

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Teknologi yang berkembang semakin pesat mengakibatkan terjadinya perubahan perilaku yang erat kaitannya dengan gaya hidup masyarakat seperti berkurangnya aktivitas fisik, diet yang tidak sehat, dan merokok. Perubahan tersebut berperan penting dalam memicu kelainan metabolik yang pada akhirnya akan dapat menimbulkan suatu penyakit yang dinamakan diabetes mellitus (DM) (*American Association of Clinical Endocrinologists*, 2007; Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Sanitasi, 2009). Di dalam Alqur'an, Allah telah memberi peringatan terkait dengan gaya hidup, diantaranya tercantum dalam ayat berikut:

"Hai anak Adam, pakailah pakaianmu yang indah di Setiap (memasuki) mesjid, Makan dan minumlah, dan janganlah berlebih-lebihan. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berlebih-lebihan."(QS. : Al-A'raf: 31)

"Dan sungguh Kami akan menguji kalian dengan keburukan dan kebaikan sebagai cobaan. Dan kepada Kamilah kalian (akan) kembali". (Q.S Al Anbiyaa': 35)

"Maka hendaklah manusia memperhatikan makanannya"
(Q.S' Abasa: 24)

"Makanlah dari rezeki yang baik-baik yang telah Kami berikan kepadamu dan janganlah melampaui batas, yang menyebabkan kemurkaan-Ku menimpamu. Barang siapa ditimpa kemurkaan-Ku maka sungguh binasalah dia". (Q.S Taha: 81)

Diabetes mellitus adalah penyakit degeneratif yang menjadi salah satu

meningkat dalam beberapa dekade terakhir (Skinner *et al.*, 2006). Pada tahun 2011 insidensi DM di dunia ialah sebesar 366 juta dan diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 552 juta pada tahun 2030 (*International Diabetes Federation*, 2011). Peningkatan tersebut terkait dengan faktor genetika, bertambahnya *life expectancy*, urbanisasi yang merubah pola hidup tradisional ke pola hidup modern, meningkatnya prevalensi obesitas, dan kegiatan fisik yang kurang (*American Association of Clinical Endocrinologists*, 2007; William *et al.*, 2010).

Orang dengan DM yang berada di seluruh dunia hampir 80% hidup di negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah seperti Indonesia. Indonesia merupakan negara yang menduduki peringkat ke-4 dengan insidensi DM terbesar di dunia (*International Diabetes Federation*, 2011). DM merupakan *trend* epidemi di negara berkembang dan negara dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah. Sedangkan di negara berpenghasilan tinggi, DM menjadi salah satu penyebab utama kematian global (Skinner *et.al.*, 2006).

Lin, dkk. (2004) berpandangan bahwa DM membutuhkan perhatian khusus karena merupakan penyakit yang kronik progresif, cenderung diikuti dengan komplikasi yang menyebabkan morbiditas dan mortalitas, dan masih banyak dampak negatif lainnya yang ditimbulkan. DM merupakan kondisi yang ditandai dengan kadar glukosa (gula) yang berlebihan di dalam darah akibat kelainan metabolisme karbohidrat. Peningkatan kadar gula darah ini akan memicu produksi hormon insulin oleh kelenjar pankreas. Secara medis, pengertian diabetes mellitus

disebabkan oleh adanya peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (*American Diabetes Assosiation, 2012*).

Glukosa dibentuk di dalam hati melalui pengolahan makanan yang dikonsumsi dan secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Kadar glukosa dalam darah dikontrol oleh hormon insulin yang diproduksi oleh kelenjar pankreas. Gangguan pada pankreas akibat proses autoimun menyebabkan insulin tidak dapat disekresikan secara absolut merupakan DM tipe 1, sedangkan DM tipe 2 adalah jenis diabetes terbanyak yang disebabkan oleh kelainan sekresi insulin oleh pankreas, resistensi insulin atau keduanya (*Ganong, 2009; McCulloch, 2012*).

Kemampuan tubuh untuk bereaksi dengan insulin dapat menurun pada pasien DM. Keadaan ini dapat menimbulkan komplikasi baik akut maupun kronik. Komplikasi akut DM dapat berupa diabetes ketoasidosis dan sindrom hiperosmolar nonketotik, sedangkan komplikasi kronik dapat terjadi pada semua organ tubuh (*Jones & Baylin, 2008*).

Komplikasi kronik berkaitan dengan kadar gula darah meninggi secara terus-menerus. Zat kompleks dalam gula dapat menyebabkan pembuluh darah menebal dan rusak sehingga aliran darah yang menuju kulit, saraf dan struktur internal lainnya berkurang. Aliran darah yang berkurang pada DM dapat menurunkan suplai nutrisi pada jaringan dan organ sehingga menimbulkan komplikasi berupa penyakit jantung koroner, stroke, gangguan pada ginjal, retinopati, dan ulkus diabetikum (*Badawi, 2009; Medicastore, 2007; Smeltzer&Bare, 2008*). Komplikasi kronik biasanya terjadi dalam jangka waktu 5-10

Beban komplikasi akibat diabetes menjadi perhatian utama. Hal ini dikarenakan komplikasi tersebut tidak hanya mempengaruhi fisik, tetapi juga berpengaruh terhadap aspek psikologis dan sosial kehidupan pasien, serta mempengaruhi kehidupan keluarga mereka dan masyarakat yang lebih luas sehingga diperlukan pengelolaan komplikasi DM (Clark, 2008; Haque *et al.*, 2011; Jones & Baylin, 2008).

Pengelolaan komplikasi DM memerlukan biaya yang besar bagi penyedia layanan kesehatan. Pengeluaran biaya di bidang kesehatan di seluruh dunia untuk mengelola penyakit ini telah mencapai hampir setengah triliun Dolar AS pada tahun 2011 (*International Diabetes Federation*, 2011). Misalnya, di Inggris mencapai 4% dari biaya perawatan kesehatan total, terutama karena jasa perawatan pasien rawat inap (Leese, 1992). Orang menentukan dan mengelola pilihan gaya hidup mereka sendiri baik yang berkontribusi maupun yang mencegah diabetes. Agar seseorang dapat mencapai tujuan hidup sehat maka perlu mendapat informasi dan diberdayakan untuk mengelola dan merawat kesehatan mereka sendiri.

Mengingat jumlah penderita DM yang terus meningkat dan besarnya perawatan pasien diabetes yang terutama disebabkan oleh karena komplikasinya, maka upaya yang paling baik adalah melakukan pencegahan (Suyono, 2006). Menurut American Diabetes Association (2004), komplikasi diabetes dapat dicegah, ditunda, dan diperlambat dengan mengendalikan kadar glukosa darah. Pengelolaan diabetes yang bertujuan untuk mempertahankan kadar glukosa darah

Terapi farmakologis meliputi pemberian insulin dan/atau obat hiperglikemia oral. Pengelolaan nonfarmakologis dapat berupa perawatan diri dalam pengendalian berat badan, olah raga/latihan jasmani, diet, monitoring glukosa darah, dan perawatan kaki secara rutin (Lin *et al.*, 2004; Medicastore, 2007; Smeltzer&Bare, 2008).

Salah satu faktor yang berperan penting dalam pengelolaan DM ialah perawatan diri (*self care*) (Lorig &Holman, 2003). Perawatan diri dapat memperluas pengetahuan dan meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam memerangi penyakit DM (Lindsay, 2009; Lorig & Holman, 2003). Tindakan pencegahan atau aktivitas perawatan diri merupakan suatu hal yang penting untuk mencegah komplikasi *unmanaged chronic disease*, seperti DM (Fry dikutip dalam Hill &Smith, 1990).

Aktivitas perawatan diri pada diabetes mellitus dapat mencakup manajemen diet (*dietary management*), kegiatan fisik (*physical activity*), *foot care*, kepatuhan terhadap pengobatan (*adherence to medication*), dan *self-monitoring* glukosa darah pada diabetes mellitus tipe 1 dan 2 (Toobert *et al.*, 2000; Weinger *et al.*, 2005). Aktivitas perawatan diri dapat meningkatkan *self-efficacy* dan pemberdayaan individu sehingga dapat meningkatkan status kesehatan, meningkatkan perilaku hidup sehat, menurunkan angka kunjungan dalam IGD, serta mampu meningkatkan kualitas hidup sehat yang lebih baik terkait hubungannya dengan kehidupan (Bodenheimer *et al.*, 2002; Crowe *et*

Berdasarkan permasalahan di atas, akan diperlukan pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya secara aktif dan menyeluruh dalam menghadapi suatu penyakit melalui upaya mengatasi penyakit itu sendiri dan meminimalisir problema emosi, sosial, dan spiritual (Sagiran, 2012).

Sudah menjadi kecenderungan untuk merawat pasien secara holistik dengan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual religius (Sagiran, 2012). Dalam budaya masyarakat, spiritualitas merupakan faktor penting dalam kesehatan yang berhubungan dengan manajemen diri (Coleman *et al.*, 2006; Dunn & Horgas, 2000; Polzer & Miles, 2007; Samuel-Hodge *et al.*, 2000). Konsep agama dan spiritualitas secara luas menyiratkan bagaimana individu mengatasi kejadian sehari-hari termasuk dalam menghadapi penyakit kronis (Abdoli *et al.*, 2011; Newlin *et al.*, 2008). Studi literatur menunjukkan hubungan antara keterlibatan agama dengan mortalitas, kesehatan mental, serta diabetes mellitus (James & Wells, 2003; McCullough *et al.*, 2000; Newlin *et al.*, 2008; Oxman *et al.*, 1995; Seybold & Hill, 2001; Strawbridge *et al.*, 1997).

Peran pendekatan spiritual-religius dalam perawatan pasien ternyata mempengaruhi perawatan diri. Hal ini telah dibuktikan dalam berbagai penelitian yang menengarai bahwa secara signifikan ibadah berkaitan dengan penurunan angka kematian, sedangkan doa terbukti berkorelasi dengan perilaku sehat dan sebagai *cognitive analgesic/therapeutic*. Terapi spiritual-religius yang terarah

(Coleman *et al.*, 2006; McCullough *et al.*, 2000; Sacco *et al.*, 2011; Sagiran, 2012; Strawbridge *et al.*, 1997).

Salah satu terapi dengan pendekatan spiritual-religius adalah *Husnul Khatimah Care* atau yang lebih dikenal dengan *Hu Care*. *Hu Care* adalah kunjungan kerohanian ke pasien selama dirawat inap di rumah sakit. Konsep *Hu Care* adalah mengajak seluruh pihak terkait untuk bersama-sama meningkatkan religiusitas dalam menjalani peran dan tugas masing-masing, dimana bagi pasien dalam hal ini menjalani takdirnya. Pasien dan petugas harus memiliki dimensi *believe* yang tinggi hingga meraih *coping mechanism* yang baik. Unsur utama meraih *husnul khatimah* adalah pasien dapat menerima takdir sakitnya dan memahami perjalanan alamiah penyakitnya. Di samping itu, pasien juga mengerti bahwa kematian merupakan proses yang wajar, normal, dan dipersiapkan. Sementara itu, pasien tetap berkarya untuk mengisi masa periode akhir kehidupannya dengan amal jariyah hingga ajal menjemput (Sagiran, 2012).

Dari uraian di atas, maka perlu dilakukan penelitian mengenai efektivitas terapi *Hu Care* terhadap perawatan diri pasien diabetes mellitus. Penelitian ini penting karena belum pernah dilakukan penelitian mengenai pengaruh terapi keagamaan, dalam hal ini *Hu Care*, terhadap perawatan diri khususnya pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah yang disusun pada penelitian ini adalah apakah ada pengaruh terapi *Hu Care* dengan perawatan diri pada orang dengan Diabetes

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh terapi *Hu Care* terhadap aktivitas perawatan diri pada orang dengan diabetes mellitus tipe 2 di RS Nur Hidayah, Bantul, Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Meneliti peranan terapi *Hu Care* pada pasien DM tipe 2
- b. Mengidentifikasi perawatan diri pasien DM tipe 2
- c. Meneliti pengaruh terapi *Hu Care* dapat memperbaiki perawatan diri pasien DM tipe 2

D. Manfaat Penulisan

1. Penelitian ini dapat memberikan kontribusi sebagai dasar dalam pengembangan aspek religiusitas pada pelayanan medis. Pelayanan medis akan memiliki petugas-petugas yang berkemampuan untuk melakukan pendekatan religi sebagai pengelolaan perawatan diri pasien. Manfaat jangka panjangnya adalah sebagai upaya terus mengikis bahaya sekularisme dalam kehidupan ilmiah dan praktek kehidupan.
2. Hasil penelitian ini dapat diaplikasikan pada masyarakat luas sehingga berkontribusi dalam meningkatkan pengetahuan, motivasi dan perawatan diri serta pelibatan pasien, individu sehat, maupun keluarga dalam pengelolaan penyakit. Penelitian ini juga dapat dijadikan rujukan ilmiah dan pemicu dalam usaha meningkatkan promosi kesehatan kepada

masyarakat melalui pengembangan aspek religi terkait dengan pendidikan diabetes yang terstruktur termasuk didalamnya tentang perawatan diri, meningkatkan pengetahuan dan keikutsertaan pasien dalam melakukan perawatan diri sehingga meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Hasil penelitian ini dapat memperkaya khasanah keilmuan kesehatan khususnya tentang hubungan aspek religi dengan perawatan diri pasien diabetes mellitus serta diharapkan dapat dijadikan sebagai landasan dasar untuk penelitian lebih lanjut yang berfokus pada pengembangan aspek religi terhadap perawatan diri pasien penyakit kronis lain dengan desain

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

NO	Peneliti	Judul Penelitian	Isi dan Hasil
1	Elizabeth H.B. Lin, dkk. (2004)	<i>Relationship of Depression and Diabetes Self Care, Medication Adherence, and Preventive Care</i>	Desain: Cohort Variabel: Depresi, perawatan diri diabetes, kepatuhan minum obat, dan pencegahan diabetes Hasil: Depresi mayor diasosiasikan dengan aktivitas fisik yang kurang, diet yang tidak sehat, dan ketaatan yang rendah dalam minum obat. Sedangkan pada pencegahan diabetes sama pada pasien yang depresi maupun yang tidak depresi.
2	Sagiran (2012)	<i>Palliative Care</i> di Rumah Sakit Islam dengan Konsep Husnul Khatimah (<i>Hu Care</i>) pada Pasien Gagal Ginjal	Desain: Studi kualitatif Hasil: Dirumuskan 5 titik intervensi <i>Hu Care</i>

Peneliti tidak menemukan penelitian yang sama persis yang meneliti terapi *Hu Care* sebagai variabel bebas dan perawatan diri pasien diabetes mellitus sebagai variabel tergantung dengan desain eksperimen