



**HUBUNGAN PERSEPSI PENYAKIT DENGAN STRATEGI
KOPING PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Devi Putwi Hardini
NIM 142310101124**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**HUBUNGAN PERSEPSI PENYAKIT DENGAN STRATEGI
KOPING PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Devi Putwi Hardini
NIM 142310101124**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan segala rasa syukur kehadirat Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Suhardi dan Ibunda Suswatin, Kakakku Dio Putra Perdana, dan Adikku Satria Pamungkas yang selalu memberikan doa, dukungan, serta semangat selama ini;
2. Almamater TK Tunas Nelayan, SD 05 Muhammadiyah, dan SMAN 1 Glagah, serta seluruh bapak/ibu guru;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember dan seluruh bapak/ibu dosen yang telah memberikan ilmu serta bimbingannya selama ini;
4. Partner skripsiku Figar Ramadhan, Linda Ayu, Ivatul Laili, Ayunda H, dan Dewi Rizky yang senantiasa membantu, mendukung, dan mendoakan hingga skripsi ini selesai;
5. Teman-teman Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2014 terutama kelas B dan teman-teman dari fakultas serta institusi lain yang telah memberikan saran, bantuan, serta semangatnya.

MOTTO

“Our greatest weakness lies in giving up. The most certain way to succeed is always to try just one more time” –Thomas Edison

*“Laa Yukallifullahu Nafsan Illa Wus’aha..” -Allah tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya-
(QS. Al-Baqarah: 286)*

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

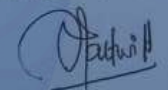
Nama : Devi Putwi Hardini

NIM : 142310101124

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul “Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya tulis saya sendiri serta bukan karya plagiat, terkecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis, dan belum pernah diajukan di institusi lainnya. Saya bertanggung jawab atas keabsahan isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang saya junjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mendapatkan sanksi akademik dikemudian hari apabila pertanyaan ini tidak benar.

Jember, Juli 2018
Yang menyatakan,



Devi Putwi Hardini
NIM 241310101124

SKRIPSI

**HUBUNGAN PERSEPSI PENYAKIT DENGAN STRATEGI KOPING
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA
PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Devi Putwi Hardini
NIM 142310101124

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember" karya Devi Putwi Hardini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Senin, 30 Juli 2018

tempat : Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



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

Penguji I

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. M. Zulhanul A'la, S.Kep., M.Kep
NIP 19880510 201504 1 002

Penguji II



Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep
NIP 19800412 200604 1 002



Ns. Enggal Hadi Kurniyawan, S.Kep., M.Kep
NIP 760016844

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.

NIP 19780323 200501 2 002

Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
(*Correlation between Illness Perception and Coping Strategy in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus in the area of Public Health Center of Patrang Jember*)

Devi Putwi Hardini

Faculty of Nursing University of Jember

ABSTRACT

Patients with type 2 Diabetes Mellitus (DM) experience changes related to self care management. This condition can lead to negative psychological reaction such as stress. People deal with stress depending on their coping strategy. One of factors affecting the coping strategy is illness perception. This study aimed to analyze the relationship between illness perception and coping strategy in patients with type 2 diabetes mellitus. This research applied an observational analytic design with cross-sectional approach. A total of 84 respondents were obtained by consecutive sampling technique. Data collection was conducted by using Brief-Illness Perception Questionnaire (BIPQ) and Cope Inventory. Data analysis was performed with Spearman-rank correlation test with significance level of 0.05. The result showed that the median value of illness perception was 37.00 with a minimum value of 18 and a maximum value of 62, whereas the mean value of coping strategy was 78.68 with a standard deviation of 4.11. There was a significant correlation between illness perception and coping strategy (p -value: 0.001; r : -0.365). The correlation was weak and negative which means the lower the values of illness perception the higher the value of coping strategy. Patients who consider that the illness is less threatening they will use better coping strategy. This suggests that the problem of understanding diabetes is one of the risk factor that can influence coping strategy. Assesing illness perception is important as an effort to improve coping strategy in patients with type 2 diabetes.

Keywords: *diabetes mellitus, illness perception, coping*

RINGKASAN

Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember:

Devi Putwi Hardini, 142310101124; 2018; xix+136 halaman; Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai dengan meningkatnya kadar gula darah. Pasien DM akan mengalami berbagai perubahan dalam kehidupannya yang akan menimbulkan reaksi atau respon psikologis negatif sehingga mengharuskan penderitanya untuk melakukan koping. Strategi koping yang dihasilkan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Persepsi penyakit merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping pasien DM. Persepsi pasien mengenai DM dari gejala yang dialami akan mendorong pasien dalam berespon atau menganani DM yang dialami.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknis sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *probability sampling* dengan cara *consecutive sampling*. Perhitungan sampel menggunakan aplikasi G*Power 3 dengan α error probability 0,05, power ($1-\beta$ error probability) 0,08 dan effect size 0,30 sehingga diperoleh sampel sebanyak 84 orang. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner *Brief Illness Questionnaire* (BIPQ) untuk mengukur persepsi penyakit dan kuesioner *Cope Inventory* untuk strategi koping.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan nilai median persepsi penyakit yaitu 37,00. Indikator persepsi penyakit tertinggi yaitu pengalaman dengan rata-rata 6,65 sedangkan untuk indikator terendah adalah pengendalian penyakit dengan rata-rata 2,01. Nilai rata-rata strategi koping yaitu 78,68 dengan standar deviasi 4,11. Penggunaan zat merupakan indikator tertinggi strategi koping yaitu dengan rata-rata 3,56 sedangkan penggunaan dukungan emosional merupakan indikator terendah dengan rata-rata 1,36. Hasil uji statistik dengan *spearman-rank* menunjukkan nilai p value = 0,001 dan $r = -0,365$ yang berarti terdapat hubungan

yang signifikan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien dengan DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang dengan arah korelasi bersifat negatif dengan kekuatan lemah. Apabila nilai persepsi penyakit semakin rendah, maka nilai strategi koping akan semakin tinggi. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin pasien menganggap bahwa penyakitnya kurang mengancam kesehatan maka semakin baik strategi koping yang digunakan.

Persepsi penyakit merupakan faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping. Ketika seorang individu menghadapi sebuah ancaman kesehatan, maka individu tersebut akan mengatasi ancaman itu sesuai dengan representasi mereka terhadap penyakitnya. Melalui representasi kognitif dan emosional tersebut pasien akan memilih strategi koping seperti apa yang akan digunakan. Hasil representasi atau persepsi penyakit yang positif akan berpengaruh secara positif juga pada koping yang digunakan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan edukasi atau konseling kepada pasien serta mengkaji persepsi pasien tentang DM tipe 2 dengan tujuan agar terlaksananya strategi koping yang adaptif sehingga penyakit dapat dikontrol dengan baik.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan ridlo-Nya yang telah dilimpahkan, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”. Tentunya, penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak baik itu secara lisan maupun tulisan, maka peneliti ucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Nur Widayati, MN selaku dosen pembimbing utama yang telah bersedia untuk membimbing dan selalu memberikan arahan-arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Muhammad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing anggota yang telah bersedia memberikan bimbingan serta arahan-arahan sehingga skripsi dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan saran demi sempurnanya skripsi ini;
5. Ns. Enggal Hasi K, S.Kep., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan saran demi sempurnanya skripsi ini;
6. Pihak Puskesmas Patrang yang telah memberikan izin dalam melakukan penelitian;

7. Pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang yang telah berkenan menjadi responden dalam penelitian ini;
8. Ayah, ibu, kakak, dan adik yang senantiasa selalu mendoakan, memberikan semangat dan dorongan dalam penyusunan skripsi ini demi kelancaran dan keberhasilan dalam menempuh studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
9. Teman-teman yang selalu memberikan bantuan, dukungan, dan semangat dalam proses penyusunan skripsi ini;

Peneliti menyadari jika masih ada kekurangan serta kelemahan dalam skripsi ini, baik dari segi materi ataupun teknik penulisan. Maka peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran dari pembaca agar skripsi ini menjadi lebih baik.

Jember,.....2018

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
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. Bagi Peneliti	8
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	8
1.4.3. Bagi Masyarakat dan Responden	8
1.4.4. Bagi Profesi Keperawatan	9
1.5. Keaslian Penelitian	9

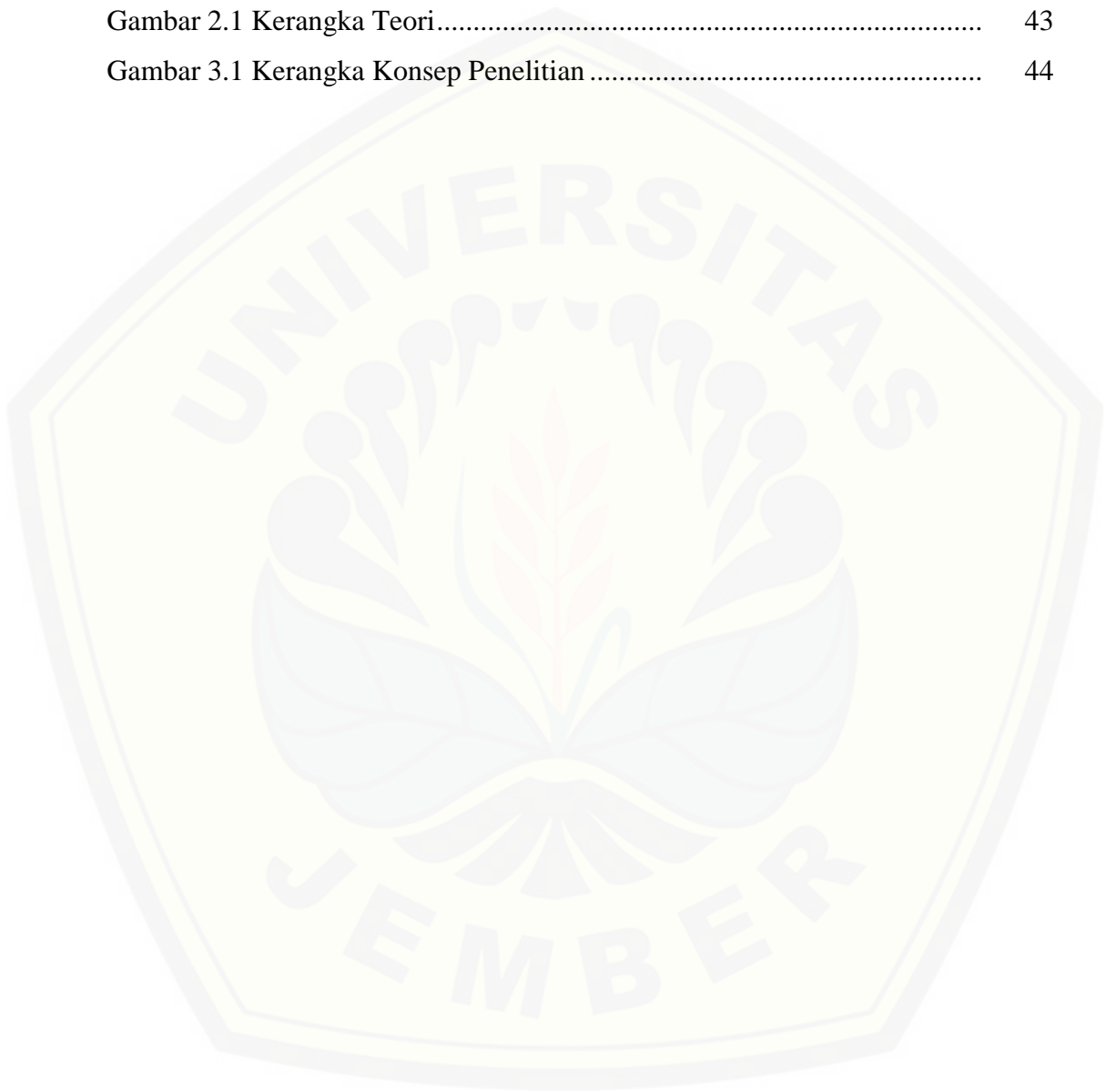
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1. Konsep Diabetes Melitus	12
2.1.1. Definisi Diabetes Melitus	12
2.1.2. Klasifikasi Diabetes Melitus.....	12
2.1.3. Faktor Resiko Diabetes Melitus	14
2.1.4. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus	15
2.1.5. Patofisiologi Diabetes Melitus	15
2.1.6. Komplikasi Diabetes Melitus	17
2.1.7. Diagnosa Diabetes Melitus.....	18
2.1.8. Penatalaksanaan Diabetes Melitus	19
2.2. Konsep Strategi Koping.....	24
2.2.1. Definisi Strategi Koping.....	24
2.2.2. Klasifikasi Strategi Koping	25
2.2.3. Faktor yang Mempengaruhi Strategi Koping.....	30
2.2.4. Penilaian Strategi Koping.....	31
2.3. Konsep Persepsi Penyakit.....	33
2.3.1. Definisi Persepsi Penyakit.....	33
2.3.2. Dimensi Persepsi Penyakit	34
2.3.3. Faktor yang Berhubungan dengan Persepsi Penyakit	35
2.3.4. Penilaian Persepsi Penyakit.....	38
2.4. Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien Diabetes Melitus tipe 2	40
2.5. Kerangka Teori	43
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	44
3.1. Kerangka Konsep.....	44
3.2. Hipotesis.....	45
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	46
4.1. Desain Penelitian.....	46
4.2. Populasi dan Sampel Penelitian.....	46
4.2.1. Populasi Penelitian	46
4.2.2. Sampel Penelitian	46

4.2.3. Kriteria Subjek Penelitian.....	47
4.3. Lokasi Penelitian.....	48
4.4. Waktu Penelitian.....	48
4.5. Definisi Operasional.....	50
4.6. Teknik Pengumpulan Data	52
4.6.1. Sumber Data	52
4.6.2. Teknik Pengumpulan Data	52
4.6.3. Alat Pengumpulan Data.....	54
4.6.4. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	56
4.7. Pengolahan Data	57
4.7.1. <i>Editing</i>	57
4.7.2. <i>Coding</i>	58
4.7.3. <i>Processing/Entry</i>	59
4.7.4. <i>Cleaning</i>	59
4.8. Analisa Data	59
4.9. Etika Penelitian	61
4.9.1. Lembar Persetujuan	61
4.9.2. Kerahasiaan	62
4.9.3. Keadilan.....	62
4.9.4. Kemanfaatan	62
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	64
5.1. Hasil Penelitian.....	64
5.1.1. Karakteristik Responden	64
5.1.2. Persepsi Penyakit.....	66
5.1.3. Strategi Koping.....	67
5.1.4. Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang.....	68
5.2. Pembahasan.....	69
5.2.1. Karakteristik Responden	69
5.2.2. Persepsi Penyakit pada Pasien DM tipe 2 di Wilayah	

Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.....	75
5.2.3. Strategi Koping pada Pasien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.....	83
5.2.4. Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	88
5.3. Keterbatasan Penelitian	91
BAB 6. PENUTUP.....	92
6.1. Kesimpulan	92
6.2. Saran	93
DAFTAR PUSTAKA	94
LAMPIRAN.....	111

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	43
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	44



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian	11
Tabel 4.1 Waktu Penelitian	49
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	51
Tabel 4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner BIPQ.....	55
Tabel 4.4 <i>Blue Print</i> Kuesioner Strategi Koping	56
Tabel 4.5 Panduan Interpretasi Hasil Ujian Hipotesis Berdasarkan Kekuatan Korelasi (r), Nilai p, dan Arah Korelasi.....	61
Tabel 5.1 Distribusi Usia dan Lama Menderita	65
Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Status Menikah.....	65
Tabel 5.3 Nilai Rerata Persepsi Penyakit	66
Tabel 5.4 Distribusi Penyebab Diabetes Melitus Tipe 2	66
Tabel 5.5 Nilai Rerata Indikator Persepsi Penyakit	67
Tabel 5.6 Nilai Rerata Strategi Koping	67
Tabel 5.7 Nilai Rerata Indikator Strategi Koping	68
Tabel 5.8 Hasil Analisis Hubungan Persepsi Penyaki dengan Persepsi Penyakit.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar <i>Informed</i>	112
Lampiran B. Lembar <i>Consent</i>	113
Lampiran C. Kuesioner Penelitian	114
Lampiran D. Kuesioner <i>Brief Illness Perception Questionnaire</i> (BIPQ)	115
Lampiran E. Kuesioner Strategi Koping	117
Lampiran F. Analisa Data	120
Lampiran G. Surat Ijin Penelitian	123
Lampiran G. Dokumentasi	132
Lampiran H. Lembar Bimbingan	133

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Diabetes melitus (DM) merupakan suatu penyakit kronis yang memerlukan perawatan medis secara berkelanjutan serta penanganan secara kompleks yang tidak hanya berfokus pada kontrol glukosa (American Diabetes Association [ADA], 2017). Prevalensi DM di dunia tahun 2015 pada kelompok usia 20-79 tahun ialah 414,7 juta orang dan diperkirakan akan meningkat menjadi 641,8 juta orang pada tahun 2040 (International Diabetes Federation [IDF], 2015). Peningkatan terbesar akan terjadi di daerah yang memiliki perekonomian rendah hingga menengah. Terdapat sekitar 5 juta orang meninggal akibat DM, dengan 46,6% diantaranya berusia dibawah 60 tahun (IDF, 2015).

Di Indonesia sendiri terdapat 10 juta kasus DM yang menyebabkan Indonesia menempati urutan ketujuh sebagai negara dengan jumlah kasus DM tertinggi di dunia setelah China, India, United States of America, Brazil, Russian Federation, Mexico, dan India (IDF, 2015). Jumlah tersebut diperkirakan akan meningkat dari 10 juta kasus DM menjadi 16,2 juta kasus pada tahun 2040. DM merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular urutan keempat setelah penyakit kardiovaskuler, kanker, dan pernafasan kronis dengan persentase 2,1% pada tahun 2013 (Riset Kesehatan Dasar [RISKESDAS], 2013). Jumlah tersebut telah meningkat 1,1% dari tahun 2007. Berdasarkan hasil laporan tahunan rumah sakit tahun 2012, DM merupakan penyakit tidak menular tertinggi nomor dua di rumah sakit tipe B setelah hipertensi dengan jumlah kasus sebanyak 102.399

kasus, dan di rumah sakit tipe C dengan jumlah kasus 35.028 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012). Menurut data yang telah diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, jumlah kunjungan pasien DM di wilayah Puskesmas Kabupaten Jember mulai bulan Januari hingga Desember 2016 yaitu sebanyak 10.941 kunjungan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember, terdapat sebanyak 289 kunjungan pada bulan Juni – Desember 2017 dengan jumlah pasien sebanyak 181 orang.

Pasien dengan DM akan mengalami berbagai macam perubahan dalam kehidupannya seperti aktivitas fisik, kontrol gula darah, konsumsi obat, dan juga pola makan yang harus dilakukan selama hidupnya (Maghfirah et al, 2015). Perubahan-perubahan yang terjadi tersebut dapat menimbulkan reaksi atau respon psikologis negatif seperti marah, merasa tidak berguna, cemas, dan juga stres. Selain berdampak pada kesehatan fisik dan psikologis, penyakit DM juga memiliki dampak negatif pada kehidupan sosial pasien (Young dan Unachukwu, 2012). Adanya komplikasi DM yang dapat terjadi akan memerlukan perawatan yang lebih sehingga dapat memberikan beban ekonomi. Pasien dengan DM juga akan kehilangan pendapatan secara signifikan akibat mengidap diabetes (Schofield et al, 2014).

Respon psikologis negatif seperti stres, kecemasan, dan depresi yang merupakan dampak psikologis pasien DM yang dapat menyebabkan tekanan, perubahan, dan ketegangan emosi (Sunaryo, 2004). Sakit yang dialami oleh seseorang merupakan sumber terjadinya stres yang dapat mengakibatkan

perubahan gaya hidup. Selain itu, lamanya suatu penyakit yang dialami juga menjadi faktor yang dapat mempengaruhi tingkat stres serta kepuasan hidup pasien DM. Semakin lama seseorang menjalani suatu penyakit, maka semakin tinggi juga tingkat stres yang dihadapi (Miftari dan Melonashi, 2015). Diketahui bahwa ada beberapa faktor psikososial yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien dengan DM, seperti persepsi penyakit, strategi penanggulangan, religiusitas, dukungan sosial, serta beberapa karakteristik demografi (Nyarko et al, 2014)

Sebuah penyakit dapat menjadi stresor bagi penderitanya dikarenakan ketidakmampuan penderita tersebut dalam mengatasi penyakitnya sehingga diperlukan cara yang tepat untuk menjaga kondisinya. Koping merupakan sebuah respon yang mana ditunjukkan kepada individu untuk mengurangi beban fisik, emosional, dan atau beban psikologis yang berkaitan dengan peristiwa sehari-hari yang penuh tekanan dan ketidakberdayaan (Snyder, 1999). Sebagian besar para peneliti telah menyebutkan bahwa koping merupakan salah satu proses yang kompleks dalam mengatasi stresor (Grey, 2000). Penelitian yang telah dilakukan oleh Tuncay et al (2008) pada 161 pasien DM tipe 1 dan 2 menunjukkan bahwa strategi koping yang paling banyak dipilih oleh pasien pada DM tipe 2 yaitu strategi koping berfokus pada masalah dan diikuti dengan strategi koping berfokus pada emosi. Menurut hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 201 penderita DM tipe 2, didapatkan strategi koping berfokus pada masalah sebanyak 10%, strategi koping berfokus pada emosi sebanyak 17,9%, dan menghindar sebanyak 72,1% (Moasheri et al, 2017). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Utami(2016)

tentang coping terhadap 33 pasien DM didapatkan sebanyak 19 pasien (57,6%) memiliki coping adaptif dan 14 pasien (42,4%) memiliki coping maladaptif.

Seorang individu yang gagal atau tidak mampu dalam melakukan coping maka akan mengalami berbagai penyakit fisik ataupun mental seperti kecemasan, gelisah, dan stres (Rasmun, 2004 dalam Husna). Bianchi (2004) menjelaskan jika stres yang dialami oleh pasien DM berkaitan erat dengan strategi coping yang digunakan. Stres merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan peningkatan kadar HbA1c pasien DM (Veranita et al, 2016). Stres dapat berkurang atau meningkat sesuai dengan coping yang dilakukan, yang mana pada akhirnya juga dapat berpengaruh pada kontrol glikemik pasien DM secara langsung melalui proses psikofisiologis atau secara tidak langsung melalui perilaku perawatan diri (Peyrot, M et al., 1999). Menurut hasil penelitian Tsenkova et al (2008), strategi coping berfokus pada masalah (problem focused coping) berpengaruh pada penurunan HbA1c dari waktu ke waktu.

Seseorang yang sedang mengalami suatu penyakit akan membentuk keyakinan tersendiri yang dapat mempengaruhi cara mereka berespon terhadap penyakit yang dialami (Taylor, 2009 dalam Pratiwi, 2014). Keyakinan-keyakinan atau harapan tentang gejala yang dialami itu disebut dengan persepsi penyakit (*illness perception*). *Illness perception* merupakan konsep utama dari *Common Sense Model* (CSM) yang menjelaskan bahwa setiap orang memiliki kepercayaan tersendiri (*personal belief*) terhadap penyakit yang dialami dan bagaimana cara berespon atau memilih strategi coping yang tepat dalam mengatasi penyakit tersebut (Antari et al, 2016). Persepsi penyakit merupakan reaksi dari seorang

yang mengalami penyakit terhadap penyakitnya yang dapat berpengaruh pada rencana dan strategi dalam mengontrol masalah kesehatannya (Oktarinda & Surjaningrum, 2014). Persepsi penyakit memiliki peran dalam pembentukan strategi koping (Heijmans, 1999).

Hasil penelitian tentang persepsi penyakit pada 60 penyandang diabetes melitus di Puskesmas II Denpasar Barat didapatkan hasil bahwa sebanyak 67,6% persepsi penyakit berkontribusi pada kualitas hidup pasien dengan DM tipe 2 yang mana kualitas hidup sendiri sangat di pengaruhi oleh strategi koping (Antari, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Arifin (2016) menunjukkan hasil bahwa dari 135 responden dengan diabetes melitus, sebanyak 73 responden (54,07%) memiliki persepsi positif terhadap penyakitnya. Hasil penelitian Ashur et al (2015) didapatkan statistik deskriptif tentang persepsi penyakit dengan lima faktor penyebab persepsi yang paling umum ialah takdir Tuhan (86,6%), keturunan (53,0%), keadaan emosional (44,4%), masalah keluarga atau kekhawatiran (40,0%), dan kebiasaan makan (35,6%).

Persepsi penyakit merupakan suatu keyakinan pribadi yang dimiliki oleh seorang pasien mengenai penyakit yang mereka alami dan dapat mempengaruhi perilaku kesehatan secara signifikan (Chew et al, 2017). Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Sutawardana et al (2016) pada penyandang DM yang pernah mengalami hipoglikemi menjelaskan bahwa keyakinan diri merupakan sumber koping utama bagi penyandang DM, karena dengan tumbuhnya keyakinan yang kuat dalam diri maka kejadian hipoglikemi dapat dicegah. Hagger dan Orbell (2003 dalam Singh 11) dalam tinjauan metaanalitisnya tentang CSM yang telah

dilakukan menjelaskan bahwa dimensi representatif penyakit berkaitan dengan strategi koping dan hasil penyakit. Hasil penelitian Rutter dan Rutter (2002 dalam Singh 2011) juga menunjukkan jika dimensi representasi penyakit berhubungan dengan strategi koping. Seorang individu secara aktif akan mencoba memahami gejala dari penyakit yang mereka alami, sehingga dari proses itulah yang akan mendorong individu tersebut dalam berespon atau menangani sakit yang dideritanya (Petrie et al, 2008)

Pada penelitian Shabahang et al (2011) dijelaskan bahwa pandangan positif pasien kanker payudara terhadap penyakitnya menyebabkan kepatuhan perawatan dan juga dapat mengurangi tingkat stres. Adanya persepsi yang negatif dapat mempengaruhi tidak terlaksananya strategi koping yang baik dalam mengatasi masalah yang sedang dialami. Hasil penelitian Petrie dan Moss-Morris (1996) menjelaskan bahwa persepsi penyakit dan strategi koping saling berkaitan pada pasien *Chronic Fatigue Syndrome* (CFS). Strategi koping atau respon penanganan terhadap CFS yang dialami dipengaruhi oleh bagaimana pasien melihat kondisinya. Bagi pasien yang memiliki kontrol CFS yang bagus, maka mereka akan menunjukkan koping yang lebih positif dan penanganan yang aktif (Weinmann et al, 1996).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Patrang dengan memberikan kuesioner kepada 10 responden, didapatkan nilai rata – rata persepsi penyakit tentang DM yaitu sebesar 51,6 dari nilai maksimal 80. Penyebab utama responden mengalami DM ialah stres, pola makan, gaya hidup, dan keturunan. Sementara itu, nilai rata-rata strategi koping

yang didapatkan sebesar 60,8 dari nilai maksimal 112, dimana terdapat sebanyak 4 orang mempunyai nilai di bawah rata-rata. Upaya dalam mengatasi persepsi penyakit sejak dini pada penderita DM dapat memberikan kesempatan untuk memperbaiki kepercayaan serta dapat mencapai pengaruh positif yang signifikan terhadap hasil penyakit (Joshi et al., 2015). Berdasarkan paparan diatas, maka peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian “Hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan diatas, peneliti bermaksud untuk mengadakan penelitian serta menganalisis “Hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pasien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

- a. Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pasien DM tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini antara lain adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

- b. Mengidentifikasi persepsi penyakit pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
- c. Mengidentifikasi strategi koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
- d. Menganalisis hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kemampuan serta ketrampilan dalam melaksanakan penelitian dan meningkatkan pengetahuan mengenai hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pasien DM tipe 2

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Adanya hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah dan memperkaya keilmuan tentang persepsi penyakit dan strategi koping pada pasien DM tipe 2.

1.4.3. Bagi Masyarakat dan Responden

Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat menambah informasi dan pengetahuan tentang persepsi penyakit dan strategi koping pasien DM tipe 2, sehingga dapat meningkatkan strategi koping pasien DM tipe 2.

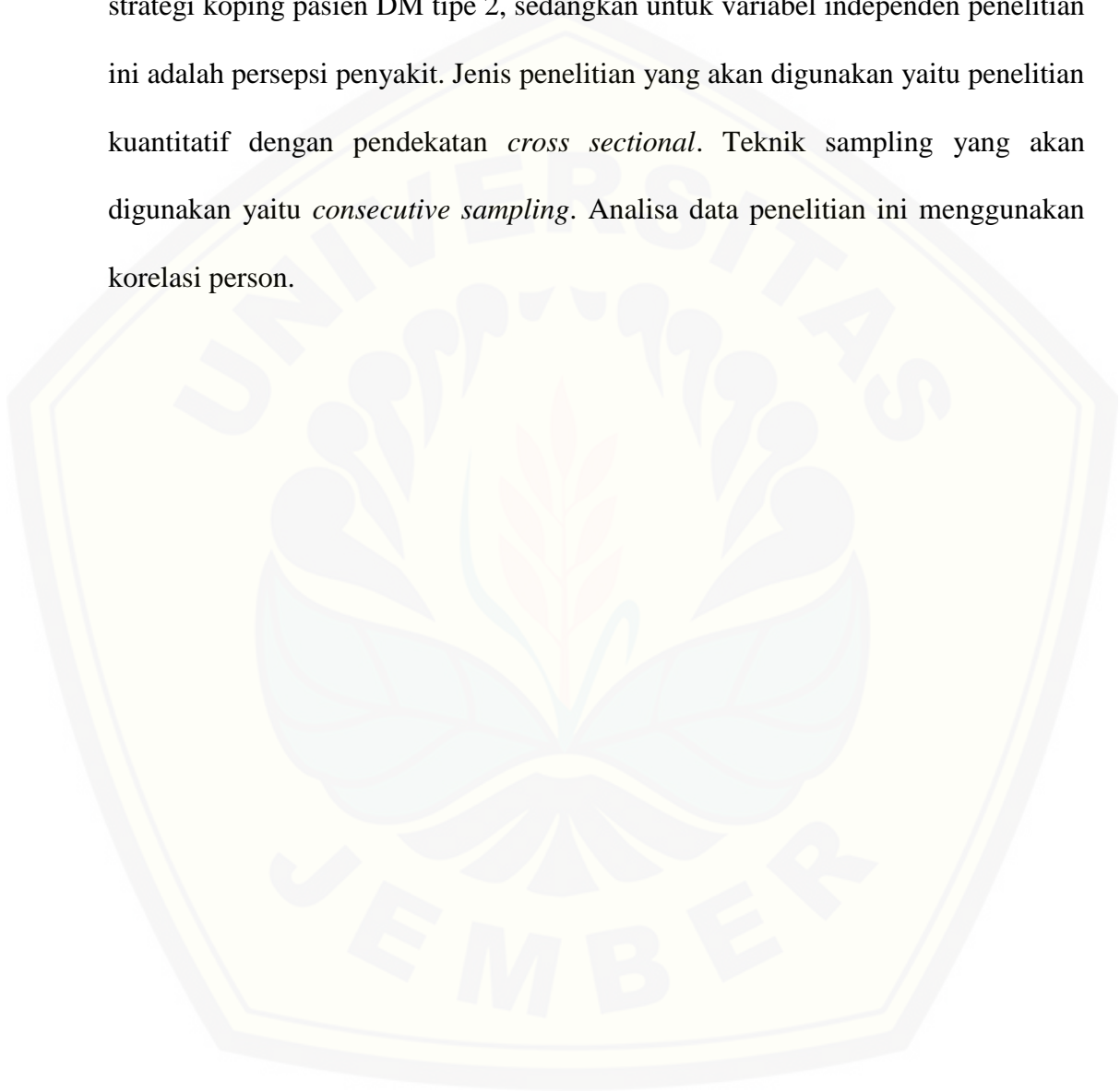
1.4.4. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam memberikan layanan asuhan keperawatan yang holistik, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada psikologis pasien DM tipe 2 dalam meningkatkan strategi coping.

1.5. Keaslian Penelitian

Penelitian sebelumnya yang memiliki kemiripan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah penelitian Ratu Lensi Dwi Oktarinda dan Endang Retno Surjaningrum pada tahun 2014 dengan judul “Hubungan antara Persepsi Penyakit dengan Manajemen Diri pada Penderita Diabetes yang Memiliki Riwayat Keturunan”. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita diabetes yang memiliki riwayat keturunan. Variabel dependen pada penelitian tersebut adalah manajemen diri dan variabel independen pada penelitian tersebut adalah persepsi penyakit. Jenis penelitian yang digunakan dalam penilian adalah eksplanatori dengan pendekatan kuantitatif. Teknik sampling yang digunakan peneliti adalah dengan kombinasi teknik insidental dan *purposive sampling*. Analisa data yang digunakan pada penelitian tersebut yaitu korelasi *spearman* hasil analisa data menunjukkan bahwa tidak ada korelasi yang signifikan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada orang dengan diabetes melitus yang memiliki riwayat keturunan.

Penelitian yang akan dilakukan saat ini adalah “Hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”. Variabel dependen penelitian ini adalah strategi koping pasien DM tipe 2, sedangkan untuk variabel independen penelitian ini adalah persepsi penyakit. Jenis penelitian yang akan digunakan yaitu penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling yang akan digunakan yaitu *consecutive sampling*. Analisa data penelitian ini menggunakan korelasi person.



Tabel 1.1. Perbedaan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Hubungan antara persepsi penyakit dengan manajemen diri pada penderita diabetes yang memiliki riwayat keturunan	Hubungan persepsi penyakit dengan strategi coping pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2
Tempat penelitian	Poli Spesialis Penyakit Dalam Rumah Sakit Islam (RSA) Surabaya	Wilayah kerja Puskesmas Patrang
Tahun penelitian	2014	2017
Peneliti	Ratu Lensi Dwi Oktarinda dan Endang Retno Surjaningrum	Devi Putwi Hardini
Variabel dependen	Manajemen diri	Strategi coping
Variabel independen	Persepsi penyakit	Persepsi penyakit
Teknik sampling	Kombinasi insidental dan <i>purposive sampling</i>	<i>Consecutive sampling</i>
Instrumen penelitian	Kuesioner translasi <i>Illness Perception Questionnaire-Revised</i> (IPQ-R), kuesioner translasi <i>Summary of Diabetes Self Care Activities</i> (SDSCA)	Kuesioner B-IPQ versi Indonesia, kuesioner <i>cope inventory</i>
Uji statistik	Uji korelasi <i>spearman</i>	Uji korelasi person

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Diabetes Melitus

2.1.1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes merupakan bahasa Yunani yang memiliki arti “mengalirkan atau mengalihkan”, sedangkan melitus merupakan bahasa Latin yang memiliki arti “manis atau madu” sehingga penyakit diabetes melitus berarti individu yang mengalirkan urin dengan volume banyak dan kadar glukosa yang tinggi (Corwin, 2009). Diabetes melitus (DM) adalah sekumpulan kondisi abnormal yang mana terjadi secara heterogen dan ditandai dengan meningkatnya kadar gula dalam darah atau hiperglikemi (Smeltzer dan Bare, 2001). Kadar gula dalam darah yang tidak normal merupakan salah satu tanda dari penyakit DM yang dapat disebabkan oleh defisiensi sekresi insulin, resistensi sel tubuh terhadap kerja insulin, atau kombinasi dari keduanya. Penyakit DM sering kali dihubungkan dengan adanya gangguan mikrovaskuler dan makrovaskuler, gangguan neuripatik, serta lesi dermopatik (Baradero et al, 2009). Penyakit kronis ialah penyakit yang memiliki kurun waktu ≥ 3 bulan (Herdman & Kamitsuru, 2015).

2.1.2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Diabetes melitus dibagi ke dalam 4 kategori, yaitu sebagai berikut (*American Diabetes Association, 2017*):

a. Diabetes melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 merupakan diabetes melitus yang terjadi karena rusaknya sel-sel beta pankreas yang menyebabkan defisiensi insulin absolut dan terjadi akibat proses autoimun atau idiopati.

b. Diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 terjadi karena hilangnya sekresi insulin sel beta pankreas secara progresif dan terjadi resistensi insulin. Pada DM tipe 2 ini sering lebih sering terjadi pada orang dewasa, namun juga bisa terjadi pada semua umur.

c. Diabetes melitus gestasional (GDM)

Diabetes melitus gestasional dapat terjadi ketika masa kehamilan dan baru terdiagnosis pada trimester kedua atau ketiga. Ada perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat pada wanita ketika sedang hamil dimana perubahan tersebut berperan dalam pembentukan makanan bagi janin serta persiapan untuk menyusui. Pada usia kehamilan cukup bulan akan terjadi peningkatan kebutuhan insulin sampai 3 kali lipat dan apabila ibu hamil tidak dapat meningkatkan produksi insulin tersebut maka akan terjadi hipoglikemia. Resistensi insulin terjadi karena adanya hormon-hormon seperti estrogen, progesteron, prolaktin, dan plasenta laktogen yang dapat mempengaruhi reseptor insulin pada sel sehingga menyebabkan aktivitas insulin berkurang (Riyadi dan Sukarmin, 2008).

d. Diabetes melitus tipe lain

Merupakan jenis diabetes yang terjadi karena sindrom diabetes monogenik (diabetes neonatal dan *Maternity-onset Diabetes of the Young* [MODY]), penyakit pankreas eksokrin (cystic fibrosis), dan obat-obat diabetes yang mengandung bahan-bahan kimia seperti glukokortikoid.

2.1.3. Faktor Resiko Diabetes Melitus

PERKENI (2015) menjelaskan bahwa terdapat beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan diabetes, yaitu:

a. Faktor resiko tidak dapat dimodifikasi

Hal-hal yang merupakan faktor resiko terjadinya diabetes melitus dan tidak dapat dimodifikasi yaitu yang memiliki riwayat keluarga dengan diabetes melitus, riwayat melahirkan bayi dengan BB bayi $>4000\text{g}$ atau pernah mengalami gestasional diabetes melitus(GDM) sebelumnya, riwayat lahir dengan berat badan rendah kurang dari 2500g (berisiko lebih tinggi dibandingkan dengan bayi lahir dengan berat badan normal), umur (resiko intoleransi insulin meningkat seiring bertambahnya usia, >45 tahun harus melakukan pemeriksaan DM), serta ras dan etnik.

b. Faktor resiko dapat dimodifikasi

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi agar tidak terjadi diabetes melitus yaitu berat badan lebih dengan $\text{IMT} \geq 23 \text{ kg/m}^2$, kurangnya aktivitas fisik sehari-hari, hipertensi dengan tekanan darah $>140/90 \text{ mmHg}$, dislipidemia dengan nilai HDL $<35 \text{ mg/dl}$ dan atau nilai triglesirida $>250 \text{ mg/dl}$, dan pola makan yang tidak sehat seperti tinggi glukosa dan rendah serat karena dapat meningkatkan risiko menderita prediabetes atau intoleransi glukosa dan diabetes melitus tipe 2.

c. Faktor lain yang dapat berisiko diabetes melitus

Faktor lain yang dapat berisiko menyebabkan diabetes melitus yaitu orang dengan *Polycystic Ovary Syndrom* (PCOS) atau keadaan klinis yang dapat berhubungan dengan resistensi insulin, orang dengan sindrom metabolik yang sebelumnya memiliki riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa

darah puasa terganggu (GDPT), dan orang dengan riwayat penyakit kardiovaskuler seperti stroke, penyakit jantung koroner (PJK), atau *Peripheral Arterial Diseases* (PAD).

2.1.4. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

Manifestasi klinis diabetes melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin yang mana pasien DM dengan defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar gula darah puasa yang normal. Jika hiperglikemi dalam keadaan berat serta melebihi ambang ginjal, maka akan menyebabkan glikosuria yang mengakibatkan diuresis osmotik dan terjadi peningkatan pengeluaran urin (*poliuria*) serta timbul rasa haus (*polidipsia*) (Price and Wilson, 2005). *Polidipsia* dapat terjadi karena pengeluaran volume urin yang berlebihan. Hilangnya volume yang berlebihan tersebut menyebabkan dehidrasi ekstraseluler dan intraseluler (Corwin, 2008). Glukosa bersama urin menyebabkan pasien dengan diabetes melitus mengalami keseimbangan kalori negatif dan berat badan berkurang. Kehilangan kalori yang terjadi menyebabkan pasien dengan diabetes melitus merasakan lapar yang berlebihan (*polifagia*) dan mengeluh lelah serta mengantuk.

2.1.5. Patofisiologi Diabetes Melitus

Hiperglikemi dapat terjadi akibat kurangnya jumlah atau fungsi kerja dari insulin. Insulin merupakan hormon yang di sekresi oleh sel beta pankreas dimana memiliki fungsi sebagai pengatur kadar glukosa darah. Kekurangan insulin absolut dapat terjadi akibat pankreas memproduksi insulin dengan jumlah sedikit

atau bahkan tidak memproduksi insulin. Sedangkan kekurangan insulin relatif terjadi karena pankreas dapat memproduksi insulin secara normal, hanya saja tubuh tidak dapat menggunakannya secara efektif dan akan mengakibatkan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein (Baradero et al, 2009).

Hormon memiliki fungsi dalam kegiatan metabolisme. Insulin merupakan hormon yang terlibat dalam metabolisme glukosa. Insulin memiliki tugas untuk membuka kunci pintu sel sehingga glukosa dan asam amino bisa masuk ke dalam sel tubuh. Glukosa yang tidak masuk dalam sel tubuh maka lama-lama akan menumpuk di dalam darah. Apabila jumlah insulin berkurang secara absolut ataupun relatif, maka dapat menyebabkan glukosa dan urin dalam darah meningkat. Jumlah insulin yang tidak cukup akan mengakibatkan glukosa tidak dapat ditarik dari dalam darah dan dapat menghambat pembentukan glikogen dari glukosa (Baradero et al, 2009)

Secara fisiologis, insulin akan berikatan dengan reseptor khusus pada membran sel, sehingga hal tersebut menimbulkan reaksi berupa *uptake* glukosa oleh insulin dan terjadi metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin merupakan dua masalah utama pada diabetes melitus tipe 2. Resistensi insulin pada pasien dengan DM tipe 2 terjadi karena fungsi fisiologis insulin terganggu, yakni menurunnya kemampuan insulin untuk berikatan dengan reseptor sehingga jumlah glukosa yang akan dimetabolisme di dalam sel berkurang. Terjadinya penurunan pada reaksi tersebut menyebabkan insulin tidak efektif dalam menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Insulin dalam jumlah banyak diperlukan untuk mengatasi resistensi insulin dan

juga mencegah terbentuknya glukosa di dalam darah. Jumlah insulin yang banyak dapat mempertahankan kadar glukosa dalam darah pada tingkat normal. Namun apabila sel beta pankreas tidak dapat mensekresi insulin atau mengimbangi peningkatan kebutuhan insulin, maka kadar glukosa dalam darah dapat meningkat dan dapat menyebabkan DM tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2001).

2.1.6. Komplikasi Diabetes Melitus

Price and Wilson (2005) membagi komplikasi diabetes melitus menjadi dua bagian, yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi kronis jangka panjang.

a. Komplikasi metabolik akut

Ketoasidosis metabolik merupakan komplikasi metabolik akut yang paling serius dan sering terjadi pada pasien dengan diabetes melitus tipe 1. Sedangkan pada diabetes melitus tipe 2, komplikasi metabolik akut yang biasanya terjadi yaitu hiperglikemi, hiperosmolar, dan koma nonketoti (HHNK) yang terjadi karena defisiensi insulin relatif. Hiperglikemia muncul tanpa ketosis dengan nilai kadar glukosa serum lebih besar dari 600 mg/dl. Hiperglikemia tersebut dapat menyebabkan hiperosmolalitas, diuresis osmotik, dan juga dehidrasi berat. Komplikasi metabolik lain yang biasanya terjadi pada pasien dengan diabetes melitus yaitu hipoglikemia. Apabila hipoglikemia sering terjadi maka akan membahayakan pasien karena dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen atau bahkan kematian.

b. Komplikasi kronis jangka panjang

Komplikasi vaskuler jangka panjang diabetes melitus melibatkan pembuluh-pembuluh kecil (mikroangiopati), pembuluh-pembuluh sedang, dan pembuluh-pembuluh besar (mikroangiopati). *Mikroangiopati* menyerang kapiler dan arteriola retina (*retinopati diabetik*), glomerulus ginjal (*nefropati diabetik*), saraf-saraf perifer (*neuropati diabetik*), otot-otot dan kulit. Makroangiopati mengacu pada aterosklerosis dengan berkembangnya penyakit arteri koronaria, stroke, penyakit pembuluh darah perifer, dan meningkatnya resiko infeksi. Diabetes melitus tipe 2 ini sangat erat kaitannya dengan komplikasi makrovaskuler.

2.1.7. Diagnosa Diabetes Melitus

Diagnosis diabetes melitus tidak dapat ditegakkan dengan pemeriksaan glukosuria, namun dengan pemeriksaan kadar glukosa dalam darah. Pemeriksaan glukosa secara enzimatis dengan plasma darah vena merupakan pemeriksaan gula darah yang dianjurkan, sedangkan untuk pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan pemeriksaan glukosa darah kapiler menggunakan glukometer. Selain itu diagnosis diabetes melitus juga dapat diketahui dengan adanya keluhan-keluhan klasik yang biasa terjadi pada pasien dengan DM, seperti *poliuria*, *polidipsia*, *polifagia*, dan penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya (PERKENI, 2015). Terdapat beberapa kriteria yang digunakan untuk menegakkan diagnosis diabetes melitus, yaitu:

- a. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Puasa yaitu suatu kondisi dimana tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.

- b. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl 2 jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 7 gr.
- c. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan keluhan klasik.

Apabila hasil pemeriksaan yang didapatkan tidak memenuhi kriteria diabetes melitus, maka digolongkan ke dalam kelompok prediabetes yang meliputi toleransi glukosa terganggu (TGT) dan glukosa darah puasa terganggu (GDPT). Diagnosis pada kelompok GDPT apabila hasil pemeriksaan didapatkan glukosa plasma puasa antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO glukosa plasma 2 jam <140 mg/dl, sedangkan pada TGT apabila didapatkan hasil pemeriksaan glukosa plasma 2 jam setelah TTGO anatar 140-199 mg/dl dan glukosa plasma puasa <100 mg/dl (PERKENI, 2015).

2.1.8. Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Berikut merupakan empat cara penatalaksanaan diabetes melitus menurut PERKENI (2015), diantaranya ialah:

- a. Edukasi

Sebagai bagian dari upaya pencegahan dan pengelolaan diabetes melitus secara holistik, maka edukasi perlu dilakukan dengan tujuan promosi kesehatan. Begitu juga dengan materi-materi edukasi yang akan diberikan terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan materi tingkat lanjutan. Materi edukasi tingkat awal diberikan atau dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Primer, sedangkan untuk materi edukasi tingkat lanjut diberikan di Pelayanan Kesehatan sekunder dan atau

tersier. Ada beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam proses pemberian edukasi diabetes melitus, seperti memberikan dukungan dan nasehat yang positif serta hindari hal yang akan membuat kecemasan, melakukan pendekatan dengan simulasi untuk mengatasi permasalahan, diskusi terbuka bersama pasien mengenai program pengobatan dan perhatikan keinginan pasien, memberikan informasi secara bertahap dari hal yang paling sederhana dengan cara yang mudah dipahami, melakukan kompromi dan negosiasi supaya tujuan pengobatan dapat diterima, memberikan motivasi dengan memberikan sebuah penghargaan, ikut melibatkan keluarga ataupun pendamping dalam proses edukasi, memperhatikan keadaan fisik jasmani dan psikologis serta tingkat pendidikan pasien dan keluarga, dan tidak lupa menggunakan alat bantu audio visual agar suara terdengar dengan jelas.

b. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

TNM merupakan hal penting dari penatalaksanaan diabetes melitus tipe 2 yang dilakukan secara komprehensif. Keterlibatan dokter, ahli gizi, dan petugas kesehatan lain serta keluarga merupakan kunci keberhasilan dari TNM. TNM sebaiknya diberikan oleh ahli diet yang telah terdaftar yang memiliki pengetahuan luas dan ahli dalam menyediakan TNM untuk diabetes melitus (ADA, 2017). Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes melitus tidak berbeda dengan masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi pada masing-masing individu. Pasien dengan diabetes melitus terutama bagi mereka yang menggunakan obat atau terapi insulin

perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori.

c. Jasmani

Selain untuk menjaga kebugaran tubuh, latihan jasmani juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3 – 4 kali dalam satu minggu dengan waktu 30-40 menit dengan waktu jeda tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Sebelum melakukan aktivitas jasmani, diharapkan untuk melakukan kontrol gula darah. Jika kadar gula darah menunjukkan angka <100 mg/dL maka dianjurkan terlebih dahulu untuk mengkonsumsi karbohidrat dan bila kadar gula darah >250 mg/dL maka dianjurkan untuk menunda latihan jasmani terlebih dahulu. Bentuk latihan jasmani yang di anjurkan yaitu yang bersifat aerobik dengan intensitas, seperti: jalan cepat, bersepeda santai, *jogging*, dan berenang. Intensitas latihan jasmani dapat disesuaikan dengan kondisi pasien. Bagi pasien dengan DM yang relatif sehat maka intensitas bisa ditingkatkan, namun bila ada komplikasi maka intensitas latihan jasmani perlu dikurangi.

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis pada pasien dengan diabetes melitus terdiri atas terapi obat oral dan terapi bentuk suntikan (insulin). Terapi obat oral atau obat antihiperqlikemi oral terbagi atas 5 golongan, yaitu pemacu sekresi insulin (*insulin secretagogue*), peningkatan sensitivitas terhadap insulin, penghambat absorpsi glukosa di saluran, penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-*

IV), dan penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Cotransporter 2*).

American Association of Diabetes Educators (AADE, 2014) menjelaskan bahwa terdapat 7 hal dalam komponen perawatan diri pasien dengan DM tipe 2, yaitu makan sehat, aktifitas fisik, monitoring kadar gula darah, pemberian obat, penyelesaian masalah, coping yang sehat, dan mengurangi resiko.

1. Makan sehat

Seseorang yang hidup dengan DM harus menjalani diet makanan agar dapat mencapai tujuan pengobatan yang baik. Makanan sehat yaitu segala jenis makanan yang mengacu untuk diet seimbang. Seorang yang mengidap DM dianjurkan untuk mengurangi atau menghindari asupan makanan dan minuman yang manis (ADA, 2017).

2. Aktifitas fisik

Aktifitas fisik seperti jalan kaki, bersepeda santai, berenang, dan jogging merupakan jenis latihan jasmani yang bersifat aerobik dimana dapat memperbaiki kadar glukosa darah pada pasien DM. Sebelum melakukan latihan jasmani, sebaiknya disesuaikan terlebih dahulu dengan usia dan juga status kesehatan pasien (PERKENI, 2015). Yoga dan Ti-chi merupakan jenis aktifitas fisik lain yang juga dapat meningkatkan fleksibilitas, kekuatan otot, dan keseimbangan tubuh pasien DM (ADA, 2017)

3. Monitoring kadar gula darah

Hal ini dilakukan yakni untuk mencegah terjadinya komplikasi DM. Pasien dengan DM dapat melakukan pengecekan kadar glukosa darah di rumah secara mandiri atau yang biasa disebut dengan *Self – Monitoring of Blood*

Glucose (SMBG). Dengan adanya SMBG maka pasien dengan DM dapat mengatur sendiri terapinya agar dapat mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal (Smeltzer & Bare, 2002).

4. Pemberian obat

Pemberian obat berfungsi sebagai pemicu dalam sekresi insulin (obat glinid), meningkatkan sensitivitas insulin sekaligus sebagai penghambat glukoneogenesis (obat metformin), dan menghambat absorpsi glukosa dan inhibitor DPP-IV. Pemberian obat ini dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu secara oral dan suntik (PERKENI, 2015).

5. Penyelesaian masalah

Penyelesaian masalah merupakan keterampilan inti yang mana merupakan bagian dari *Diabetes Self Management Education (DSME)* yang harus dimiliki oleh pasien dengan DM. Pemecahan masalah ini digunakan untuk menyelesaikan masalah sehingga memiliki pengaruh dalam perubahan (Stephanie et al, 2013).

6. Koping yang sehat

Merupakan status kesehatan dan kualitas hidup yang efektif secara psikologis dan juga sosial. Koping yang sehat diperlukan dalam hal mengendalikan perilaku, karna jika tidak diatasi maka dapat memperburuk keadaan perawatan diri pada pasien DM (Fisher et al, 2007).

7. Mengurangi resiko

Menyadari adanya faktor resiko dan pencegahan terhadap komplikasi pasien DM merupakan bagian penting dalam pengelolaan pasien DM (Boren et al, 2007).

2.2. Konsep Strategi Koping

2.2.1. Definisi Strategi Koping

Koping merupakan sebuah usaha yang digunakan untuk merubah kognitif dan perilaku dalam mengatur tuntutan atau tekanan eksternal dan atau internal yang dinilai berat atau melebihi kemampuan individu tersebut (Lazarus dan Folkman, 1984). Koping ditunjukkan sebagai usaha untuk mengurangi beban emosional, fisik, serta psikologis pada peristiwa sehari-hari dimana penuh dengan tekanan. Apabila seseorang tidak dapat menggunakan koping dalam beradaptasi secara efektif, maka orang tersebut akan mengalami penyakit fisik dan mental. Strategi koping dikatakan efektif tergantung pada kemampuan orang tersebut dalam mengurangi tekanan secara langsung, sebagaimana berkontribusi pada hasil jangka panjang seperti kesejahteraan psikologis dan status kesehatan (Snyder, 1999). Koping merupakan sebuah proses yang mana melibatkan individu itu sendiri dalam mencapai keberhasilan pada situasi yang penuh tekanan. Secara aktif individu tersebut akan mendekati, menghindari, mengantisipasi, serta menunjukkan situasi kehidupan sesuai dengan penerapan demi tercapainya sebuah keberhasilan (Pergament, 1997).

Strategi koping yaitu koping yang digunakan oleh seorang individu dengan sadar dan terarah untuk mengatasi sakit atau stresor yang sedang dihadapi (Nursalam dan Kurniawati, 2007). Strategi koping merupakan suatu cara rasional yang digunakan untuk menghadapi dan mengatasi kecemasan serta digunakan sebagai sebuah strategi yang disusun untuk mengurangi sumber kecemasan (Reber dan Reber, dalam Fatmawati 2014). Strategi koping dapat dikatakan sebagai usaha yang dilakukan seseorang sebagai upaya dalam menghadapi suatu kondisi penuh tekanan yang mengancam dirinya sendiri menggunakan sumber daya yang ada dan bertujuan untuk mengurangi tingkat stres atau tekanan yang dialami (Khoiroh, 2013).

2.2.2. Klasifikasi Strategi Koping

Lazarus dan Folkman (1984) menjelaskan bahwa terdapat dua klasifikasi dari strategi koping, yaitu:

a. *Problem Focused Coping* (PFC)

Problem Focused Coping merupakan bentuk koping yang diarahkan pada masalah yang sedang dihadapi untuk mengurangi stres dengan mempelajari cara-cara keterampilan yang baru. Strategi PFC ini melibatkan sebuah usaha untuk melakukan suatu hal terhadap stres yang dialami (Taylor, 2009 dalam Amalia, 2010). *Problem focused coping* memungkinkan individu untuk membuat suatu rencana serta tindakan lebih lanjut untuk menghadapi segala kemungkinan yang akan terjadi untuk memperoleh apa yang telah hasil yang diinginkan. Seorang individu yang menggunakan strategi koping jenis ini dalam pemecahan masalah

akan berpikir secara logis serta berusaha dalam memecahkan permasalahan dengan positif (Lazarus & Folkman, 1984 dalam I.G.A.I.K. Anglitan & L.M. Sukmayanti, 2016)

Dimensi-dimensi *problem focused coping* menurut Carver (dalam Taylor, 2009), antara lain:

1. *Active coping*

Proses pengambilan langkah untuk menghilangkan stresor atau mengurangi efek yang ditimbulkan oleh stresor, seperti memulai tindakan langsung, meningkatkan usaha-usaha dalam menghadapi masalah, dan berupaya dalam melakukan upaya-upaya untuk mengatasi masalah secara bertahap.

2. *Planning*

Berpikir mengenai bagaimana cara dalam menghadapi stresor. *Planning* terdiri dari perencanaan strategi dan langkah apa yang kemudian akan diambil serta bagaimana cara yang tepat untuk mengatasi stresor.

3. *Using instrumental support*

Individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi dengan mencari dukungan sosial seperti nasehat, bantuan, serta dukungan ataupun informasi.

4. *Behavioral disengagement*

Individu akan berhenti dalam melakukan sebuah usaha untuk mengurangi stresor karena dirasa usaha yang dilakukan tersebut tidak memberikan hasil atau sering disebut dengan "*helplessness*"

b. *Emotion Focused Coping* (EFC)

Emotion Focused Coping merupakan bentuk coping yang lebih diarahkan untuk mengatur respon emosional individu dalam mengurangi stres. Seorang individu menggunakan pendekatan *behavioral* dan kognitif dalam mengatur respon emosionalnya. Pendekatan *behavioral* ialah seperti penggunaan alkohol, narkoba, serta mencari dukungan emosional dari kerabat dekat dan melakukan beberapa kegiatan seperti olahraga atau menonton tv untuk mengalihkan perhatian individu tersebut dari masalah yang dihadapi. Pendekatan kognitif yaitu dengan melibatkan individu untuk berfikir tentang situasi atau masalah yang sedang dihadapi. Pada pendekatan kognitif ini, individu akan melakukan *redefine* terhadap situasi atau masalah yang sedang dialami dengan membuat perbandingan dengan individu lain yang mengalami situasi sama atau lebih buruk, serta melihat sesuatu yang baik di luar dari situasi tersebut. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Khoiroh (2011) bahwa individu yang menggunakan EFC dalam menyelesaikan masalah akan lebih menunjukkan perilaku introspeksi diri daripada menyalahkan orang lain serta memberikan pandangan positif pada masyarakat dan lingkungan sekitar.

Dimensi-dimensi *emosional focused coping* menurut Carver (dalam Taylor, 2009) antara lain:

1. *Using emosional support*

Individu akan mencari dukungan moral, simpati, kepercayaan, atau pengertian. Dukungan emosional ini hanya untuk menenangkan atau mengeluarkan perasaan saja.

2. *Positive reframing*

Kecenderungan seorang individu dalam melepaskan emosi yang dirasakan atau mengatur emosi yang berkaitan dengan stres yang dialami. kecenderungan ini biasa disebut dengan penilaian kembali secara positif.

3. *Self-distraction*

Individu akan melakukan tindakan-tindakan alternatif untuk menyiasati stresor yang dihadapi, seperti tidur, menonton tv, ataupun berolahraga.

4. *Denial*

Penolakan seorang individu terhadap masalah atau stresor yang sedang dihadapi. Menolak seolah-olah stresor tersebut tidak ada ataupun tidak percaya jika stresor itu ada. Terkadang penolakan dapat memicu masalah baru, karena dengan menyangkal suatu keadaan sering kali mempersulit upaya dalam mengatasi masalah tersebut.

5. *Acceptance*

Menerima kenyataan akan situasi yang sedang dialami. terdapat dua makna penerimaan, yaitu sikap menerima sebagai suatu kenyataan dan sikap menerima dikarenakan belum ada strategi yang dapat dilakukan dalam menghadapi masalah.

6. *Religion*

Individu mengalihkan permasalahan yang sedang dihadapi dengan melakukan sesuatu yang berhubungan dengan agama, seperti berdoa atau memohon pertolongan kepada Tuhan, rajin beribadah, dan melakukan meditasi.

7. *Venting*

Kecenderungan melepaskan emosi yang dirasakan. Individu akan memusatkan perhatiannya pada hal yang sekiranya sebagai sumber stres dan kemudian melepaskan perasaan-perasaan tersebut.

8. *Humor*

Lelucon atau sesuatu yang lucu yang dapat mengurangi pikiran individu dalam menghadapi stresor.

9. *Substance use*

Individu menggunakan obat-obatan ataupun minuman beralkohol untuk menyelesaikan atau melepaskan diri dari masalah yang dihadapi.

10. *Self-blame*

Kecenderungan seorang individu dalam menyalahkan diri sendiri terhadap suatu yang telah terjadi.

Carver dan Scheier (1989) dalam Arisandy (2013) membagi strategi koping dalam dua bagian yaitu koping adaptif dan koping maladaptif, yang mana dari masing-masing koping tersebut memiliki dimensi tersendiri.

a. Dimensi koping adaptif

- 1) Koping aktif
- 2) Dukungan sosial
- 3) Reinterpretasi positif
- 4) Pengendalian
- 5) Perencanaan

- 6) Penerimaan
 - 7) Koping agama
 - 8) Humor
- b. Dimensi koping maladaptif
- 1) Penolakan
 - 2) Penggunaan zat
 - 3) Dukungan emosional
 - 4) Ketidakberdayaan atau pelepasan perilaku
 - 5) Pelepasan
 - 6) Menyalahkan diri sendiri

2.2.3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Strategi Koping

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping (Mutadin, 2002 dalam Amalia 2010), diantaranya:

a. Kesehatan fisik

Seorang individu dituntut untuk menggunakan tenaga yang cukup besar dalam mengatasi stres, oleh karena itu kesehatan merupakan suatu hal yang sangat penting.

b. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan atau pandangan positif dapat merupakan sumber daya psikologis yang sangat penting. Jika individu tersebut mengarahkan pada penilaian ketidakberdayaan, maka akan menurunkan kemampuan individu dalam strategi koping.

c. Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi pencarian informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi suatu masalah yang memiliki tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, mempertimbangkan alternatif tindakan tersebut agar sesuai dengan hasil yang di inginkan, sehingga pada akhirnya dapat melaksanakan rencana dengan tindakan yang tepat.

d. Keterampilan sosial

Pada keterampilan sosial ini meliputi kemampuan dalam berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara yang sesuai dengan nilai sosial yang berlaku di masyarakat.

e. Dukungan sosial

Dukungan sosial meliputi dukungan dalam pemenuhan kebutuhan emosional dan informasi pada individu yang dapat diberikan oleh orang tua, keluarga, teman, atau lingkungan masyarakat.

f. Materi

Dukungan pada materi meliputi sumberdaya berupa uang, barang ataupun layanan yang biasanya dapat dibeli. Sumberdaya moneter sangatlah berpengaruh dalam peningkatan coping seseorang hampir pada semua situasi.

2.2.4. Penilaian Strategi Koping

a. *Cope Inventory*

Penilaian koping dengan *cope inventory* merupakan salah satu skala yang dapat digunakan untuk menilai respon koping seseorang. *Cope inventory*

disusun oleh Carver et al pada tahun 1989 yang mana disusun berdasarkan teori koping Lazarus dan Folkman (Carver et al, 1989). Terdapat 28 pertanyaan pada sakala ini yang terdiri atas beberapa indikator yang termasuk dalam koping adaptif (pengalihan diri, koping aktif, penggunaan pertolongan, perencanaan, penerimaan, koping agama, humor, dan penyusunan positif) dan koping maladaptif (penolakan, penggunaan zat seperti alkohol dan obat-obatan, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan serta menyalahkan diri sendiri) (Rahmaturrizky, 2012).

b. *Brief cope*

Brief cope merupakan suatu instrumen koping yang mana dikembangkan pada tahun 1997 oleh Charles S. Carver. Instrumen ini terdiri atas 14 subskala yang meliputi *active coping, positif reframing, acceptance, humor, religion, using emosional support, using instrumental support, self distraction, denial, fenting, substance use, behavioural, disengagement, dan self blame*. Instrumen ini terdiri dari 28 pertanyaan, yang terdiri dari dua pertanyaan pada setiap subskala (Macdonald, 2011).

c. *Coping Orientations and Prototypes (COAP)*

COAP digunakan untuk mengukur upaya koping seseorang. Instrumen COAP terdiri dari 81 jenis pertanyaan yang terdiri atas enam indikator meliputi orientasi pada situasi, emosi, pencegahan, keagamaan, eksistensi serta restrukturisasi diri (Wong et al, 2006). Banyaknya jumlah pertanyaan dan sulitnya pemahaman responden pada pertanyaan membuat responden sulit untuk mengisi kuesioner.

2.3. Konsep Persepsi Penyakit

2.3.1. Definisi Persepsi Penyakit

Menurut model *Health Self-Regulation Leventhal* (Cameron dan Leventhal, 2003), persepsi penyakit mengacu pada bagaimana seorang individu berfikir mengenai masalah kesehatannya, akibat dari masalah tersebut, serta bagaimana seseorang individu tersebut berperilaku. Persepsi penyakit merupakan konsep utama dari *Common Sense Model* (CSM), yang menjelaskan bahwa seorang individu yang sedang mengalami suatu penyakit akan membentuk keyakinan tersendiri yang akan mempengaruhi cara mereka untuk berespon terhadap sakit yang dialami (Taylor, 2009 dalam Pratiwi, 2015). Persepsi penyakit terbentuk dari adanya representasi kognitif dan emosional pasien terkait penyakitnya. Representasi tersebut berhubungan dengan sifat serta persepsi pasien tentang seberapa besar penyakitnya akan mengancam kesehatan. Persepsi penyakit merupakan suatu reaksi seseorang terhadap sakit yang dialami yang dapat mempengaruhi rencana serta strategi orang tersebut dalam mengontrol masalah kesehatannya. Persepsi penyakit adalah reaksi atau respon kognisi dan emosi yang terdiri atas lima dimensi yaitu Identitas, Penyebab, Durasi, Konsekuensi dan Kontrol (Cameron dan Leventhal, 2003).

Persepsi penyakit ialah suatu bentuk kepercayaan tentang keluhan khas yang menjadi penyebab penyakit, kepercayaan tentang perjalanan penyakit, konsekuensi dan sejauh mana penyakit yang dialami dapat dikendalikan baik dengan cara perawatan diri atau dengan perawatan medis. Persepsi penyakit juga mengevaluasi dampak emosional penyakit baik secara langsung ataupun tidak langsung dari gejala yang sedang dialami dan kekhawatiran tentang konsekuensi

penyakit. Persepsi penyakit merupakan bentuk penentu penting dari perilaku kesehatan seperti kepatuhan pengobatan dan perilaku kesehatan lain yang secara tidak langsung mempengaruhi hasil seperti kualitas hidup, pemulihan fungsional serta parameter klinis. Studi intervensi menunjukkan bahwa persepsi penyakit dapat di ubah (Chew et al, 2017).

2.3.2. Dimensi Persepsi Penyakit

Dimensi persepsi penyakit dibagi kedalam lima bagian (Cameron dan Leventhal, 2003), antara lain:

a. *Identity*

Dimensi pertama yaitu *identity*, yang mana dapat diartikan sebagai persepsi atau ide individu mengenai identitas atau nama masalah. Bagaimana pasien memberikan label pada penyakit dan gejala yang dialaminya.

b. *Consequence*

Dimensi ini dapat diartikan sebagai keyakinan-keyakinan individu mengenai penyakit yang sedang dialami dan bagaimana dampaknya bagi kondisi fisik, sosial, serta fisiologis.

c. *Timeline acute/chronic*

Pada dimensi *timeline* ini dapat didefinisikan sebagai lamanya waktu dari penyakit yang diderita sampai datang kesembuhan.

d. *Timeline cyclical*

Timeline cyclical merupakan suatu gambaran penyakit yang diyakini memiliki periode waktu berganti-ganti dimana kadang tidak ditandai dengan

gejala-gejala atau bahkan banyak sekali gejala yang disebut dengan penyakit siklus.

e. *Causal representation*

Dimensi *causal representation* menggambarkan tentang faktor-faktor yang diyakini dapat meningkatkan penyakit pada seseorang, seperti faktor lingkungan dan tingkah laku.

Menurut Moss–Morris et al (2002) dan Broadbent et al (2006), dimensi persepsi penyakit dapat dikembangkan lagi menjadi:

a. *Personal control*

Pada dimensi ini menggambarkan keyakinan individu tentang pengobatan atau nasihat yang di sarankan.

b. *Illness coherence*

Dimensi ini didefinisikan sebagai sebuah tipe meta-kognisi dimana individu menggambarkan kelogisan atau manfaat dari representasi penyakit yang mereka alami.

c. *Emotion*

Pada dimensi ini, individu menggambarkan reaksi-reaksi emosi negatif yang ditimbulkan dari penyakitnya seperti marah, kecewa, dan takut.

2.3.3. Faktor-faktor yang berhubungan dengan persepsi penyakit

Stimulus ialah faktor yang ikut berperan dalam persepsi. Berikut ini merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persepsi menurut Walgito (2005) dan Irwanto (2002), yaitu:

a. Objek yang dipersepsikan

Sebuah objek akan menimbulkan stimulus yang dapat mengenai alat indra atau reseptor. Stimulus bisa datang dari luar individu ataupun dari individu sendiri yang mempersepsikan. Akan tetapi, stimulus sebagian besar datang dari luar individu.

b. Alat indra, saraf, dan pusat susunan saraf

Reseptor atau alat indra merupakan alat yang digunakan sebagai penerima stimulus atau rangsang. Saraf sensoris merupakan alat yang berfungsi sebagai penerus stimulus yang diterima oleh reseptor ke pusat susunan saraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran.

c. Perhatian

Perhatian merupakan pemusatan dari seluruh aktivitas yang mana ditunjukkan pada sesuatu ataupun sekumpulan objek. Perhatian diperlukan untuk menyadari sesuatu atau mengadakan persepsi.

d. Perhatian yang selektif

Dalam sebuah kehidupan, setiap orang akan menerima rangsangan-rangsangan, yang mana tidak semua rangsangan tersebut ditanggapi. Oleh karena itu, hanya pada rangsangan tertentu saja perhatian akan dipusatkan.

e. Nilai-nilai dan kebutuhan individu

Setiap manusia memiliki keinginan ataupun cita-cita tersendiri yang sesuai dengan latar belakang yang dimiliki.

f. Pengalaman terdahulu

Adanya pengalaman-pengalaman yang telah terjadi sebelumnya membuat seseorang memiliki persepsi tersendiri dari apa yang dialami sekarang pada kehidupannya.

Selain faktor-faktor diatas, ada beberapa faktor lain yang juga dapat mempengaruhi persepsi penyakit, yaitu:

a. Tingkat pendidikan

Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah menganggap bahwa kesehatan mereka buruk. Hal tersebut menjelaskan bahwa seseorang dengan pendidikan formal tinggi akan memiliki persepsi positif, karena persepsi positif dimulai ketika seorang tersebut memiliki kemampuan dalam memahami sesuatu dengan baik (Kaleta et al, 2009).

b. Pengetahuan

Pengetahuan dapat membentuk pengalaman terhadap persepsi, selain itu juga dapat membantu mengenali stimulus yang muncul dan kemudian akan menjadi persepsi (Trisnaniyanti et al, 2010). Kurangnya informasi yang didapatkan oleh pasien dari petugas kesehatan dapat mempengaruhi pengetahuan pasien tersebut (Ashur et al, 2015).

c. Kepercayaan

Seorang pasien yang memiliki kepercayaan positif terhadap penyakit yang sedang ia alami, maka akan memiliki persepsi penyakit yang baik pula. Hal tersebut juga berpengaruh terhadap status kesehatan pasien (Petrie et al, 2007)

d. Agama atau iman

Iman yang baik dapat memberikan persepsi positif pada seorang individu. Dengan adanya imanyang baik serta persepsi yang positif, maka dampak emosional yang ditimbulkan akan berkurang dan individu tersebut dapat lebih percaya diri terhadap keefektifan pengobatan (Ford et al, 2010)

2.3.4. Penilaian Persepsi Penyakit

a. IPQ

Illness Perception Questionnaire (IPQ) merupakan sebuah metode yang digunakan untuk menilai representatif kognitif seseorang mengenai penyakit yang dialami. Kuesioner IPQ terdiri atas lima skala yang mendasari representasi kognitif penyakit. Lima skala tersebut terdiri atas *identitas* (gejala yang dialami oleh pasien), *sebab* (gagasan pribadi pasien mengenai etiologi penyakit), *garis waktu* (durasi atau berapa lama penyakit yang telah dirasakan oleh pasien), *konsekuensi* (efek dan hasil yang diharapkan), dan *kontrol penyembuhan* (bagaimana pasien tersebut mengendalikan atau dapat pulih dari penyakit yang dialami). Pada skala identitas terdiri atas 12 item gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan rentang penilaian dari sepanjang waktu, sering, kadang-kadang, atau tidak pernah. Empat skala lainnya yaitu sebab, rentang waktu, konsekuensi, dan kontrol penyakit juga disajikan dalam beberapa pertanyaan yang memiliki penilaian dengan rentang sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, dan sangat setuju (Weinmann et al, 1996).

b. IPQ-R

Revised Illness Perception Questionnaire merupakan revisi dari kuesioner IPQ asli yang dikembangkan oleh Moss – Morris (2002). Pada kuesioner ini berisi tujuh domain kognitif dan emosional, yaitu garis waktu akut atau kronis, garis waktu siklis, konsekuensi, kontrol pribadi, kontrol pengobatan, koherensi penyakit, dan representasi emosional. Penyebabnya dikategorikan sebagai berikut: 1) atribusi psikologis, yaitu stres atau kekhawatiran, sikap mental, masalah dalam keluarga, kerja paksa, keadaan emosional, kepribadian; 2) faktor risiko, yaitu hereditas, diet, perawatan medis yang buruk di masa lalu, perilaku sehari - hari, penuaan, rokok, dan alkohol; 3) kekebalan / imunitas, yaitu kuman, virus, polusi, kekebalan yang berubah; 4) kecelakaan atau kesempatan, yaitu kebetulan atau nasib buruk, cedera, dan kecelakaan (Moss-Morris et al, 2002).

c. B-IPQ

Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap penyakit yang sedang dialami. Kuesioner ini telah dikembangkan oleh Elizabeth Broadbent pada tahun 2006 dan telah dialih bahasakan ke dalam bahasa indonesia oleh Arifin(2016). Instrumen B-IPQ terdiri dari 9 pertanyaan, dimana 8 pertanyaan menggunakan skala interval dengan rentang nilai 0-10 dan 1 pertanyaan berbentuk *essay* tentang faktor utama yang menyebabkan DM. Setiap item pertanyaan yang ada menggambarkan dimensi dari CSM, yaitu lima item pertanyaan *cognitive representation* dan tiga item pertanyaan *emotional representation*. Item pertanyaan tersebut menyangkut tentang *consequences* (kepercayaan pasien

tentang seberapa kuat pengaruh penyakit yang sedang dialami terhadap kehidupan sehari-hari), *timeline* (kepercayaan pasien terhadap rentang waktu kronis penyakit yang dialami), *personal control* (kepercayaan pasien terhadap kemampuan diri dalam mengontrol penyakit yang dialami), *treatment control* (kepercayaan pasien terhadap pengendalian penyakit menggunakan pengobatan), *identity* (pengalaman mengenai gejala yang timbul sebagai akibat dari adanya perkembangan penyakit), *concerns* (perasaan khawatir atau keprihatian pasien tentang penyakit yang dialami), *emotional response* (respon emosional pasien terkait penyakit) dan *comprehensibility* (gambaran tentang pemahaman pasien mengenai penyakitnya). Kuesioner B-IPQ ini dapat digunakan untuk pasien dengan DM tipe 2 (Antari et al, 2016).

2.4. Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2

Pasien DM tipe 2 secara luas diketahui memiliki beban masalah psikososial dan gangguan psikologis yang tinggi (Chew et al., 2015). Dampak negatif psikologis yang dimiliki oleh pasien DM ialah seperti marah, merasa tidak berguna, cemas, dan juga stres. Penyakit diabetes merupakan sebuah stresor yang mengharuskan penderitanya melakukan sebuah koping (Grey, 2000).

Dalam upaya mengatasi stresor yang ada, pasien dengan DM harus dapat melakukan strategi koping yang efektif. Koping dikatakan efektif apabila koping tersebut sesuai dengan masalah yang sedang dihadapi (Friedman, 2010 dalam Nadziroh 2016). Pemilihan strategi koping yang tepat dalam mengatasi masalah merupakan respon dari kepercayaan penderita terhadap penyakit yang dialami

(Antari dkk, 2016). Kepercayaan atau keyakinan tentang penyakit yang dialami disebut dengan persepsi penyakit. Bagi pasien diabetes, memiliki persepsi positif mengenai penyakit yang dialami dapat membuat pasien tersebut memahami atau mengontrol penyakit yang dialami dengan tepat, dan sebaliknya jika pasien tersebut tidak dapat mempersepsikan penyakitnya secara baik maka pasien tersebut tidak akan efektif dalam mengontrol penyakit yang dialaminya (Arifin, 2016).

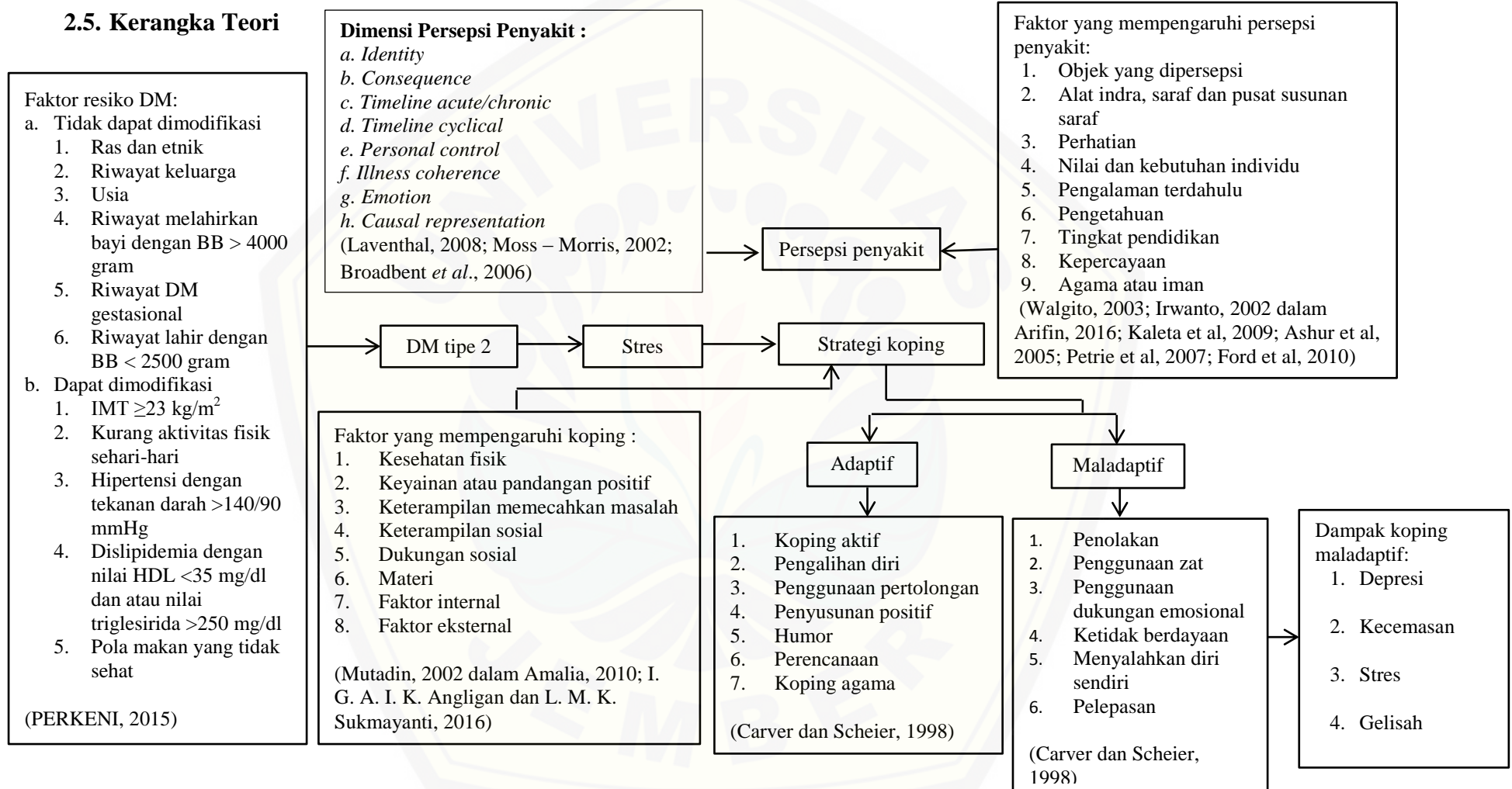
Persepsi penyakit memiliki peranan penting dalam mekanisme pembentukan strategi koping pada pasien dengan DM tipe 2. Hasil penelitian Rutter dan Rutter (2002 dalam Singh 2011) menunjukkan bahwa dimensi representasi penyakit berhubungan dengan strategi koping. Hagger dan Orbell (2003 dalam Singh 11) dalam tinjauan meta analisisnya tentang CSM yang telah dilakukan menjelaskan bahwa dimensi representatif penyakit berkaitan dengan strategi koping dan hasil penyakit. Hasil penelitian Petrie dan Moss-Morris (1996) menjelaskan bahwa persepsi penyakit dan strategi koping saling berkaitan pada pasien *Chronic Fatigue Syndrome* (CFS). Strategi koping atau respon penanganan terhadap CFS yang dialami dipengaruhi oleh bagaimana pasien melihat kondisinya. Bagi pasien yang memiliki kontrol CFS yang bagus, maka mereka akan menunjukkan koping yang lebih positif dan penanganan yang aktif (Weinmann et al, 1996).

Sebuah penelitian yang telah dilakukan oleh Bell (2015) menunjukkan hasil jika persepsi penyakit memberikan pengaruh pada koping seorang individu dalam mengatasi penyakit yang dialami. Seseorang yang memiliki persepsi penyakit

negatif akan menyebabkan orang tersebut menggunakan strategi koping menghindar. Persepsi penyakit dengan dimensi *control*, *timeline*, dan *consequences* memiliki pengaruh yang besar dalam pemilihan strategi koping seorang individu, apakah akan menggunakan koping pasif, penghindaran atau mencari dukungan sosial (Scharloo et al, 1998 dalam Bell, 2015). Lau et al (1989) dalam penelitiannya menjelaskan jika seorang individu memiliki dimensi *identity* dan dimensi *cure/personal control* yang kuat dalam representasi *common sense*, maka orang tersebut akan cenderung mencari perawatan seperti mengunjungi dokter.

Ketika seorang pasien menghadapi sebuah ancaman tentang kesehatan mereka seperti halnya sakit yang diderita, maka pasien tersebut akan melakukan sesuatu untuk mengatasi ancaman itu. Strategi koping yang dilakukan bergantung pada bagaimana pasien tersebut melihat ancaman kesehatan yang dialami. Terbentuknya representasi penyakit yang dialami oleh pasien membuat pasien tersebut akan melakukan sebuah tindakan dalam mengatasi ancaman kesehatan. Strategi koping atau tindakan yang dihasilkan dapat bersifat positif seperti mencari perhatian medis dan mengekspresikan emosi atau bersifat negatif seperti penyangkalan (Kucukarslan, 2012).

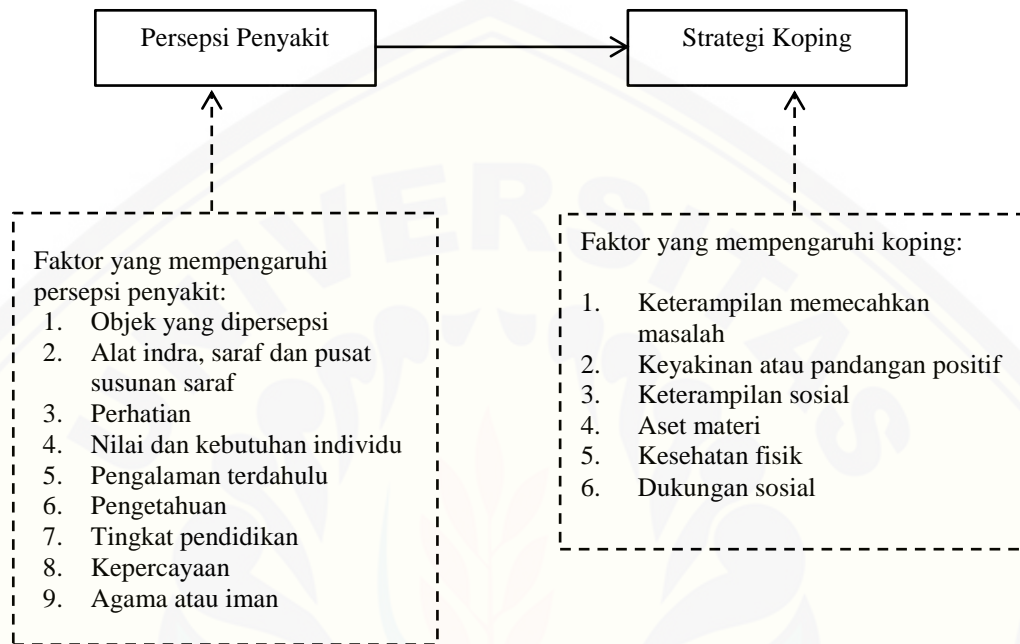
2.5. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

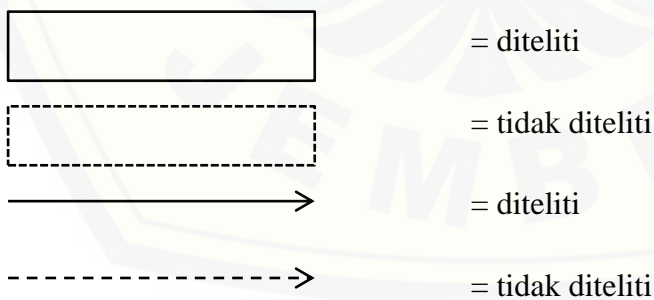
BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara sementara dimana kebenarannya akan dibuktikan melalui sebuah penelitian (Setiadi, 2007). Hipotesis yang digunakan pada penelitian ini yaitu hipotesis alternatif (H_a) yaitu terdapat hubungan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pasien DM Tipe 2. Tingkat kesalahan (α) yang digunakan pada penelitian yaitu 0,05. H_a gagal ditolak apabila $p\text{ value} < \alpha$.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan metode *cross sectional*, yaitu suatu jenis penelitian dimana lebih menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel dependen serta independen hanya pada satu waktu (Nursalam, 2014). Penelitian ini menganalisis hubungan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pasien dengan DM tipe 2. Kedua variabel tersebut diambil datanya dengan satu kali waktu pengambilan secara bersamaan.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi penelitian

Populasi ialah keseluruhan dari subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan (Nursalam, 2014). Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh pasien dengan DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember pada bulan Juni sampai Desember 2017 dengan jumlah 181 orang.

4.2.2. Sampel penelitian

Sampel ialah bagian dari populasi yang bisa digunakan sebagai subjek penelitian melalui teknik sampling (Nursalam, 2014). Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini ialah *non-probability sampling* dengan cara

consecutive sampling. *Consecutive sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan cara menetapkan subjek penelitian yang memenuhi kriteria hingga jumlah responden yang dibutuhkan terpenuhi dengan satu kurun waktu tertentu (Nursalam, 2014). Pengambilan sampel pada penelitian ini berdasarkan urutan daftar registrasi pasien DM di Puskesmas Patrang dari Januari 2017 – Desember 2017 yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan aplikasi G*Power 3 dalam menentukan jumlah sampel penelitian. Aplikasi G*Power 3 didesain sebagai suatu program yang memiliki tujuan untuk menganalisis uji statistik yang biasanya digunakan dalam bentuk penelitian sosial dan perilaku (Faul et al, 2007). Berdasarkan hasil perhitungan sampel menggunakan aplikasi G*Power dengan *standard effect size* 0,30; *α error probability* 0,05; dan *power* (1- β *error probability*) 0,80 maka didapatkan jumlah sampel sebanyak 84 pasien.

4.2.3. Kriteria subjek penelitian

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi yaitu karakteristik subjek penelitian secara umum dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2014). Sampel pada penelitian kali ini memiliki kriteria sebagai berikut:

- 1) Lama mengalami DM minimal 3 bulan;
- 2) Mampu berkomunikasi dengan baik;
- 3) Berusia 30 - 65 tahun;

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi yaitu menghilangkan atau mengeluarkan subjek dari penelitian yang memenuhi kriteria inklusi karena berbagai penyebab (Nursalam, 2014). Kriteria eksklusi dari penelitian ini ialah:

- 1) Pasien DM yang memiliki penyakit penyerta seperti adanya riwayat penyakit stroke/penyakit jantung;
- 2) Pasien DM yang memiliki keterbatasan fisik seperti tuna netra, tuna rungu, dan tuna wicara;
- 3) Pasien DM yang memiliki gangguan mental serta demensia atau alzheimer;

4.3. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang, Kabupaten Jember.

4.4. Waktu Penelitian

Tahap pengerjaan skripsi ini dimulai dari bulan Oktober 2017. Waktu penelitian dihitung mulai dari dibuatnya skripsi ini hingga penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan uraian mengenai apa yang akan diukur oleh variabel penelitian yang akan diteliti (Notoadmojo, 2012). Definisi operasional pada penelitian ini terdiri atas variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini yaitu persepsi penyakit, sedangkan variabel dependen pada penelitian ini yaitu strategi koping pada pasien DM tipe 2.



Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Variabel independen: persepsi penyakit	Persepsi pasien dengan DM tipe 2 dalam menggambarkan penyakit yang sedang dialami	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaruh 2. Waktu 3. Kontrol Penyakit 4. Pengendalian Penyakit 5. Pengalaman 6. Perhatian 7. Pemahaman 8. Emosi 9. Penyebab 	Kuesioner B-IPQ	Interval	Nilai minimal: 0 Nilai maksimal: 80
Variabel dependen: strategi koping	Respon pasien dengan DM tipe 2 dalam mengatasi stressor yang ada sehingga individu mampu beradaptasi dengan kondisinya.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koping aktif 2. Penggunaan pertolongan 3. Penyusunan positif 4. Pengalihan diri 5. Perencanaan 6. Penerimaan 7. Koping agama 8. Humor 9. Penolakan 10. Penggunaan zat 11. Penggunaan dukungan emosional 12. Ketidakberdayaan 13. Pelepasan 14. Menyalahkan diri sendiri 	Kuesioner <i>cope inventory</i>	Interval	Nilai minimal: 28 Nilai maksimal: 112

4.6. Teknik Pengumpul Data

4.6.1. Sumber Data

a. Data primer

Data primer yaitu data yang diperoleh peneliti dari hasil penghitungan, pengamatan, survei dan lain-lain secara langsung dilapangan dengan menggunakan alat bantu kuesioner yang telah dipersiapkan oleh peneliti (Setiadi, 2007). Data primer diperoleh langsung dari hasil penilaian persepsi penyakit dengan menggunakan kuesioner B-IPQ dan kuesioner *cope inventory* untuk strategi koping.

b. Data sekunder

Data sekunder yaitu data yang didapatkan dari pihak lain seperti badan atau instansi yang rutin dalam mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder dalam penelitian ini yaitu berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Patrang berupa jumlah kunjungan serta jumlah pasien dengan DM.

4.6.2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Setiadi, 2007). Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner kepada responden di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Alur dalam pengumpulan data ialah sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan penelitian surat permohonan izin kepada institusi bidang akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Badan

Kesatuan Bangsa dan Politik, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, dan Kepala Puskesmas Patrang;

- b. Peneliti menentukan responden penelitian berdasarkan data dari Puskesmas Patrang yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan;
- c. Peneliti berkunjung ke rumah masing-masing responden berdasarkan data yang telah diperoleh;
- d. Bagi responden yang memenuhi kriteria diberikan penjelasan mengenai langkah penelitian;
- e. Jika pasien bersedia menjadi responden penelitian, maka pasien diminta untuk menandatangani *informed consent*
- f. Peneliti memberikan lembar kuesioner B-IPQ dan *cope inventory* kepada responden untuk diisi dengan rentang waktu pengisian 15-30 menit. Apabila responden mengalami kesulitan dalam pengisian, maka peneliti membantu responden dengan membacakan pertanyaan dan mengisi jawaban sesuai dengan jawaban responden.
- g. Peneliti mengecek kembali jawaban responden. Apabila terdapat pertanyaan yang belum di jawab, maka peneliti meminta responden untuk menjawabnya.
- h. Setelah data terkumpul, maka peneliti melakukan pengolahan data dan analisis.

4.6.3. Alat Pengumpulan Data

a. Instrumen karakteristik responden

Instrumen karakteristik responden yang digunakan terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, lama mengalami DM, dan komplikasi.

b. Instrumen B-IPQ

Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur persepsi pasien terhadap penyakit yang sedang dialami. Setiap pertanyaan dari kuesioner ini menggambarkan dimensi CSM, yaitu lima pertanyaan dengan representasi kognitif dan tiga pertanyaan dengan representasi emosional. Instrumen B-IPQ terdiri dari 9 pertanyaan, dimana 8 pertanyaan menggunakan skala likert dengan rentang nilai 0-10 dan 1 pertanyaan berbentuk deskriptif mengenai 3 faktor utama yang dapat menyebabkan DM. Kuesioner B-IPQ ini telah dilakukan alih bahasa oleh Antari et al (2006). Pada pertanyaan jenis negatif yang terdapat pada nomor 3 skor jawaban “punya kendali yang besar” = 0 dan “sama sekali tidak punya kendali” = 10; pada pertanyaan nomor 4 skor jawaban jawaban “sangat membantu” = 0 dan “sama sekali tidak membantu” = 10; dan pertanyaan nomor 7 dengan skor jawaban “memahami dengan sangat jelas” = 0 dan “tidak paham sama sekali” = 10. Pada pertanyaan jenis positif yang terdapat pada nomor 1 skor jawaban “sama sekali tidak berpengaruh” = 10 dan “sangat berat mempengaruhi” = 0; pertanyaan nomor 2 skor jawaban “hanya dalam waktu singkat” = 10 dan “selamanya” = 0; pertanyaan nomor 5 skor jawaban “tidak ada gejala sama sekali” = 10 dan “banyak gejala berat”; pertanyaan nomor 6 skor jawaban “sama sekali tidak khawatir” = 10 dan

“sangat khawatir” = 0; dan pertanyaan nomor 8 skor “secara emosional sama sekali tidak berpengaruh” = 10 dan “secara emosional sangat berpengaruh” = 0

Tabel 4.3. *Blue Print* Kuesioner B-IPQ

Variabel	Indikator	Positif	Negatif	Jumlah Pertanyaan
Persepsi Penyakit	1. Pengaruh	1	-	1
	2. Waktu	2	-	1
	3. Kontrol Penyakit	-	3	1
	4. Pengendalian Penyakit	-	4	1
	5. Pengalaman	5	-	1
	6. Perhatian	6	-	1
	7. Pemahaman	-	7	1
	8. Emosi	8	-	1
	9. Penyebab			Esai
Total	9		9	

c. Instrumen Strategi Koping

Penilaian koping dengan *cope inventory* merupakan salah satu skala yang dapat digunakan untuk menilai respon koping seseorang. *Cope inventory* diterbitkan oleh Charles, Michel Scheiher, dan Jagdish Weintraub pada tahun 1989 yang mana disusun berdasarkan teori koping Lazarus dan Folkman. Pada penelitian sebelumnya kuesioner ini telah dipakai oleh Rahmaturriizqi (2012), Nadziroh (2016), dan Hidayat (2017). Pada kuesioner ini memiliki beberapa indikator dimensi koping adaptif dan dimensi koping maladaptif. Indikator dimensi koping adaptif meliputi pengalihan diri, koping aktif, penggunaan pertolongan, perencanaan, penerimaan, koping agama, humor, dan penyusunan positif. Sedangkan indikator dimensi koping maladaptif meliputi penolakan, penggunaan zat seperti alkohol dan obat-obatan, penggunaan dukungan

emosional, ketidakberdayaan, pelepasan serta menyalahkan diri sendiri. Kuesioner ini menggunakan skala Likert. Untuk pertanyaan positif pada kuesioner ini akan diberikan nilai 1 dengan jawaban sangat tidak setuju, nilai 2 dengan jawaban tidak setuju, nilai 3 dengan jawaban setuju, dan nilai 4 dengan jawaban sangat setuju. Untuk pertanyaan negatif akan diberikan nilai 1 dengan jawaban sangat setuju, nilai 2 dengan jawaban setuju, nilai 3 dengan jawaban tidak setuju, dan nilai 4 dengan jawaban sangat tidak setuju. Dari pemberian nilai tersebut, maka didapatkan total skor minimal 28 dan skor maksimal 112.

Tabel 4.4 *Blueprint* kuesioner strategi koping pasien DM tipe 2

Variabel	Indikator	Positif	Negatif	Jumlah Pertanyaan
Strategi koping	1. Koping aktif	2,7	-	2
	2. Penggunaan pertolongan	10,23	-	2
	3. Penyusunan positif	12,17	-	2
	4. Pengalihan diri	1,19	-	2
	5. Perencanaan	14,25	-	2
	6. Penerimaan	20,24	-	2
	7. Koping agama	22,27	-	2
	8. Humor	18,28	-	2
	9. Penolakan	-	3,8	2
	10. Penggunaan zat	-	4,11	2
	11. Penggunaan dukungan emosional	-	5,15	2
	12. Ketidakberdayaan	-	6,16	2
	13. Pelepasan	-	9,21	2
	14. Menyalahkan diri sendiri	-	13,26	2
Total		16	12	28

4.6.4. Uji Validitas dan Reliabilitas

Suatu alat ukur atau instrumen penelitian dapat digunakan jika telah memenuhi syarat, yaitu validitas dan reliabilitas. Dikatakan valid apabila alat ukur

tersebut dapat digunakan untuk mengukur dengan tepat. Reliabilitas yaitu untuk mengetahui sejauh mana suatu alat ukur memiliki hasil pengukuran yang konsisten apabila digunakan pengukuran secara berulang (Notoadmojo, 2012). Karatas et al (2016) telah melakukan uji validitas B-IPQ di Turki kepada 27 pasien kanker. Peneliti tersebut menganalisis menggunakan aplikasi *Exploratory Factor Analysis* (EFA), sehingga didapatkan nilai *Kaiser – Meyer – Olkin coefficient* sebesar 0,86 serta nilai *Cronbach's Alpha* 0,85. Di Indonesia sendiri, uji validitas pada instrumen persepsi penyakit telah dilakukan oleh Rachmad Dwi Bangga (2016). Uji validitas tersebut dilakukan kepada responden yang jumlah 30 orang dengan metode *Pearson correlation*. Instrumen BIPQ tersebut memiliki nilai korelasi $> 0,3$ dengan taraf kepercayaan 95% (0,05), sehingga dapat dikatakan jika instrumen BIPQ valid sebagai alat ukur untuk pasien DM. Hasil uji reabilitas instrumen BIPQ yaitu diperoleh nilai *Cronbach's Alpha* yaitu $0,812 > 0,7$ (0,05) dengan taraf kepercayaan 95% (0,05), sehingga dapat dikatakan reliabel. Uji validitas pada kuesioner *copeinventory* telah teruji validitasnya dan memiliki nilai hasil uji reabilitas sebesar 0,791 (Rahmaturrizky, 2012).

4.7. Pengolahan Data

4.7.1. Editing

Editing ialah kegiatan memeriksa daftar pertanyaan yang dikumpulkan oleh peneliti. Proses editing yang dilakukan adalah untuk memeriksa kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Setiadi, 2007). Jika masih ada kuesioner yang belum terisi maka peneliti akan meminta kembali kepada responden untuk mengisi kuesioner.

4.7.2. Coding

Coding merupakan pengubahan data jawaban responden kedalam bentuk kategori dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban (setiadi, 2007). Pemberian kode penelitian antara lain:

a. Jenis kelamin

Laki-laki : 1

Perempuan : 2

b. Tingkat pendidikan

Tidak sekolah : 1

SD : 2

SMP : 3

SMA : 4

Diploma : 5

Perguruan Tinggi : 6

c. Status pernikahan

Menikah : 1

Belum menikah : 2

Janda/Duda : 3

d. Pekerjaan

Tidak bekerja : 1

Buruh : 2

Petani : 3

Wiraswasta : 4

Pegawai swasta : 5

PNS : 6

Ibu Rumah Tangga : 7

4.7.3. *Processing/Entry*

Entry data merupakan kegiatan memasukan jawaban dari kuesioner yang telah diberi kode kedalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data (Setiadi, 2007). Proses memasukan data dilakukan dengan cara manual ke dalam komputer.

4.7.4. *Cleaning*

Cleaning merupakan teknik pembersihan data, dimana data yang telah di *entry* akan dicek kembali. Tujuan *cleaning* yaitu untuk menghindari terjadinya kesalahan data yang telah dimasukan ke dalam komputer sehingga proses analisa data mendapatkan hasil yang benar dan tepat (Setiadi, 2007). Data yang dimasukkan diperiksa kembali sehingga analisis dilakukan dengan benar dan tepat.

4.8. **Analisis Data**

Analisa data merupakan suatu proses menganalisis data hasil penelitian yang mana dapat digunakan sebagai bahan pengambilan keputusan dalam menanggulangi suatu masalah (Setiadi, 2007). Pada penelitian ini menggunakan dua analisa data, yaitu analisa data univariat dan analisa data bivariat.

a. Analisa Univariat

Analisa univariat atau analisa deskriptif ialah peroses pengolahan data dengan menyajikan atau menggambarkan data dalam bentuk tabel atau grafik

(Nursalam, 2014). Karakteristik responden seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status pernikahan disajikan dengan bentuk presentase sedangkan untuk data numerik seperti umur dan lama menderita DM disajikan dalam bentuk *mean, median, standar deviasi*.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat memiliki fungsi untuk mengetahui hubungan dari dua variabel yang diteliti dengan uji statistik. Analisa bivariat ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan atau tidak antara variabel independen persepsi penyakit dengan variabel dependen strategi koping pada pasien DM tipe 2 dengan menggunakan sebuah uji statistik. Sebelum melakukan uji statistik, dilakukan terlebih dahulu uji normalitas untuk mengetahui apakah data terdistribusi normal atau tidak dengan menggunakan *kolmogorov-spinov*. Apabila nilai $p \text{ value} > 0.05$ maka data terdistribusi normal. Dari hasil penelitian dan analisis data, didapatkan bahwa variabel persepsi penyakit tidak normal yaitu dengan nilai $p = 0,025$, sedangkan untuk variabel strategi koping terdistribusi normal dengan nilai $p = 0,200$ sehingga uji yang digunakan ialah *spearman-rank*. Sebelum dilakukan uji korelasi menggunakan *spearman-rank*, peneliti melakukan transform data terlebih dahulu untuk variabel persepsi penyakit yang terdistribusi tidak normal. Hasil distribusi data variabel persepsi penyakit setelah dilakukan transform data yaitu $p = 0,006$. Dasar pengampilan keputusan apabila $p \text{ value} < 0,05$ berarti H_a diterima dan jika $p > 0,05$ H_a ditolak (Nursalam, 2014).

Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas Sebelum Dilakukan Transform

Data	P	Keterangan
Persepsi Penyakit	0,025	Tidak normal
Strategi Koping	0,200	Normal

Tabel 4.6 Hasil Uji Normalitas Setelah Dilakukan Transform

Data	P	Keterangan
Persepsi Penyakit	0,006	Tidak normal
Strategi Koping	0,200	Normal

Tabel 4.6 Panduan Interpretasi Hasil Uji Hipotesis Berdasarkan Kekuatan Korelasi (r), Nilai p, Dan Arah Korelasi

No.	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi (r)	0,00 – 0,199	Sangat lemah
		0,20 – 0,399	Lemah
		0,40 – 0,599	Sedang
		0,60 – 0,799	Kuat
		0,80 – 1,000	Sangat kuat
2.	Nilai p	$P < 0,005$	Terdapat hubungan antar dua variabel.
		$P > 0,005$	Tidak terdapat hubungan antar dua variabel.
3.	Arah korelasi	+(positif)	Searah, yaitu semakin besar nilai arah variabel, maka semakin besar pula nilai variabel lainnya.
		-(negatif)	Berlawanan arah, yaitu semakin besar nilai suatu arah variabel, maka semakin kecil nilai variabel lainnya.

Sumber: Dahlan (2011)

4.9. Etika Penelitian

4.9.1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan sebuah pernyataan atas ketersediaan responden yang memenuhi kriteria untuk diteliti, diambil datanya, dan ikut serta dalam penelitian. Responden harus mendapatkan informasi yang lengkap

mengenai tujuan dari penelitian tersebut serta memiliki hak untuk menolak ataupun bersedia menjadi responden (Nursalam, 2014). Pertama pasien DM tipe 2 diberikan penjelasan oleh peneliti, setelah itu peneliti memberikan kesempatan kepada pasien untuk memutuskan bersedia atau tidak menjadi responden dalam penelitian. Bagi pasien yang bersedia diberikan *informed consent* untuk ditandatangani.

4.9.2. Keharasiaan (*Confidentiality*)

Setiap responden memiliki hak untuk privasi dan kebebasannya. Responden memiliki hak dengan meminta kepada peneliti untuk dirahasiakan datanya. Peneliti tidak diperkenankan untuk menyebarkan informasi responden kepada pihak lain yang tidak bersangkutan dalam penelitian (Nursalam, 2014). Peneliti merahasiakan identitas pasien dengan tidak menunjukkan nama dan hanya ditandai dengan kode responden.

4.9.3. Keadilan (*Justice*)

Dalam suatu penelitian, peneliti harus memperlakukan responden secara adil sejak awal akan dilakukannya penelitian hingga akhir penelitian tanpa adanya deskriminasi (Nursalam, 2014). Peneliti memperlakukan semua responden dengan sama tanpa membeda-bedakannya.

4.9.4. Kemanfaatan (*Beneficience*)

Ketika melakukan penelitian, peneliti harus dapat mempertimbangkan manfaat dan risiko yang mungkin akan terjadi. Peneliti harus meyakinkan responden bahwa tidak akan terjadi kerugian dalam bentuk apapun pada saat

dilakukannya penelitian (Nursalam, 2014). Manfaat yang didapatkan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien DM tipe 2.



BAB 6. PENUTUP

6.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka didapatkan beberapa kesimpulan, diantaranya yaitu:

- a. Berdasarkan data karakteristik demografi 84 responden, didapatkan hasil bahwa responden perempuan lebih banyak daripada responden laki-laki. Usia rata-rata responden yaitu 54,18 tahun dengan rata-rata lama menderita DM yaitu 5,36 tahun. Sebagian besar responden menyatakan sudah menikah. Tingkat pendidikan responden paling banyak yaitu SD dan pekerjaan responden paling banyak yaitu sebagai IRT.
- b. Pada variabel persepsi penyakit didapatkan nilai tengah persepsi penyakit yaitu 37 dan nilai minimum 18 serta nilai maksimum 62. Indikator tertinggi yaitu indikator pengalaman sedangkan untuk indikator terendah adalah indikator pengendalian penyakit.
- c. Pada variabel strategi koping didapatkan nilai rata-rata yaitu 78,86 dengan standar deviasi 4,11. Indikator tertinggi strategi koping terdapat pada indikator penggunaan zat, sedangkan untuk indikator terendah dengan nilai terdapat pada indikator penggunaan dukungan emosional.
- d. Terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Patrang dengan kekuatan lemah. Arah korelasi dalam penelitian ini bersifat

negatif, yaitu semakin rendah nilai persepsi penyakit maka akan semakin tinggi nilai strategi koping.

6.2. Saran

Adapun beberapa saran yang dapat disampaikan oleh peneliti kepada berbagai pihak, yaitu:

a. Bagi Peneliti

Diharapkan pada penelitian selanjutnya dapat meneliti faktor lain yang dapat mempengaruhi strategi koping sehingga diketahui faktor apa saja yang paling berpengaruh pada strategi koping pada pasien DM tipe 2.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber wawasan serta menambah materi pembelajaran medikal bedan dan keperawatan psikososial mengenai persepsi penyakit dan strategi koping.

c. Bagi Pelayanan Kesehatan Dan Keperawatan

Diharapkan petugas kesehatan dapat memberikan edukasi mengenai diabetes melitus tipe 2 sebagai upaya peningkatan persepsi penyakit, sehingga pasien memiliki strategi koping yang adaptif dalam mengontrol kesehatannya.

d. Bagi Masyarakat dan Responden

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi pasien DM tipe 2 dalam memahami penyakit sehingga tercipta strategi koping yang baik dan disarankan agar pasien DM rutin dalam mengunjungi pelayanan kesehatan agar mendapat informasi baru mengenai DM dan bagaimana penatalaksanaannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, R., M. 2014. Ciri-Ciri Karakteristik Penderita Diabetes Melitus Dengan Obesitas Di Poliklinik Endokrin RSUP Dr Kariadi Semarang. *Skripsi*. Universitas Diponegoro: Program Studi Ilmu Kedokteran. [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=299568&val=4695&title=CIRI-CIRI-CIRI%20KARAKTERISTIK%20PENDERITA%20DIABETES%20MELITUS%20DENGAN%20OBESITAS%20DI%20POLIKLINIK%20ENDOKRIN%20RSUP%20DR%20KARIADI%20SEMARANG](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=299568&val=4695&title=CIRI-CIRI%20KARAKTERISTIK%20PENDERITA%20DIABETES%20MELITUS%20DENGAN%20OBESITAS%20DI%20POLIKLINIK%20ENDOKRIN%20RSUP%20DR%20KARIADI%20SEMARANG)
- Albai, A., Sima, A., Papava, I., Roman, D., Andor, B., dan Gafencu, M. 2017. Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*. 2017(11): 1235–1241. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5522817/pdf/ppa-11-1235.pdf> [Diakses pada 10 Januari 2018]
- Aldwin, C. M. 1991. Does age affect the stress and coping strategy? Implication of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology*. Vol. 64(4): p174-p180 <http://psycnet.apa.org/record/1991-32829-001>
- Amelia, A. 2010. Hubungan antara kualitas kehidupan bekerja dengan strategi koping pada perawat di RSI Malahayati Medan. *Skripsi*. Medan. Fakultas Psikologi Universitas Sumatera Utara. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/22179> [Diakses pada 10 Februari 2018]
- American Association Diabetes of Educators. 2014. *AADE7 Self Care Behaviors*. https://www.diabeteseducator.org/docs/defaultsource/legacydocs/_resources/pdf/publications/aade7_position_statement_final.pdf?sfvrsn=4 [diakses pada 10 Januari 2018]
- American Diabetes Association. 2014. *Diagnosis and Classification of Diabetes. Diabetes Care*. Vol 37(1). http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full-text.pdf [diakses pada 27 Oktober 2017]

- American Diabetes Association. 2016. Standards Of Medical Care In Diabetes – 2016. *Diabetes Care*. Vol 39(10). http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2/2016-Standards-of-Care.pdf [Diakses pada 25 Oktober 2017]
- American Diabetes Association. 2017. Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education Diabetes Care*. Vol 40(1). http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf [diakses pada 25 Oktober 2017]
- Anggraeni, A. F. N. 2017. Pengaruh Diabetes Self Management Education and Support (DSME/S) terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSD dr. Soebandi Jember. Skripsi. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Antari, G. A. A., D. M. Widyanthari, dan N. A. J. Raya. 2016. Hubungan Diabetes Self Management (DSM) dan Persepsi Penyakit Terhadap kualitas hidup Pasien DM Tipe 2 di Paguyuban Diabetes Puskesmas II Denpasar Barat <http://erepo.unud.ac.id/3025/1/ec782bdc44dea141c4ab72d5d45f3486.pdf>
- Arifin, F.F. 2016. Hubungan antara Persepsi tentang Penyakit dengan Kepatuhan Minum Obat Hipoglikemik Oral (OHO) Di Puskesmas Srandol Kota Semarang. *Skripsi*. Semarang. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. http://eprints.undip.ac.id/51153/1/PROPOSAL_PENELITIAN_FAISAL_F_ACHRUR_ARIFIN_22020112110088.pdf [Diakses pada 10 Februari 2018]
- Ashur, S. T., Shah, S. A., Bosseri, S., Morisky, D. E., & Shamsuddin, K. 2015. Illness perceptions of Libyans with T2DM and their influence on medication adherence: a study in a diabetes center in Tripoli. *Libyan Journal of Medicine*. 10(1) : 29797 [serial online] <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/ljm.v10.29797>
- Asri, S.A.D. 2017. Hubungan Health *Locus Of Control* Dengan Perilaku Perawatan Diri Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan: Universitas Jember.

- Ayele, K., Tesfa, B., Abebe, L., Tilahun, T., Girma, E. 2012. Self Care Behavior Among Patients With Diabetes In Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model Perspective. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0035515>
- Bangga, R. D. 2016. Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) Versi Indonesia pada Pasien Diabetes Melitus di RSUD Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak. *Jurnal Mahasiswa Farmasi Fakultas Kedokteran UNTAN* : 3(1) <https://jurnafis.untan.ac.id/index.php/index/index> [Diakses pada 16 Desember 2017]
- Baradero, M., Daydrit, M.W., Yakobus, S. 2009. *Klien gangguan endokrin: Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Bell, E. A. 2015. The Relationship Between Illness Representations, Avoidant Coping, and Health Outcomes in People with Ongoing Symptoms of Chronic Illness. *UNF Thesis and Dissertations*. University of North Florida <https://digitalcommons.unf.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.co.id/&httpsredir=1&article=1608&context=etd>
- Boren, S.A., Gunlock, T.L., Schaefer, J., Albright, A., 2007. Reducing Risks in Diabetes Self-management A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educators*. 33 (60). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057274>. [diakses pada 11 Januari 2018]
- Bouchard, C., Blair, S N., Haskell, WL. 2012. *Physical Activity and Health. United States of America: Human Kinetic* <https://books.google.co.id/books?id=BpKE8PpcPR4C&pg=PA216&dq=physical+activity+in+diabetes+mellitus+definition&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwic2LzWuMfcAhWXbN4KHcnnA88Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. 2006. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. Vol 60(6): 631-637 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399905004915> [diakses pada 5 Januari 2018]
- Carver, C. S. dan Scheier, M. F. 1989. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social*

Psychology. 56(2): 267-283 <http://citeseerx.ist.psu.edu> [Diakses pada 21 Oktober 2017]

Chew, B. H., Vos, R. C., Stellato, R. K., & Rutten, G. E. 2017. Diabetes-related distress and depressive symptoms are not merely negative over a 3-year period in Malaysian adults with type 2 diabetes mellitus receiving regular primary diabetes care. *Frontiers in psychology* . 8 : 1834 [serial online] <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01834/full>

Chew, Boon H., M.S. Sherina, N. H. Hassan. 2015. Association of Diabetes-Related Distress, Depression, Medication Adherence, and Health-Related Quality of Life with Glycated Hemoglobin, Blood Pressure, and Lipids in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 11 : 669-681 [serial online] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425326/>

Chukwu, B. N., V. O. Ezebuio, E. S. Samuel, K. C. Nwachukwu. 2013. Gender Differential in the Incidence of Diabetes Mellitus among the Patients in Udi Local Government Area of Enugu State, Nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 4(8): 131-138 <https://pdfs.semanticscholar.org/fcbd/283abf66190c6172fd5ba60fb6e02d0a04d4.pdf>

Corwin, E. J. 2008. Buku Saku Patofisiologis Corwin Edisi 3. Jakarta: EGC

Dahlan, M. S. 2011. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi dengan Aplikasi Penggunaan SPSS. Edisi 5. Jakarta : Salemba Medika.

Delianty, A. P. 2015. Hubungan Antara Dukungan Pasangan Terhadap Kepatuhan Diet Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Munjul. http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28937/1/ANGGIT_A%20PUSPITA%20DELIANTY-FKIK.pdf

Desalu, O.O. F.K. Salawu, A.K. Jimoh, A.O. Adekoya, O.A. Busari Dan A.B. Olokoba. 2011. Diabetic Foot Care: Self Reported Knowledge And Practice Among Patients Attending Three Tertiary Hospital In Nigeria. *Ghana Medical Journal* 45(2).

[http://www.Ghanamedj.Org/Articles/June2011/Final%20Diabetic%20foot%20care\[1\].Pdf](http://www.Ghanamedj.Org/Articles/June2011/Final%20Diabetic%20foot%20care[1].Pdf).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur* 2012. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVI NSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf [Diakses pada 1 Oktober 2017]

El-Menouar, Y. 2014. The Five Dimensions of Muslim Religiosity: Results of an Empirical Study. *Methods, data, analyses* 8(1): 53-78. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.694.6294&rep=rep1&type=pdf>.

Fadilah, N. A., Saraswati, L. D., & Adi, M. S. 2016. Gambaran Karakteristik Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Wanita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol.4(1) ISSN: 2356-3346 <https://media.neliti.com/media/publications/18416-ID-gambaran-karakteristik-dan-faktor-faktor-yang-berhubungan-dengan-kejadian-diabet.pdf> [diakses pada 18 Juli 2018]

Fatmawanti, A. 2014. Dukungan Sosial sebagai Strategi Koping pada Pengidap Penyakit Diabetes Mellitus (Studi Kasus di Desa Jaban Sinduharjo Ngaglik Sleman). *Skripsi*. Yogyakarta. Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Yogyakarta <http://eprints.uny.ac.id/14114/> [Diakses pada 10 Februari 2018]

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., dan Buchner, A. 2007. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods* . 39(2) : 175-191 [serial online] <https://link.springer.com/article/10.3758/BF03193146> [Diakses pada 10 Januari 2018]

Fisher, E.B., Thorpe, C.T., Devellis, B.M., Devellis, R.F., 2007. Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management A Systematic Review and Appraisal. *The Diabetes educator*. 33 (6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057276> [Diakses pada 11 Januari 2018]

Ford, D., Zapka, J., Gebregziabher, M., Yang, C., and Sterba, K. 2010. Factors associated with illness perception among critically ill patients and surrogates. *CHEST Journal*. Vol.138(1): 59-67.

Friedman, H.S. 2011. *The Oxford Handbook of Health Psychology*. New York: Oxford University [serial online] <https://books.google.co.id/books?id=apBoAgAAQBAJ&pg=PA509&dq=howard+friedman+illness+per&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwik6e3iy7XcAhXGdd4KHWS9Dp8Q6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false> [diakses pada 1 juli 2018]

Fuscaldi, F. S., Balsanelli, A. C. S., dan Grossi, S. A. A. 2011. Locus of control in health and self-esteem in type-2 diabetic patients. *Rev Esc Enferm USP*. 45(4): 853-859 http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/en_v45n4a09.pdf

Gentry, L. A., J. J. Chung, N. Aung, S. Kellee, K. M. Heirinch, dan J. E. Maddock. Gender Differences in Stress and Coping among Adults living in Hawai`i. *Californian Journal of Health Promotion*. 5(2): 89-102. http://www.cjhp.org/Volume5_2007/Issue2/089-102-gentry.pdf

Grey, M. 2000. Coping and diabetes. *Diabetes Spectrum*, 13 (3), 167. <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n3/pg167.htm>. [22 Oktober 2016].

Heijmans, M. 1999. The Role Of Patients' Illness Representations In Coping And Functioning With Addison's Disease. *British Journal of Health Psychology*, 4, 137 – 149 <https://sci-hub.tw/10.1348/135910799168533> [diakses pada 1 Februari 2018]

Herdman, T. H., dan Kamitsuru, S. 2015. *Diagnosa Keperawatan & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC

Hidayati, A. 2017. Hubungan *Health Locus Of Control* dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

International Diabetes Federation. 2015. *IDF Diabetes Atlas – 7th Edition*. <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html> [Diakses pada 30 September 2017]

- Irawan, D. 2010. Prevalensi Dan Faktor – Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Di Daerah Urban Indonesia (Analisis Data Skunder RISKESDAS 2007). *Tesis*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. [Http://Lib.Ui.Ac.Id/File?File=Digital/20267101-T%2028492-Prevalensi%20dan%20faktor-Full%20text.Pdf](http://Lib.Ui.Ac.Id/File?File=Digital/20267101-T%2028492-Prevalensi%20dan%20faktor-Full%20text.Pdf).
- Irfan, M., & H, Wibowo. 2015. Hubungan Tingkat Stres Dengan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus (DM) Di Puskesmas Peterongan Kabupaten Jombang. Naskah Publikasi. <https://jurnalperawat.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/september2015/article/view/18>
- Irwanto. 2002. *Psikologi Umum: Buku Panduan Mahasiswa*. Jakarta : PT. Prenhallindo
- Jauhari. 2016. Dukungan Sosial dan Kecemasan Pada Pasien Diabetes Melitus. *The Indonesian Journal of Health Science*. Vol. 7 (1). <http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/article/view/386/265>
- Javanbakht, M., Abolhasani, F., Mashayekhi, A., Baradaran, H. R., Noudeh, Y. J. 2012. Health Related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Iran: A National Survey. *PLOS ONE*. 7(8): 1-9. Doi: 10.1371/journal.pone.0044526.
- Joshi, S., Dhungana, R. R., & Subba, U. K. 2015. Illness perception and depressive symptoms among persons with Type 2 Diabetes Mellitus: an analytical cross-sectional study in clinical settings in Nepal. *Journal of diabetes research* : 2015 [serial online] <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2015/908374/abs/>
- Juliansyah, T., Elita, V., & Bayhakki. 2014. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Mekanisme Koping Pasien Diabetes Mellitus. *JOM PSIK*. Vol 1(2)
- Kaleta, D., Polanska, K., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., & Drygas, W. 2009. Factors influencing self-perception of health status. *Central European journal of public health*. Vol. 17(3): 122. <http://search.proquest.com/openview/8931b8e9d6c3b630aaeee43db3554b02/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54116> [Diakses pada 01 Februari 2018]

- Kanapathy, Jana. 2015. Illness Perception of Type 2 Diabetic Patients in Malaysia. *London : University of London Institutional Repository*. <http://openaccess.city.ac.uk/14585/>
- Karataş, T., Özen, Ş., dan Kutlutürkan, S. (2017). Factor structure and psychometric properties of the brief illness perception questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(1), 77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297237/> [Diakses pada 10 Januari 2018]
- Kelly, M. A. R., S. M. Sereika, D. R. Battista, dan C. Brown. 2007. The relationship between beliefs about depression and coping strategies: Gender differences. *British Journal of Clinical Psychology*. 46: 315-332. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17535525>
- Khoiroh, Q. 2013. Hubungan Strategi Coping dengan Tingkat Premenstrual Syndrome pada Mahasiswi Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. *Skripsi*: Malang. Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. <http://www.onesearch.id/Record/IOS3713.1854> [Diakses pada 10 Februari 2018]
- Kim, Y., & Evangelista, L. S. 2010. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37(3), 271. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3172671/>
- Kossakowska, M. M., & Stefaniak, T. 2017. Psychometric properties for the Polish version of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). *Health Psychology Report*. Vol. 5 (1) file:///C:/Users/USER/Downloads/Kossakowska_Stefaniak_2017_HPR_Art_28135-10.pdf
- Kucukarslan, S. N. 2012. A Review of Published Studies of Patients' Illness Perception and Medication Adherence: Lesson Learned and Future Direction. *Research in Social and Administrative*. 8(2012): 371-382 https://www.researchgate.net/publication/230870145_A_review_of_published_studies_of_patients'_illness_perceptions_and_medication_adherence_Lessons_learned_and_future_directions [Diakses pada 4 Februari 2018]

- Kurniawaty, Evi., & Yanita, Bella. 2016. *Fakto-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe II*. Vol. 2 (2). <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1073/912> [diakses pada 21 Juli 2018]
- Lasky, D., E. Becerra, W. Boto, M. Otim, dan J. Ntambi. 2002. Obesity and Gender Differences in the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus in Uganda. *Nutrition in Africa*. 18: 417-421
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985948>
- Lau, R. R., Bernard, T. M., and Hartman, K. A. 1989. Further Explorations of Common-Sense Representations of Common Illnesses. *Health Psychology*. 8(2): 195-219
https://www.researchgate.net/publication/20419410_Further_Explorations_of_Common-Sense_Representations_of_Common_Illnesses [Diakses pada 11 Februari 2018]
- Lazaruz, R. S. dan Folkman, S. 1984. *Stres, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company. <http://books.google.co.id> [Diakses pada 15 Oktober 2017]
- Liu, X., Y. Li, L. Li, L. Zhang, Y. Ren, H. Zhou, L. Cui, Z. Mao, D. Hu, dan C. Wang. 2016. Prevalence, awareness, treatment, control of type 2 diabetes mellitus and risk factors in Chinese rural population: the RuralDiab study. *Scientific Reports*. 1-9
<https://www.nature.com/articles/srep31426.pdf?origin=ppub>
- Macdonald, O. F. 2011. Putting the Puzzle Together: Factors Related to Emotional Well-being in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Thesis*. University of South Florida: Department of Psychology
https://www.researchgate.net/publication/254705464_Putting_the_Puzzle_Together_Factors_Related_to_Emotional_Well-being_in_Parents_of_Children_with_Autism_Spectrum_Disorders [diakses pada 01 Februari 2018]
- Maghfirah dkk. 2015. Relaksasi Otot Progresif Terhadap Stres Psikologis Dan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 10(2): 137-146
- Mayberry, L. S. dan C. Y. Osborn. 2012. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*.

35: 1239-1245
<http://images.biomedsearch.com/22538012/1239.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIBOKHYOLP4MBMRGQ&Expires=1515628800&Signature=didlbvRzAYKjtu3qI6XQclR%2BS4w%3D>

Mellitus. *Diabetes Care*. Vol 37(1): S81-S90.
http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full-text.pdf
[Diakses pada 30 September 2017]

Miftari, S dan Melonashi, E. 2015. The Impact of Stress In Quality of Life AtThe Patient With Diabetes. *Europan Journal of Psychological Research*. 2(1): 73-79 <http://www.idpublications.org> [Diakses pada 25 Oktober 2017]

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., dan Buick, D. 2002. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*. 17(1) : 1-16 [serial online]
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440290001494>
[Diakses pada 5 Januari 2018]

Nadziroh, U. 2016. Hubungan Efikasi Diri dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD dr Haryoto Lumajang. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Nejaddadgar, N., M. Solhi, S. Jegarghosheh., M. Abolfathi, dan H., Ashtarian. 2017. Self-Care and Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes. *Asian Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*. 7(61). 6-10.
<http://www.alliedacademies.org/articles/selfcare-and-related-factors-in-patients-with-type-2-diabetes.pdf>

Ningtyas, D. W. 2013. Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan . Artikel

Notoatmodjo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta

Nursalam dan kurniawati. 2007. *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. <https://books.google.co.id> [diakses pada 27 November 2017]

- Nursalam. 2014. *Metodologi Penelitian Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nyarko, K., Kugbey, N., & Atindanbila, S. 2014. Illness perception, religiosity and mental health of diabetic patients in Ghana. *American Journal of Applied Psychology* . 3(1) : 12-20.
- Nyenwe, E.A., O.A. Odia., A.E.Ihekwebaba., A. Ojule., dan S. Babatunden. 2003. Type 2 Diabetes in Adult Nigerians: a Study of its Prevalence and Risk Factors in Port Harcourt, Nigeria. *Risearch and Clinical Practice*. 62(3). <https://pdfs.semanticscholar.org/858d/a37f6f9d0f18b4c900457947e6490bb3234f.pdf>
- Oktarinda dan Surjaningrum. 2014. Hubungan antara Persepsi Penyakit dengan Manajemen Diri pada Penderita Diabetes yang Memiliki Riwayat Keturunan. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. Vol 3 (1)
- Pala, A. Norcini., & Steca, P. 2015. Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *J BehavMed*. DOI 10.1007/s10865-015-9639-0
- Pergament. 1997. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York: Guilford Press <https://books.google.co.id> [diakses pada 10 November 2017]
- Perkumpulan Endrokinologi Indonesia. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2015*. <http://pbperkeni.or.id/doc/konsensus.pdf> [Diakss pada 15 Oktober 2017]
- Petrie, K. J., Jago, L. A., dan Devcich, D. A. 2007. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current opinion in psychiatry*. Vol 20(2): 163-167. https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2007/03000/The_role_of_illness_perceptions_in_patients_with.13.aspx [Diakses pada 01 Februari 2018]
- Petrie, K.J., Broadbent, E., Kydd, Robert. 2008. Illness Perception in Mental Health: Issues and Potential Application. *Journal of Mental Health*. Vol. 17(6): 559-564 <https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/som/psychmed/petrie/docs/2008%20J%20mental%20health%20.pdf> [Diakses pada 1 Februari 2018]

- 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). <https://media.neliti.com/media/publications/188068-ID-hubungan-dukungan-pasangan-dan-health-lo.pdf>
- Pratiwi, D. F. 2015. Hubungan antara Illness Perception dengan Intensi Berolahraga Rutin Pada Mahasiswa Penderita Asma Di Kota Bandung. *Skripsi*. Bandung: Fakultas Psikologi Universitas Padjajaran
- Pratiwi, P., Amatira, G., & Yamin, G. 2014. Pengaruh Stres Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Pada Pasien Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa. *Jurnal Kesehatan*. 5(1): 11-16. <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/download/59/52>
- Price, S. A. & Wilson, L. M. W. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit Edisi 6 Volume 2*. Jakarta : EGC
- Putri, M. R. 2017. Hubungan Religiusitas dengan Diabetes Distress pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
- Rahmaturrizqi. 2012. Pengaruh motivasi koping terhadap tingkat depresi pada penderita diabetes melitus di Puskesmas Lhoksukon Kabupaten Aceh Utara. *Skripsi*. Malang: Fakultas Psikologi UIN Maulana Malik Ibrahim Malang. <http://etheses.uin-malang.ac.id> [Diakses 10 November 2017]
- Ramadhan, N., & Marissa, N. 2015. Karakteristik Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Berdasarkan Kadar HbA1c Di Puskesmas Jaya Baru Kota Banda Aceh. *SEL*. Vol 2 (2) 49-56. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=434871&val=7741&title=KARAKTERISTIK%20PENDERITA%20DIABETES%20MELLITUS%20TIPE%202%20BERDASARKAN%20KADAR%20HBA1C%20DI%20PUSKESMAS%20JAYABARU%20KOTA%20BANDA%20ACEH>
- Raval, A., Dhanaraj, E., Bhansali, A., Grover, S., Tiwari, P. 2010. Prevalence & determinants of depression in type 2 diabetes patients in a tertiary care centre. *Indian J Med Res*. (132):195-200. <http://icmr.nic.in/ijmr/2010/august/0810.pdf>.

- Reni, N. 2007. Hubungan Antara Stres Terhadap Kebutuhan Keluarga Dengan Agresi Pada Orang Tua. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Islam Negeri Syarof Hidayatullah Jakarta. <http://Repository.Uinjkt.Ac.Id/Dspace/Bitstream/123456789/17213/1/NOVIA%20RENI-PSI.Pdf>
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf> [Diakses pada 30 September 2017]
- Riyadi, S., & Sukarmin. 2008. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Eksokrin & Endokrin Pada Pankreas*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- 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(3): 309-322 <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.21.3.309.22531>
- Santoso, S. B., Perwitasari, D. A., Faridah, I. N., & Kaptein, A. A. 2017. Hubungan Kualitas Hidup Dan Persepsi Pasien Tentang Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Komplikasi. *Pharmaciana*, 7(1), 33-40. <http://journal.uad.ac.id/index.php/PHARMACIANA/article/view/4699>
- Schofield et al. 2014. The economic impact of diabetes through lost labour force participation on individuals and government: evidence from a 67 microsimulation model. *BMC Public Health*. 14(220):1-8 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> [Diakses pada 21 Oktober 2017]
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Surabaya: Graha Ilmu
- Siddiqui, M. A., Khan, M. F., & Carline, T. E. 2013. Gender Differences In Living With Diabetes Mellitus. *Materia Socio-Medica*, 25(2), 140. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3769156/>
- Silink, M. 2004. The economic and social consequences of type 2 diabetes. *Gac Méd Méx*. 145(4). 290-294 <http://www.anmm.org.mx> [Diakses pada 22 Oktober 2017]

- Singh, R. 2011. *Psychological Model of Illness*. Cambridge Scholars <https://books.google.co.id/books?id=zgsrBwAAQBAJ&pg=PA49&lpg=PA49&dq=relationship+of+strategy+coping+and+illness+representation&source=bl&ots=q6eACA6-2B&sig=Q5y1EUKf1vFVdEmosfnWoxMXPf8&hl=id&sa=X&ved=0ahUK Ewjmw szJhIbZAhUTSI8KHT4bAzUQ6AEIfTAJ#v=onepage&q=relationship%20of%20strategy%20coping%20and%20illness%20representation&f=true> [diakses pada 1 Februari 2018]
- Smeltzer dan Bare. 2001. *Buku Ajar Medikal-Bedah Brunner & Suddart Edisi 8*. Jakarta: EGC
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta : EGC
- Snyder, C. R. 1999. *Coping: the psychology of what works*. New York: Oxfoed University Press. <http://books.google.co.id> [Diakses pada 16 Oktober 2017]
- Sofiana, L. I., V. Elita, & W. Utomo. 2012. Hubungan Antara Stress Dengan Konsep Diri Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal ners Indonesia* 2(2):167-176. [Serial Online] [Http://Download.Portalgaruda.Org/Article.Php?Article=157086&Val=2290&Title=Hubungan%20Antara%20Stress%20Dengan%20Konsep%20Diri%20Pada%20Penderita%20Diabetes%20Mellitus%20Tipe%202](http://Download.Portalgaruda.Org/Article.Php?Article=157086&Val=2290&Title=Hubungan%20Antara%20Stress%20Dengan%20Konsep%20Diri%20Pada%20Penderita%20Diabetes%20Mellitus%20Tipe%202)
- Soriguer, F., Goday, A., Comas, B.A., et all. 2012. Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 55: 88 – 93. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3228950/pdf/125_2011_Article_2336.pdf.
- Stephanie, L., Fitzpatrick, Kristina, P., Schumann, M.A., Briggs, F.A., 2013. *Problem Solving Interventions for Diabetes Self-management and Control: A Systematic Review of the Literature*. *Diabetes Res Clin Pract*. 100(2): 145–161. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633671/pdf/nihms-434982.pdf>. [Diakses pada 10 Januari 2018]

- Stuart, G. W. 2013. Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book. 10 th Edition. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby <https://books.google.co.id> [diakses pada 25 Oktober 2017]
- Sumarwati, M., Sejati, W., & Pramitasari, R., D. 2008. Eksplorasi Persepsi Penderita Tentang Faktor-Faktor Penyebab dan Dampak Penyakit Diabetes Melitus Di Wilayah Puskesmas Purwokerto Barat, Kecamatan Purwokerto Barat, Kabupaten Banyumas. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. Vol (3) 3 <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=10542&val=715>
- Sunaryo. 2014. Psikologi untuk Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC <http://books.google.co.id> [Diakses pada 25 Oktober 2017]
- Sutawardana, J. H., Yulia., dan Waluyo, A. 2016. Phenomenology Study The Experience Of Persons With Diabetes Mellitus Who Had Experienced Of Ypoglycemia Episodes In Depok City. *NurseLine Journal*. Vol. 1(1): 159-175
- Tamara, E., Bayhakki., & Nauli, F. A. 2014. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. *JOM PSIK*. Vol 1(2): <https://media.neliti.com/media/publications/188308-ID-hubungan-antara-dukungan-keluarga-dan-ku.pdf>
- Trisnaniyanti, I., dan Prabandari, Y. S. 2009. Persepsi dan aktivitas kader PSN DBD terhadap pencegahan dan pemberantasan demam berdarah dengue di Kota Banjarbaru. *Disertasi*. Universitas Gadjah Mada. http://etd.repository.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=41049 [Diakses 01 Februari 2018]
- Trisnawati, S. K., & Setyorogo, S. 2013. Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* 5(1): 6-11. <http://fmipa.umri.ac.id/wp-content/uploads/2016/06/YUNI-INDRI-FAKTOR-RESIKO-DM.pdf>
- Tuncay, T. I. D. E. Musabak, dan M. Kutlu. 2008. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*. 6(79): 1-9.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572593/pdf/1477-7525-6-79.pdf>

Utami, A. P. 2016. Gambaran Mekanisme Koping Stres pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sambit Ponorogo Jawa Timur. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

Veranita, Wahyuni, D., Hikayati. 2016. Hubungan Antara Kadar Glukosa Darah dengan Derajat Ulkus Kaki Diabetik. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*. Vol. 3 (2) <https://media.neliti.com/media/publications/181765-ID-hubungan-antara-kadar-glukosa-darah-deng.pdf>

Walgito, B. 2005. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta : Andi Offset

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. 1996. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*. 11(3) : 431-445 [serial online] <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449608400270>

Widayati, N. 2015. Hambatan dan Strategi Koping dalam Manajemen Perawatan Diri Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Jember Kidul Kabupaten Jember. *Penelitian Dosen Pemula*. Jember. Lembaga Penelitian Universitas Jember. http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/63419/Nur%20Widayati_pemula_232.pdf?sequence=1

Wong, P. T. P., Reker, G. T. dan Peacock, E. (2006). The resource-congruence model of coping and the development of the Coping Schemas Inventory. In Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping*. New York, NY:Springer." <http://www.drpaulwong.com/documents/stress-coping-resilience/stress-and-coping-chapter.pdf> [Diakses pada 01 Februari 2018]

Wu, S. F., M. Courtney, H. Edward, J. McDowell, L. M Shortridge-Begget, dan P. J. Chang. 2007. Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*. 16: 250-257. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17931318>

- Yeh, S. J., C.H. Huang, H. C. Chou. T. T. H. Wan. 2009. Gender Differences in Stress and Coping among Elderly Patients on Hemodialysis. *Sex Roles*. 60: 44-56. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-008-9515-2>
- Young, E. E. dan Unachukwu, C. N. 2012. Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *African Journal of Diabetes Medicine*. Vol.20(1): 5-7 www.africanjournalofdiabetesmedicine.com [Diakses pada 25 Desember2017]
- Yusuf, A., Fitryasari, R., Nihayati. H. E. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika <http://www.ners.unair.ac.id> [diakses pada 25 Oktober 2017]
- Zainuddin, M., Utomo, W., Herlina. 2015. Hubungan Stress Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *JOM*. 2(1). <https://Media.Neliti.Com/Media/Publications/188387-ID-Hubungan-Stres-Dengan-Kualitas-Hidup-Pen.Pdf>.

LAMPIRAN



Lampiran A. Lembar *Informed***KODE RESPONDEN:****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Putwi Hardini
NIM : 142310101124
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jalan Riau No. 16A, Sumbersari, Jember

Bermaksud akan melaksanakan penelitian dengan judul “Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2”. Penelitian bertujuan untuk mengetahui adakah hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien dengan DM tipe 2. Manfaat dari penelitian ialah untuk memberikan pengetahuan tentang hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien dengan DM tipe 2. Prosedur pada penelitian ini membutuhkan waktu sekitar 15-30 menit untuk mengisi kuesioner yang akan diberikan oleh peneliti kepada responden. Lembar kuesioner yang akan diberikan yaitu kuesioner B-IPQ untuk mengetahui persepsi penyakit dan *cope inventory* untuk mengetahui strategi koping.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan suatu akibat yang dapat memberikan kerugian pada anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan terjaga dan dipergunakan sebagai kepentingan penelitian. Apabila anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak akan ada ancaman bagi anda ataupun keluarga. Apabila anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember,.....2018

Devi Putwi Hardini
NIM 142310101124

Lampiran B. Lembar *Consent***KODE RESPONDEN:****PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat:

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari :

Nama : Devi Putwi Hardini

NIM : 142310101124

Judul : Hubungan Persepsi Penyakit dengan Strategi Koping pada
Pasien Diabetes Melitus Tipe 2

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan persepsi penyakit dengan strategi koping pada pasien DM tipe 2. Prosedur penelitian ini tidak menimbulkan dampak atau resiko apapun terhadap subjek penelitian. Kerahasiaan akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Saya telah menerima penjelasan terkait hal tersebut di atas dan saya diberikan kesempatan untuk bertanya terkait hal – hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan tepat.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut dalam penelitian ini sebagai subjek penelitian.

Jember,.....2018

(.....)

Lampiran C. Kuesioner Penelitian

KODE RESPONDEN:



KUESIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN PERSEPSI PENYAKIT DENGAN
STRATEGI KOPING PADA PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE 2**
Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah secara cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner.
2. Isilah titik – titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban menurut Bapak/Ibu yang paling sesuai dengan kondisi yang sedang dialami saat ini dengan memberikan tanda cek (√) pada pilihan jawaban yang dipilih.

A. Karakteristik Demografi Responden

1. Nama (Inisial) :
2. Usia : tahun
3. Jenis Kelamin : Laki – laki Perempuan
4. Pendidikan :

<input type="checkbox"/> Tidak tamat SD	<input type="checkbox"/> SLTA/ sederajat
<input type="checkbox"/> Tamat SD/ sederajat	<input type="checkbox"/> Diploma
<input type="checkbox"/> SLTP/ sederajat	<input type="checkbox"/> Perguruan tinggi
5. Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> Tidak bekerja	<input type="checkbox"/> Pegawai swasta
<input type="checkbox"/> Buruh	<input type="checkbox"/> PNS
<input type="checkbox"/> Petani	<input type="checkbox"/> Ibu Rumah Tangga
<input type="checkbox"/> Wiraswasta	
6. Status pernikahan :

<input type="checkbox"/> Menikah
<input type="checkbox"/> Belum menikah

Lama menderita DM : tahun

Lampiran D. Kuesioner Brief – Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)**PETUNJUK :**

1. Dibawah ini terdapat beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan kondisi yang sedang Bapak/Ibu alami saat ini. Bacalah setiap pertanyaan dengan seksama.
2. Silahkan lingkari () nomor yang paling sesuai dengan pandangan Bapak/Ibu. Dalam hal ini *tidak ada jawaban yang salah*.
3. Semua jawaban yang Bapak/Ibu berikan adalah BENAR, jika sesuai dengan pendapat dan kondisi yang Bapak/Ibu alami saat ini.

PERTANYAAN :

1. Seberapa besar penyakit Anda mempengaruhi hidup Anda?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sama sekali tidak berpengaruh									sangat berat mempengaruhi saya	

2. Menurut Anda, berapa lama penyakit Anda akan berkelanjutan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hanya dalam waktu singkat									selamanya	

3. Menurut Anda, seberapa besar Anda dapat mengendalikan penyakit Anda?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sama sekali tidak punya									saya punya kendali yang sangat besar	

4. Menurut Anda, seberapa besar pengobatan yang Anda terima dapat membantu penyakit Anda?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sama sekali tidak membantu									sangat membantu	

5. Seberapa berat gejala yang Anda alami sebagai akibat dari penyakit Anda?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tidak ada gejala sama sekali									banyak gejala yang berat	

Lampiran E. Kuesioner Strategi Koping**PETUNJUK**

1. Berilah jawaban pada setiap pertanyaan (jangan dikosongi)
2. Berilah tanda cek (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan sikap dan kondisi Bapak/Ibu alami, dengan pilihan antara lain:

Sangat Setuju**Setuju****Tidak Setuju****Sangat Tidak Setuju**

No.	Pertanyaan	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 diabetes melitus.				
4.	Saya mengkonsumsi 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 mendapat bantuan dan nasehat dari orang lain untuk mengirangi 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 dari cobaan yang saya alami (mengidap penyakit diabetes melitus).				
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 disekitar saya.				
22.	Setelah didiagnosa menderita				

	diabetes melitus, saya lebih mendekati diri kepada Tuhan.				
23.	Saya mencoba untuk mengkonsultasikan penyakit diabetes melitus yang saya alami pada dokter 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 mencertakan hal-hal yang lucu untuk mengurangi kekhawatiran saya akan penyakit diabetes melitus.				

Carver et al (1989) dalam Nadziroh (2016)

Lampiran F.

a. Karakteristik demografi

Statistics

		Usia	Lama DM
N	Valid	84	84
	Missing	0	0
Mean		54,18	5,36
Median		55,00	4,00
Mode		56	4
Std. Deviation		6,975	4,368
Variance		48,654	19,076
Range		25	20
Minimum		40	1
Maximum		65	21
Sum		4551	450

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	25	29,8	29,8	29,8
	perempuan	59	70,2	70,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak taman SD	4	4,8	4,8	4,8
	SD	34	40,5	40,5	45,2
	SLTP	18	21,4	21,4	66,7
	SLTA	23	27,4	27,4	94,0
	Diploma	2	2,4	2,4	96,4
	PT	3	3,6	3,6	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak bekerja	6	7,1	7,1	7,1
buruh	4	4,8	4,8	11,9
petani	2	2,4	2,4	14,3
wiraswasta	28	33,3	33,3	47,6
swasta	4	4,8	4,8	52,4
PNS	6	7,1	7,1	59,5
IRT	34	40,5	40,5	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Status Pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
menikah	76	90,5	90,5	90,5
Janda/duda	8	9,5	9,5	100,0
Total	84	100,0	100,0	

b. Nilai Persepsi Penyakit dan Strategi Koping

Statistics

	Strategi Koping	Persepsi Penyakit
N		
Valid	84	84
Missing	0	0
Mean	78,68	37,27
Median	79,00	37,00
Mode	81	38
Std. Deviation	4,110	6,717
Variance	16,895	45,117
Range	19	44
Minimum	72	18
Maximum	91	62
Sum	6609	3131

c. Uji Normalitas

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	,118	84	,005	,956	84	,006
Lama DM	,205	84	,000	,836	84	,000
Strategi Koping	,075	84	,200*	,961	84	,013
Persepsi Penyakit	,104	84	,025	,958	84	,008

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

d. Korelasi

		Strategi Koping	Persepsi Penyakit
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,365**
	Strategi Koping		
	Sig. (2-tailed)	.	,001
	N	84	84
	Correlation Coefficient	-,365**	1,000
	Persepsi Penyakit		
	Sig. (2-tailed)	,001	.
	N	84	84

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

Lampiran G. Surat Izin Penelitian

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

Nomor : 4270/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 08 November 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 : Devi Putwi Hardini
N I M : 142310101124
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Persepsi Penyakit (Illness Perception) dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
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.

a.n. Ketua
Sekretaris II,


Murtaqib, S.Kp., M.Kep
NIP. 19740813 200112 1 002


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 -
JEMBER

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/4293/314/2017
Tentang

STUDI PENDAHULUAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 08 November 2017 Nomor : 4270/UN25.1.14/SP/2017 perihal Studi Pendahuluan

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIP. : Devi Putwi Hardini / 142310101124
Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Hubungan Persepsi Penyakit (Illness Perception) dengan Mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2".
Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Waktu Kegiatan : November s/d Desember 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 : 13-11-2017
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politik


ACHMAD DAVID H. S. Sos
Penang
NIP. 19690912 199602 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Univ. Jember;
2. Yang Bersangkutan.

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
DINAS KESEHATAN
Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 15 November 2017

Nomor : 440 / 51013 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth. Sdr I. Plt. Kepala Puskesmas Patrang
di - **J E M B E R**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4293/314/2016, Tanggal 13 November 2017, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Devi Putwi Hardini
NIM : 142310101124
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan Tentang :
➢ Hubungan Presepsi Penyakit (Illness Perception) dengan mekanisme Koping pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2
Waktu Pelaksanaan : 15 November 2017 s/d 31 Desember 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.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**


dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

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 : 440/163/311.06/2018

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 :

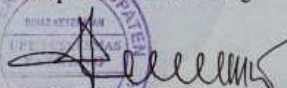
Nama : Devi Putwi Hardini
NIM : 142310101124
Alamat : Jl.Kalimantan no: 37 Jember
Fakultas : Program Study Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Benar-benar telah melaksanakan Penelitian Hubungan Persepsi Penyakit Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang mulai Bulan Januari hingga bulan Desember 2017.

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

Jember, Tgl 24 Maret 2018

Plt.Kepala Puskesmas Patrang


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

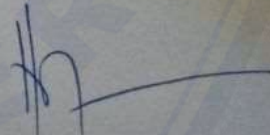
Fakultas Keperawatan
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 2573/UN25.1.14/LT/2018 Jember, 21 May 2018
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Devi Putwi Hardini
N I M : 142310101124
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Persepsi Penyakit (Illness Perception) dengan Strategi 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.

^Dekan,

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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
 LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 1842/UN25.3.1/LT/2018
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

28 Mei 2018

Yth. Kepala
 Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Kabupaten Jember
 Di
 Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 2573/UN25.1.14/LT/2018 tanggal 21 Mei 2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

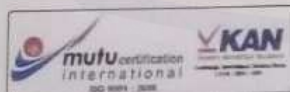
Nama : Devi Putwi Hardini
 NIM : 142310101124
 Fakultas : Keperawatan
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Alamat : Jl. Riau No.16/A Sumpersari-Jember
 Judul Penelitian : "Hubungan Persepsi Penyakit Dengan Strategi Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember"
 Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Lama Penelitian : 1 Bulan (4 Juni-10 Juli 2018)

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

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

Dr. Susanto, M.Pd.
 NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth
 1. Kepala Puskesmas Patrang Kab. Jember;
 2. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
 3. Mahasiswa ybs; ✓
 4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173



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

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1572/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

- Memperhatikan :
- Surat Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Jember tanggal 24 Mei 2018 Nomor : 1842/UN25.3.1/LT/2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Devi Putwi Hardini / 142310101124
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Riau No. 16/A Sumbersari Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
 "Hubungan Persepsi Penyakit Dengan Strategi Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember"
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Juni s/d Juli 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang beriak, 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 : 06-06-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Badan Kesatuan Bangsa dan Politik



- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua LPPM Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
DINAS KESEHATAN
Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 21 Juni 2018

Nomor : 440 / /311/2018
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Patrang

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1572/415/2018, Tanggal 6 Juni 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Devi Putwi Hardini
NIM : 142310101124
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
> Hubungan Presepsi Penyakit dengan Strategi koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 21 Juni 2018 s/d 30 Juli 2018


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.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**


dr. SITI NURUL OOMARIYAH, M.Kes
Perencana Tingkat 1
NIP. 19680206 199603 2 004

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 : 440/332/311.06/2018

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 : Devi Putwi Hardini
NIM :142310101124
Alamat : Jl.Kalimantan no: 37 Jember
Fakultas : Program Study Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Benar-benar telah melaksanakan Penelitian Hubungan Persepsi Penyakit Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang mulai Tgl 21 Juni s/d bulan Juli 2018.

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

Jember , Tgl 31 Juli 2018

Plt.Kepala Puskesmas Patrang


Dr. T. Ninik Widyawati
NIP-197108272002122005



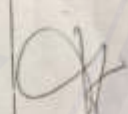
Lampiran H. Dokumentasi



Lampiran I. Lembar Bimbingan Skripsi

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

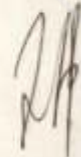
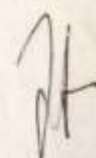

NAMA : DEVI PUTWI HARDINI
NIM : 14221020124
Dosen Pembimbing : Ns. Nur Widayati, S.Kep., MN

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
19/17 /9			
3/17 /10	Konfirmasi Judul Skripsi	- Cari kuesioner yg sudah ada uji validitas & reliabilitas 4/pasien DM	
4/17 /10	Konfirmasi tentang Uji Validitas & Reliabilitas kuesioner B-IPD di Indo 4/Px DM	- Tambahkan uji validitas dan reliabilitas dari jurnal internasional	
8/17 /10	Penetapan Judul Skripsi	- Buat Bab 1-4	
14/17 /12	Konsul BAB 1-4		

9/1 /2018	Konsul BAB 1-4	- Cari jurnal pendukung Internasional dan nasional - Typing error - Referensi	
2/2 2018	Konsul BAB 1-4	- Konfirmasi hasil Slupen mengenai jumlah pasien DM - Perbaiki tata tulis	
14/2 2018	Konsul BAB 1-4	- Pelajari kuesioner - Perbaiki bagian kerangka teori - Perbaiki tata tulis.	
8/3 2018	Konsul BAB 1-4	- ACC Seminar Proposal	
24/7 2018	Konsul BAB 4, BAB 5, Abstrak, dan ringkasan	- Perbaiki sesuai saran - cek hasil analisis data - Buat pembahasan	
	Konsul BAB 5 pembahasan	- Perbaiki sesuai saran - Buat abstrak dan ringkasan	
	Konsul dan BAB 5 dan abstrak, ringkasan	- perbaiki sesuai saran -	

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

NAMA : Devi Putwi Hardini
NIM : 142310101124
Dosen Pembimbing : Ns. Muhammad Zulfatul A'la S.Kep.,M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
6/11/2017	- Pengajuan judul dan pembimbing - Pengajuan surat stupen	- ACC judul - ACC Stupen	
13/2/2018	- Konsul BAB 1-4	- Perbaiki tulisan typing error - Pelajari kuesioner	
28/3/2018	- Konsul BAB 1-4	- Perbaiki sesuai revisi - Perbaiki typing error	
27/3/2018	- Konsul BAB 1-4 - Turnitin	- ACC Sempro	