

PENGARUH HEALTH LOCUS OF CONTROL, OPTIMISME, DAN DUKUNGAN SOSIAL TERHADAP QUALITY OF LIFE PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE DUA PADA LANSIA

Emiria Farahdina

UIN Syarif Hidayatullah Jakarta

emiria.dina@gmail.com

Abstract

Diabetes mellitus type 2 on old patient was effected the decrease of health and quality of life enturely. For that, the purpose of this research was to measure the psychological aspects that effecting the quality of life of old people, that is locus of control, optimism, and social support. 161 old people within 56-60 years was used as sample for this research in DR.H Marzuki hospital, Bogor. Diabetes Quality of Life, Multidimensional Health Locus of Control Form-C, Life Orientation Test- Revised, and Multidimensional Diabetes Questionnaire was used in this research. The data anlyzed using multiple regression. The result showed that there was an effect of quality of life towards diabetes mellitus type 2 old patients. So, many psychological and social aspect in this research need to be considered and developed specifically in order to take care of diabetes mellitus patients.

Keywords: *Quality of life, Health Locus of Control, Optimism, Social Support, Diabetes Mellitus Type 2, Old people*

Abstrak

Diabetes mellitus tipe 2 pada pasien lansia memengaruhi penurunan kondisi kesehatan dan quality of life secara keseluruhan. Untuk itu, penelitian ini bertujuan untuk mengukur aspek psikologis yang mempengaruhi quality of life pada lansia, yaitu health locus of control, optimisme, dan dukungan sosial. Sampel penelitian berjumlah 161 lansia usia 56-60 tahun, pasien rawat jalan di Rumah Sakit DR.H. Marzuki Mahdi, Bogor. Instrumen pengukuran yang digunakan adalah Diabetes Quality of Life (DQoL), Multidimensional Health Locus of Control Form-C (MHLC-C), Life Orientation Test-Revised (LOT-R), dan Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ). Data dianalisa dengan teknik regresi berganda. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh bersama yang signifikan dari health locus of control, optimisme, dan dukungan sosial terhadap quality of life pasien diabetes mellitus tipe 2 pada lansia. Oleh karena itu, beberapa aspek psikologis dan sosial dalam penelitian ini perlu dipertimbangkan dan dikembangkan secara khusus dalam penanganan terhadap pasien diabetes mellitus tipe 2 pada lansia.

Kata Kunci: *Kualitas Hidup, Health Locus of Control, Optimisme, Dukungan Sosial, Diabetes Mellitus Tipe 2, Lansia*

Diterima: 3 Desember 2013

Direvisi: 6 Januari 2014

Disetujui: 14 Januari 2014

PENDAHULUAN

Masa lansia merupakan sebuah tahap dimana seseorang mengalami banyak perubahan di berbagai aspek kehidupan karena usianya. Dalam masalah kesehatan, lansia mengalami penurunan fisik yang lebih besar dibandingkan pada periode-periode sebelumnya. Masalah kesehatan yang sering muncul pada lansia yaitu resiko penyakit kronis semakin meningkat seiring bertambahnya usia. Salah satu penyakit kronis yang menyebabkan kematian pada masa lansia adalah *Diabetes Mellitus (DM)*, dimana menduduki peringkat ke-enam setelah jantung, kanker, stroke, paru-paru, dan flu (Santrock, 2002).

DM adalah abnormalitas hormon insulin yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (Garnadi, 2012). Klasifikasi utama *DM* yaitu *Diabetes Mellitus Type 1 (DM1)*, ditandai oleh kerusakan total pada pankreas dan *Diabetes Mellitus Type 2 (DM2)*, ditandai oleh kelainan metabolisme dimana terjadi resistensi insulin (Taylor, 2006). Berdasarkan prevalensinya, kasus *DM* yang sering ditemukan adalah *DM2* dengan presentase mencapai 90% dari penderita diabetes di seluruh dunia (*WHO* dalam Schelble, 2006).

DM2 merupakan masalah yang serius dan telah menjadi perhatian kesehatan masyarakat dunia. *International Diabetes Federation* (2006) menyatakan bahwa sekitar 308 juta orang pada tahun 2007 dan 418 juta orang pada tahun 2025 menderita *DM2* di seluruh dunia. Berdasarkan tingkat usia, kasus *DM2* sebagian besar terjadi pada lansia dengan prevalensi mencapai 50% penderita (Morley, 1998).

DM2 merupakan penyakit kronis yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi jika tidak dikendalikan dengan baik. Untuk mencegah komplikasi, diperlukan sebuah program Tatalaksana Penanganan Diabetes (Asseltyne, 2011). Namun, pedoman tersebut sangat sulit untuk diterapkan pada lansia. Penyebab kesulitan ini adalah meningkatnya sindrom *geriatric* (depresi, hipoglikemia terkait farmakoterapi, dan komplikasi diabetes) yang mempengaruhi kondisi fisik dan psikis (Laiterapong dkk., 2011). Adapun dampak jangka panjang pada penderita *DM2* dapat mempengaruhi *Quality of Life (QoL)* (Sikdar, Wang, MacDonald, & Gadag, 2010).

Berbagai aspek psikologis dan sosial telah terbukti dalam membantu individu meningkatkan kondisi *QoL* pada lansia (Kotska, 2010). *Health locus of control (HLC)*, optimisme merupakan bagian dari aspek psikologis, sedangkan dukungan sosial merupakan bagian dari aspek sosial yang akan

dikaji dalam penelitian ini. Berbagai penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa terdapat hubungan antara variabel tersebut dengan *QoL*. Penelitian Graci (2001) pada pasien kanker payudara menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki tingkat optimisme dan *HLC* internal (keyakinan bahwa kesehatan dikendalikan oleh diri sendiri) yang tinggi, tetapi tingkat *HLC* eksternalnya rendah (kepercayaan bahwa kesehatan dikendalikan oleh orang lain) memiliki tingkat *QoL* yang tinggi. Selain itu, dalam penelitian Huang Hung (dalam Asseltyne, 2011) meneliti *QoL* secara *cross-sectional* menyimpulkan bahwa semakin baik perilaku dukungan sosial, semakin baik tingkat *QoL*.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian lainnya yaitu, penelitian ini menjelaskan *QoL* pasien *DM2* pada lansia yang membutuhkan penanganan yang lebih kompleks dibandingkan dengan kelompok usia yang lebih muda.

Quality of life (QoL) merupakan sebuah konsep yang luas dan multidimensional yang memiliki banyak pengertian di berbagai bidang maupun disiplin ilmu yang berbeda misalnya pada bidang seperti kesehatan, ekonomi, bisnis, dan lain-lain. Adapun pengertian *QoL* yang digunakan dalam penelitian ini yang berfokus aspek kesehatan, yaitu adalah konstruk dinamis yang dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil medis (Jacobson, Barofsky, Cleary, & Rand, 1988). Beberapa aspeknya yaitu:

1. *Satisfaction*, merupakan sebuah indikator yang bertujuan untuk menjelaskan tingkat kepuasan penderita *DM2* berdasarkan persepsi mereka.
2. *Impact*, merupakan indikator yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh penyakit *DM2* terhadap kesehatan mereka.
3. *Worry social and vocational issues*, merupakan indikator yang bertujuan untuk mengetahui tingkat kekhawatiran terhadap kehidupan pekerjaan dan sosial.
4. *Worry about the future effect of diabetes*, merupakan indikator yang bertujuan untuk mengetahui tingkat kekhawatiran terhadap kehidupan di masa depan.

DM adalah suatu penyakit ditandai dengan kadar glukosa darah yang melebihi batas normal (*hiperglikemia*) akibat kelainan sekresi insulin, dan kerja insulin sehingga dapat menimbulkan berbagai komplikasi berat. Adapun Klasifikasi *DM*, yaitu:

1. *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM/ DM1)*. *DM* golongan ini ditandai oleh kerusakan total pada pankreas yang tidak mampu

menghasilkan insulin sehingga golongan ini ketergantungan suntikan insulin untuk pengobatannya.

2. *Non-Insulin Diabetes Mellitus (NIDDM/DM2)*. *DM* golongan ini ditandai oleh kelainan metabolisme pankreas sehingga pengobatan *DM2* tidak tergantung dengan suntikan insulin.
3. *Diabetes gestasional*, yaitu *diabetes* yang terjadi pada saat kehamilan.
4. *Diabetes* tipe lainnya, yaitu *diabetes* yang ditandai oleh *hiperglikemia* karena beberapa faktor seperti obat, keturunan, dan sindrom .

Gejala *DM* dinyatakan secara *asymptomatic, typical, atypical*, mengacu pada komplikasi diabetes. Penanganan *DM* disebut dengan Tatalaksana Penanganan Diabetes yang secara umum mencakup lima aspek, yaitu: diet, olahraga, pengukuran kadar gula, obat, dan edukasi. Selain itu, terdapat juga stress management yang membantu mengurangi tekanan psikologis penderita *DM2*.

Berdasarkan tingkat usia, lansia menduduki peringkat tertinggi yaitu mencapai 50% dari seluruh penderita *DM2* (Morley, 1998). Adapun definisi dari lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia ≥ 50 tahun, tidak dapat menghasilkan nafkah sendiri, dan mengalami banyak perubahan di berbagai aspek kehidupan karena usianya seperti biologis, psikologis, dan sosial. Dalam penelitian kali ini, peneliti menetapkan batas usia lansia adalah 56-80. Adapun alasan penetapan tersebut adalah kondisi Sampel dari segi kesehatan fisik maupun psikis memungkinkan untuk dilibatkan dalam penelitian ini.

Berbagai aspek psikologis dan sosial telah terbukti meningkatkan kondisi QoL. Adapun penjelasannya mengenai aspek tersebut adalah sebagai berikut.

HLC adalah keyakinan bahwa individu memiliki kendali atas kesehatan mereka (Wallston dkk., 1994). Beberapa aspeknya yaitu:

1. *Internal Health Locus of Control (IHLC)*, sebuah kepercayaan bahwa diri sendiri mengendalikan kesehatan.
2. *Powerful Others Health Locus of Control (PHLC)*, sebuah harapan individu bahwa orang lain misalnya dokter, perawat, keluarga, dan teman yang mengendalikan kesehatannya.
3. *Chance Health Locus of Control (CHLC)*, sebuah keyakinan seseorang bahwa faktor kesempatan seperti takdir dan keberuntungan yang mengendalikan kesehatannya.

Optimisme adalah keyakinan yang biasanya akan memberikan hasil yang menguntungkan dalam kehidupan (Scheier dkk., 1994).

Dukungan sosial adalah frekuensi dorongan sosial yang berkaitan dengan kegiatan perawatan diri, keyakinan, dan kemampuan diri secara spesifik terkait diabetes dan hasil dari harapan (Talbot, Nouwen, Gingras, Gosselia, & Andet, 1996). Beberapa aspeknya yaitu:

1. *Functional support*, perilaku dukungan yang ditunjukkan oleh pasangan, keluarga, teman, dan dokter.
2. *Positive reinforcement*, perilaku yang berhubungan dengan memberikan penghargaan, membantu penderita mengukur pola makan, mendorong berolahraga, dan memberikan dorongan lain yang berfungsi untuk membantu pemulihan penyakit.
3. *Misguided support*, merupakan sebuah bentuk dukungan yang tidak dianggap baik atau cenderung untuk ikut campur.

Hasil penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara *HLC*, optimisme, dan dukungan sosial. Pertama, hubungan *HLC* terhadap *QoL*. Menurut Lewis (dalam Graci, 2001) melaporkan bahwa pasien yang mengambil peran aktif dalam menentukan pengobatan kanker dan penyakit mereka diyakini dapat mengoptimalkan kontrol diri dan mengalami tingkat *QoL* yang lebih tinggi.

Kedua, hubungan optimisme dengan *QoL*. Optimisme dapat menurunkan tekanan psikologis saat menghadapi kesulitan (Graci, 2001). Berdasarkan studi pada orang tua dari penyandang cacat, Carver dan Ganines (dalam Cooke 2010) melaporkan tingginya tingkat optimisme dapat menurunkan depresi, mempengaruhi kesejahteraan psikologis, dan berkorelasi positif kondisi kesehatan dan *QoL* yang lebih baik.

Ketiga, hubungan *QoL* dengan dukungan sosial. Berdasarkan hasil penelitian, individu yang menganggap dirinya sebagai memiliki tingkat dukungan sosial yang tinggi dari orang lain melaporkan hasil kondisi kesehatan yang lebih baik secara fisik maupun mental, dan memiliki tingkat *QoL* yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menganggap dirinya memiliki dukungan dari orang lain (Cutrona, Russell, Hobfoll, & Stephens dalam Cooke, 2010).

METODE

Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah 161 pasien *DM* di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi yang terdiri dari pasien rawat jalan dan anggota senam sehat PERSADIA (Persatuan Diabetes Indonesia) dengan syarat: (1)

berusia antara 56-80 tahun. Hal ini disebabkan karena pada usia tersebut telah memasuki lansia; (2) Terdiagnosa *DM2* selama minimal satu tahun berdasarkan pemeriksaan kesehatan; (3) Bersedia untuk ikut serta dalam penelitian. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *accidental non-probability sampling*. Setiap partisipan menanda-tangani informed consent sebagai persetujuan mengikuti penelitian.

Instrumen Pengukuran

Data demografi. Data demografi terdiri dari data usia, status pernikahan, pekerjaan, dan data kesehatan terkait *DM2*.

Quality of Life. Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup adalah *DQOL, Diabetes Quality of Life* (Jacobson dkk., 1994) untuk mengukur *QoL* pasien *DM2* pada lansia. Adapun dimensinya yaitu, *satisfaction with treatment, impact of treatment, worry about the future effects of diabetes, worry about social/vocational issues*. Gibbons dan Fitzpatrick (2009) menyatakan bahwa instrumen ini telah digunakan di berbagai penelitian kualitas hidup pada pasien diabetes dan memperoleh hasil yang sangat baik bahkan memperoleh hasil yang signifikan pada jumlah sampel yang kecil. Adapun konsistensi internalnya mencapai *Alpha Chronbach* 0,66-0,969

Health Locus of control. *MHLC- C, Multidimensional Health Locus of Control form C* (Wallston dkk.,1994) untuk mengukur *HLC*. Adapun dimensinya yaitu *Internal Health Locus of Control (IHLC), Power others Health Locus of Control (PHLC), Chance Health Locus of Control (CHLC)*. Instrumen ini telah diujikan dalam berbagai penelitian untuk penyakit kronis seperti arthritis, diabetes, dan kanker. Adapun *alpha-chronbach*nya mencapai lebih dari .070 pada sampel gabungan dengan jumlah 588 orang (Graci, 2001).

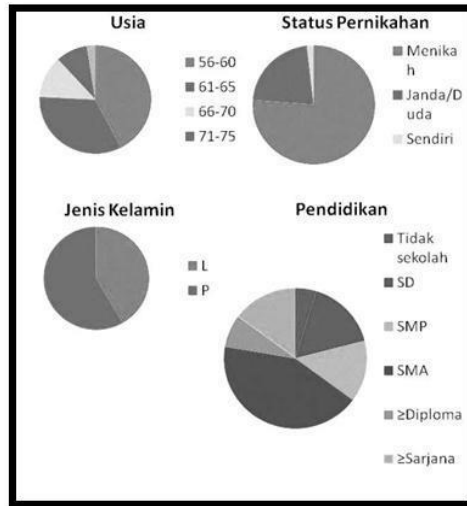
Optimisme. *LOT- R, Life Orientation Test- Revised Questionnaire* (Scheier dkk., 1994) untuk mengukur optimism. Adapun dimensinya yaitu *positive direction-negative direction*. Instrumen ini telah diuji dalam beberapa penelitian dengan *alpha cronbach* mencapai lebih dari 0,79 (Graci, 2001).

Dukungan sosial. *MDQ, Multidimensional Diabetes Questionnaire* (Talbot dkk., 1996) untuk mengukur dukungan sosial. Adapun dimensinya yaitu, *social support, positive reinforcement, misguided support*. Instrumen ini telah diuji oleh Talbot dkk. (dalam Asseltyne, 2011) dan memperoleh konsistensi internal antara 0,70-0,90 dalam beberapa penelitian.

HASIL

Karakteristik Partisipan

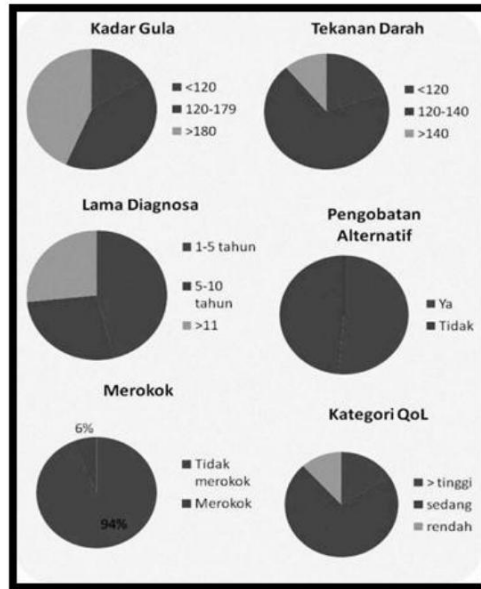
Gambar 1 menjelaskan tentang karakteristik partisipan penelitian berdasarkan data demografis dan gambar 2 berdasarkan data kesehatan.



Gambar 1

Karakteristik Partisipan Penelitian Berdasarkan Data Demografis

Usia sampel yang mendominasi dalam penelitian ini adalah 56-60 tahun (42,24%). Adapun jenis kelamin sampel penelitian ini adalah perempuan (58,39%). Berdasarkan status pernikahan, sebagian besar sampel memiliki status pernikahan “menikah” (77,64%). Oleh karena itu, sebagian besar dari mereka masih tinggal bersama keluarga inti (56,52%). Pendidikan terakhir dari rata-rata sampel dalam penelitian ini berasal dari tingkat SMA dan sederajatnya (39,13%).



Gambar 2

Deskriptif Sampel Penelitian Berdasarkan Data Kesehatan

Berdasarkan data kesehatan terkait penyakit *DM2*, kadar gula terakhir sampel yang mendominasi dalam penelitian ini mencapai >180 mg/dL (43,48%), sedangkan tekanannya darahnya mencapai 120-140 mmHg (68,94%). Berdasarkan lama diagnosis menderita penyakit *DM2*, sampel yang terbanyak dari penelitian ini adalah pasien diabetes yang didiagnosis penyakit *DM2* dari kategori pertama, yaitu 1-5 tahun (48,38%) Sebagian besar sampel pada penelitian ini menggunakan pengobatan alternatif (51,55%). Adapun kategori *QoL* sampel sebagian besar berada dalam kategori sedang (72,04%).

Uji Hipotesis Penelitian

Pada tahapan ini peneliti mengukur pengaruh *HLC* (*Internal Health Locus of Control* (*IHLC*), *Power others Health Locus of Control* (*PHLC*), *Chance Health Locus of Control* (*CHLC*), optimisme, dan dukungan sosial (*social support*, *positive reinforcement*, *misguided support*) terhadap *QoL* pasien *DM2* pada lansia dengan teknik analisis regresi berganda menggunakan *software SPSS 17.0*.

Tabel 1
R square

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.326 ^a	.106	.066	8.92454	.106	2.603	7	153	.014

a. Predictors: (Constant), FS, CHLC, OP, PHLC, MS, IHLC, POS

Dari tabel 1, perolehan *Rsquare* sebesar 0,106 atau sebesar 10,6%. Artinya, terdapat sebesar 10,6% bervariasinya *QoL* pada pasien *DM2* dipengaruhi oleh semua *IV* dalam penelitian ini, sedangkan 89,4% sisanya dipengaruhi oleh variabel lain di luar penelitian ini. Kemudian peneliti melakukan uji F untuk menganalisis pengaruh dari keseluruhan *IV* terhadap *QoL* pada pasien *DM2*. Langkah berikutnya, peneliti melihat koefisien regresi dari masing-masing *IV*. Dengan ketentuan jika $t > 1,96$, maka koefisien regresi tersebut signifikan berarti *IV* tersebut memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *QoL* pada *DM2*. Adapun besarnya koefisien regresi dari masing-masing *IV* terhadap *QoL* pada *DM2* dapat dilihat pada tabel berikut ini. Berdasarkan tabel 1, dapat dilihat bahwa nilai p (Sig) pada kolom paling kanan adalah 0.014 atau $p = 0,014$ dengan nilai $p < 0,05$, maka hipotesis nihil yang menyatakan tidak ada pengaruh yang signifikan dari keseluruhan *IV* terhadap *QoL* pasien *DM2* ditolak. Artinya, bahwa ada pengaruh yang signifikan dari *HLC*, yaitu *IHLC*, *PHLC*, dan *CHLC*, optimisme, dan dukungan sosial yang terdiri dari *functional support*, *positive reinforcement*, dan *misguided support*.

Tabel 3
Koefisien Regresi Pengaruh

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	31.886	6.626		4.813	.000
<i>IHLC</i>	-.151	.095	-.163	-1.586	.115
<i>PHLC</i>	.087	.083	.096	1.044	.298
<i>CHLC</i>	.187	.075	.203	2.492	.014*
<i>OP</i>	.217	.104	.198	2.086	.039*
<i>POS</i>	.062	.111	.062	.556	.579
<i>MS</i>	-.238	.107	-.241	-2.219	.028*
<i>FS</i>	.199	.096	.193	2.071	.040*

a. Dependent Variable: *QOL*

Keterangan: tanda *= signifikan ($p < 0.05$).

IHLC (*Internal Health Locus of Control*), *PHLC* (*Powerful Others Health Locus of Control*), *CHLC* (*Chance Health Locus of Control*), *OP* (*Optimisme*), *POS* (*Positive Reinforcement*), *MS* (*Misguided Support*), dan *FS* (*Functional Support*).

Berdasarkan penjelasan sebelumnya, dapat diketahui bahwa *IV* memiliki pengaruh yang signifikan adalah *CHLC*, optimisme, *functional support* dan *misguided support*, sedangkan *IV* lainnya tidak memiliki pengaruh signifikan. *CHLC* memiliki koefisien regresi sebesar +.187 dan signifikansi sebesar .014, yang berarti bahwa *CHLC* secara positif dan signifikan mempengaruhi *QoL* pasien *DM2* pada lansia. Optimisme memiliki koefisien regresi sebesar +.217 dan signifikansi sebesar .039, yang berarti bahwa optimisme secara positif dan signifikan mempengaruhi *QoL* pasien *DM2* pada lansia. *Functional support* memiliki koefisien regresi sebesar +.199 dan signifikansi sebesar .040, yang berarti bahwa *functional support* secara positif dan signifikan mempengaruhi *QoL* pasien *DM2* pada lansia. *Misguided support* memiliki koefisien regresi sebesar -.238 dan signifikansi sebesar .028, yang berarti bahwa *misguided support* secara negatif dan signifikan mempengaruhi *QoL* pasien *DM2* pada lansia.

Selain itu, *IV* yang memiliki arah pengaruh positif terhadap *QoL* pada *DM2* adalah: *PHLC*, *CHLC*, optimisme, *positive reinforcement*, *functional support*. Sementara *IV* yang memiliki pengaruh negatif terhadap *QoL* pada *DM2* adalah: *IHLC* dan *misguided support*.

DISKUSI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara bersama *HLC*, optimisme, dan dukungan sosial berpengaruh terhadap *QoL* pasien *DM2* pada lansia. Dengan demikian, *HLC*, optimisme, dan dukungan sosial perlu dipertimbangkan dalam penanganan pasien *DM2* pada lansia. Secara spesifik, penelitian ini menemukan bahwa *CHLC*, optimisme, dan *functional support* berpengaruh positif secara signifikan terhadap *QoL*.

CHLC berpengaruh positif secara signifikan. Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Wallston dan Wallston (1978) dimana pasien penyakit kronis seperti hipertensi, kanker, dan diabetes cenderung memiliki tingkat *CHLC* yang tinggi. Diabetes merupakan suatu penyakit yang membutuhkan pengendalian diri yang tinggi. Namun, pasien lansia cenderung bersikap pasrah dan tidak menganggap bahwa penyakit *DM2* sebagai sesuatu yang harus dikendalikan secara ketat. Oleh karena itu, penderita *DM2* lansia cenderung memiliki *CHLC* yang tinggi, yaitu meyakini akan adanya faktor di luar kendali yang mengendalikan kesehatan mereka. Dengan meyakini hal tersebut, penderita *DM2* lansia tetap dapat menikmati hidup dan tidak harus merasa bersalah apabila mereka gagal dalam mengendalikan kadar gula darah.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa optimisme berpengaruh positif secara signifikan. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Mannix (dalam Kotzka, 2010) dimana penderita kanker yang optimis, memiliki tingkat *QoL* yang lebih tinggi baik secara fisik maupun psikis. Optimisme berperan menurunkan tekanan psikologis saat menghadapi kesulitan (Graci, 2001).

Selain optimisme, pasien *DM2* membutuhkan *functional support* yang memainkan peran dalam meningkatkan pengaruh positif, rasa keamanan, dan menurunkan perasaan terisolasi (Cohen, Gottlieb, & Underwood dalam Asseltyne, 2011). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *functional support* secara signifikan berpengaruh positif terhadap *QoL* pasien *DM2* pada lansia. Selain itu, berkaitan dengan bantuan yang diberikan, penelitian ini menemukan faktor lain yang berpengaruh positif terhadap *QoL*, namun tidak signifikan, yaitu *PHLC* dan *positive reinforcement*.

Sebaliknya, *misguided support* secara signifikan berpengaruh negatif terhadap *QoL* pasien *DM2* pada lansia. Artinya, semakin tinggi tingkat dukungan yang dianggap negatif (ikut campur dalam mengatur pola makan, obat-obatan olahraga, dan mengukur kadar gula), maka semakin rendah

tingkat *QoL* pasien *DM2* pada lansia. Hasil ini sesuai dengan penelitian Asseltyne (2011) menyatakan bahwa *misguided support* dari pasangan mempengaruhi *QoL* secara negatif.

Kondisi ini mungkin dapat terjadi apabila orang-orang terdekat bersikap seperti “polisi” yang selalu mengawasi pola makan, olahraga, dan kadar gula darah pasien sehingga mereka merasa tertekan dan kehilangan kebebasan. Selain kesesuaiannya dengan penelitian sebelumnya, penelitian ini pun menunjukkan hasil yang bertentangan dengan penelitian sebelumnya. Dalam penelitian ini, *IHLC* berpengaruh negatif dan tidak signifikan. Artinya, semakin tinggi tingkat *IHLC*, maka semakin rendah tingkat *QoL* pasien *DM2* pada lansia.

QoL merupakan sebuah konsep yang sangat luas yang mencakup seluruh aspek kehidupan. *HLC*, optimisme, dukungan sosial, mungkin mempengaruhi secara signifikan terhadap *QoL*, namun, dalam penelitian kali ini pengaruhnya kecil. Banyak sekali faktor di luar penelitian ini yang dapat mempengaruhi *QoL* pasien *DM2* pada lansia, yaitu: kondisi fisik, psikologi, tingkat kemandirian, hubungan sosial. lingkungan, dan spiritual. Selain itu, faktor lainnya yang mempengaruhi *QoL* pada pasien *DM2* adalah tingkat komplikasi *DM2*, kadar glukosa darah, dan lamanya diagnosis *DM2*.

Penelitian ini memiliki beberapa kekurangan dan kelebihan. Kekurangan dalam penelitian ini adalah tidak mengkaji data kesehatan yang mungkin mempengaruhi *QoL* pasien *DM2*. Namun, kelebihan dari penelitian ini adalah menggunakan instrumen spesifik *DM* yang teruji validitasnya dan telah diadaptasikan ke dalam budaya Indonesia. Adapun instrumen yang digunakan adalah *Diabetes Quality of Life (DQoL)* untuk mengukur *QoL* dan *Multidimensional Diabetes Questionnaire (MDQ)* untuk mengukur dukungan sosial.

Penelitian selanjutnya sebaiknya mengembangkan aspek psikologis lain yang terkait penyakit diabetes seperti, spiritualitas, depresi, *self-care* yang dianggap dapat menjadi penentu *QoL* individu. Selain itu, penelitian selanjutnya dapat mengkaji data kesehatan (berat badan, kadar gula darah, tekanan darah, lama terdiagnosa *DM2*, komplikasi *DM2*, kecanduan zat, dan penggunaan pengobatan alternatif) yang mempengaruhi *QoL* pasien *DM2* pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Asselstynne, R.T.M. (2011). Self-care, social support, and quality of life in asians and pacific islanders with type 2 diabetes. (*Doctor,,s Dissertation*). The University of Hawaii at Mānoa.
- Buck, D., Jacoby, A., Massey, A., Ford, G. (2000). Evaluation of measures used to aSSesd quality of life after stroke. *American Stroke Association*, 2000 (31): 2004-2010.doi: 10.1161/01.STR.31.8.2004
- Cooke, J.E. (2010). Hope, optimism, stres, and social support in parents of Children with intellectual disabilities. (*Doctor,,s Dissertation*).The University of Southern Mississippi.
- Diabetic Association of Bangladesh. (2007). *Diabetes Mellitus*. Bangladesh: Diabetic Association Bangladesh.
- Edelman, D., Olsen, M.K., Dudley, T.K, Harris, A.C., & Oddone, E.Z. (2002). Impact of diabetes screening on quality of life. *Diabetes Care*. 25(6): 1022-1026.
- Garnadi, Y. (2012). *Hidup nyaman dengan diabetes mellitus*. Jakarta: Agromedia Pustaka.
- Gibbons, E., Fitzpatrick, R. (2009). *A structured review of patient-reported outcome measures for people with diabetes*. Oxford: Departmen Of Public Health.
- Goldney, R.D., Phillips, P.J., Fisher, L.J., & Wilson, D.H. (2004). Diabetes, depression, and quality of life: A population study. *Diabetes Care*. 27(5). 1066-1070.
- Goldstein, B.J., Wieland, D.K. (2007). *Type 2 diabetes: principles and practice*. New York: Informa Healthcare USA.
- Graci, M. G. (2001). *Optimism, health locus of control, and quality of life of women with initial versus recurrent breast cancer*. (Doctor,,s Dissertation). University of North Texas.
- Hart, H.E, Bilo H.J.G, Redekop, W.K., Stolk, R.P., Assink, J.H., Jong M. (3003). Quality of life of patient type 1 diabetes mellitus. *Quality Of Life Research*, 12: 1089-1097.
- Hurlock, E.B.(1980). *A life-span approach* (5th ed). Jakarta: Erlangga
- International Diabetes Federation. (2006). Diabetes: Global threat. *International Diabetes Federation*, 2-15
- Jacobson, A.M, Barofsky, I., Cleary, P., & Rand, L. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care*, 11(9), 725-732.
- Jacobson, A.M, Groot, M., Samson, J.A. (1994). The Evaluation of two measures of quality of life in patirns with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*: 17(4), 267-274.

- Keedy, N. H. (2009). *HLC, self-efficacy, and multidisciplinary intervention for chronic back pain*. (Doctor.,s Dissertation). The University Of Iowa. Iowa City, Iowa.
- Kostka, T., Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality Life Research*, 19:351–361.doi 10.1007/s11136-010-9601-0.
- Laiterapong, N., Karter, A.J., Liu, J.Y., Moffet, H.H., Sudore, R., Schillinger, D., John, P.M., Huang, E.S. (2011). Correlates of Quality of Life in Older Adults With Diabetes: The Diabetes & Aging Study. *Diabetes Care*, 34(8), 1749-1754.
- Land, K.C., Michalos, A.C., & Sirgy, M.J. (2011). *Handbook of social indicator and quality of life research*. London: Springer.
- Lang, L.M. (2006). *The personal meaning of retirement among retirees in three washington state counties*. (Doctor.,s Dissertation). Walden University.
- Lopez, S.J., & Snyder, C.R.. (2003). *Positive psychological assesment; A handbook of models and measures*. Washington, DC; American Psychological Association.
- Morley, J.E. (1998). The elderly type 2 diabetic patient: Special consideration. *Diabetic Medicine*, 15(4), 541-546.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 8:1-28.
- Santrock, J.W. (2002). *Life-span development* (5th ed). Jakarta: Erlangga.
- Sarafino, E.P & Timothy. (2010). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Willey & Sons.
- Schelble, C.F. (2006). Association between physical activity behaviors and type 2 diabetes status among older adults. (Doctor.,s Dissertation). The American University.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W., (1994) Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self- mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personally and Social Psychology*, 67: 1063- 1078.doi: 0022-3514/94/5300.
- Seligman, M.E. (2006). *Learn optimism: How to change your mind your life*. New York: Vintage Book.
- Sikdar, K.C., Wang, P.P., MacDonald, D., & Gadag, V.G.(2010). Diabetes and its impact on health-related quality of life: A life table analysis. *Qual Life Research*, 19:781–787.doi: 10.1007/s11136-010-9641-5.
- Smith, K. (2007). *Nursing and stroke rehabilitation: A study of the relationship of stroke survivors' quality of life, functional abilities, and meaningful function* (Doctor.,s Dissertation). The University of Florida.
- Stocchi, V., Feo, P.D., & Hood, D.A. (2007). *Role of psychal exercise in preventing disease and improving the quality of life*. Milan; Springer.

- Sundaram, M., Kavookjian, J., Patrick, J. H., Miller, L., Madhavan, S. S., & Scott, V. (2007). Quality of life, health status and clinical outcomes in type 2 diabetes patients. *Quality of Life Research, 16*: 165–177. doi 10.1007/s11136-006-9105-0.
- Talbot, F., Nouwen, A., Giagras, J., Gosselin, M. (1996). The assessment of diabetes-related cognitive and social factors: The multidimensional diabetes questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine, 20*(3), 291-312. doi:0160-7715/0600-0291312.500
- Taylor, S.E. (2006). *Health psychology* (5th ed). New York: McGraw-Hill.
- Thomas, C.J., (2003). *The impact of religiosity, social support and health locus of control on the health-related quality of life of african-american hemodialysis patients*. (Doctor.,s Dissertation). Northfolk State University.
- Toruan, P.L. (2012). *Fat-loss not weight-loss for diabetes sakit tapi sehat*. Jakarta: Transmedia.
- Wallston, K.A, & Wallston, B.S. (1978). Health locus of control scales. *Academic Press, 1*, 189-243.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC scales: A condition- specific measure of locus of control. *Journal of Personality Assessment, 63*: 534- 553.
- Ware, J. E & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care, 30*, 473–483.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., King. (2004). Global prevalence of diabetes. *Diabetes Care, 27*(3). 1047-1053.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. *WHO, 1*: 1-8
- World Health Organization. (2013). *Definition of an elderly person*. Diunduh tanggal 29 Agustus dari <http://www.WHO.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

