1994).

Lipowski membagi koping dalam 2 bentuk, yaitu *coping style* dan *coping strategy*. *Coping style* merupakan mekanisme adaptasi individu meliputi mekanisme psikologis dan mekanisme kognitif dan persepsi. Sifat dasar *coping style* adalah mengurangi makna suatu konsep yang dianutnya, misalnya penolakan atau pengingkaran yang bervariasi yang tidak realistis atau berat (psikosis) hingga pada tingkatan yang sangat ringan saja terhadap suatu keadaan, sedangkan *coping strategy* merupakan koping yang digunakan individu secara sadar dan terarah dalam mengatasi sakit atau stresor yang dihadapinya (Asmadi, 2008).

2.3.2 Klasifikasi Koping

Terdapat tiga tipe mekanisme koping menurut Stuart tahun 2013, yaitu sebagai berikut:

a. Mekanisme koping *problem focus*

Mekanisme koping ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contoh negosiasi, konfrontasi, dan mencari nasehat.

b. Mekanisme koping *cognitively focus*

Mekanisme koping ini berupa seseorang yang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya. Contoh: perbandingan positif, *selective ignorance*, *subtitution of reward*, dan *develuation of desired objects*.

c. Mekanisme koping *emotion focus*

Individu menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan.

Contoh: menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti *denial*, supresi, atau proyeksi.

Penggolongan mekanisme koping menurut Stuart dan Sundeen tahun 1995, yaitu:

a. Mekanisme koping adaptif

Koping adaptif merupakan koping efektif dalam mengatasi situasi yang membuat individu tertekan dan koping yang dapat mendukung fungsi integrasi, belajar, pertumbuhan dan mencapai tujuan. Contohnya adalah pemecahan masalah yang efektif, latihan seimbang, berbicara dengan orang lain, relaksasi, dan aktivitas konstruktif atau membangun (Stuart dan Sundeen, 1995). Dimensi koping adaptif menurut Carver *et al.*, (1989), yaitu:

- 1) Koping aktif, yaitu proses pengambilan langkah aktif yang ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan stresor atau memperbaiki akibatnya. Aktivitas ini melibatkan tindakan langsung, meningkatkan usaha dalam menghadapi masalah, serta berusaha mengatasi masalah secara bertahap, misalnya adalah melakukan pengobatan (Carver *et al.*, 1989).
- 2) Penggunaan pertolongan, misalnya dengan meminta bantuan orang lain dalam mengatasi situasi yang membuat tertekan.
- 3) Penyusunan positif yaitu berpikir positif terhadap situasi yang membuat tertekan.

- 4) Pengalihan diri yaitu mengalihkan kecemasan dengan melakukan aktivitas yang positif.
 - 5) Perencanaan yaitu mengatur strategi untuk mengatasi masalah atau situasi yang membuat tertekan.
 - 6) Penerimaan yaitu menerima keadaan, masalah atau situasi yang membuat individu tertekan.
 - 7) Koping agama, misalnya melibatkan unsur agama dalam mengatasi masalah atau situasi yang membuat individu tertekan.
 - 8) Humor, yaitu mengatasi situasi atau masalah yang membuat tertekan dengan menceritakan hal-hal lucu.
- b. Mekanisme koping maladaptif

Koping maladaptif merupakan koping tidak efektif dalam mengatasi situasi yang membuat individu tertekan dan mekanisme koping yang dapat menghambat fungsi integrasi. Contohnya adalah menurut otonomi atau kepentingan pribadi, menggagalkan pertumbuhan, dan berusaha menguasai lingkungan (Stuart dan Sundeen, 1995). Dimensi koping maladaptif menurut Carver *et al.*, (1989), yaitu:

- 1) Penolakan, yaitu menolak kenyataan yang sedang terjadi.
- 2) Penggunaan zat, yaitu mengalihkan rasa cemas dengan menggunakan zat atau obat-obatan seperti alkohol dan obat-obatan terlarang.
- 3) Penggunaan dukungan emosional, yaitu mencari dukungan secara emosional seperti perasaan nyaman dari orang lain.

- 4) Ketidakberdayaan, yaitu upaya seseorang untuk mengurangi situasi yang membuat tertekan dengan cara menyerah kepada situasi tersebut.
- 5) Pelepasan, yaitu pelampiasan emosi negatif baik pada diri sendiri maupun pada orang lain.
- 6) Menyalahkan diri sendiri, yaitu menyalahkan diri sendiri atas situasi yang membuat tertekan atau terhadap masalah yang sedang dihadapi.

Strategi koping menurut Smeltzer dan Bare tahun 2002, yaitu:

- a. Koping negatif
 - 1) *Avoidance* (penyangkalan) meliputi penolakan terhadap penyakit.
 - 2) *Self-Blame* (menyalahkan diri sendiri) merupakan reaksi terhadap keputusan.
 - 3) *Wishfull thinking* (pasrah), individu merasa pasrah dan tanpa ada usaha untuk menghadapi usaha.
- b. Mencari informasi seperti mengumpulkan informasi mengenai penyakit, pengobatan, dan perjalanan penyakit.
- c. Meminta dukungan emosional dari keluarga, sahabat, dan pelayanan kesehatan.
- d. Belajar merawat diri menunjukkan kemampuan seseorang sehingga ketidakberdayaan seseorang menjadi berkurang.
- e. Menetapkan tujuan konkrit dengan cara membagi tugas menjadi tujuan yang lebih kecil sehingga dapat ditangani.
- f. Mengulangi hasil alternatif yang berhasil sehingga membantu pasien mempersiapkan diri dalam mengatasi kesulitan yang sama.
- g. Menemukan arti dari penyakit.

Jenis-jenis gaya koping menurut Nasir dkk, 2011 antara lain:

a. Gaya koping positif

Gaya koping yang mendukung integritas ego. Pembagian gaya koping yaitu:

- 1) *Problem solving*, merupakan usaha memecahkan masalah untuk menghindari tekanan atau beban psikologis akibat adanya stresor.
- 2) *Utilizing social support*, merupakan tindak lanjut dalam mengatasi masalah ketika masalah tersebut tidak dapat diselesaikan.
- 3) *Looking for silver lining*, individu tetap berpikir positif dan mengambil hikmah dari masalah yang terjadi dan diharapkan menerima kenyataan tanpa menurunkan motivasi dalam usaha menyelesaikan masalah yang dihadapi.

b. Gaya koping negatif

Gaya koping yang dapat menurunkan integritas ego dan merugikan dirinya sendiri, terdiri dari:

- 1) *Avoidance*, merupakan proses netralisasi terhadap pemecahan masalah dengan cara menghilangkan tekanan mental dari masalah yang terjadi.
- 2) *Self-blame*, merupakan ketidakberdayaan atas masalah yang terjadi dengan menyalahkan diri sendiri.
- 3) *Wishfull thinking*, kegagalan dalam pencapaian tujuan yang diharapkan, karena standar yang ditentukan terlalu tinggi sehingga sulit dicapai.

Adaptasi penyakit kronis terdiri dari empat tahap menurut Shontz dalam Altman dan Wohlwill tahun 1977, yaitu:

a. *Shock*

Tahap ini muncul pada saat individu mengetahui diagnosis penyakitnya dan hal ini terjadi pada saat seseorang tersebut pertama kali didiagnosa.

b. *Encounter Reaction*

Tahap ini merupakan reaksi terhadap tekanan emosional dan kehilangan.

c. *Retreat*

Tahap penyangkalan dari kenyataan penyakitnya. Individu pada tahap ini menyangkal atau tidak membenarkan bahwa dirinya memiliki penyakit.

d. *Reoriented*

Pada tahap ini, individu melihat kembali kenyataan yang dihadapinya sehingga menyadari realitas dan mulai mencoba hidup dengan cara yang baru. Pada tahap ini, individu tersebut menerima keadaan atau kondisi yang dialami.

2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi mekanisme koping menurut Lazarus (1993), yaitu:

a. Kesehatan Fisik

Kesehatan sangat penting dalam mengatasi stres karena individu membutuhkan tenaga yang cukup besar dalam menghadapi masalah.

b. *Locus of Control*

Keyakinan merupakan sumber daya psikologi yang penting, misalnya keyakinan akan nasib yang membuat seseorang menunjukkan adanya ketidakberdayaan yang dapat menurunkan kemampuan koping (Lazarus, 1993). Individu dengan *internal locus of control* mengartikan bahwa individu tersebut lebih mengutamakan kemahiran personal daripada hasil yang akan dicapai, sedangkan individu dengan *external locus of control* menganggap bahwa bantuan berasal dari faktor-faktor eksternal. Folkman, 1984 dalam Zeidner dan Endler, 1996 mengindikasikan bahwa individu dengan *external locus of control* menunjukkan respon koping yang maladaptif yang bermacam-macam ketika dihadapkan pada stresor.

c. Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan memecahkan masalah dengan mencari informasi, menganalisa keadaan, mengidentifikasi masalah untuk menghasilkan alternatif, kemudian mempertimbangkan alternatif atau jalan keluar tersebut dengan hasil yang ingin dicapai, dan melaksanakan sesuai dengan rencana.

d. Keterampilan sosial

Kemampuan untuk bersosialisasi, berkomunikasi, dan bertingkah laku sesuai dengan nilai sosial yang ada di masyarakat.

e. Dukungan sosial

Dukungan yang berkaitan dengan kebutuhan informasi, pengetahuan, dan emosional pada diri seseorang yang diberikan oleh orang tua, saudara, teman, dan masyarakat.

f. Materi

Dukungan ini antara lain barang, uang, dan layanan yang dapat dibeli.

Faktor mekanisme koping menurut Stuart (2013), yaitu:

a. Faktor Predisposisi

Faktor risiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang mempengaruhi tipe dan sumber dari individu yang menghadapi stres baik yang biologis, psikologis, dan sosiokultural. Faktor predisposisi tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Biologi: latar belakang genetik, status nutrisi, kesehatan umum, kepekaan biologis, dan terpapar racun.
- 2) Psikologis: kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
- 3) Sosiokultural: usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

b. Faktor Presipitasi

Stimulus yang mengancam individu, memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut:

1) Kejadian yang menekan (*stressful*)

Kejadian yang menekan hidup dapat dikategorikan menjadi tiga, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek

legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah kejadian yang dijelaskan sebagai jalan masuk dan jalan keluar. Jalan masuk adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum seperti pernikahan.

2) Ketegangan hidup

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian.

2.3.4 Penilaian Mekanisme Koping

a. *Cope Inventory* diterbitkan oleh Charles S. Carver, Michael Scheier, dan Jagdish Weintraub pada tahun 1989, disusun untuk menilai respon koping serta berdasarkan teori tentang koping dari Lazarus dan Folkman. Skala ini terdiri dari beberapa indikator yang tergolong dalam koping adaptif dan koping maladaptif. Dimensi koping adaptif antara lain pengendalian diri, koping aktif, penggunaan pertolongan, perencanaan, penerimaan, koping agama, humor, dan penyusunan positif. Dimensi koping maladaptif terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan, dan menyalahkan diri sendiri (Stuart dan Sundeen, 1995).

b. *Brief Cope*

Brief Cope dikembangkan pada tahun 1997 oleh Charles S. Carver, memiliki 14 subskala yaitu *active coping*, *positive reframing*, *acceptance*, *humor*, *religion*, *using emotional support*, *using instrumental support*, *self distraction*, *denial*, *venting*, *substance use*, *behavioural disengagement* dan *self*

blame. Skala ini terdiri atas 28 pernyataan dengan 2 pernyataan untuk masing-masing subskala (Carver, 1997). Kuesioner *Brief cope* mengukur coping secara umum, tidak spesifik pada coping pasien DM (Nadziroh, 2016).

c. *Coping Orientations and Prototypes (COAP)*

Kuesioner kemampuan coping yang dikembangkan oleh Wong, Reker, dan Peacock tahun 2006 mengklasifikasikan coping didasarkan pada pendekatan rasional-empiris yang menggabungkan kekuatan klasifikasi logis untuk coping dukungan empiris. Kuesioner ini terdiri dari 81 pernyataan yang memuat 6 indikator antara lain berorientasi pada situasi, emosi, pencegahan, keagamaan, eksistensi, dan restruksasi diri (Wong *et al.*, 2006 dalam Wong dan Wong, 2006). Kuesioner COAP mengukur coping secara umum tidak spesifik pada coping pasien DM (Nadziroh, 2016).

2.4 Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Coping pada Pasien DM Tipe 2

Diabetes melitus merupakan keadaan yang ditandai dengan adanya kenaikan kadar glukosa darah (hiperglikemia) disertai dengan kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf, dan pembuluh darah (Mansjoer *et al.*, 2000). Pengelolaan diabetes sebagai suatu penyakit metabolik yang dapat dikendalikan namun juga dapat tidak disembuhkan yaitu dengan pola hidup sehat seperti perencanaan diet dan latihan jasmani secara teratur serta dilakukan intervensi farmakologis dengan obat antihiperglikemia secara oral dan/atau suntikan bila

perlu (PERKENI, 2015). Perubahan hidup tersebut membuat pasien DM menunjukkan reaksi psikologis yang negatif seperti stres, cemas, marah, dan merasa tidak berguna (Maghfirah *et al.*, 2015). Seseorang dalam menghadapi stres tergantung pada coping yang dimiliki (Snyder, 1999). Penggunaan mekanisme coping menjadi efektif bila didukung oleh kekuatan lain dan adanya keyakinan pada individu yang bersangkutan bahwa mekanisme coping yang digunakan dapat mengatasi stresornya (Asmadi, 2008).

Mekanisme coping merupakan mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima (Nursalam dan Kurniawati, 2007). Terdapat dua penggolongan mekanisme coping menurut Stuart dan Sundeen (1995) yaitu coping adaptif dan coping maladaptif. Coping adaptif terdiri dari pengendalian diri, coping aktif, penggunaan pertolongan, perencanaan, penerimaan, coping agama, humor, dan penyusunan positif. Coping maladaptif terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan, dan menyalahkan diri sendiri.

Perencanaan pengelolaan DM melibatkan disiplin fisik dan fisiologis yang dapat memberikan pengaruh secara signifikan terhadap jiwa dan gaya hidupnya sehingga diperlukan *Health Locus of Control* (HLC) atau kemampuan untuk mengontrol kesehatannya, membuat keputusan tentang pengobatan, dan mematuhi perencanaan yang telah dibuat (Thomas *et al.*, 2004). *Health Locus of Control* dapat didefinisikan sebagai persepsi yang diyakini seseorang terhadap apa yang mengontrol kesehatannya. Teori *locus of control* yang dikemukakan oleh Rotter pada tahun 1966 ini, menitik beratkan pada penilaian kognitif terutama persepsi

sebagai penggerak tingkah laku dan tentang bagaimana tingkah laku dikendalikan dan diarahkan melalui fungsi kognitif (Allen, 2003: 291). *Locus of control* adalah sebuah konsep yang menggambarkan persepsi seseorang tentang tanggung jawab atas kejadian-kejadian dalam kehidupannya (Larsen dan Buss, 2010).

Health locus of control memiliki tiga dimensi yaitu *internal*, *powerful others*, dan *chance*. Seseorang dengan *locus of control* internal yakin bahwa kesehatan mereka berada dalam kendali dari keberhasilan dan kegagalan mereka sendiri. Oleh karena itu, orang dengan *locus of control* internal yang kuat lebih mungkin untuk berpikir bahwa kendali mereka untuk mengatasi penyakit serius ditentukan oleh diri mereka sendiri dan perilaku mereka. Seseorang dengan *locus of control* eksternal (*powerful others*) lebih mungkin untuk yakin bahwa hasil perawatan penyakit mereka berada di tangan seorang profesional medis, meskipun pada dasarnya orang tersebut hanya melakukan apa yang diberitahu. Berbeda dengan *locus of control* eksternal (*chance*) yang lebih ditunjukkan bahwa keberhasilan dan kegagalan mereka bergantung pada keberuntungan, nasib atau Tuhan menentukan keberhasilan dan kegagalan mereka (Thomas *et al.*, 2004).

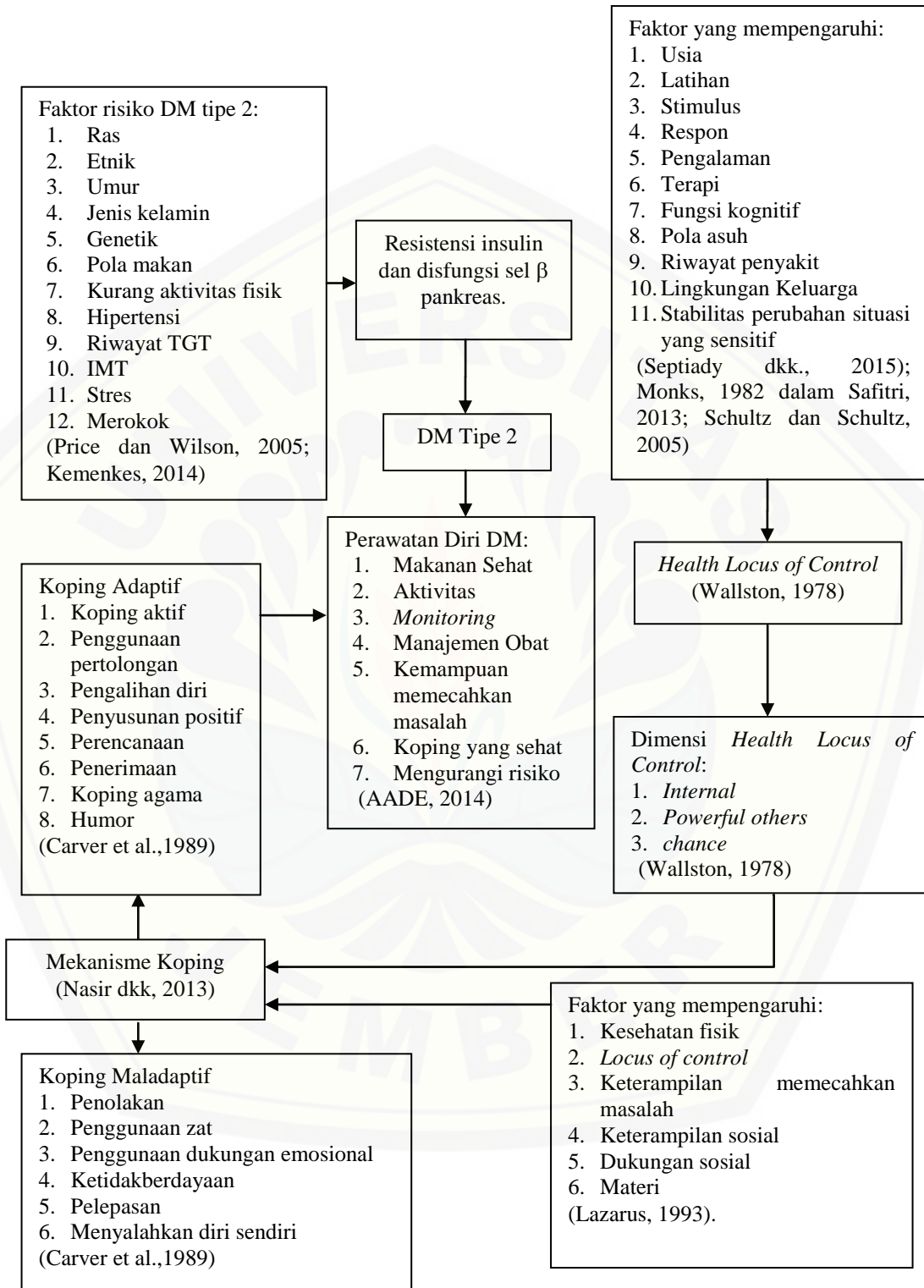
Pada penelitian Brosschot, Gebhardt, dan Godaert (1993) menunjukkan bahwa masing-masing strategi koping dan skala *Internal Health Locus of Control* (I) memiliki korelasi yang positif terhadap koping aktif ($r = 0,38$), skala *Powerful Others Health Locus of Control* (P) memiliki relasi negatif ($r = -0,30$), dan skala *Chance Health Locus of Control* (C) hanya berelasi lemah ($r = -0,18$) dengan strategi koping ini. Stricklan (1978) dalam Lazarus dan Folkman (1984) mengindikasikan bahwa orang yang percaya bahwa hasil akhir itu tergantung pada

perilaku mereka sendiri memiliki koping berbeda dengan masalah kesehatan daripada orang yang melihat hasil akhir sebagai hasil dari keberuntungan, kemungkinan, takdir, atau kekuatan yang diluar kendali mereka. Individu dengan *internal locus of control* lebih mungkin untuk mengumpulkan informasi tentang penyakit dan pemeliharaan kesehatan ketika tersadar terhadap bahaya yang mungkin muncul, seperti mengambil tindakan untuk meningkatkan kebiasaan kesehatan.

Parkes (1986) dalam Zaidner & Endler (1996) meneliti *locus of control*, dan koping pada beberapa perawat. Secara keseluruhan, mengindikasikan bahwa *internal locus of control* memiliki hubungan dengan respon koping yang lebih adaptif. Amirkhan (1990) dalam Zaidner & Endler (1996) meneliti bagaimana tiga subskala dari indikator strategi koping (penyelesaian masalah, penghindaran, dan pencarian bantuan) ada kaitannya dengan *locus of control*. Hasil dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa *powerful others* dan *chance locus of control* berkaitan dengan koping penyelesaian masalah yang lebih rendah.

Penelitian yang terkait telah menemukan bahwa *internal locus of control* memiliki hubungan dengan respon koping yang lebih adaptif (Holahan dan Moos, 1987; Litt, 1988 dalam Zaidner & Endler, 1996). Compas, Banez, Malcarne, dan Worsham (1991) dalam Zaidner & Endler (1996) mengindikasikan bahwa *internal locus of control* memiliki kaitan dengan koping berfokus masalah. Zaidner & Endler (1996) menyimpulkan bahwa *powerful others* dan *chance locus of control* memiliki kaitan dengan respon koping yang lebih maladaptif.

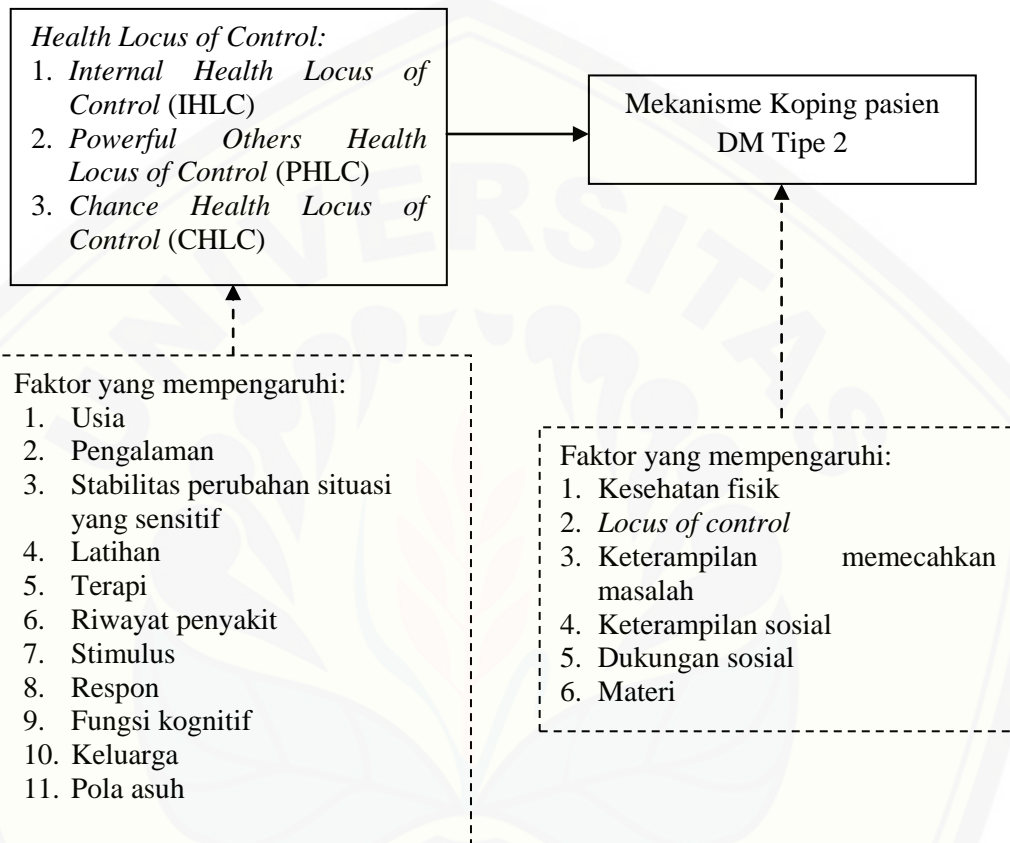
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

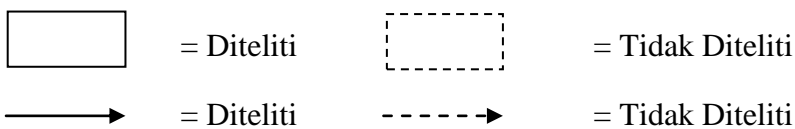
BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping

Keterangan:



3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari pertanyaan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis dalam penelitian ini adalah hipotesis alternatif (H_a) yaitu:

1. Ada hubungan antara *internal health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
2. Ada hubungan antara *powerful others health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.
3. Ada hubungan antara *chance health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

Tingkat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini adalah 0,05. H_a akan ditolak jika hasil yang diperoleh $p\text{ value} > \alpha$ dan H_a diterima jika $p\text{ value} < \alpha$.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian korelasional dengan pendekatan *cross-sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan variabel dependen hanya satu kali pada satu waktu (Nursalam, 2011). *Cross sectional* adalah suatu pendekatan dengan variabel sebab dan akibat yang terjadi pada objek penelitian yang diukur secara bersamaan dalam satu waktu (*point time approach*) (Setiadi, 2007). Peneliti melakukan observasi serta pengukuran tentang *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang dalam satu waktu untuk mengetahui seberapa besar hubungan antara kedua variabel tersebut.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah subjek atau objek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti (Nursalam, 2008). Populasi dalam penelitian ini berdasarkan data Puskesmas Patrang adalah pasien diabetes melitus tipe 2 yang berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang yang terdata pada 1 Januari 2016 sampai dengan 25 Januari 2017 dengan jumlah 255 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diambil untuk diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian yang diseleksi melalui *sampling*. Teknik *sampling* itu sendiri merupakan cara-cara yang digunakan dalam pengambilan sampel (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* adalah pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro dan Ismail dalam Nursalam, 2008). Pada penelitian ini, jumlah sampel penelitian diambil berdasarkan urutan daftar nama pasien yang berkunjung ke Puskesmas Patrang sejak tanggal 1 Januari 2016 sampai dengan 25 Januari 2017 dan memenuhi kriteria inklusi.

Penentuan jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan aplikasi G*Power 3, yaitu aplikasi yang didesain sebagai program analisis power untuk uji statistik yang umumnya digunakan pada penelitian sosial dan perilaku (Erdfelder, Faul, dan Buchnert, 1996 dalam Faul, Erdfelder, Lang, dan Buchnert, 2007). Berikut data yang diinput ke dalam aplikasi G*Power 3, yaitu:

- a. *Test family*, pilih *Exact*
- b. *Statistical test*, pilih *Correlations: Difference from constant (one sample case)*
- c. *Type of power analysis*, pilih *A priori: Compute required sample size – given α , power, and effect size*

d. *Input parameters*, yang terdiri dari:

- 1) *tail(s)*, pilih *two*
- 2) *Effect size (r)*, sesuai dengan uji statistik analisa bivariat yang akan digunakan yaitu *pearson* atau *spearman*. Jika terdapat data penelitian sebelumnya, G*Power 3 dapat menggunakan mean untuk menghitung *effect size* dengan mengklik tombol *determine* di dekat kotak *effect size*. Jika tidak ada penelitian sebelumnya yang relevan, maka analisis G*Power 3 dapat dilakukan menggunakan *effect size* standar yang telah ditentukan oleh Cohen. Cohen telah menentukan *effect size* terstandarisasi, yaitu 0,10 (*small*), 0,30 (*medium*), 0,50 (*large*) (Prajapati, Dunne, dan Armstrong, 2010). Sehingga penelitian ini menggunakan standar *effect size* yaitu 0,30.
- 3) *α error probability*, diisi sesuai dengan tingkat kesalahan yang digunakan yaitu 0,05
- 4) *Power (1-β error probability)* secara umum menggunakan 0,80 (Prajapati, Dunne, dan Armstrong, 2010).
- 5) *Population correlation ρ*, diisi 0

d. Klik *Calculate*

e. *Output* dapat dilihat pada *protocol of power analyses*

Jadi, total *sample size* yang didapatkan pada penelitian ini sebesar 84 orang.

4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian

Kriteria penelitian digunakan untuk mengurangi bias dalam penelitian, khususnya jika terhadap variabel kontrol yang mungkin memiliki pengaruh

terhadap variabel yang diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria tersebut terdiri dari kriteria inklusi dan eksklusi (Notoatmodjo, 2010). Adapun kriteria sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sampel (Notoatmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini yaitu pasien DM tipe 2 yang berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang dengan kriteria inklusi sebagai berikut:

- 1) Usia pasien 30-65 tahun
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 3) Lamanya menderita DM minimal ≥ 6 bulan
- 4) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek yang tidak dapat memenuhi kriteria inklusi (Nursalam 2014). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini, yaitu:

- 1) Pasien memiliki keterbatasan fisik seperti buta dan tuli.
- 2) Pasien memiliki penyakit penyerta, misalnya stroke, penyakit jantung, dan ulkus diabetik
- 3) Pasien yang mengalami gangguan fisik berat atau kondisi ketidaknyamanan yang tidak mungkin untuk melanjutkan penelitian, seperti hiperglikemik hiperosmoler nonketotik
- 4) Pasien yang mengalami gangguan mental berat seperti gangguan alzheimer dan demensia, diketahui melalui skor *Mini Mental State Examination* (MMSE)

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Peneliti mendatangi rumah responden berdasarkan alamat yang sudah didapatkan dari Puskesmas Patrang Jember.

b. Waktu Penelitian

Tahap pembuatan proposal dimulai pada bulan September 2016. Pelaksanaan studi pendahuluan dilakukan pada bulan Februari 2017. Waktu pelaksanaan pengambilan data pada bulan April 2017. Pengolahan data dan penyusunan laporan penelitian dilakukan pada bulan Mei sampai Juni 2017. Publikasi hasil penelitian pada bulan Juli 2017.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu batasan ruang lingkup atau variabel-variabel yang diteliti untuk mengarahkan pada pengukuran dan pengamatan variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini menggunakan variabel independen (*health locus of control*) dan variabel dependen (mekanisme koping).

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel Independen: <i>Health Locus of Control</i>	Derajat keyakinan yang dimiliki pasien DM tipe 2 dengan menganggap status kesehatan yang dicapai hasil dari kontrol dirinya atau dari luar dirinya.	1. <i>Internal Health Locus of Control</i> (IHLC) 2. <i>External Health Locus of Control</i> (EHLC): a. <i>Powerful other Health Locus of Control</i> (PHLC) b. <i>Chance Health Locus of Control</i> (CHLC)	<i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i> (MHLCS Form C)	Interval	Nilai minimal : 6 Nilai maksimal : 36 pada masing-masing subskala.
a. <i>Internal Health Locus of Control</i>	Keyakinan yang dimiliki pasien DM tipe 2 yang menganggap bahwa kondisi kesehatan yang dicapai merupakan hasil dari kendali dirinya sendiri atau akibat tindakannya sendiri dalam menjaga pola hidup sehat untuk menjaga kesehatannya.	<i>Internal Health Locus of Control</i> (IHLC)	<i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i> (MHLCS Form C)	Interval	Nilai minimal : 6 Nilai maksimal : 36
b. <i>Powerful Other Health Locus of Control</i>	Keyakinan yang dimiliki pasien DM tipe 2 yang menganggap bahwa kondisi kesehatan yang dicapai merupakan hasil dari kendali orang lain yang berada disekitarnya seperti keluarga, orang terdekat, tenaga kesehatan profesional.	<i>Powerful other Health Locus of Control</i> (PHLC)	<i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i> (MHLCS Form C)	Interval	Nilai minimal : 6 Nilai maksimal : 36
c. <i>Chance Health Locus of Control</i>	Keyakinan yang dimiliki pasien DM tipe 2 yang menganggap bahwa kondisi kesehatan yang dicapai merupakan hasil dari suatu keberuntungan, takdir atau nasib, dan kesempatan dalam hidupnya.	<i>Chance Health Locus of Control</i> (CHLC)	<i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i> (MHLCS Form C)	Interval	Nilai minimal : 6 Nilai maksimal : 36

Variabel	Suatu respon pasien DM tipe 2 untuk mengatasi stres akibat penyakit DM tipe 2 sehingga dapat beradaptasi dengan keadaannya.	1. Pengalihan diri 2. Koping aktif 3. Penggunaan pertolongan 4. Perencanaan 5. Penerimaan 6. Koping agama 7. Humor 8. Penyusunan positif 9. Penolakan 10. Penggunaan zat 11. Penggunaan dukungan emosional 12. Ketidakberdayaan 13. Pelepasan 14. Menyalahkan diri sendiri	Kuesioner <i>Cope</i> <i>Inventory</i>	Interval	Nilai minimal : 28 Nilai maksimal : 112
----------	---	---	--	----------	--

4.5 Pengumpulan Data

4.5.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder, yaitu:

a. Data Primer

Sumber data primer diperoleh dari hasil pengisian kuesioner kepada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Kuesioner *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (MHLCS) dan kuesioner *Cope Inventory* diisi oleh pasien diabetes melitus tipe 2. Data primer lain yang diperoleh peneliti yaitu karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status menikah, dan lamanya menderita DM.

b. Data Sekunder

Sumber data sekunder diperoleh dari data yang didapat di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Data yang diperoleh yaitu jumlah kunjungan dan jumlah pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

4.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner *multidimensial health locus of control scale* dan kuesioner *cope inventory*. Pengumpul data menjelaskan kepada responden untuk mengisi kuesioner sesuai

dengan kondisi dan memberikan petunjuk apabila responden mengalami kesulitan dalam mengisi kuesioner. Penelitian dilakukan dengan menggunakan langkah-langkah pengumpulan data sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian yang kemudian mendapatkan izin dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Lembaga Penelitian Universitas Jember, Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Puskesmas Patrang Kabupaten Jember dan selanjutnya dapat melakukan penelitian;
- b. Peneliti menentukan responden sesuai kriteria berdasarkan data dari Puskesmas Patrang dan wilayah kerjanya;
- c. Peneliti mendatangi rumah calon responden secara *door to door* untuk mengumpulkan data penelitian;
- d. Responden memenuhi kriteria diberikan penjelasan mengenai mekanisme penelitian;
- e. Peneliti meminta calon responden mengisi *informed consent* sebagai tanda kesediaan untuk menjadi subjek penelitian dengan jaminan kerahasiaan atas jawaban yang diberikan;
- f. Peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang pengisian kuesioner MHLCS Form C dan kuesioner *cope inventory*;
- g. Responden diberikan lembar kuesioner MHLCS Form C dan kuesioner *cope inventory* untuk diisi dengan alokasi waktu 30-45 menit. Jika responden kesulitan dalam membaca, maka peneliti membacakan isi kuesioner kepada responden;

- h. Peneliti mengumpulkan kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden dan diteliti lagi kelengkapannya.
- i. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis.

4.5.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari tiga kuesioner yaitu kuesioner karakteristik demografi responden, kuesioner *health locus of control*, dan kuesioner *cope inventory*.

a. Kuesioner karakteristik demografi responden

Kuesioner karakteristik responden terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, status menikah, dan lamanya menderita DM.

b. Kuesioner *health locus of control*

Lembar kuesioner MHLCS digunakan untuk pengukuran variabel *health locus of control*. Kuesioner ini disusun oleh Wallstone (1978) yang terdiri tiga form yaitu form A, B, dan C. Kuesioner ini berisi serangkaian pernyataan mengenai tiga subskala yang mewakili dari internal *health locus of control* dan eksternal *health locus of control* pada pasien DM tipe 2 yaitu *internal belief*, *chance belief*, dan *powerful others belief*. Kuesioner yang digunakan oleh peneliti adalah form C yang khusus digunakan pada pasien dengan kondisi kronis (Wallston, Sten, dan Smith, 1994. MHLCS Form C juga digunakan oleh Nawafa'h dan Mansour (2015) pada penelitian pasien DM tipe 2. Kuesioner ini terdiri dari 18 pernyataan yang masing-masing terdapat 6 pernyataan pada subskala internal, 6 pernyataan pada subskala *chance*, dan 6 subskala pada

powerful other (doctor's dan other people) (Wallston, Sten, dan Smith, 1994). Setiap item mempunyai alternatif jawaban yang menunjukkan derajat kesesuaian atau ketidaksesuaian dengan dirinya. Enam alternatif jawaban dimulai dengan skor 1 untuk jawaban sangat tidak setuju, 2 untuk jawaban cukup setuju, 3 untuk jawaban agak tidak setuju, 4 untuk jawaban agak setuju, 5 untuk jawaban cukup setuju, dan 6 untuk jawaban sangat setuju. Skor responden untuk tiap indikator HLC dengan menjumlahkan skor pernyataan di indikator tersebut dengan nilai terendah 6 dan nilai tertinggi 36. Skor yang diperoleh dari ketiga dimensi berbeda secara teoritis dan empiris, tidak dapat digabungkan menjadi skor tunggal melainkan harus dievaluasi secara terpisah sehingga tidak ada total skor dari semua dimensi (Wallston *et al.*, 1978).

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner Form C *Health Locus Of Control*

Indikator	Pernyataan
<i>Internal</i>	1, 6, 8, 12, 13, 17
<i>Eksternal</i>	
a. <i>Chance</i>	2, 4, 9, 11, 15, 16
b. <i>Powerful Others</i>	3, 5, 7, 10, 14, 18
Total	18

Nilai IHLC responden didapatkan dengan cara menjumlahkan skor pernyataan pada dimensi tersebut, sehingga akan didapatkan nilai terendah 6 dan nilai tertinggi 36. Nilai PHLC responden didapatkan dengan cara menjumlahkan skor pernyataan pada dimensi tersebut, sehingga akan didapatkan nilai terendah 6 dan nilai tertinggi 36. Nilai CHLC responden didapatkan dengan cara menjumlahkan skor pernyataan pada dimensi tersebut, sehingga akan didapatkan nilai terendah 6 dan nilai tertinggi 36.

c. Kuesioner mekanisme koping

Cope inventory disusun oleh Charles S. Carver, Michel Scheier, dan Jagdish Weintraub pada tahun 1989, pernah digunakan oleh Rahmaturrizqi tahun 2012 dan Nadziroh tahun 2016. Kuesioner ini disusun berdasarkan teori tentang koping dari Lazarus dan Folkman. Skala ini terdiri dari beberapa indikator yang termasuk dalam koping adaptif dan koping maladaptif. Dimensi koping adaptif antara lain pengendalian diri, koping aktif, penggunaan pertolongan, perencanaan, penerimaan, koping agama, humor, dan penyusunan positif. Dimensi koping maladaptif terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan, dan menyalahkan diri sendiri. Skala pada kuesioner ini menggunakan skala Likert. Jumlah total pernyataan sebanyak 28 item. Pernyataan *favourable* diberi nilai 1 untuk jawaban sangat tidak setuju, nilai 2 untuk jawaban tidak setuju, nilai 3 untuk jawaban setuju, dan nilai 4 untuk jawaban sangat setuju. Pernyataan *unfavourable* diberi nilai 1 untuk jawaban sangat setuju, nilai 2 untuk jawaban setuju, nilai 3 untuk jawaban tidak setuju, nilai 4 untuk jawaban sangat tidak setuju. Rentang skor pada skala ini adalah 28-112.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner *Cope Inventory*

Indikator	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	Jumlah Pernyataan
Pengalihan diri	1, 19	-	2
Koping aktif	2, 7	-	2
Penggunaan pertolongan	10, 23	-	2
Perencanaan	14, 25	-	2
Penerimaan	20, 24	-	2
Koping agama	22, 27	-	2
Humor	18, 28	-	2
Penyusunan positif	12, 17	-	2
Penolakan	-	3, 8	2
Penggunaan zat	-	4, 11	2
Penggunaan dukungan emosional	-	5, 15	2
Ketidakberdayaan	-	6, 16	2
Pelepasan	-	9, 21	2
Menyalahkan diri sendiri	-	13, 26	2
Total	16	12	28

4.5.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan bahwa alat ukur tersebut benar-benar mampu untuk mengukur apa yang diukur. Reliabilitas adalah sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten jika dilakukan pengukuran berulang dengan alat ukur yang sama. Uji validitas dan reliabilitas memerlukan jumlah responden minimal sebanyak 20 orang untuk memperoleh distribusi nilai hasil pengukuran yang mendekati normal (Notoatmodjo, 2010). Instrumen MHLCS Form C telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh peneliti melalui lembaga bahasa asing yaitu UPT Bahasa Universitas Jember dan telah dilakukan pengoreksian kalimat baku dalam Bahasa Indonesia oleh Pengampu Mata Kuliah Bahasa Indonesia Fakultas Ilmu Budaya Universitas Jember. Instrumen tersebut telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas di Puskesmas Jember Kidul yang memiliki karakteristik hampir sama dengan Puskesmas Patrang Kabupaten Jember dengan jumlah responden 30 orang.

Suatu variabel (pernyataan) dikatakan valid bila skor variabel tersebut signifikan dengan skor total. Uji validitas yang digunakan adalah *pearson product moment* dengan melihat korelasi nilai r hitung dibandingkan r tabel dengan taraf signifikan 5%. Jika hasil r hitung $>$ r tabel, maka variabel dinyatakan valid. Nilai r tabel pada derajat kemaknaan 5% adalah 0,361. Uji validitas instrumen MHLCS Form C pada penelitian ini, didapatkan bahwa semua pernyataan pada subskala IHLC, PHLC, dan CHLC memiliki nilai r hitung (0,500-0,774; 0,432-0,803; dan 0,587-0,764) lebih besar dari r tabel (0,361) sehingga semua variabel tersebut dinyatakan valid.

Uji reliabilitas instrumen dalam penelitian ini menggunakan koefisien *Alpha Cronbach*. Nilai koefisien α berkisar 0 sampai 1. Suatu variabel dikatakan reliabel, jika nilai koefisien reliabilitas $>$ 0,7 (Azwar, 2007). Pada instrumen MHLCS Form C yang telah dilakukan uji reliabilitas didapatkan nilai koefisien *Alpha Cronbach* pada subskala IHLC, PHLC, CHLC yaitu 0,703; 0,715; dan 0,791 sehingga dapat dinyatakan reliabel. Sedangkan, kuesioner *cope inventory* merupakan pengukuran yang telah teruji validitasnya dan nilai reliabilitasnya adalah 0,791 (Rahmaturrizqi, 2012).

4.6 Pengolahan Data

4.6.1 Editing

Editing merupakan kegiatan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner. Pengecekan ini berupa kelengkapan jawaban pernyataan, kejelasan, dan keterbacaan jawaban, jawaban relevan dengan pernyataan, konsistensi

jawaban responden (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memeriksa lembar kuesioner yang telah selesai diisi oleh responden. Jika masih ada yang kurang seperti jawaban yang masih kosong atau tulisan yang tidak jelas, maka peneliti akan kembali mendatangi responden dan meminta kesediaan responden untuk memperbaiki dan melengkapi kembali.

4.6.2 Coding

Coding adalah mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan yang sangat berguna saat memasukkan data (*data entry*) (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, setelah data dikoreksi dan lengkap maka diberi kode sesuai dengan definisi operasional. Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Jenis kelamin

- 1) Laki-laki = 1
- 2) Perempuan = 2

b. Status Menikah

- 1) Belum Menikah = 1
- 2) Menikah = 2

c. Pendidikan

- 1) Tidak Sekolah = 1
- 2) SD = 2
- 3) SLTP = 3
- 4) SLTA = 4

5) Perguruan Tinggi = 5

d. Pekerjaan

1) Tidak bekerja = 1

2) PNS = 2

3) Petani = 3

4) Pegawai swasta = 4

5) Wiraswasta/Pedagang = 5

6) Ibu rumah tangga = 6

7) Lain-lain = 7

4.6.3 *Processing/Entry*

Processing/Entry yaitu memasukkan jawaban dari masing-masing responden yang berbentuk “kode” (angka atau huruf) ke dalam program komputer (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini peneliti mengolah data dengan menggunakan program komputer.

4.6.4 *Cleaning*

Cleaning yaitu pengecekan kembali data yang telah dimasukkan untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan pengecekan ulang pada setiap data yang telah dimasukkan di program komputer untuk melihat apakah data sudah benar atau

salah dan juga kelengkapannya sehingga analisis data dapat dilakukan dengan benar.

4.7 Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat ini tergantung dari jenis datanya. Pada data numerik menggunakan nilai mean atau rata-rata, median, dan standar deviasi. Data kategorik menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari setiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, variabel yang berbentuk kategorik (jenis kelamin, status menikah, pendidikan, pekerjaan) disajikan dalam bentuk frekuensi atau persentase sedangkan variabel yang berbentuk numerik (usia, lama menderita DM, variabel IHLC, PHLC, CHLC, dan mekanisme koping) disajikan dalam bentuk mean, median, dan standar deviasi.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini variabel yang dianalisis adalah variabel independen yaitu *health locus of control* yang terdiri dari *internal*, *powerful others*, dan *chance* dan variabel dependen

mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 dapat diketahui ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel dapat menggunakan uji statistik. Sebelum dilakukan uji statistik, dilakukan uji normalitas dengan *kolmogorov-smirnov*. Uji *kolmogorov-smirnov* digunakan untuk sampel yang besar yaitu lebih dari 50 (Dahlan, 2011). Data dikatakan terdistribusi normal, jika $p > 0,05$ (Riadi, 2016).

Tabel 4.4 Hasil uji normalitas pada variabel *health locus of control* dan mekanisme koping

No.	Variabel	Nilai p	Keterangan
1.	MHLCS Form C		
	a. <i>Internal health locus of control</i>	0,179	Terdistribusi normal
	b. <i>Powerful others health locus of control</i>	0,060	Terdistribusi normal
	c. <i>Chance health locus of control</i>	0,164	Terdistribusi normal
2.	Mekanisme Koping	0,001	tidak terdistribusi normal

Uji normalitas variabel *health locus of control* menunjukkan data terdistribusi normal, namun pada variabel mekanisme koping menunjukkan data tidak terdistribusi normal. Uji statistik yang digunakan untuk menguji hubungan kedua variabel pada penelitian ini adalah *spearman test* karena data pada salah satu variabel tidak terdistribusi normal. Apabila $p \text{ value} < 0,05$ maka H_a diterima dan apabila $p \text{ value} > 0,05$ maka H_a ditolak (Sugiyono, 2014).

Tabel 4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi

No.	Nilai	Interpretasi
1.	0,90-1,00 (-0,90- (-1,00))	Sangat Kuat
2.	0,70-0,90 (-0,70-(-0,90))	Kuat
3.	0,50-0,70 (-0,50-(-0,70))	Sedang
4.	0,30-0,50 (-0,30-(-0,50))	Lemah
5.	0,00-0,30 (0,00-(-0,30))	Diabaikan

Sumber: Mukaka (2012)

4.8 Etika Penelitian

4.8.1 Lembar Persetujuan

Informed consent (lembar persetujuan) merupakan persetujuan secara tertulis yang sebelumnya sudah diberikan informasi mengenai tujuan penelitian, prosedur, pengumpulan data, potensial bahaya, dan keuntungan (Potter dan Perry, 2005). Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden sebagai bukti kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian. Responden dalam penelitian ini memperoleh lembar *informed consent* yang berisi penjelasan mengenai tujuan penelitian, mekanisme penelitian, dan pernyataan kesediaan untuk menjadi responden. Responden yang bersedia mengikuti penelitian harus menandatangani lembar *informed consent*.

4.8.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan (*confidentially*) diartikan sebagai semua informasi yang didapatkan dari responden tidak akan disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya (Potter dan Perry, 2005). Peneliti perlu menjaga kerahasiaan identitas maupun data dari responden yang berpartisipasi dalam penelitian. Pada penelitian ini, peneliti tidak mencantumkan nama responden melainkan menggunakan kode responden untuk mendokumentasikan responden dalam hasil penelitian.

4.8.3 Keadilan

Prinsip keadilan (*justice*) menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jenis kelamin, agama, etnis, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memperlakukan responden sesuai dengan hak asasi manusia.

4.8.4 Kemanfaatan

Kemanfaatan (*beneficence*) merupakan prinsip untuk melakukan hal yang baik dan tidak merugikan orang lain (Notoatmodjo, 2010). Penggunaan asas kemanfaatan pada penelitian ini dilakukan dengan menjelaskan tujuan, manfaat, dan teknik penelitian kepada responden. Penelitian ini dilakukan karena memiliki manfaat yang lebih besar daripada risiko yang akan terjadi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *health locus of control* dengan mekanisme coping pada pasien DM tipe 2. Kegiatan yang berlangsung pada penelitian ini mengikuti prosedur yang telah ditetapkan sehingga mendapatkan hasil yang bermanfaat dan tidak membahayakan atau merugikan responden.

BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Rata-rata usia responden adalah 54,76 tahun dan rata-rata lama DM adalah 2,88 tahun. Lebih banyak responden perempuan daripada laki-laki. Seluruh responden telah menikah. Responden paling banyak berpendidikan SD, dan bekerja sebagai ibu rumah tangga;
- b. Nilai rerata tertinggi *health locus of control* responden berada pada subskala *powerful others health locus of control* yaitu 26,95, dilanjutkan nilai rerata subskala *internal health locus of control* yaitu 25,55, dan nilai rerata yang terendah pada subskala *chance health locus of control* yaitu 19,25.
- c. Nilai rerata mekanisme koping responden adalah 76,55. Nilai rerata tertinggi berada pada indikator penggunaan zat dan nilai rerata indikator terendah berada pada penggunaan dukungan emosional;
- d. Ada hubungan yang signifikan antara *internal health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 dan berkorelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang. Arah korelasi yang positif mengindikasikan bahwa semakin tinggi *internal health locus of control* maka nilai mekanisme koping juga akan semakin adaptif;

- e. Ada hubungan yang signifikan antara *powerful others health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 dan berkorelasi negatif dengan kekuatan korelasi diabaikan. Arah korelasi yang negatif mengindikasikan bahwa semakin tinggi *powerful others health locus of control* maka nilai mekanisme koping akan semakin maladaptif;
- f. Ada hubungan yang signifikan antara *chance locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2 dan berkorelasi negatif dengan kekuatan korelasi lemah. Arah korelasi yang negatif mengindikasikan bahwa semakin tinggi *chance health locus of control* maka nilai mekanisme koping akan semakin maladaptif.

6.2 Saran

Penelitian yang dilakukan ini, selain memberikan hasil juga memberikan saran pada berbagai pihak agar dapat membantu pengelolaan penyakit DM melalui *health locus of control* dan mekanisme koping antara lain sebagai berikut:

- a. Bagi peneliti

Diharapkan bagi penelitian selanjutnya untuk menggunakan teknik sampel yaitu *probability sampling* dan membahas lebih lanjut terkait hubungan faktor-faktor lain yang mempengaruhi mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

- b. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan HLC dapat ditambahkan ke dalam kurikulum mata kuliah psikologi dalam keperawatan.

c. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini memberikan informasi terkait PHLC yang paling tinggi pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang sehingga pihak puskesmas dapat meningkatkan program penyuluhan HLC kepada keluarga atau orang terdekat pasien DM tipe 2. Selain itu, juga dapat dilakukan penyuluhan dan terapi secara berkelompok pada pasien DM tipe 2 agar memiliki mekanisme koping yang adaptif sehingga mampu mengontrol kesehatannya.

d. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan bagi perawat dapat meningkatkan pelayanan keperawatan yang holistik dengan mengkaji psikologis pasien DM tipe 2 termasuk HLC pasien sehingga dapat mengubah kendali pasien menjadi lebih positif dengan memberikan edukasi pada pasien dan keluarga atau orang terdekat pasien terkait pentingnya pengendalian dan kesadaran diri sendiri untuk melakukan tindakan kesehatan yang dapat meningkatkan mekanisme koping pada pasien DM tipe 2.

e. Bagi Masyarakat dan Responden

Diharapkan responden, keluarga, dan masyarakat dapat memahami bahwa yang berhak atas pengambilan keputusan mengenai kesehatan mereka adalah diri mereka sendiri, sedangkan tenaga kesehatan, keluarga, dan teman hanya memberikan alternatif penyelesaian masalah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abredari, H., F.Bolourchifard, M.Rassouli, N.Nasiri, M.Taher., dan A.Abedi. 2015. Health locus of control and self-care behaviors in diabetic foot patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. 29: 283.
- Adnyani, I A.P.S., D.M.Widyanthari., dan K.Saputra. 2015. Hubungan Health Locus of Control dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diet DM Tipe 2 Di Paguyuban DM Puskesmas III Denpasar Utara. *COPING Ners Journal*. <http://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/viewFile/13943/12291> [Diakses pada 22 September 2016].
- Aflakseir, A.A dan M.S.M.Abadi. 2016. The Role of Health Locus of Control in Predicting Depression Symptoms in a Sample of Iranian Older Adults with Chronic Disease. *Iranian Journal of Pshyciatry*. 11(2): 82-86.
- Aksu, H., K.Pala., dan H.Aksu. 2006. Prevalence and Associated Risk Factors of Type 2 Diabetes Mellitus in Nilufer District, Bursa, Turkey. *Int. Journal of Diabetes & Metabolism*. 14: 98-102.
- Aldwin, C.M. 1991. Does Age Effect the Stress and Coping Process? Implications of Age Differences in Perceived Control. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 46(4): P174-180. DOI: 10.1093/geronj/46.4.P174.
- Allen, B. P. 2003. *Personality Theories: Development, Growth, and Diversity*. 4th edition. United States of America : Pearson Education Inc.
- Altman, I dan J.F.Wohlwill. 1977. *Human Behavior and Environment: Advances in Theory and Research*. Volume 2. Plenum Press, New York.
- American Diabetes Association (ADA). 2014. *Diagnosis and Classification of Diabetes*. <http://care.diabetesjournals.org> [Diakses pada 18 Oktober 2016].
- American Association of Diabetes Educators (AADE). 2014. *AADE7™ Self-Care Behaviors*. <https://www.diabeteseducator.org/patient-resources/aade7-selfcare-behaviors/> [Diakses pada 13 Februari 2017].

- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Asosiasi Alzheimer Indonesia. 2013. *Pengenalan dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer dan Demensia Lainnya*. Jakarta: Asosiasi Alzheimer Indonesia.
- Ayers, S., A.Baum., C.McManus., S.Newman., K.Wallston., J.Weinman., dan R.West. 2007. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Second Edition. New York : Cambridge University Press.
- Azwar, S. 2007. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Baumann, L. C., C.K.Opio, M.Otim, L.Olson., dan S.Ellison. 2010. *Self Care Beliefs and Behaviors In Ugandan Adults with Type 2 Diabetes*. *The Diabetes EDUCATOR*. 36(2): 293-300. DOI: 10.1177/0145721709358460.
- Bernal, H., S.Woolley., J.J.Schensul., dan J.K.Dickinson. 2000. Correlates of Self-efficacy in Diabetes Self-care Among Hispanic Adults with Diabetes. *Diabetes of Education*. 46(4): 673-80. DOI: 10.1177/014572170002600415.
- Brosschot, J. F., W.A.Gebhardt., dan G.L.R.Godaert. 1993. Internal, Powerful Others, and Chance Locus of Control: Relationship With Personality, Coping, Stress, and Health. *Person, Individ, Diff*. 6: pp.8339-852. DOI: 10.1016/0191-8869(94)90228-3.
- Burish T.G., M.P.Carey., K.A.Wallston., M.J.Stein., R.N.Jamison., dan J.N.Lyles. 1984. Health Locus of Control and Chronic Disease: An External Orientation May Be Advantageous. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2(4): pp.326-332.
- Carlson, N.R. 1994. *Psychology, the Science of Behavior, sixth edition*. United States of America: Pearson Education Inc.

- Carver, C.S. 1997. You want to measure coping but your protocol's tool Long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 4(1): 92-100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- Carver, C.S., M.F.Scheier., dan J.K.Weintraub. 1989. Assesing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(2): 267-83. DOI: 10.1037//0022-3514.56.2.267 .
- Cha, N.M dan S.R.Sok. 2013. Relationship Among Health Locus of Control, Coping Methods, and Dysmenorrhea of Korean Adolescence im Middle School. *Journal of Nursing and Care*. DOI: 10.4172/2167-1168.1000131.
- Coelho, R., I.Amorim., dan J.Prata. 2003. Coping Styles and Quality of Life in Patients with Non-insulin-dependent Diabetes Mellitus. *Psychosomatics*. 44(4): 312-8. DOI: 10.1176/appi.psy.44.4.312.
- Constantine, J.A dan S.J.Bahr. 1981. Locus of Control and Marital Stability. *Journal of Divorce*. 4(1): 11-22. DOI: 10.1300/J279v04n01_02.
- Dahlan, M.S. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Delamater, A.M., A.M.Jacobson., B.Anderson., D.Cox., L.Fisher., P.Lustman., R.Rubin., dan T.Wysocki. 2001. *Psychosocial Therapies in Diabetes*. 24(07). <http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/24/7/1286.full.pdf> [Diakses pada 18 Mei 2017].
- Fan, J.L., Y.Kong., S.H.Shi., dan Y.H.Cheng. 2016. Positive Correlation Between the Health Locus of Control and Self Management Behaviours in Hemodialysis Patients in Xiamen. *International Journal of Nursing Science* 3. 96-101. DOI: 10.1016/j.ijnss.2016.02.002.
- Faul, F., E.Erdfelder., A-G.Lang., dan A.Buchner. 2007. G*Power 3: A Flexible Atatistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*. 39(2): 175-191. DOI: 10.3758/BF03193146.

- Febrianty. 2010. Pengaruh Gender, Locus of Control, Intellectual Capital, dan Ethical Sensitivity terhadap Perilaku Etis Mahasiswa Akuntansi pada Perguruan Tinggi. *Jurnal Ilmiah Orasi Bisnis*. <http://ejournal.unp.ac.id/students/index.php/akt/article/view/1577> [Diakses pada 2 Juni 2017].
- Forte, A. 2005. Locus of Control and The Moral Reasoning of Managers. *Journal of Business Ethics*. 58: 65–77. DOI: 10.1007/s10551-005-1387-6.
- Friedman, M.M. 2010 *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Ghufron, M.N. dan R.Risnawati. 2010. *Teori-Teori Psikologi*. Jogjakarta : Ar-Ruzz Media Group.
- Handajani, A., B.Roosihermatie., dan H.Maryani. 2010. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pola Kematian pada Penyakit Degeneratif di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 13. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/2755> [Diakses 2 Juni 2017].
- Hara, Y., M.Hisatomi., H.Ito., M.Nako., K.Tsuboi., dan Y.Ishihara. 2014. Effect of Gender, Age, Family Support, and Treatment on Perceived Stress and Coping of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Biopsychosocial Medicine*. 8(16). DOI: 10.1152/ajpcell.00301.2003.
- Harijanto, R. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.
- Harvey, J.M. 1971. Locus of Control Shift in Administrators. *Perceptual and Motor Skills*. 33(3): 980-2. DOI: 10.2466/pms.1971.33.3.980.
- Heriani, P., F.A.Nauli., dan R.Woferst. 2013. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Penyakit Diabetes Melitus Terhadap Mekanisme Koping Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Teluk Kuantan*. <http://repository.unri.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/4263/JURNAL.pdf?sequence=1> [Diakses pada 23 Mei 2017].

- Heydari, H., B.Dolatshahi., A.Mahdaviyani., dan A.Eslaminejad. 2014. Asthma Control on the Basis of Perceived Stress, Locus of Control, and Self-efficacy in Patients with Adult Asthma. *Practice in Psychology*. 23(2). http://applications.emro.who.int/imemrf/J_Pract_Clin_Psychol/J_Pract_Clin_Psychol_2015_3_2_137_143.pdf [Diakses pada 26 Mei 2017].
- Hidayat, F. 2013. Hubungan Koping Individu dengan Tingkat Kepatuhan Penyandang Diabetes Melitus sebagai Anggota Persadia cabang RSMM Bogor. *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah*. <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1140/1194> [Diakses pada 30 Januari 2017].
- Incentia, P.A dan I.Sukhirman. 2013. *Hubungan Locus of Control dan Jib Insecurity pada Pekerja Kontrak Bank X di Solo*. <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2016-03/S46748-Pradita%20Artha%20Incentia> [Diakses pada 23 Mei 2017].
- International Diabetes Federation. 2014. *Diabetes Atlas, Indonesia*. <http://www.idf.org/membership/wp/indonesia> [Diakses pada 24 September 2016].
- Jose, E.D. 2014. Psychological Attributes, Stressors, and Coping of Older Adults Teaching in Selected State Universities in Manila, Philippines. *International Symposium on Education and Psychology (ISEP)* <https://www.researchgate.net/publication/282200022> [Diakses pada 2 Juni 2017].
- Kaban, S. 2007. Diabetes Tipe 2 di Kota Sibolga Tahun 2005. *Majalah Kedokteran Nusantara*. 40(2). [http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/18789/mkn-jun2007-40%20\(12\).pdf?sequence=1](http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/18789/mkn-jun2007-40%20(12).pdf?sequence=1) [Diakses pada 10 Mei 2017].
- Kaplan, H., dan B.Sadock. 2001. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinis*. Edisi 7 jilid 2. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Infodatin Diabetes: Situasi dan Analisis Diabetes*. <http://www.depkes.go.id/article/view/15021800007/situasi-dan-analisis-diabetes.html>. [Diakses pada 2 Oktober 2016].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf> [Diakses pada 18 Oktober 2016].

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Penyakit Tidak Menular (PTM) Penyebab Kematian Terbanyak di Indonesia*. <http://www.depkes.go.id/article/view/1637/penyakit-tidak-menular-ptm-penyebab-kematian-terbanyak-di-indonesia.html#sthash.svKselXc.dpuf> [Diakses pada 6 Juni 2016].

Kohli, S., P.Batra., dan H.K.Anggarwal. 2011. Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian Journal of Nephrology*. 21(3): 177-181. DOI: 10.4103/0971-4065.83729.

Kusuma, H. dan W.Hidayati. 2013. Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di Persadia Salatiga. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah* . 1(2): 132-141.

Larsen, R.J., D.M.Buss. 2002. *Personality Psychology: Domain of Knowledge About Human Nature*. New York: Mc Graw Hill.

Lawson, J.M., E.L.Wadell., dan A.K. Webb. 2011. *Predictor of Health Locus of Control in Older Adults*. 173-183. Springer Science & Business Media.

Lazarus, R.S. 1993. From Psychological Stress to The Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*. 44: 1-21.

Lazarus, R.S. dan S.Folkman. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, Inc.

Lefcourt, H.M. 1984. *Research with The Locus of Control Extensions and Limitations*. Volume 3. Academic Press, Inc: Canada.

Levenson, H. 1973. Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients. *Journal of Consulting*. (41)3: 397-404.

- Levenson, H. 1981. Differentiating among Internality, powerful others, and chance. *Research with the locus of control construct*. 1: pp.15-63. New York: Academic Press.
- Maghfirah, S., K.Sudiana., dan I.Y.Widyawati. 2015. Relaksasi Otot Progresif terhadap Stres Psikologis dan Perilaku Perawatan diri Pasien Diabetes Mellitus tipe 2. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 10(2): 137-146.
- Mansjoer, A., K.Triyanti., R.Savitri., W.I.Wardhani., dan W.Setiyowulan. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi ketiga*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Maulana, M. 2009. *Mengenal Diabetes: Panduan Praktis Menangani Penyakit Kencing Manis*. Yogyakarta: Katahati.
- Misnadiarly. 2006. *Diabetes Mellitus: Gangren, Ulcer, Infeksi. Mengenal Gejala, Menanggulangi, dan Mencegah Komplikasi*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Morowatisharifabad, M.A., S.S.M.Mahmoodabad., M.H.Bagianimoghadam., dan N.R.Tonekaboni. 2009. Relationship Between Locus of Control and Adherence to Diabetes Regimen. *Journal of Research in Health Science*. 9(1): pp.37-44.
- Mukaka, M.M. 2012. A Guide to Appropriate Use of Correlation Coefficient in Medical Research. *Malawi Medical Journal*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830/> [Diakses pada 1 Maret 2017].
- Nadziroh, U. 2016. "Hubungan Efikasi Diri dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poli Penyakit Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang". Tidak Dipublikasikan. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan.
- Nasir, A dan A.Muhith. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nawafa'h, D.N.A. dan A.M.H.Mansour. 2015. Correlates of Health Locus of Control Among Patients Diagnosed with Type-II Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes Mellitus*. 5: 190-197. DOI: 10.4236/jdm.2015.53023.
- Ndraha, S. 2014. Diabetes Melitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini. *Medicinus* 27(2).
http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE_Diabetes_Mellitus_Tipe_2_dan_tata_laksana_terkini.pdf [Diakses pada 23 Mei 2017].
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Perilaku dan Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Norman, P., P.Bennett., C.Smith., and S.Murphy. 1998. Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology*. 3: 171. DOI: 10.1177/135910539800300202.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam dan N.D.Kurniawati. 2007. *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nyenwe, E.A., O.A.Odia., A.E.Ihekwaba., A.Ojule., dan S.Babatunde. 2003. Type 2 Diabetes in Adult Nigerians: a Study of its Prevalence and Risk Factors in Port Harcourt, Nigeria. *Research and Clinical Practice*. 62(3). DOI: 10.1016/j.diabres.2003.07.002.
- Otterman, Y. 1999. *The Great Culture Debate: Clearly not a black and white issue*. <https://www.units.miamioh.edu/psybersite/control/culture.shtml> [Diakses pada 26 Mei 2017].
- Pau, B.K. 2014. *The Role of Cancer Locus of Control, Hope and Coping in Cancer Patients Subjective Well-being*. <https://hub.hku.hk/bitstream/10722/209526/1/FullText.pdf> [Diakses pada 2 Februari 2017].

- Perhimpunan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). 2015. *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. <https://id.scribd.com/doc/310474800/Perkeni-Diabetes-Mellitus>. [Diakses pada 18 Oktober 2016].
- Perhimpunan Endokrinologi Indonesia (PERKENI). 2011. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM Tipe 2 di Indonesia*. <https://drive.google.com/file/d/0BzXy8chsYGc1d0hOVUJUN0UtbVU/view> [Diakses pada 25 Oktober 2016].
- Petricek G., G.V.Mavrinac., dan M.V.Keglevic. 2009. *Health Locus of Control Assesment in Diabetes Mellitus Tipe 2 Patients*. 63(2): 135-43.
- Petricek, G., V.C.Nekic., Z.O.Adzic., G.V.Mavrinac., D.Soldo., L.Murgic., H.Tiljak., R.Gmajnic., dan M.V.Keglevic. 2008. Health Locus of Control of Diabetes Mellitus Type 2 Patients. *Wonca Europe World Family Doctors: Caring for People*. <http://www.woncaeurope.org/content/pp-283-health-locus-control-diabetes-mellitus-type-2-patients>. [Diakses pada 5 Juni 2017].
- Petrosky M.J dan J.C.Birkimer. 1991. The Relationship among Locus of Control, Coping Styles, and Psychological Symptom Reporting. *Journal of Clinical Psychology*. 47(3): 336-45. DOI: 10.1002/1097-4679(199105)47:3<336::AID-JCLP2270470303>3.0.CO;2-L.
- Polizzi, C., V.Fontana., G.Perricone., P.D'Angelo., M.Jancovic., C.Taormina., F.Nichelli., S.Burgio. 2015. *Coping Strategies and Locus of Control in Childhood Leukimia: a Multi-Center Research*. *Pediatric Reports 2015*. 7:5703. DOI: 10.4081/pr.2015.5703.
- Prajapati, B., M.Dunne., dan R.Armstrong. 2010. Sample Size Estimation and Statistical Power Analyses. *Clinical*. http://www.floppybunny.org/robin/web/virtualclassroom/stats/basics/articles/gpower/Gpower_tutorial_Prajapati_2010-.pdf [Diakses pada 5 Maret 2017].
- Pratita, N.D. 2012. Hubungan Dukungan Pasangan dan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan dalam Menjalani Proses Pengobatan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe-2. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya*.

1(1).<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=119151&val=5455> [Diakses 2 Juni 2017].

Price, A.S. dan L.M.Wilson. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Penerbit. Jakarta: EGC.

Prociuk, T.J. 1973. *Defensive Externality and its Relation to Academic Performance*.
https://mspace.lib.umanitoba.ca/bitstream/handle/1993/13266/Prociuk_Defensive_externality.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Diakses pada 28 Mei 2017].

Purwanti, L. 2014. Hubungan Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Melakukan Perawatan Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. 11(1). <http://www.jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/71> [Diakses 2 Juni 2017].

Qonitah dan Satyabhakti. 2013. Pengaruh Partisipasi dalam Paguyuban Sehat Kencing Manis bagi Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 1(2): 277-290.

Rahmaturrizqi. 2012. *Pengaruh Strategi Koping terhadap Tingkat Depresi pada Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Lhoksukon Kabupaten Aceh Utara*. <http://etheses.uin-malang.ac.id/2172/> [Diakses pada 30 Januari 2017].

Ramkisson, S., B.J.Pillay., dan B.Sartorius. 2016. Diabetes Distress and Related Factors in South African Adults with Type 2 Diabetes. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*. 21(2): 35-39. DOI: 10.1080/16089677.2016.1205822.

Ramadhan, N dan N.Marissa. 2015. Karakteristik Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Berdasarkan Kadar HbA1c di Puskesmas Jayabaru Kota Banda Aceh. *SEL*. 1(2): 49-56.

Rasmun. 2004. *Stress, Koping, dan Adaptasi: Teori dan Pohon Masalah Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.

- Riadi, E. 2016. *Statistika Penelitian (Analisis Manual dan IBM SPSS)*. Jakarta: ANDI.
- Riyadi, S dan Sukarmin. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rotter, J.B. 1966. Generalized Expectancies For INTERNAL Versus EXTERNAL Control Of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 80(1). <http://ocean.sci-hub.cc/3199bb699d20a2561b31519b04b5a7aa/rotter1966.pdf> [Diakses pada 9 Oktober 2016].
- Roy, T dan C.E.Lloyd. 2012. Epidemiology of Depression and Diabetes: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*. DOI: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6.
- Sabri, L dan A.P.Hastono. 2014. *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Safitri, I.N. 2013. Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Ditinjau Dari Locus of Control. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. 1(2). <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/jipt/article/viewFile/1583/1686> [Diakses pada 2 Juni 2017].
- Saltzman, K.M dan C.J.Holahan. 2002. Social Support, Self-Efficacy, and Depressive Symptoms: An Integrative Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 21: pp 309-322. DOI: 10.1521/jscp.21.3.309.22531.
- Sarafino, E.P dan T.W.Smith. 2011. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions Seventh Edition*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Sarafino, E. P. 2004. *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. New York: John Wilky and Sons Inc.
- Sarafino, E.P. 1990. *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction*. New York: John Willey & Sins Inc.

- Sargent-Cox dan Anstey. 2014. The Relationship Between Age-stereotypes and Health Locus of Control Across Adult Age-Groups. *Psychology & Health*. 30(6): 652-70. DOI: 10.1080/08870446.2014.974603.
- Schultz, D.P. dan S.E.Schultz. 2005. *Theories of Personality, Ninth Edition*. USA: Wadsworth.
- Seemann, C. 2008. Sex Differences in Locus of Control, Coping, and The Relationship Between Locus of Control and Coping. *Locus of Control, Coping, and Sex*. https://www.academia.edu/2998289/Sex_differences_in_locus_of_control_coping_and_the_relationship_between_locus_of_control_and_coping [Diakses pada 22 Mei 2017].
- Septiady, Y.A. dan Suhana. 2015. Hubungan antara Health Locus of Control dan Self Efficacy pada Pasien Gagal Ginjal Akut yang Menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Al-Islam Bandung. *Prosiding Psikologi*. <http://repository.unisba.ac.id/handle/123456789/1061> [Diakses pada 8 Mei 2017].
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Cetakan I. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setyaningsih, F.D., Makmuroch., dan T.R.Andayani. 2011. Hubungan Antara Dukungan Emosional Keluarga dan Resiliensi dengan Kecemasan Menghadapi Kemoterapi pada Pasien Kanker di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Psikologi*. 3(6). <http://jurnalwacana.psikologi.fk.uns.ac.id/index.php/wacana/article/view/38> [Diakses pada 8 Juni 2017].
- Siswanto. 2007. *Kesehatan Mental: Konsep, Cakupan, dan Perkembangannya*. Yogyakarta: ANDI.
- Skarbek, E.A. 2006. Psychosocial Predictors of Self care Behaviors in Type 2 Diabetes Mellitus Patient: Analysis of Social Support, Self-Efficacy and Depression. *Clinical Psychology*. <https://pdfs.semanticscholar.org/cbe3/3d3479eea82233f7bbadc8fac73e31b874e5.pdf> [Diakses pada 5 Juni 2017].

- Smeltzer, S.C dan B.G.Bare. 2008. *Textbook of Medical Surgical Nursing*. Volume 2. Philadelphia: Lippincott William dan Wilkins.
- Smeltzer, S.C dan B.G.Bare. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C dan B.G.Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner dan Suddarth*. Volume 2 Edisi 8. Jakarta: EGC.
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Snyder, C.R. 1999. *Coping: The Psychology of What Works*. New York Oxford: Oxford University Press.
- Soegondo, S. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam: Farmakoterapi pada Pengendalian Glikemia Diabetes Melitus Tipe 2*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Soegondo, S. 2004. *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini, dalam Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabetes Melitus bagi Dokter maupun Edukator*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Stuart, G.W. 2013. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 10th Edition*. Elsevier Inc.
- Stuart, G.W. dan Sundeen. 1995. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sujadi, E., A.M.Yusuf., dan Marjohan. 2016. Hubungan antara *Locus of Control* dan Efektivitas Komunikasi antar Pribadi dengan *Problem Focused Coping*. *Konselor*. 5(1). <http://ejournal.unp.ac.id/index.php/konselor/article/view/6490> [Diakses pada 27 Mei 2017].

- Sukardji, K. 2009. *Buku Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu: Penatalaksanaan Gizi pada Diabetes Melitus*. Edisi ke-2. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Suls, J. dan K.A.Wallston. 2003. *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Blackwell Publishing Ltd.
- Suryani, E. 2014. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Mekanisme Koping Pasien Luka Diabetes Melitus di Asri Wound Care Centre Medan*. <http://repository.usu.ac.id> [Diakses pada 1 Februari 2017].
- Suzzana, N. 2014. *Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini*. Jakarta: Universitas Krida Wacana.
- Taluta, Y.P., Mulyadi., dan R.S.Hamel. 2014. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping pada Penderita Diabetes Melitus Tipe II di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Tobelo Kabupaten Halmahera Utara. *ejournal Keperawatan (e-Kp)*. 2. <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/viewFile/4059/3575> [Diakses pada 13 Februari 2017].
- Tambayong. 2000. *Patofisiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Tandra, H. 2007. *Segala sesuatu yang harus anda ketahui tentang diabetes melitus: panduan lengkap mengenal dan mengatasi diabetes dengan cepat dan mudah*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Taylor, S.E., L.A.Peplau., dan D.O.Sears. 2006. *Social Psychology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Taylor, S.E. 2006. *Health Psychology*. Singapore: MC. Grow Hill Book Company.
- Thomas, E.M., T.J.Kamalanabhan., dan M.Vasanthi. 2004. Locus of Control Among Diabetic and Non-Diabetic Patients - A Comparative Study. *Journal of Social Science*. 8(3): 221-226.

- Tim Pengembang Ilmu Pendidikan. 2007. *Ilmu dan Aplikasi Pendidikan*. Bandung: PT Imperial Bhakti Utama.
- Tisnawati, S.H dan S.Setyorogo. 2013. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 5(1). http://lp3m.thamrin.ac.id/upload/artikel%202.%20vol%205%20no%201_s_hara.pdf [Diakses pada 10 Mei 2017].
- Tuncay, T., I.Musabak., D.E.Gok., dan M.Kutlu. 2008. The Relationship Between Anxiety, Coping Strategies, and Characteristics of Patients with Diabetes. *Health Quality of Life Outcomes*. 6: 79. DOI: 10.1186/1477-7525-6-79.
- Turan, B., Z.Osar., J.M.Turan., T.Damci., dan H.Ilkova. 2002. The Role of Coping with Disease in Adherence to Treatment Regimen and Disease Control in Type 1 and Insulin Treated Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes and Metabolism*. 28(3): 186-93.
- Vickers, R.R., T.L.Conway., dan M.A.Haight. 1982. Association Between Levenson's Dimensions of Locus of Control and Measures of Coping and Defense Mechanism. *Naval Medical Research and Development Command*. 81-37. <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a120039.pdf> [Diakses pada 28 Mei 2017].
- Wallston, K.A., M. J.Stein., dan C.A.Smith. 1994. Form C of the MHLC Scales: A condition-specific measure of locus of control. *Journal Of Personality Assessment*. 63(3): 534-553.
- Wallston, B.S. dan K. A.Wallston. 1978. Locus of Control and Health: A Review of The Literature. *Health Education Monographs Spring*. 6: 107. DOI: 10.1177/109019817800600102.
- Wallston, K.A., B.S.Wallston., dan R.DeVellis. 1978. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*. 6(2): 160-170.

- Wong, P.T.P dan L.C.J.Wong. 2006. *Handbook of Multicultural Perspective on Stress and Coping*. United States of of America: Springer Science+Business Media, Inc.
- World Health Organization. 2006. *Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia*.
http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf. [Diakses pada 5 Juni 2016].
- Wu, S.F., Y.C.Huang., M.C.Lee., T.J.Wang., H.H.Tung., dan M.P. Wu. 2013. Self-efficacy, Self Care Behavior, Anxiety, and Depression in Taiwanese with Type 2 Diabetes: A Cross-sectional Survey. *Nursing and Health Sciences*. 213-219. DOI: 10.1111/nhs.12022.
- Wu, S.V., M.Cortney., H.Edwards., J.McDowell., L.M.Shortridge-Bagget., dan P.J.Chang. 2007. Self Efficacy, Outcome Expectations, and Self-care Behaviour in People with Type 2 Diabetes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 16(11C): 250-7. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01930.x.
- Zawawi, J.A. dan S.H.Hamaideh. 2009. Depressive Symptoms and Their Correlates with Locus of Control and Satisfaction with Life among Jordanian College Students. *Europe's Journal of Psychology* 4. 71-103.
- Zeidner, M. dan N.S.Endler. 1996. *Handbook of Coping: theory, research, applications*. John Wiley & Sons. Inc.
- Ziegler, M., E.Danay., M.Heene., J.Asendorpf., dan M.Bühner. 2012. Openness, Fluid Intelligence, and Crystallized Intelligence: Toward an Integrative Model. *Journal of Research in Personality*. DOI: 10.1016/j.jrp.2012.01.002.



LAMPIRAN

LAMPIRAN A: Lembar *Informed*

KODE RESPONDEN:

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Calon Responden

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jl. Danau Toba 37A, Jember

Bermaksud akan melaksanakan penelitian tentang “Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan *health locus of control* dengan mekanisme koping pada pasien DM tipe tipe 2. Prosedur penelitian membutuhkan waktu 30-45 menit untuk pengisian kuesioner yang akan saya berikan. Pada penelitian ini, peneliti memberikan lembar kuesioner MHLCS Form C dan *Cope Inventory* untuk mengetahui *health locus of control* dan mekanisme koping yang membutuhkan waktu sekitar 30-45 menit dalam proses pengisiannya.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka saya mohon kesediaan anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden. Segala informasi akan dijaga kerahasiaannya dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden penelitian, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden penelitian, maka saya mohon kesediaan anda untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab serta mengisi kuesioner yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember,.....2017

Auliya Hidayati
NIM 132310101001

LAMPIRAN B: Lembar *Consent***KODE RESPONDEN:****PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

No. telepon :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Auliya Hidayati

NIM : 132310101001

Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Judul : Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

Setelah saya membaca dan telah menerima penjelasan terkait penelitian serta diberikan informasi dengan jelas, maka saya telah memahami bahwa prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak risiko apapun pada subjek penelitian. Kerahasiaan akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

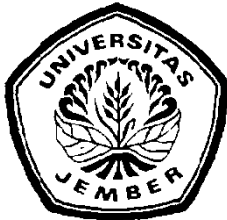
Dengan ini saya menyatakan secara sadar dan sukarela bersedia untuk ikut menjadi responden penelitian serta bersedia menjawab semua pernyataan dengan sebenar-benarnya dalam penelitian ini, persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Jember,2017

(.....)

LAMPIRAN D: Kuesioner Demografi

KODE RESPONDEN:

**KUESIONER PENELITIAN**

**HUBUNGAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
MEKANISME KOPING PADA PASIEN DIABETES
MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu paling sesuai dengan kondisi yang dialami oleh Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda *check list* (✓) pada pilihan jawaban yang dipilih.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Nama (inisial) :
2. Tempat Tanggal Lahir :
3. Usia :tahun
4. Jenis Kelamin : laki-laki perempuan
5. Status Menikah : menikah belum menikah
6. Alamat :
7. Pendidikan :

<input type="checkbox"/> Tidak sekolah	<input type="checkbox"/> SLTA/ sederajat
<input type="checkbox"/> Tamat SD/ sederajat	<input type="checkbox"/> Akademi/PT
<input type="checkbox"/> SLTP/ sederajat	
8. Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> Wiraswasta/ pedagang
<input type="checkbox"/> Petani	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga
<input type="checkbox"/> Pegawai swasta	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....
9. Lamanya menderita DM : tahun

LAMPIRAN E: Kuesioner *Multidimensional Health Locus of Control Scale*

KODE RESPONDEN:

KUESIONER *MULTIDIMENSIONAL HEALTH LOCUS OF CONTROL SCALE (FORM C)*

Setiap pernyataan di bawah ini menggambarkan keyakinan Anda tentang kondisi kesehatan Anda yang mungkin Anda setuju atau tidak setuju. Dalam setiap pernyataan, terdapat rentang skala, diawali dari sangat tidak setuju (1) hingga sangat setuju (6). Dalam setiap butir pernyataan, kami berharap Anda melingkari nomor yang mewakili sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan tersebut. Semakin Anda setuju atas pernyataan, semakin tinggi angka yang Anda lingkari. Semakin Anda tidak setuju dengan pernyataan, semakin rendah angka yang Anda lingkari. Pastikan Anda menjawab **SETIAP PERNYATAAN** dan melingkari **HANYA SATU** angka pada setiap pernyataan. Pernyataan ini adalah ukuran dari keyakinan pribadi Anda, jadi tidak ada jawaban yang benar atau salah.

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)		4 = Agak Setuju (AS)					
2 = Cukup Tidak Setuju (CTS)		5 = Cukup Setuju (CS)					
3 = Agak Tidak Setuju (ATS)		6 = Sangat Setuju (SS)					
No.	Pernyataan	STS	CTS	ATS	AS	CS	SS
1.	Jika kondisi saya memburuk, perilaku saya sendirilah yang menentukan seberapa cepat saya akan merasa lebih baik lagi.	1	2	3	4	5	6
2.	Untuk keadaan saya, apa yang akan terjadi maka terjadilah.	1	2	3	4	5	6
3.	Jika saya memeriksakan diri ke dokter secara teratur, saya kemungkinan kecil memiliki masalah dengan kondisi saya.	1	2	3	4	5	6
4.	Kebanyakan hal yang mempengaruhi kondisi saya terjadi secara kebetulan.	1	2	3	4	5	6
5.	Saat kondisi saya memburuk, saya harus berkonsultasi dengan tenaga kesehatan professional yang terlatih.	1	2	3	4	5	6
6.	Saya bertanggung jawab secara langsung atas membaik atau memburuknya kondisi saya.	1	2	3	4	5	6
7.	Orang lain berperan besar dalam menentukan apakah kondisi saya membaik, tetap sama, atau semakin memburuk.	1	2	3	4	5	6
8.	Apapun yang salah dengan kondisi saya adalah kesalahan saya sendiri.	1	2	3	4	5	6
9.	Keberuntungan berperan besar dalam menentukan membaiknya kondisi saya.	1	2	3	4	5	6

No.	Pernyataan	STS	CTS	ATS	AS	CS	SS
10.	Agar kondisi saya membaik, saya serahkan kepada orang lain untuk menilai apakah kebaikan telah terjadi pada saya. Hal ini tergantung pada orang lain yang menilai bahwa hal baik telah terjadi.	1	2	3	4	5	6
11.	Sebaik apapun kondisi saya sebagian besar adalah karena masalah keberuntungan.	1	2	3	4	5	6
12.	Hal utama yang mempengaruhi kondisi saya adalah apa yang saya lakukan sendiri.	1	2	3	4	5	6
13.	Saya pantas mendapat pujian ketika kondisi saya membaik dan patut disalahkan ketika kondisi saya semakin memburuk.	1	2	3	4	5	6
14.	Mengikuti perintah dokter dengan sebenarnya adalah cara terbaik untuk menjaga kondisi saya agar kondisi saya tidak memburuk.	1	2	3	4	5	6
15.	Jika kondisi saya memburuk, hal itu persoalan nasib.	1	2	3	4	5	6
16.	Jika saya beruntung, kondisi saya akan lebih baik.	1	2	3	4	5	6
17.	Jika kondisi saya memburuk, itu karena saya belum mengambil tindakan yang tepat untuk diri saya.	1	2	3	4	5	6
18.	Jenis bantuan yang saya terima dari orang lain menentukan seberapa cepat kondisi saya dapat membaik.	1	2	3	4	5	6

(Wallston, Wallston, dan Smit, 1994; Halpert, 2011)

LAMPIRAN F: Kuesioner *Cope Inventory*

KODE RESPONDEN:

KUESIONER COPE INVENTORY**Petunjuk Pengisian**

1. Bacalah dengan cermat dan teliti pada setiap pernyataan
2. Pilih salah satu jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan kondisi yang dialami dengan memberi tanda centang (✓) pada pilihan yang dipilih

No.	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	Saya melakukan beberapa aktivitas atau pekerjaan untuk mengurangi pikiran saya akan penyakit diabetes melitus yang saya alami				
2.	Saya berusaha untuk mengerjakan sesuatu agar dapat mengurangi kekhawatiran saya akan penyakit diabetes melitus yang saya alami				
3.	Saya mengatakan kepada diri saya bahwa tidak benar jika saya mengidap penyakit diabetes melitus				
4.	Saya mengonsumsi obat penenang secara berlebihan untuk membuat diri saya lebih tenang				
5.	Saya menerima dukungan dari keluarga saya ketika saya terdiagnosa mengalami diabetes melitus				
6.	Saya merasa putus asa dengan penyakit diabetes melitus yang saya alami				
7.	Saya mencoba melakukan pola hidup sehat agar kondisi kesehatan saya lebih baik				
8.	Saya tidak bisa menerima kenyataan bahwa saya mengidap diabetes melitus				
9.	Saya menceritakan kepada orang lain tentang penyakit saya untuk mengurangi beban yang saya rasakan				
10.	Saya mendapatkan bantuan dan nasehat dari orang lain untuk mengurangi beban yang saya rasakan				
11.	Saya menggunakan obat-obatan terlarang untuk menghilangkan kekhawatiran akan penyakit diabetes melitus yang saya alami				
12.	Saya mencoba mengambil hikmah dibalik cobaan yang saya alami (mengidap penyakit diabetes melitus)				


No.	Pernyataan	Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
13.	Saya menyesali perilaku yang telah saya lakukan sehingga menyebabkan saya menderita diabetes melitus				
14.	Saya berusaha dengan beberapa rencana untuk memperoleh kesembuhan				
15.	Saya memperoleh kenyamanan dan penerimaan dalam keluarga saya meskipun saya menderita diabetes melitus				
16.	Saya merasa putus asa dan menyerah untuk menyelesaikan permasalahan yang saya hadapi				
17.	Saya merasa bahwa dengan menderita penyakit diabetes melitus saya menyadari bahwa kesehatan itu sangat berharga				
18.	Saya masih tetap bisa bercanda meskipun saya menderita diabetes melitus				
19.	Saya memilih untuk menonton TV, membaca buku, tidur-tiduran, atau berbelanja untuk mengurangi pikiran saya tentang penyakit diabetes melitus				
20.	Saya menerima kenyataan bahwa saya menderita diabetes melitus				
21.	Saya menceritakan kekhawatiran saya akan penyakit diabetes melitus yang saya alami kepada orang di sekitar saya				
22.	Setelah didiagnosa menderita diabetes melitus, saya lebih mendekatkan diri kepada Tuhan				
23.	Saya mencoba untuk mengkonsultasikan penyakit diabetes melitus yang saya alami pada dokter yang ahli tentang penyakit diabetes melitus				
24.	Saya mencoba belajar untuk tetap memiliki semangat hidup meskipun saya menderita diabetes melitus				
25.	Saya berfikir keras untuk memutuskan langkah apa yang harus dilakukan untuk mengobati penyakit diabetes melitus yang saya alami				
26.	Saya mengidap diabetes melitus karena kesalahan saya sendiri				
27.	Saya tidak lupa berdoa untuk kesembuhan saya				
28.	Saya menceritakan hal-hal yang lucu untuk mengurangi kekhawatiran saya akan penyakit diabetes melitus				

Sumber: Carver *et al.*, (1989) dalam Nadziroh (2016)

LAMPIRAN G: Mini Mental State Examination (MMSE)

KODE RESPONDEN:

**PEMERIKSAAN STATUS MENTAL MINI
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)**

Item	Tes	Nilai Maks	Nilai
	ORIENTASI		
1.	Sekarang tahun, musim, bulan, tanggal, hari apa?	5	
2.	Kita Berada dimana? Negara, propinsi, kota	5	
	REGISTRASI		
3.	Sebutkan 3 buah nama benda, tiap benda 1 detik, pasien diminta untuk mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat mengulangi dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	
	ATENSI DAN KALKULASI		
4.	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau minta untuk mengeja kata dari belakang (nilai diberi pada huruf yang benar)	5	
	MENGINGAT KEMBALI (RECALL)		
5.	Pasien diminta untuk menyebutkan kembali nama benda sebelumnya	3	
	BAHASA		
6.	Pasien diminta untuk menyebutkan nama benda yang ditunjukkan	2	
7.	Pasien diminta untuk mengulang kata-kata: “namun”, “tanpa”, “bila”	1	
8.	Pasien diminta untuk melakukan perintah, “ambil kertas ini dengan tangan anda”	3	
9.	Pasien diminta untuk membaca dan melakukan perintah “pejamkan mata anda”	1	
10.	Pasien diminta untuk menulis dengan spontan	1	
11.	Pasien diminta untuk menggambar bentuk di bawah ini	1	
			
	Total	30	

Sumber: Asosiasi Alzheimer Indonesia. Pengenalan dan Penatalaksanaan Demensia Alzheimer dan Demensia Lainnya. Jakarta, 2003.

Keterangan: 24 – 30 : normal
 17 – 23 : *probable* gangguan kognitif
 < 17 : *definite* gangguan kognitif

LAMPIRAN H: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Hasil Uji Validitas MHLCS Form C dengan Melihat Nilai r-tabel

No.	Subskala	Nomor Pernyataan	r-hitung	r-tabel	Kesimpulan
1.	IHLC	Pernyataan 1	0,774	0,361	Valid
		Pernyataan 6	0,686	0,361	Valid
		Pernyataan 8	0,500	0,361	Valid
		Pernyataan 12	0,592	0,361	Valid
		Pernyataan 13	0,676	0,361	Valid
		Pernyataan 17	0,680	0,361	Valid
2.	PHLC	Pernyataan 3	0,639	0,361	Valid
		Pernyataan 5	0,432	0,361	Valid
		Pernyataan 7	0,777	0,361	Valid
		Pernyataan 10	0,803	0,361	Valid
		Pernyataan 14	0,495	0,361	Valid
		Pernyataan 18	0,652	0,361	Valid
3.	CHLC	Pernyataan 2	0,587	0,361	Valid
		Pernyataan 4	0,715	0,361	Valid
		Pernyataan 9	0,764	0,361	Valid
		Pernyataan 11	0,762	0,361	Valid
		Pernyataan 15	0,720	0,361	Valid
		Pernyataan 16	0,663	0,361	Valid

LAMPIRAN I: Analisa Data**a. Karakteristik Responden****Statistics**

Usia

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		54,76
Median		56,00
Std. Deviation		7,005
Minimum		38
Maximum		65

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Usia	Mean	54.76	.764	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	53.24	
		Upper Bound	56.28	
	5% Trimmed Mean	55.06		
	Median	56.00		
	Variance	49.075		
	Std. Deviation	7.005		
	Minimum	38		
	Maximum	65		
	Range	27		
	Interquartile Range	10		
	Skewness	-.564	.263	
	Kurtosis	-.426	.520	

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Lama Menderita (Tahun)	Mean	2,882	,2270	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,431	
		Upper Bound	3,334	
	5% Trimmed Mean	2,622		
	Median	2,000		
	Variance	4,329		
	Std. Deviation	2,0807		
	Minimum	,5		
	Maximum	10,0		
	Range	9,5		
	Interquartile Range	1,0		
	Skewness	2,037	,263	
	Kurtosis	4,272	,520	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	31	36.9	36.9	36.9
	Perempuan	53	63.1	63.1	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Pendidikan Akhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	2	2.4	2.4	2.4
	SD	27	32.1	32.1	34.5
	SLTP	21	25.0	25.0	59.5
	SLTA	23	27.4	27.4	86.9
	Perguruan Tinggi	11	13.1	13.1	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Bekerja	2	2.4	2.4	2.4
PNS	10	11.9	11.9	14.3
Petani	1	1.2	1.2	15.5
Pegawai Swasta	13	15.5	15.5	31.0
Wiraswasta/Pedagang	18	21.4	21.4	52.4
Ibu Rumah Tangga	34	40.5	40.5	92.9
Lain-lain	6	7.1	7.1	100.0
Total	84	100.0	100.0	

Status Menikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Menikah	84	100.0	100.0	100.0

b. Data Health Locus of Control**Statistics**

	Skor IHLC	Skor PHLC	Skor CHLC
N Valid	84	84	84
N Missing	0	0	0
Mean	25.55	26.95	19.25
Median	25.00	27.00	18.50
Std. Deviation	4.295	3.874	5.652
Minimum	16	17	10
Maximum	34	34	33

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Skor IHLC	Mean	25.55	.469	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24.62	
		Upper Bound	26.48	
	5% Trimmed Mean	25.58		
	Median	25.00		
	Variance	18.443		
	Std. Deviation	4.295		
	Minimum	16		
	Maximum	34		
	Range	18		
	Interquartile Range	6		
	Skewness	-.061	.263	
	Kurtosis	-.612	.520	

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Skor PHLC	Mean	26.95	.423	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	26.11	
		Upper Bound	27.79	
	5% Trimmed Mean	27.08		
	Median	27.00		
	Variance	15.010		
	Std. Deviation	3.874		
	Minimum	17		
	Maximum	34		
	Range	17		
	Interquartile Range	6		
	Skewness	-.423	.263	
	Kurtosis	-.170	.520	

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Skor CHLC	Mean	19.25	.617	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18.02	
		Upper Bound	20.48	
	5% Trimmed Mean	19.08		
	Median	18.50		
	Variance	31.949		
	Std. Deviation	5.652		
	Minimum	10		
	Maximum	33		
	Range	23		
	Interquartile Range	8		
	Skewness	.428	.263	
	Kurtosis	-.572	.520	

c. Data Mekanisme Koping

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Skor Mekanisme Koping	84	59	102	76,55	10,890
Valid N (listwise)	84				

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Skor Mekanisme Koping	Mean	76,55	1,188	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	74,18	
		Upper Bound	78,91	
	5% Trimmed Mean	76,18		
	Median	73,00		
	Variance	118,588		
	Std. Deviation	10,890		
	Minimum	59		
	Maximum	102		
	Range	43		
	Interquartile Range	17		
	Skewness	,659	,263	
	Kurtosis	-,685	,520	

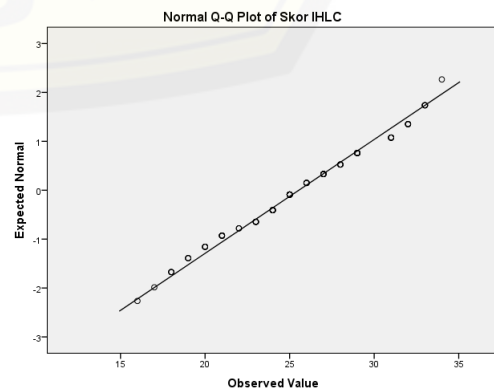
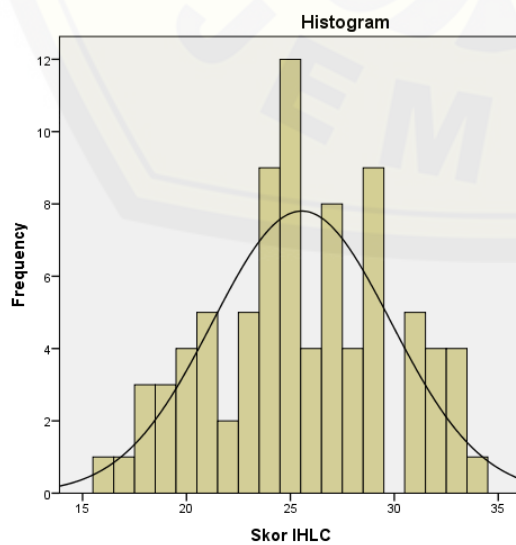
d. Hasil Uji Normalitas

1. IHLC

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor IHLC	.086	84	.179	.978	84	.169

a. Lilliefors Significance Correction

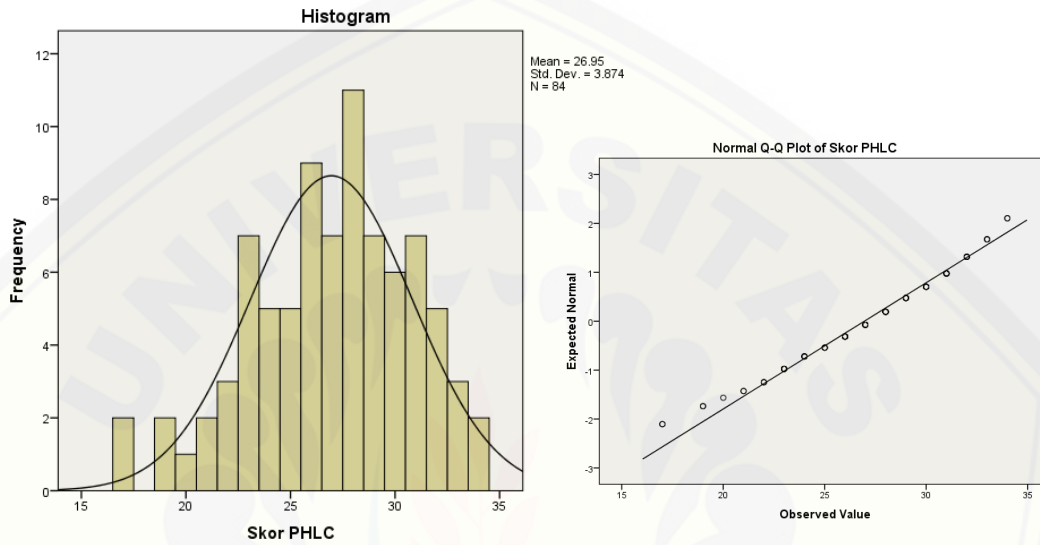


2. PHLC

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor PHLC	.095	84	.060	.975	84	.107

a. Lilliefors Significance Correction

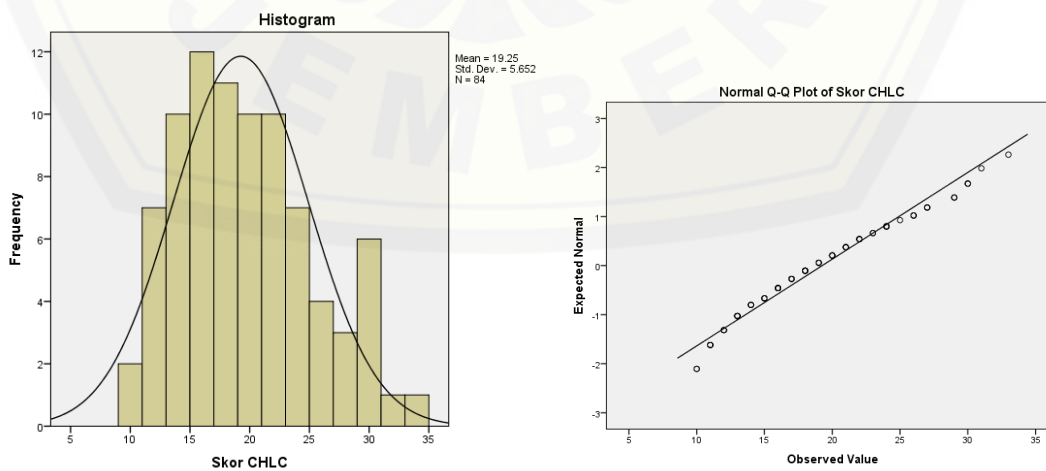


3. CHLC

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Skor CHLC	.088	84	.164	.966	84	.024

a. Lilliefors Significance Correction

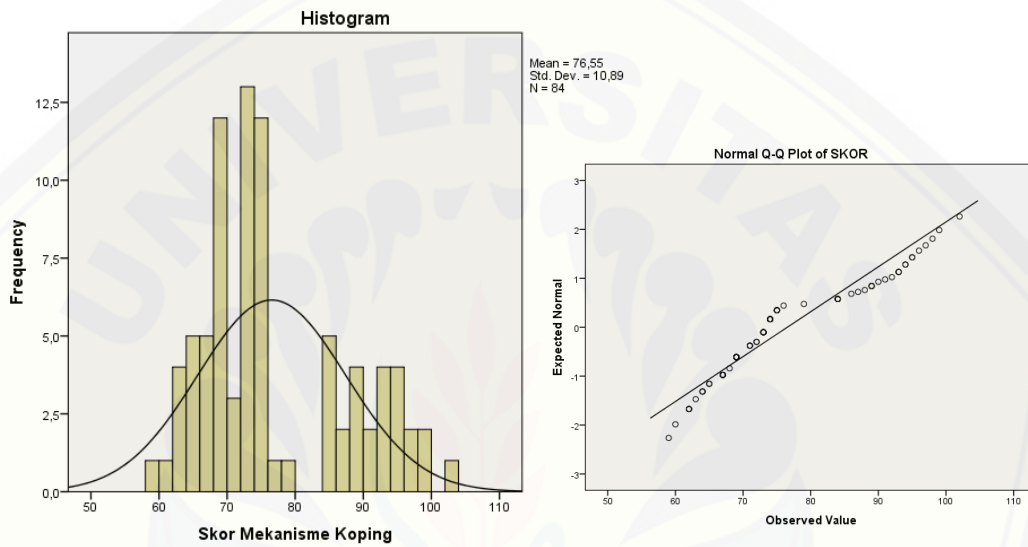


4. Mekanisme Koping

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SKOR	,223	84	,000	,912	84	,000

a. Lilliefors Significance Correction



e. Analisa Hubungan *Internal Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping

Correlations

		Skor IHLC	Skor Mekanisme Koping
Spearman's rho	Skor IHLC	1,000	,581**
			,000
		84	84
	Skor Mekanisme Koping	,581**	1,000
		,000	.
		84	84

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

f. Analisa Hubungan *Powerful Others Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping

		Skor PHLC	Skor Mekanisme Koping
Spearman's rho	Skor PHLC		
	Correlation Coefficient	1,000	-,215*
	Sig. (2-tailed)	.	,049
	N	84	84
	Skor Mekanisme Koping		
	Correlation Coefficient	-,215*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,049	.
	N	84	84

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

g. Analisa Hubungan *Chance Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping

		Skor CHLC	Skor Mekanisme Koping
Spearman's rho	Skor CHLC		
	Correlation Coefficient	1,000	-,336**
	Sig. (2-tailed)	.	,002
	N	84	84
	Skor Mekanisme Koping		
	Correlation Coefficient	-,336**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,002	.
	N	84	84

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

LAMPIRAN J: Dokumentasi



Gambar 1. Pengisian Kuesioner di Kediaman Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember



Gambar 2. Pengisian Kuesioner di Kediaman Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

LAMPIRAN K: Lembar Surat Ijin

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 0516/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 2 Februari 2017
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Auliya Hidayati

N I M : 132310101001

keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

judul penelitian : Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Ns. Lantih Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/207/314/2017

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 02 Pebruari 2017 Nomor : 0516/UN25.1.14/SP/2017 perihal Ijin Studi Pendahuluan

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Auliya Hidayati 132310101001
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
 Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan untuk penyusunan Skripsi berjudul :
 "Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Pebruari s/d Maret 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 06-02-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris

MRS. MOH. HASYIM, M.Si.
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19590431982111001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember;
 2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 09 Februari 2017

Nomor : 440 / 6247 / 414 / 2017
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
 Yth.Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Patrang
 di - **JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/207/314/2016, Tanggal 06 Februari 2017, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Auliya Hidayati
 NIM : 132310101001
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan Tentang Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Waktu Pelaksanaan : 09 Februari 2017 s/d 09 Maret 2017

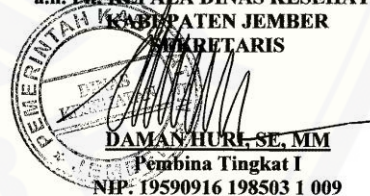
Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

a.n. **PK-KEPALA DINAS KESEHATAN**
KABUPATEN JEMBER
SEKRETARIS


DAMANI HURI, SE, MM
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19590916 198503 1 009

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT.PUSKESMAS PATRANG
Jl. Kaca Piring No. 5 Telp. 0331-484022

SURAT - KETERANGAN

NOMOR : 440/12/414.49/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr.T.Ninik Widyawati
NIP : 19710827 200212 2 005
Pangkat/Gol : Pembina / IV a
Jabatan : PIt.Kepala Puskesmas Patrang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Alamat : Jl.Kalimantan no: 37 Jember
Fakultas : Program Study Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Benar-benar telah melaksanakan studi penelitian di Puskesmas Patrang Kec Patrang Kab Jember terhitung mulai Tgl 09 Pebruari s/d 20 Pebruari 2017 tentang Hubungan Health Locus Of Control Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah Kerja Puskesmas Patrang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sehingga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, Tgl 23 Pebruari 2017

Pt. Kepala Puskesmas Patrang

Dr. Ninik Widyawati
NIP. 19710827 200212 2 005

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa

Nama : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Fakultas/Prodi : Ilmu Keperawatan
PT : Universitas Jember

telah menerjemahkan kuesioner berbahasa Inggris yang berjudul

Multidimensional Health Locus of control Sclae Form C

di UPT BSPB (Pusat Bahasa) Universitas Jember

Jember, 24 Nopember 2016



Penerjemah,

[Signature]
Muhammad Fadil



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS JEMBER

Jl. Kalimantan 37 - Kampus Bumi Tegalboto Kotak Pos 159 Jember

Telp. (0331) 330224, 333147, 334267 Fax: (0331/0) 339029, 337422

Laman: www.unej.ac.id**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Prof. Dr. Bambang Wibisono, M.Pd
NIP : 196004091985031003
Jabatan : Pengampu Mata Kuliah Bahasa Indonesia Fakultas Ilmu Budaya
Universitas Jember

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa telah melakukan pengoreksian kalimat baku dalam Bahasa Indonesia pada kuesioner *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (Form C) pada tanggal 20 Februari 2017 atas nama :

Nama : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Fakultas/Prodi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Hubungan *Health Locus of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 21 Februari 2017

Pengampu Mata Kuliah Bahasa
Indonesia Fakultas Ilmu Budaya
Universitas Jember

Bambang
Prof. Dr. Bambang Wibisono, M.Pd
NIP. 196004091985031003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 0975/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 6 Maret 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Auliya Hidayati
N I M : 132310101001
keperluan : permohonan ijin melaksanakan uji validitas dan reliabilitas
judul penelitian : Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember
waktu : satu bulan
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
 Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 14 Maret 2017

Nomor : 440 /11680/311/ 2017
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada :
 Yth.Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Jember Kidul
 di - **JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/207/314/2017, Tanggal 10 Maret 2017, Perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Auliya Hidayati
 NIM : 132310101001
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas Tentang Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember
 Waktu Pelaksanaan : 14 Maret 2017 s/d 14 April 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

a.n. Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER
 SEKRETARIS


DAMANI HURI, SE, MM
 Pembina Tingkat I
 NIP: 19590916 198503 1 009

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS JEMBER KIDUL
 Alamat: JL. KH. SHIDDIQ 78 TELP 0331-424744
 JEMBER

Kode Pos 68131

Jember, 27 Maret 2017

Nomor : 445/106/1311.46/2017
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : Pemberitahuan selesai
 Melaksanakan Uji
 Validitas dan Reliabilitas

Kepada
 Yth, Dekan Fakultas Program
 Studi Ilmu Keperawatan
 Universitas Jember
 di-
 Jember

Memperhatikan surat dari An. Plt Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Sekretaris tertanggal 14 Maret 2017 Nomor : 440/11680/3111/2017 perihal ijin uji Validitas dan Reliabilitas, maka dengan ini kami memberitahukan bahwa yang tersebut di bawah ini :

Nama : Auliya Hidayati
 NIM : 132310101001
 Alamat : Jl. Kalimantan No.37 Jember
 Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Telah selesai melaksanakan uji Validitas dan Reliabilitas tentang hubungan Health Locus Of Control dengan Mekanisme Koping pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Jember Kidul waktu 14 Maret 2017 s/d 14 April 2017.

Demikian surat pemberitahuan dari kami untuk diketahui dan terima kasih.

Plt Kepala UPT Puskesmas
 Jember Kidul

 @K-Apsari

NIP. 19610416 198902 2 003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1072/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 13 Maret 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Auliya Hidayati

N I M : 132310101001

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
e-Mail : penelitian.lemit@unej.ac.id

Nomor : 0391 /UN25.3.1/LT/2017 20 Maret 2017
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perlindungan Masyarakat Kabupaten Jember
di -

JEMBER

Memperhatikan surat Pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 1072/UN25.1.14/LT/2017 tanggal 13 Maret 2017, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Auliya Hidayati / 132310101001
Fakultas / Jurusan : PSIK / Ilmu Keperawatan
Alamat : Jl. Danau Toba 37 A Jember / No. Hp. 083852006660
Judul Penelitian : Hubungan *Health Locus Of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Lama Penelitian : Satu Bulan (20 Maret – 20 April 2017)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

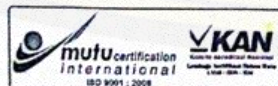
Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua
Sekretaris,

Dr. Zainuri, M.Si
NIP 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2403/314/2017

Tentang

PENELITIAN

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 20 Maret 2017 Nomor : 0391/UN25.3.1/LT/2017 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Auliya Hidayati 132310101001
 Instansi : PSIK / Ilmu Keperawatan / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Danau Toba 37 A Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian dengan judul :
 "Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember".
 Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Maret s/d April 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.
- Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 30-03-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kasubid. Kajian Eksos & Budaya

ACHMAD DAUDET, S.Sos

Penaga TRIT

NIP. 196909121990021001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Unej;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 03 April 2017

Nomor : 440 / ~~506~~ /311/ 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Plt. Kepala Puskesmas Patrang
di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/2403/314/2016, Tanggal 23 Maret 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :


Nama : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang Hubungan Health Locus of Control dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 03 April 2017 s/d 03 Mei 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

a.n. Plt. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
SEKRETARIS

DAMAN HURI, SE, MM
Pembina Tingkat I
NIP. 19590916 198503 1 009

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT.PUSKESMAS PATRANG
Jl. Kaca Piring No. 5 Telp. 0331-484022**

SURAT - KETERANGAN

NOMOR : 440/132/311.06/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr.T.Ninik Widyawati
NIP :19710827 200212 2 005
Pangkat/Gol : Pembina / IV a
Jabatan : Plt.Kepala Puskesmas Patrang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Auliya Hidayati
NIM :132310101001
Alamat : Jl.Kalimantan no: 37 Jember
Fakultas : Program Study Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Benar-benar telah melaksanakan studi penelitian di Puskesmas Patrang terhitung mulai Tgl 03 April s/d 3 Mei 2017 tentang Hubungan Health Locus Of Control Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah Kerja Puskesmas Patrang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sehingga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, Tgl 23 Mei 2017

Plt.Kepala Puskesmas Patrang








dr.T.Ninik Widyawati
NIP. 19710827 200212 2 005








LAMPIRAN L: Lembar Konsul DPU dan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama Mahasiswa : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Nama DPU : Ns. Nur Widayati, MN

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	Jumat, 23-09-2016	Pengajuan Judul	Baca literatur	
2.	Kamis, 29-09-2016	Bab I & II, Kuesioner	- Cari literatur up to date - Pelajari konsep HCL - Baca kuesioner HCL Indonesia	
3.	Kamis, 24-11-2016	Kuesioner HLOC	- Pahami instrumen LOC, cari instrumen yang valid - Pelajari cara peni- lauan.	
4.	Kamis, 15-12-2016	Bab I, II, III, IV, kuesi- oner Dukungan keluarga dan HLOC	- Pelajari scoring & LOC. - Ketebatan DM, LOC, & Duk keluarga	
5.	Kamis, 29-12-2016	Konsul scoring Instrument	- Pelajari cara pengkategorian kepada variabel.	
6.	Jumat, 6-01-2017	Metode Penelitian	Perbaiki analisis y LOC	
7.	Jumat, 13-01-2017	Studi pendahuluan	- Siapkan data dan pustaka - kerangka tlc - tulis proposal ser- bagus	





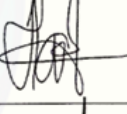

8.	Senin, 30-01-2017	Revisi bab 1	Tambahkan pada sintesis di proposisi	
9.	Selasa, 31-01-2017	Revisi bab 2	Perluas terkait analisa dengan keluarga dgn HLC / penemuan hipotesis & keluarga lain	
10.	Rabu, 1 Februari 2017	Ganti judul	Penggantian judul	
11	Jumat, 3-02-2017	Bab 1-4	Relasi terkait HLC & kopy Relasi statistik revisi semi saran.	
12	Selasa, 7-02-2017	Bab 1-4	Revisi semi saran	
13	Jumat, 10-02-2017	Bab 1-4	- Revisi penulisan hasil sintesis - perbaiki keefektifan Variabel	
14	Kamis, 16-02-2017	Bab 1-4	- Revisi hasil sintesis	

15	20/2/2017	Revisi - Supaya	Dua kali keserian hasil & konsultasi dan perlu bahasa sastra Indonesia	
16	16/3/2017	Uji validitas reliabilitas	cek core	
17	17/3/2017	Kontrol hasil uji validitas dan reliabilitas	kenase NPAE (ujung) lanjut penelitian	
18	2/5/2017	konsultasi uji statistik	Cek lagi uji normalitas, ada transformasi data, uji normalitas ulang	
19	31/5/2017	konsultasi bab 5	Revisi bab 5	
20	6/6/2017	Konsultasi Bab 4 dan 5	Revisi dan persiapan Abstrak dan Ringkasan	
21	7/6/2017	Konsultasi Bab 5, Abstrak, dan Ringkasan	Revisi sesuai saran	



**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Auliya Hidayati
NIM : 132310101001
Nama DPA : Ns. Mulia Hakam, Mkep..Sp.Kep.MB

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPA	Paraf
1.	Selara, 27-09-2016	Pengajuan Judul	- Fokus Topik - Durungan keluarga.	
2.	Kamis, 29-09-2016	Questioner	Fokus utk questioner Dk. kg → DM. Hol → DM	
3	Kamis. 5/1/2017.	Cek kmbal. - tinggi low . - KAS II & IV.	- Tappig Error - perawat kelya. KHLUC.	
4	Kabw. 8/2/2017.	Cek kmbal Rerapang sempu.	Rerapang kmpu	
5	Senin. 20/2/2017	Acc kmpu.		
6	Kamis 4/5/2017	uji validasi & reabilitas uji normalitas & hasil t-test	Pembahasan	
7	Jumat. 9/6/2017.	Pembahasan.	- epim Test Hasil. - Test. - <u>epim</u> ??	