



**KEEFEKTIFAN MODEL PEMBELAJARAN KOOPERATIF
TIPE NHT (*NUMBERED HEADS TOGETHER*) DAN TAI (*TEAM
ASSISTED INDIVIDUALIZATION*) TERHADAP KEMAMPUAN
PEMECAHAN MASALAH SISWA KELAS VII SMP NEGERI 1
BAWANG PADA MATERI POKOK SEGI EMPAT**

Skripsi

**disajikan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Pendidikan
Program Studi Pendidikan Matematika**

Oleh

Dodik Apriliyanto

4101406502

**JURUSAN MATEMATIKA
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2011

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul

Keefektifan Model Pembelajaran Kooperatif Tipe NHT (*Numbered Heads Together*) dan TAI (*Team Assisted Individualization*) Terhadap Kemampuan Pemecahan Masalah Siswa Kelas VII SMP Negeri 1 Bawang Pada Materi Pokok Segi empat

disusun oleh

Nama : Dodik Apriliyanto

NIM : 4101406502

telah dipertahankan di hadapan sidang Panitia Ujian Skripsi FMIPA UNNES pada tanggal 23 Februari 2011

Panitia:

Ketua

Sekretaris

Dr. Kasmadi Imam S., M.S
195111151979031001

Drs. Edy Soedjoko, M.Pd
195604191987031001

Anggota Penguji

Drs. Sugiarto, M.Pd.
195205151978031003

Anggota Penguji/
Pembimbing Utama

Anggota Penguji/
Pembimbing Pendamping

Drs. Suhito, M.Pd
195311031976121001

Drs. Wuryanto, M.Si
195302051983031003

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan jiplakan dari karya tulis orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Februari 2011

Dodik Apriliyanto
NIM. 4101406502

ABSTRAK

Apriliyanto, Dodik. 2011. *Keefektifan Model Pembelajaran Kooperatif Tipe NHT (Numbered Heads Together) Dan TAI (Teams Assisted Individualization) Terhadap Kemampuan Pemecahan Masalah Siswa Kelas VII SMP Negeri 1 Bawang Pada Materi Pokok Segi empat.* Skripsi, Matematika, FMIPA, Universitas Negeri Semarang. Pembimbing 1 Drs. Suhito, M.Pd. Pembimbing 2 Drs. Wuryanto, M.Si.
Kata Kunci: Pembelajaran NHT, Pembelajaran TAI, kemampuan pemecahan masalah, segi empat.

Sebagian besar siswa SMP masih mengalami kesulitan dalam belajar matematika, khususnya pada materi geometri seperti bangun datar khususnya pada materi pokok segi empat. Hal itu terjadi dikarenakan materi geometri yang bersifat abstrak, untuk memahaminya diperlukan adanya visualisasi untuk memperbaiki proses pembelajaran. Pengembangan model pembelajaran kooperatif tipe NHT dan TAI dapat menjadi alternatif model pembelajaran yang dapat diterapkan dalam proses pembelajaran. Dalam pembelajaran ini, siswa akan belajar dalam suatu tim untuk menumbuhkan rasa percaya diri siswa untuk memecahkan permasalahan yang dianggap sulit.

Rumusan masalah yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah bagaimana keefektifan model pembelajaran kooperatif tipe NHT dibandingkan dengan model pembelajaran kooperatif tipe TAI terhadap kemampuan pemecahan masalah siswa kelas VII SMP N 1 Bawang pada materi pokok segi empat.

Populasi dalam penelitian ini adalah siswa kelas VII semester 2 di SMP Negeri 1 Bawang dengan materi pokok segi empat. Sampel dalam penelitian ini diambil dengan teknik *cluster random sampling* sebagai wakil dari populasi yang terbagi atas 2 kelompok. Variabel dalam penelitian ini adalah kemampuan pemecahan masalah matematika. Data penelitian ini diperoleh dari tes kemampuan pemecahan masalah siswa setelah memperoleh model pembelajaran kooperatif tipe NHT dan TAI dan nilai mid semester genap. Dalam pembelajaran keberhasilan yang ditetapkan adalah dapat mencapai Kriteria Ketuntasan Minimal (KKM) dengan persentase lebih dari atau sama dengan 80%.

Berdasarkan perhitungan uji pada penelitian ini diperoleh $z_{hitung} = 1,975$ dan $z_{tabel} = 1,64$ dengan $\alpha = 0,05$. Karena $z_{hitung} > -z_{tabel}$ maka hasil tes kemampuan pemecahan masalah pada kelompok eksperimen I lebih baik dari kelas eksperimen II.

Dengan demikian diperoleh simpulan bahwa model pembelajaran kooperatif tipe NHT lebih efektif dibandingkan model pembelajaran kooperatif tipe TAI terhadap kemampuan pemecahan siswa kelas VIII SMP N 1 Bawang pada materi pokok segi empat. Oleh karena itu disarankan bahwa model pembelajaran kooperatif tipe NHT seharusnya digunakan sebagai alternatif untuk meningkatkan kemampuan pemecahan masalah siswa dan pembelajaran kooperatif tipe NHT perlu diadakan tindak lanjut sebagai pengembangan dari penelitian ini.

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. *Allah tak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya (Q.S. Al Baqarah:286).*
2. *Karena sesungguhnya sesudah kesulitan ada kemudahan. (QS. Alam Nasyrat 5).*
3. *Berdoa dan berusaha adalah kunci keberhasilan dan kesuksesan.*

KARYA INI KUHA TURKAN UNTUK:

1. *Ibu dan Bapak tercinta, terima kasih atas kasih sayang, doa, serta dukungannya selama ini.*
2. *Adik-adik ku yang kusayangi.*
3. *Teman-teman seperjuangan Pendidikan Matematika '06.*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat ALLAH SWT, yang telah melimpahkan segala rahmat, nikmat, dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Keefektifan Model Pembelajaran Kooperatif Tipe NHT (*Numbered Heads Together*) dan TAI (*Team Assisted Individualization*) Terhadap Kemampuan Pemecahan Masalah Siswa Kelas VII SMP Negeri 1 Bawang Pada Materi Pokok Segi Empat”.

Peneliti menyadari, bahwa selama proses penyelesaian hingga dapat terwujudnya skripsi ini bukanlah semata-mata hasil kerja peneliti sendiri melainkan atas bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segenap kerendahan hati peneliti mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Sudijono Sastroatmodjo, M.Si., selaku Rektor Universitas Negeri Semarang.
2. Dr. Kasmadi Imam Supardi, M.S., selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Negeri Semarang.
3. Drs. Edy Sudjoko, M.Pd., selaku ketua Jurusan Matematika Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Negeri Semarang.
4. Drs. Suhito, M.Pd., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti dalam menyusun skripsi.
5. Drs. Wuryanto, M.Si., selaku Dosen Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti dalam menyusun skripsi.

6. Drs. Yogi Wibowo, selaku Kepala SMP Negeri 1 Bawang yang telah memberikan ijin kepada penulis, khususnya pada waktu penelitian berlangsung.
7. Drs. Suyatno, M.Pd., selaku guru Matematika SMP Negeri 1 Bawang yang telah berkenan membantu selama pelaksanaan penelitian.
8. Guru dan Staf karyawan SMP Negeri 1 Bawang yang telah membantu peneliti selama penelitian.
9. Seluruh siswa kelas VII SMP Negeri 1 Bawang yang telah berpartisipasi dalam pelaksanaan penelitian.
10. Semua pihak yang telah berkenan membantu peneliti selama penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkenan membaca skripsi ini. Semoga dapat bermanfaat bagi mahasiswa matematika khususnya dan bagi semua pihak pada umumnya, serta dapat memberi sumbangan pemikiran pada perkembangan pendidikan selanjutnya.

Semarang, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iii
ABSTRAK	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Penegasan Istilah	7
1.6 Sistematika Penulisan Skripsi	9
BAB II LANDASAN TEORI	
2.1 Landasan Teori	11
2.2 Kerangka Berpikir	36
2.3 Hipotesis	38

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Metode Penentuan Objek Penelitian.....	39
3.2 Metode Pengumpulan Data	40
3.3 Prosedur Penelitian	41
3.4 Instrumen Penelitian	43
3.5 Metode Analisis Data	52

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	63
4.2 Pembahasan	68

BAB V PENUTUP

5.1 Simpulan	74
5.2 Saran	74

DAFTAR PUSTAKA	75
----------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Daftar Nama Siswa Kelompok Eksperimen I.....	78
Lampiran 2 Daftar Nama Siswa Kelompok Eksperimen II.....	79
Lampiran 3 Daftar Nama Siswa Kelompok Uji Coba	80
Lampiran 4 Daftar Nama Kelompok Eksperimen I.....	81
Lampiran 5 Daftar Nama Kelompok Eksperimen II.....	82
Lampiran 6 Kisi-kisi Uji Coba Tes Kemampuan Pemecahan Masalah.....	83
Lampiran 7 Soal Uji Coba Tes Kemampuan Pemecahan Masalah.....	85
Lampiran 8 Kunci Jawaban dan Pedoman Penskoran Soal Uji Coba Tes Kemampuan Pemecahan Masalah	87
Lampiran 9 Daftar Nilai Tes Uji Coba	96
Lampiran 10 Hasil Analisis Uji Coba	97
Lampiran 11 Contoh Perhitungan Analisi Butir Soal Tes Uji Coba	100
Lampiran 12 Kisi-kisi Tes Kemampuan Pemecahan Masalah	107
Lampiran 13 Soal Tes Kemampuan Pemecahan Masalah	109
Lampiran 14 Kunci Jawaban dan Pedoman Penskoran Soal Tes Kemampuan Pemecahan Masalah	111
Lampiran 15 Daftar Nilai Awal	117
Lampiran 16 Uji Normalitas Data Awal Kelas Ekperimen I	118
Lampiran 17 Uji Normalitas Data Awal Kelas Ekperimen II	121
Lampiran 18 Uji Homogenitas Data Awal	124
Lampiran 19 Uji Kesamaan Dua Rata-rata Data Awal	126

Lampiran 20 Daftar Nilai Akhir	128
Lampiran 21 Uji Normalitas Data Akhir Kelas Ekperimen I	129
Lampiran 22 Uji Normalitas Data Akhir Kelas Ekperimen II	132
Lampiran 23 Uji Homogenitas Data Akhir	135
Lampiran 24 Uji Ketuntasan	137
Lampiran 25 Analisis Uji Proporsi Kelas Eksperimen I	138
Lampiran 26 Analisis Uji Proporsi Kelas Eksperimen II.....	140
Lampiran 27 Analisis Kesamaan Dua Proporsi.....	142
Lampiran 28 RPP 1 Kelompok Eksperimen I (NHT)	114
Lampiran 29 RPP 2 Kelompok Eksperimen I (NHT)	147
Lampiran 30 RPP 3 Kelompok Eksperimen I (NHT)	150
Lampiran 31 RPP 4 Kelompok Eksperimen I (NHT)	153
Lampiran 32 RPP 5 Kelompok Eksperimen I (NHT)	156
Lampiran 33 RPP 6 Kelompok Eksperimen I (NHT)	159
Lampiran 34 RPP 1 Kelompok Eksperimen II (TAI)	162
Lampiran 35 RPP 2 Kelompok Eksperimen II (TAI)	165
Lampiran 36 RPP 3 Kelompok Eksperimen II (TAI)	168
Lampiran 37 RPP 4 Kelompok Eksperimen II (TAI)	171
Lampiran 38 RPP 5 Kelompok Eksperimen II (TAI)	174
Lampiran 39 RPP 6 Kelompok Eksperimen II (TAI)	177
Lampiran 40 Lembar Kerja Siswa 1	180
Lampiran 41 Kunci Lembar Kerja Siswa 1.....	183
Lampiran 42 Lembar Kerja Siswa 2	186

Lampiran 43 Kunci Lembar Kerja Siswa 2.....	189
Lampiran 44 Lembar Kerja Siswa 3	192
Lampiran 45 Kunci Lembar Kerja Siswa 3.....	195
Lampiran 46 Lembar Kerja Siswa 4	198
Lampiran 47 Kunci Lembar Kerja Siswa 4.....	201
Lampiran 48 Lembar Kerja Siswa 5	204
Lampiran 49 Kunci Lembar Kerja Siswa 5.....	207
Lampiran 50 Lembar Kerja Siswa 6	210
Lampiran 51 Kunci Lembar Kerja Siswa 6.....	213
Lampiran 52 Arsip Penelitian	216
Lampiran 53 Tabel Statistik	221

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Sintaks Model Pembelajaran Kooperatif	16
Tabel 3.1 Desain Penelitian.....	41
Tabel 3.2 Kriteria Tingkat Kesukaran.....	49
Tabel 3.2 Kriteria Koefisien Daya Pembeda.....	50
Tabel 4.1 Presentase Ketuntasan Hasil Belajar.....	65

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
MOTTO DAN PERUNTUKKAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Beakang	1
1.2. Rumusan Masalah	12
1.3. Penegasan Istilah.....	12
1.4. Tujuan Penelitian.....	14
1.5. Manfaat Penelitian.....	14
1.6. Sistematika Skripsi	15
BAB 2 LANDASAN TEORI	18
2.1. Kontrol Diri	18
2.1.1. Pengertian Kontrol Diri.....	18

2.1.2.	Tipe Kontrol Diri	21
2.1.3.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kontrol Diri	24
2.1.4.	Aspek Kontrol Diri	27
2.2.	Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus	31
2.2.1.	Diabetes Mellitus	31
2.2.1.1.	Pengertian Diabetes Mellitus	31
2.2.1.2.	Penyebab Diabetes Mellitus.....	32
2.2.1.3.	Gejala Diabetes Mellitus.....	34
2.2.1.4.	Komplikasi Diabetes Mellitus.....	36
2.2.1.5.	Pengobatan Diabetes Mellitus.....	40
2.2.2.	Pengertian Pengetahuan	44
2.2.3.	Tingkat Pengetahuan.....	46
2.2.4.	Aspek-aspek Pengetahuan	47
2.2.5.	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	49
2.3.	Pengaruh Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus terhadap Kontrol Diri pada Pasien Rawat Jalan Penderita Diabetes Mellitus.....	50
2.4.	Hipotesis.....	59
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	60
3.1.	Ragam dan Pendekatan Peneliatian.....	60
3.1.1.	Ragam Penelitian	60
3.1.2.	Pendekatan Penelitian	60
3.2.	Variabel Penelitian.....	61

3.2.1.	Identifikasi Variabel Penelitian.....	61
3.2.2.	Definisi Operasional	61
3.2.3.	Hubungan Antar Variabel Penelitian	63
3.3.	Populasi dan Sampel.....	63
3.3.1.	Populasi.....	63
3.3.2.	Sampel.....	64
3.3.3.	Teknik Sampling	65
3.4.	Metode Pengumpulan Data.....	65
3.4.1.	Skala Pengetahuan	66
3.4.2.	Skala Kontrol Diri.....	69
3.5.	Validitas dan Reliabilitas	70
3.5.1.	Validitas	70
3.5.2.	Reliabilitas	72
3.6.	Metode Analisis Data	73
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		75
4.1.	Persiapan Penelitan	75
4.1.1.	Orientasi Kancan.....	75
4.1.1.1.	Gambaran Umum Rumah Sakit Bhayangkara Semarang	75
4.1.1.2.	Gambaran Umum Poli Rawat Jalan Penyakit Dalam Rumah Sakit Bhayangkara Semarang.....	76
4.1.1.3.	Gambaran Subjek Penderita Diabetes Mellitus	78
4.1.2.	Proses Perijinan.....	78
4.1.3.	Penentuan Sampel.....	80

4.2.	Penyusunan Instrumen.....	81
4.3.	Pelaksanaan Penelitian.....	83
4.3.1.	Pengumpulan Data	83
4.3.2.	Pelaksanaan Skoring	84
4.4.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	85
4.4.1.	Validitas	85
4.4.2.	Reliabilitas	88
4.5.	Hasil Penelitian.....	89
4.5.1.	Hasil Uji Asumsi.....	89
4.5.1.1.	Uji Normalitas.....	89
4.5.1.2.	Uji Linieritas	90
4.5.1.3.	Uji Hipotesis	91
4.5.2.	Analisis Deskriptif	93
4.5.2.1.	Gambaran Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus	93
4.5.2.2.	Gambaran Kontrol Diri	113
4.6.	Pembahasan.....	124
4.6.1.	Pembahasan Hasil Analisis Secara Deskriptif Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus dan Kontrol Diri	124
4.6.1.1.	Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus	124
4.6.1.2.	Kontrol Diri.....	128
4.6.2.	Pembahasan Hasil Analisis Secara Inferensial Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus dan Kontrol Diri	132

BAB 5 PENUTUP	141
5.1. Simpulan	141
5.2. Saran	142
DAFTAR PUSTAKA.....	145
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 1 Komplikasi Jangka Panjang Dari Diabetes Mellitus	38
Table 2 Blue Print Skala Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus..	68
Tabel 3 Blue Print Skala Kontrol Diri	69
Tabel 4 Sebaran Item yang Tidak Valid Pada Skala Tingkat Pengetahuan.....	86
Tabel 5 Sebaran Item yang Tidak Valid Pada Skala Kontrol Diri.....	87
Tabel 6 Uji Normalitas.....	89
Tabel 7 ANOVA Tabel.....	90
Tabel 8 Analisis Korelasi Tingkat Pengetahuan Dengan Kontrol Diri.....	91
Tabel 9 Interpretasi Nilai r	92
Tabel 10 Model Summary Pengaruh Tingkat Pengetahuan Terhadap Kontrol Diri	92
Tabel 11 Penggolongan Kriteria Analisis Tingkat Pengetahuan	93
Tabel 12 Kriteria Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus	95
Tabel 13 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus.....	95
Tabel 14 Kriteria Aspek Pengertian Diabetes Mellitus	97
Tabel 15 Distribusi Frekuensi Aspek Pengertian Diabetes Mellitus	98
Tabel 16 Kriteria Aspek Penyebab Diabetes Mellitus	100
Tabel 17 Distribusi Frekuensi Aspek Penyebab Diabetes Mellitus.....	101
Tabel 18 Kriteria Aspek Gejala Diabetes Mellitus	103

Tabel 19	Distribusi Frekuensi Aspek Gejala Diabetes Mellitus	104
Tabel 20	Kriteria Aspek Akibat Diabetes Mellitus	106
Tabel 21	Distribusi Frekuensi Aspek Akibat Diabetes Mellitus	106
Tabel 22	Kriteria Aspek Pencegahan dan Pengobatan Diabetes Mellitus	109
Tabel 23	Distribusi Frekuensi Aspek Pencegahan dan Pengobatan Diabetes Mellitus.....	109
Tabel 24	Ringkasan Penjelasan Deskriptif Tiap Aspek Pada Variabel Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus	111
Tabel 25	Penggolongan Kriteria Analisis Kontrol Diri	113
Tabel 26	Kriteria Kontrol Diri	114
Tabel 27	Distribusi Frekuensi Kontrol Diri	115
Tabel 28	Kriteria Aspek <i>Motor Inhibition</i>	117
Tabel 29	Distribusi Frekuensi Aspek <i>Motor Inhibition</i>	117
Tabel 30	Kriteria Aspek <i>Delay of Gratification</i>	120
Tabel 31	Distribusi Frekuensi Aspek <i>Delay of Gratification</i>	120
Tabel 32	Ringkasan Penjelasan Deskriptif Tiap Aspek Pada Variabel Kontrol Diri	122

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1 Dinamika Psikologis Pengaruh Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus Terhadap Kontrol Diri	54
Gambar 2 Diagram Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus	96
Gambar 3 Diagram Pengetahuan Mengenai Aspek Pengertian Diabetes Mellitus.....	98
Gambar 4 Diagram Pengetahuan Mengenai Aspek Penyebab Diabetes Mellitus.....	101
Gambar 5 Diagram Pengetahuan Mengenai Aspek Gejala Diabetes Mellitus.....	104
Gambar 6 Diagram Pengetahuan Mengenai Aspek Akibat Diabetes Mellitus.....	107
Gambar 7 Diagram Pengetahuan Mengenai Aspek Pencegahan dan Pengobatan Diabetes Mellitus	110
Gambar 8 Diagram Masing-masing Aspek Pengetahuan Mengenai Diabetes Mellitus.....	113
Gambar 9 Diagram Kontrol Diri.....	115
Gambar 10 Diagram Aspek <i>Motor Inhibition</i>	118
Gambar 11 Diagram Aspek <i>Delay of Gratification</i>	121
Gambar 12 Diagram Masing-masing Aspek Kontrol Diri.....	123

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
Lampiran 1 Skala Pengetahuan dan Skala Kontrol Diri	148
Lampiran 2 Skor Skala Pengetahuan dan Skor Skala Kontrol Diri	159
Lampiran 3 Uji Validitas Skala Pengetahuan dan Skala Kontrol Diri	168
Lampiran 4 Uji Reliabilitas Skala Pengetahuan dan Skor Skala Kontrol Diri	177
Lampiran 5 Statistik Deskriptif.....	179
Lampiran 6 Uji Asumsi.....	182
Lampiran 7 Laporan Penyakit Tidak Menular Rawat Jalan	185
Lampiran 8 Surat Penelitian.....	195

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jaman yang serba modern saat ini, manusia dihadapkan pada segala macam bentuk perubahan, termasuk di dalamnya perubahan gaya hidup yang semakin tidak teratur. Gaya hidup manusia di jaman sekarang, dapat membuat orang menjadi memiliki tuntutan hidup yang lebih tinggi yang harus selalu dipenuhi. Tuntutan hidup yang tidak dapat terpenuhi, membuat orang menjadi mudah terkena stress. Banyaknya restoran cepat saji membuat orang lebih memilih makan makanan jenis ini daripada memasak sendiri di rumah. Padahal, restoran cepat saji memiliki kadar karbohidrat dan lemak yang tergolong tinggi. Jika kebiasaan ini berlanjut terus tanpa diantisipasi sejak dini, dapat mengakibatkan penimbunan lemak di dalam tubuh yang pada akhirnya berakibat kegemukan atau obesitas.

Jaman yang juga serba praktis seperti sekarang ini, dengan munculnya *escalator*, *lift*, kendaraan dan lain sebagainya, membuat orang menjadi kurang melakukan aktivitas fisik atau olahraga. Orang lebih memilih menunggu *lift* untuk menuju ke lantai dua daripada harus melewati tangga manual. Hal ini dapat membuat tubuh menjadi manja dan malas bergerak, lemak yang ada di dalam tubuh tidak mengalami pembakaran, lemak tidak diubah menjadi energi, akibatnya dapat terjadi kegemukan. Kurangnya olahraga, kegemukan atau

obesitas, stres dan perubahan gaya hidup yang semakin tidak teratur ini dapat memicu munculnya berbagai macam penyakit, salah satunya adalah diabetes mellitus.

Diabetes mellitus adalah suatu penyakit di mana tubuh penderitanya tidak dapat secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Diabetes merupakan gangguan metabolisme dari distribusi gula oleh tubuh. Penderita diabetes tidak dapat memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup, atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif, sehingga terjadilah kelebihan gula di dalam darah (<http://www.promosikesehatan.com>).

Diabetes mellitus telah menjadi ancaman yang cukup serius bagi umat manusia di dunia. Hal ini dikarenakan bahwa jumlah penderita mengalami kenaikan dari tahun ke tahun. Berdasarkan perhitungan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2003, setidaknya ada 194 juta jiwa atau 5,1% dari 3,8 miliar penduduk dunia usia 20 – 79 tahun yang menderita diabetes mellitus. Sekitar 80% diantaranya, berada di negara berkembang, salah satunya adalah Negara Indonesia (<http://www.kompas.com>).

Negara Indonesia sendiri, penderita diabetes mellitus mengalami peningkatan, dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000, diperkirakan menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2020. Tingginya jumlah penderita diabetes tersebut membawa Indonesia menduduki peringkat keempat di dunia dengan jumlah diabetes terbanyak di bawah India (31,7 juta jiwa), China (20,8 juta jiwa), Amerika Serikat (17,7 juta jiwa). Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT)

memberi gambaran terjadinya peningkatan prevalensi diabetes mellitus dari tahun 2001 sebesar 7,5% menjadi 10,4% pada tahun 2004 (<http://www.kompas.com>).

Kasus diabetes mellitus di wilayah Jawa Tengah berdasarkan laporan program yang berasal dari Rumah Sakit dan Puskesmas tahun 2005, ada sebanyak 209.319. Kasus ini terbagi menjadi dua , yaitu diabetes yang tergantung insulin sebesar 26.147 dan diabetes yang tidak tergantung insulin sebesar 183.172. Prevalensi diabetes mellitus tipe II atau yang tidak tergantung insulin sendiri di wilayah Jawa Tengah mengalami peningkatan dari tahun 2005 sebesar 14,9%, tahun 2006 sebesar 15,7% dan tahun 2007 menjadi sebesar 16,4%. Kasus tertinggi untuk diabetes yang tidak tergantung insulin adalah di kota Semarang, yaitu sebesar 25.129 kasus (14,66%) dibanding dengan jumlah keseluruhan diabetes mellitus di Kabupaten atau Kota lain di Jawa Tengah. Sedangkan kasus tertinggi kedua adalah Kabupaten Klaten yaitu sebesar 14.150 kasus (8,25%). Kasus paling rendah adalah di Kabupaten Wonosobo yaitu sebesar 1.015 kasus (0,59%) (<http://dinkes.jateng.go.id>).

Penyakit diabetes mellitus ini adalah salah satu penyakit tidak menular yang banyak ditemukan di RS Bhayangkara Polda Semarang. Berdasarkan data yang diperoleh, ada sekitar 76 pasien rawat jalan diabetes mellitus pada bulan Februari 2009. Pasien yang berjumlah 76 orang tersebut, terbagi menjadi 5 pasien berusia 25-44 tahun, 44 pasien berusia 45-64 tahun, dan 27 pasien berusia lebih dari 65 tahun. Terdapat 31 pasien penderita lama dan 45 pasien penderita baru, dengan jumlah pasien laki-laki lebih banyak yaitu sebesar 42 orang dibanding

pasien perempuan yang hanya sebesar 34 orang (sumber: Laporan penyakit tidak menular rawat jalan RS Bhayangkara Polda Semarang bulan Februari 2009).

Prevalensi faktor resiko diabetes mellitus dari tahun 2001 – 2004 yaitu obesitas dari 12,7% menjadi 18,3%, hiperglikemia dari 7,9% menjadi 11,3%, hiperkolesterol dari 6,5% menjadi 12,9%, merokok dari 31,8% menjadi 35% (<http://www.depkominfo.go.id>). Masih banyak pasien diabetes mellitus ini yang kurang dapat mengontrol dirinya sendiri dalam menjaga pola makan. Sebagian besar, mereka tetap patuh dalam hal kontrol gula darah, kontrol ke dokter maupun minum obat. Tetapi untuk menjaga pola makannya, menjaga berat badannya, maupun menjaga agar terhindar dari stress, kontrol diri mereka masih kurang.

Diabetes mellitus yang tidak tertangani dengan baik, dapat menyebabkan komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi misalnya jantung, stroke, disfungsi ereksi, gagal ginjal dan kerusakan sistem syaraf. Diabetes mellitus dapat dikendalikan antara lain dengan kontrol gula darah secara teratur, makan dengan gizi seimbang dan terencana, tidak merokok, karena merokok dapat mengakibatkan kondisi yang tahan terhadap insulin serta berolahraga secara teratur.

Penelitian yang dilakukan oleh Hadriami (2000 ; 28) juga mengemukakan bahwa untuk memperpanjang usia, penderita diabetes mellitus harus mengubah gaya hidupnya dalam hal diet, latihan jasmani dan menjaga kebersihan, tetapi berdasarkan data yang diperoleh oleh Hadriami (2000 ; 31) sebagian besar penderita mengemukakan bahwa masalah diet merupakan hal yang sangat mengganggu. .Jika pasien diabetes bersedia untuk melakukan perubahan perilaku,

maka kemungkinan untuk mengalami komplikasi yang lebih parah akan sangat kecil.. Masih banyak penderita diabetes mellitus yang salah mengira bahwa yang perlu diperhatikan hanyalah konsumsi gula. Padahal, penanganan diabetes yang baik, pasien harus bisa mengontrol diri terhadap konsumsi total karbohidrat daripada hanya mengawasi konsumsi gula.

Uraian diatas juga sesuai dengan hasil dari studi pendahuluan yang telah dilakukan di RS Bhayangkara pada tanggal 20 – 30 Maret 2009. Berdasarkan hasil studi pendahuluan terhadap 11 orang pasien diabetes mellitus ternyata masih banyak pasien yang tidak dapat mengontrol perilakunya untuk tidak makan makanan yang dapat meningkatkan kadar gula darah. Terdapat 11 orang pasien, empat pasien diantaranya tidak mengubah pola makannya sama sekali dan mereka juga beranggapan bahwa tidak ada makanan yang perlu dihindari. Bahkan dari keempat pasien tersebut, ada satu pasien yang sudah menderita diabetes selama 11 tahun, tetapi dia tetap makan seperti biasa bahkan dalam sehari dia makan sampai empat kali. Selain itu ada tiga pasien yang tidak mengubah kebiasaannya, yaitu satu orang tidak mengubah kebiasaannya untuk makan makanan ringan dan makan permen, bahkan dia bisa menghabiskan wafer satu kaleng dalam sehari. Dua orang pasien tidak bisa mengubah kebiasaannya untuk tidak merokok. Dan sisanya, mereka juga sering makan makanan ringan tetapi hanya makanan yang diperbolehkan oleh dokter. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa pasien memang masih memiliki kontrol diri yang rendah.

Setiap individu memiliki suatu mekanisme yang dapat membantu mengatur, mengarahkan, dan melakukan perubahan perilaku yaitu kontrol diri.

Kontrol diri ini penting dalam kehidupan manusia. Seseorang yang tidak memiliki kontrol terhadap dirinya dalam kehidupan sehari-hari, orang tersebut akan bertindak tidak sesuai dengan peraturan yang ada, yang pada akhirnya dapat merugikan dirinya sendiri dan orang lain. Kontrol diri pada satu individu dengan individu yang lain tidaklah sama. Ada individu yang memiliki kontrol diri yang tinggi dan ada pula individu yang memiliki kontrol diri yang rendah. Individu yang memiliki kontrol diri tinggi lebih mampu untuk mengubah kejadian, mengarahkan dan mengatur perilaku yang dapat membawa kepada konsekuensi yang positif daripada individu yang memiliki kontrol diri yang rendah (Widiana, 2004 ; 8-9).

Sarafino (1998 ; 108) mengatakan bahwa kontrol diri dan kesehatan itu saling berhubungan. Ada dua alasan dimana kontrol diri dan kesehatan itu saling berhubungan. Pertama, orang yang memiliki kontrol diri yang kuat, lebih mungkin atau mampu untuk memelihara kesehatan mereka dan mencegah sakit daripada yang memiliki kontrol diri rendah. Kedua, ketika seseorang menjadi sakit parah atau serius, seseorang yang memiliki kontrol diri tinggi, melakukan penyesuaian terhadap penyakitnya dan meningkatkan rehabilitasi mereka sendiri secara lebih baik daripada seseorang yang memiliki kontrol diri yang rendah.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Schwartz (2002 ; 1987) mengemukakan bahwa kontrol diri berperan kritis dalam berbagai proses motivasi, perilaku dan emosi. Kontrol diri ini dihubungkan dengan psikologi positif dan kesehatan fisik, ketiadaan kontrol berhubungan dengan keadaan yang tidak sehat dan psikopatologi. Penelitian serupa juga diungkapkan oleh Cardarelli

(2007) yang mengatakan bahwa kontrol diri memberikan kekuasaan untuk menyatukan perilaku promosi kesehatan ke dalam gaya hidup, dengan demikian dapat mengurangi resiko seseorang untuk sejumlah penyakit. Menurut hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Zulkarnain (2002 ; 15), menyebutkan bahwa individu yang memiliki kontrol diri tinggi, cenderung berusaha untuk mengubah perilakunya dan mampu mengatur tindakannya berdasarkan suatu keadaan yang masih dapat diubah.

Shaffer (1985 ; 581) mengungkapkan bahwa kontrol diri diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menunda kepuasan segera dan mengendalikan perilaku yang bertujuan untuk memperoleh hasil yang lebih menguntungkan, menarik, atau baik secara sosial di masa yang akan datang.

Kontrol diri ini tidak hanya sebatas pada kontrol perilaku saja, pasien tidak hanya mengendalikan perilakunya untuk tidak makan makanan manis tetapi juga meliputi kontrol informasi berupa segala sesuatu mengenai diabetes mellitus, kontrol kognitif, kontrol putusan untuk memilih diantara prosedur alternatif dan kontrol retrospektif. Oleh karena itu, dalam melakukan perubahan perilaku mulai dari membuat keputusan sampai mengambil tindakan yang efektif, dibutuhkan suatu pertimbangan-pertimbangan yang berhubungan dengan kognitif seseorang. Pertimbangan yang berhubungan dengan kognitif yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengetahuan. Hasil dari penelitian yang telah dilakukan oleh Nurcahyani dan Rachmahana juga menyebutkan bahwa kontrol diri dipengaruhi oleh afek positif dengan koefisien determinasi sebesar 34,6%. Sedangkan sisanya sebesar 65,4% dipengaruhi oleh variabel lain di luar penelitian seperti kondisi

lingkungan, dukungan keluarga dan informasi (<http://psychology.uui.ac.id>). Hal ini dikarenakan pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003 ; 121). Van Peursen (dalam Adiwitanti, 2006 ; 15) mengungkapkan bahwa tingkah laku manusia digerakkan oleh dorongan rasa ingin tahu yang dimiliki di dalam diri manusia itu sendiri. Jadi dengan kata lain, pengetahuan dapat memberikan informasi atau fakta yang benar mengenai perilaku seseorang.

Pengetahuan diartikan sebagai sesuatu yang diketahui atau diketahui berkenaan dengan sesuatu hal (Poerwadarminta, 1983 ; 994). Sedangkan pengetahuan mengenai diabetes mellitus adalah semua informasi yang diketahui oleh seseorang yang berkenaan dengan apa itu diabetes, penyebabnya, gejalanya, akibatnya, pencegahan dan pengobatannya.

Aristoteles (dalam Adiwitanti, 2006 ; 15) mengungkapkan bahwa salah satu cara manusia bertindak adalah dengan mengenal dan mengetahui. Jadi, seseorang dalam bertindak sebaiknya harus memiliki pengetahuan yang cukup, sehingga dapat mempertimbangkan segala sesuatunya dan mengambil keputusan yang tepat. Oleh karena itu, sebelum pasien diabetes mellitus tersebut mengubah perilakunya, mereka harus mengetahui terlebih dahulu apa manfaat yang dapat diambil dari perubahan perilaku tersebut, apa akibat yang dapat ditimbulkan baik bagi diri sendiri maupun bagi orang lain jika mereka tidak mengubah perilakunya dan tetap pada kebiasaan-kebiasaan lamanya, bagaimana cara pengobatan dan pencegahan agar penyakit diabetes mellitus tersebut tidak menjadi bertambah parah.

Seseorang yang memiliki penyakit diabetes mellitus, dia pasti akan memperoleh informasi dari dokter, keluarga, teman atau orang lain mengenai penyakitnya itu. Bahkan bisa juga dia mencari informasi sendiri mengenai diabetes, baik itu gejalanya, penyebabnya, cara pengobatannya sampai cara pencegahannya. Informasi ini ditangkap oleh reseptor sebagai ingatan sensoris dalam bentuk yang masih kasar, belum diproses sama sekali dan disimpan dalam ingatan jangka pendek. Setelah diterima oleh reseptor dalam ingatan sensoris, informasi yang masih kasar tersebut kemudian ditransformasikan atau diorganisasikan sehingga memiliki makna atau arti tertentu.

Proses selanjutnya yaitu pasien memusatkan pikirannya pada tujuan atau tugas tertentu yang seharusnya dilakukan agar kadar gula darah pasien tetap terjaga dan mengabaikan stimulus lain yang mengganggu yang dapat menyebabkan kenaikan kadar gula darah. Pasien menyeleksi beberapa informasi yang masuk, yang hanya sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Sedangkan informasi lain yang tidak sesuai dengan tujuan akan diabaikan.

Informasi tersebut kemudian disimpan di dalam ingatan jangka panjang pasien sepanjang waktu, sehingga terbentuklah pengetahuan mengenai diabetes mellitus, yang meliputi apa saja yang bisa dilakukan oleh pasien, apa saja yang tidak bisa dilakukan termasuk akibat yang akan ditimbulkan.

Jika dihadapkan pada godaan keinginan terhadap segala sesuatu yang dapat meningkatkan kadar gula darah (makanan manis, rokok, dan lain-lain), pasien akan berpikir dengan menghubungkan fakta-fakta yang terjadi mengenai diabetes mellitus menuju pada suatu kesimpulan mengenai apa yang sebaiknya

dilakukan. Menurut Suharnan (2005 ; 281 dan 291), aktivitas berpikir ini diarahkan untuk pemecahan suatu masalah, dan salah satu kunci sukses dalam pemecahan masalah adalah melalui representasi mental. Oleh karena itu, pada saat pasien dihadapkan pada stimulus yang dapat meningkatkan kadar gula darah yang membuat keinginannya untuk segera dipenuhi, pasien akan melakukan representasi mental. Pasien akan membayangkan kembali semua informasi mengenai diabetes mellitus yang sudah diperolehnya untuk memecahkan masalah.

Selanjutnya pasien mempertimbangkan beberapa alternatif yang harus dilakukan berdasarkan informasi atau pengetahuan mengenai diabetes yang diperolehnya, apakah pasien akan segera memuaskan keinginannya ataukah pasien akan menunda keinginannya. Kemudian pasien akan mengambil keputusan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapainya. Proses pengambilan keputusan ini, pasien berhak mengatur dan melakukan perubahan perilaku karena pasien memiliki kontrol atas dirinya sendiri.

Jika pasien menginginkan hasil yang lebih baik di masa yang akan datang, pasien akan memilih untuk menahan dan menunda keinginannya dalam memperoleh kepuasan segera, hal ini berarti pasien memiliki kontrol diri yang tinggi. Sebaliknya, jika pasien lebih memilih untuk segera memenuhi keinginannya dalam memperoleh kepuasan, hal ini berarti pasien memiliki kontrol diri yang rendah.

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Adiwitanti (2006 ; 17) juga mengatakan bahwa apabila seseorang menderita penyakit kronis, seseorang dapat belajar mengelola penyakit tersebut seefektif mungkin. Seseorang perlu

mengetahui sebanyak mungkin tentang penyakit tersebut, dan dalam hal ini pengetahuan yang terpenting. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki, semakin baik kemampuan untuk memahami kondisi penyakit tersebut dan perawatannya. Hal senada juga diungkapkan dalam hasil penelitian dari Funder dan Block (dalam Widiana, 2004 ; 13) yang menyatakan pentingnya keterampilan kognitif dan kontrol impuls dalam menunda suatu perilaku dalam suatu situasi yang berisi motivasi yang mendorongnya bertindak. Keterampilan kognitif berguna dalam membuat pertimbangan terhadap tindakan yang dilakukan. Kemampuan kognitif tersebut dapat meningkatkan kemampuan untuk membuat pertimbangan sosial dan mengontrol perilakunya.

Berdasarkan uraian diatas, dapat diketahui bahwa pengetahuan memiliki pengaruh terhadap kontrol diri seseorang. Pasien yang memiliki pengetahuan yang lebih mengenai penyakit diabetes mellitus, maka kontrol diri mereka terhadap segala sesuatu yang dapat menjadi pemicu kenaikan kadar gula darah juga tinggi, sehingga pasien dapat terhindar dari komplikasi yang lebih parah lagi. Sebaliknya pasien yang memiliki pengetahuan yang kurang mengenai diabetes, maka kontrol diri mereka terhadap segala sesuatu yang dapat menjadi pemicu kenaikan kadar gula darah rendah, sehingga pasien dapat mengalami komplikasi yang lebih parah. Jadi dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan tentang diabetes mellitus ini berpengaruh terhadap kontrol diri seseorang dalam menjaga kadar gula darahnya.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, penulis ingin melakukan penelitian yang berjudul “Pengaruh Tingkat Pengetahuan mengenai Diabetes

Mellitus terhadap Kontrol Diri pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Di RS Bhayangkara Semarang”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah:

- (1) Bagaimana pengetahuan mengenai diabetes mellitus pada pasien rawat jalan diabetes mellitus?
- (2) Bagaimana kontrol diri pada pasien rawat jalan diabetes mellitus?
- (3) Sejauhmana pengaruh antara pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri pada pasien rawat jalan diabetes mellitus?

1.3 Penegasan Istilah

Penegasan istilah ini dimaksudkan untuk memberi batasan-batasan pada variabel yang akan diteliti agar tidak terjadi kesalahan dalam mengartikan makna dari variabel tersebut. Variabel dalam penelitian ini meliputi:

- (1) Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus

Pengetahuan mengenai diabetes mellitus diartikan sebagai semua informasi mengenai apa itu diabetes mellitus, bagaimana tanda atau gejalanya, apa penyebab dari diabetes mellitus, bagaimana cara pengobatan dan bagaimana cara pencegahan.yang seharusnya diketahui oleh pasien diabetes mellitus

(2) Kontrol Diri

Kontrol diri diartikan sebagai kemampuan seseorang dalam mengendalikan perilakunya, kemampuan memutuskan untuk menunda kepuasan segera dan kemampuan untuk bersabar dalam mengendalikan atau menahan keinginannya untuk mengkonsumsi yang manis-manis, makan makanan yang mengandung kadar lemak dan kolesterol yang tinggi, untuk merokok, dan untuk bermalas-malasan, hal ini bertujuan untuk memperoleh hasil yang menguntungkan di masa yang akan datang yaitu tidak terjadi komplikasi yang lebih parah lagi dan menghindari hasil yang tidak menguntungkan lewat usaha atau tindakannya sendiri.

(3) Pasien rawat jalan

Pasien rawat jalan diartikan sebagai orang yang datang ke rumah sakit untuk tujuan pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa mengharuskan untuk dirawat inap.

(4) Penderita diabetes mellitus

Penderita diabetes mellitus diartikan sebagai pasien di mana tubuhnya tidak dapat secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya, sehingga tidak dapat memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup, atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif, dan terjadilah kelebihan gula di dalam darah.

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah :

- (1) Untuk mengetahui pengetahuan mengenai diabetes mellitus pada pasien rawat jalan diabetes mellitus.
- (2) Untuk mengetahui kontrol diri pada pasien rawat jalan diabetes mellitus.
- (3) Untuk membuktikan sejauhmana pengaruh antara pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri pada pasien rawat jalan diabetes mellitus.

1.5 Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian yang akan dilakukan diharapkan dapat memberikan manfaat, baik secara teoritik maupun secara praktis. Manfaat dilakukannya penelitian ini adalah :

1.5.1 Manfaat Teoritis

Dilihat secara teoritis , hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan teori-teori psikologi khususnya psikologi kesehatan yang berkaitan dengan pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan kontrol diri.

1.5.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan yang berguna, khususnya bagi :

(1) Pasien

Dengan adanya kontrol diri yang tinggi, diharapkan penderita diabetes mellitus lebih dapat mengontrol perilakunya, dengan begitu dapat terhindar dari terjadinya komplikasi-komplikasi yang lebih parah. Dengan adanya kontrol diri, gula darah penderita diabetes bisa lebih stabil.

(2) Pihak Rumah Sakit

Jika pengetahuan mengenai diabetes mellitus pada penderita diabetes mellitus rendah, pihak rumah sakit atau dokter dapat memberikan atau melakukan penyuluhan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai segala sesuatu tentang diabetes mellitus. Penyuluhan kepada pasien sangat penting karena penyakit diabetes mellitus berlangsung seumur hidup, sehingga pasien harus lebih berperan dalam pengelolaan penyakitnya. Dengan memberikan pengetahuan melalui penyuluhan tersebut, kontrol diri pasien diabetes akan semakin tinggi pula.

(3) Masyarakat

Selain itu, juga diharapkan dapat memberikan masukan bagi masyarakat pada umumnya agar dapat mengantisipasi gejala penyakit diabetes mellitus ini lebih dini.

1.6 Sistematika Skripsi

Gambaran singkat dari skripsi ini secara keseluruhan meliputi :

1.6.1 Bagian Awal

Bagian awal pada skripsi terdiri dari halaman sampul depan, halaman judul, halaman pengesahan, abstrak, halaman motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.

1.6.2 Bagian Utama

Bab I adalah pendahuluan, yang berisi latar belakang yang memuat permasalahan yang akan diteliti, rumusan masalah, penegasan istilah yang berupa pengertian untuk memberi batasan tentang variable yang diteliti, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan sistematika skripsi.

Bab II adalah landasan teoritis, meliputi landasan teori yang memuat uraian sistematis mengenai tingkat pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan juga mengenai kontrol diri, serta hipotesis dari penelitian.

Bab III adalah metode penelitian, yang berisi jenis dan desain penelitian yang digunakan, variable penelitian yang diteliti, populasi dan sampel yang dipakai dalam penelitian, metode yang digunakan dalam rangka mengumpulkan data di lapangan, teknik-teknik yang digunakan dalam penghitungan validitas dan reliabilitas, serta metode yang digunakan dalam melakukan analisis data hasil penelitian.

Bab IV adalah hasil penelitian dan pembahasan. Hasil penelitian sedapat mungkin disajikan dalam bentuk daftar atau tabel, atau bentuk lain yang bisa langsung dimengerti dan dipahami. Sedangkan pembahasan berisi analisis hasil penelitian yang berisi penjelasan teoritik.

Bab V adalah penutup, yang berisi kesimpulan dan saran. Kesimpulan merupakan pernyataan singkat dan tepat yang dijabarkan dari hasil penelitian dan

pembahasan untuk membuktikan kebenaran hipotesis. Sedangkan saran, dibuat berdasarkan pengalaman dan pertimbangan penulis, ditujukan kepada para peneliti dalam bidang sejenis yang ingin melanjutkan atau mengembangkan hasil penelitian.

1.6.3 Bagian Akhir

Bagian akhir ini berisi daftar pustaka dan lampiran. Lampiran digunakan untuk menempatkan data atau keterangan lain yang berfungsi untuk melengkapi uraian yang telah disajikan dalam bagian utama skripsi.

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Kontrol Diri

2.1.1 Pengertian kontrol diri

Kemampuan manusia untuk mengontrol peristiwa di dunia, tidak hanya membangkitkan minat para ahli filosofi dan psikolog tetapi juga sebagian besar orang awam. Perhatian terhadap hal ini, dicerminkan dalam konsep yang berbeda sebagai “*willpower*”, “*mastery*”, “*competence*”, dan dalam psikologi, berlawanan dengan “*helplessness*/ketidakberdayaan” dan “*hopelessness*/keputusasaan”. Salah satu karakteristik yang paling menonjol dari “*human will*” adalah orang sering memaksa rintangan pada diri mereka sendiri, menyela perilaku mereka sendiri dan menunda kepuasan yang tersedia. Ketika penundaan kepuasan dipaksa pada individu melalui kondisi atau kekuatan eksternal, disebut dengan “frustasi”, ketika penundaan kepuasan dipaksa oleh diri sendiri, disebut kontrol diri (Mischel, 1981 ; 456).

Calhoun dan Acocella (1995 ; 130) mengatakan bahwa kontrol diri adalah pengaruh seseorang terhadap, dan peraturan tentang, fisiknya, tingkah laku, dan proses-proses psikologisnya, dengan kata lain sekelompok proses yang mengikat dirinya.

Shaffer (1985 ; 581) mengatakan bahwa, “*self control is the ability to defer immediate gratification and to successfully regulate one’s behavior in order*

to achieve more valuable, interesting, or socially desirable outcomes in the future". Dengan kata lain kontrol diri diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menunda kepuasan segera dan mengendalikan perilaku yang bertujuan untuk memperoleh hasil yang lebih menguntungkan, menarik, atau baik secara sosial di masa yang akan datang.

Goldfried dan Merbaum (dalam Lazarus, 1976 ; 339-340) mengatakan bahwa mereka mengartikan kontrol diri yaitu sebagai:

Self control can be viewed as a process through which an individual becomes the principal agent in guiding, directing, and regulating those features of his own behavior that might eventually lead to desired positive consequences. Self control represents a personal decision arrived at through conscious deliberation for the purpose of integrating action which is designed to achieve certain desired outcomes or goals as determined by the individual himself.

Maksudnya adalah bahwa kontrol diri dapat dilihat sebagai suatu proses dimana individu menjadi agen utama yang memandu, mengarahkan dan mengatur bentuk perilaku yang dapat membawa individu kearah konsekuensi positif. Kontrol diri juga menggambarkan keputusan individu yang melalui pertimbangan kognitif untuk menyatukan perilaku yang telah disusun untuk meningkatkan hasil dan tujuan tertentu seperti yang diinginkan.

Rodin (dalam Sarafino, 1998 ; 104), menyebut kontrol diri dengan istilah kontrol pribadi, "*sense of personal control is the feeling that they can make decisions and take effective action to produce desirable outcomes and avoid undesirable ones*", ini berarti bahwa kontrol pribadi merupakan perasaan bahwa mereka dapat membuat keputusan dan mengambil tindakan yang efektif untuk menghasilkan hasil yang diinginkan dan menghindari yang tidak diinginkan.

Peterson (1988 ; 443) juga menyebut kontrol diri sebagai kontrol pribadi, “*personal control is beliefs about how well he or she can bring about good events and avoid bad events*”, ini berarti bahwa kontrol pribadi adalah kepercayaan tentang seberapa baik dia dapat menyempurnakan peristiwa-peristiwa yang baik dan menghindari peristiwa-peristiwa yang tidak baik.

Thompson (dalam Smet, 1994 ; 186) mengatakan kontrol pribadi adalah keyakinan bahwa seseorang dapat mencapai hasil-hasil yang diinginkan lewat tindakan dia sendiri. Perasaan dari kontrol dapat dipengaruhi oleh keadaan situasi, tetapi persepsi kontrol terletak pada pribadi orang tersebut bukan pada situasi.

Calhoun dan Acocella (1995 ; 130-131), mengemukakan dua alasan yang mengharuskan individu untuk mengontrol diri secara kontinu. Pertama, individu hidup bersama kelompok sehingga dalam memuaskan keinginannya individu harus mengontrol perilakunya agar tidak mengganggu tata tertib sosial, melanggar kesenangan dan kenyamanan orang lain. Kedua, masyarakat mendorong individu untuk secara konstan menyusun standar yang semakin tinggi dan yang lebih baik bagi dirinya. Sehingga dalam rangka memenuhi tuntutan tersebut dibutuhkan pengontrolan diri agar dalam proses pencapaian standar tersebut individu tidak melakukan hal-hal yang menyimpang.

Ada tokoh yang menyebut dengan istilah kontrol diri, ada juga yang menyebut dengan istilah kontrol pribadi. Tetapi dalam penelitian ini, peneliti menyamakan istilah kontrol pribadi sama dengan istilah kontrol diri. Hal ini dikarenakan keduanya mempunyai pengertian yang sama, yaitu sama-sama menjelaskan mengenai kepercayaan atau keyakinan akan kemampuan seseorang

dalam melakukan perubahan perilaku dengan mengambil tindakan yang efektif demi memperoleh hasil yang lebih baik untuk masa depannya. Peneliti lebih mengacu pada pengertian kontrol diri menurut Shaffer (1985 ; 581). Jadi dapat disimpulkan bahwa kontrol diri dalam penelitian ini diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk dapat menunda kepuasan segera dan mengambil tindakan yang efektif dalam mengendalikan perilaku, bertujuan untuk memperoleh hasil yang menguntungkan, menarik, atau baik secara sosial di masa yang akan datang. dan menghindari hasil yang tidak menguntungkan lewat tindakannya sendiri. Untuk seterusnya, peneliti tetap menggunakan istilah kontrol diri.

2.1.2 Tipe kontrol diri

Menurut Block dan Block (dalam Zulkarnain, 2002 ; 12) ada tiga jenis kualitas kontrol diri, yaitu:

(1) *Over control*

Kontrol diri yang dilakukan oleh individu secara berlebihan yang menyebabkan individu banyak menahan diri dalam bereaksi terhadap stimulus.

(2) *Under control*

Suatu kecenderungan individu untuk melepaskan impuls dengan bebas tanpa perhitungan yang masak.

(3) *Appropriate control*

Kontrol individu dalam upaya mengendalikan impuls secara tepat.

Berdasarkan konsep Averill (dalam Zulkarnain, 2002 ; 12), terdapat tiga jenis kemampuan mengontrol diri, yaitu:

(1) *Behavioral control*

Merupakan kesiapan atau tersedianya suatu respon yang dapat secara langsung mempengaruhi atau memodifikasi suatu keadaan yang tidak menyenangkan. Kemampuan mengontrol perilaku ini diperinci menjadi dua komponen, yaitu:

(a) Kemampuan mengatur pelaksanaan (*regulated administration*)

Kemampuan individu untuk menentukan siapa yang mengendalikan situasi atau keadaan, dirinya sendiri atau situasi di luar dirinya. Individu yang kemampuan mengontrol dirinya baik, akan mampu mengatur perilaku dengan menggunakan kemampuan dirinya dan bila tidak mampu, individu akan menggunakan sumber eksternal.

(b) Kemampuan memodifikasi stimulus (*stimulus modifiability*)

Kemampuan untuk mengetahui bagaimana dan kapan suatu stimulus yang tidak dikehendaki dihadapi. Ada beberapa cara yang dapat digunakan, yaitu mencegah atau menjauhi stimulus, menempatkan tenggang waktu diantara rangkaian stimulus yang sedang berlangsung, menghentikan stimulus sebelum waktunya berakhir dan membatasi intensitasnya.

(2) *Cognitive control*

Merupakan kemampuan individu dalam mengolah informasi yang tidak diinginkan dengan cara menginterpretasi, menilai, atau menggabungkan

suatu kejadian dalam suatu kerangka kognitif sebagai adaptasi psikologis atau untuk mengurangi tekanan. Aspek ini terdiri atas dua komponen, yaitu :

(a) Memperoleh informasi (*information gain*)

Dengan informasi yang dimiliki oleh individu mengenai suatu keadaan yang tidak menyenangkan, individu dapat mengantisipasi keadaan tersebut dengan berbagai pertimbangan .

(b) Melakukan penilaian (*appraisal*)

Melakukan penilaian berarti individu berusaha menilai dan menafsirkan suatu keadaan atau peristiwa dengan cara memperhatikan segi-segi positif secara subyektif.

(3) *Decisional control*

Merupakan kemampuan seseorang untuk memilih hasil atau suatu tindakan berdasarkan pada sesuatu yang diyakini atau disetujuinya. Kontrol diri dalam menentukan pilihan akan berfungsi baik dengan adanya suatu kesempatan, kebebasan, atau kemungkinan pada diri individu untuk memilih berbagai kemungkinan tindakan.

Smet (1994 ; 187) menyebutkan ada lima macam jenis kontrol, yaitu:

(1) Kontrol perilaku (*behavioral control*)

Melibatkan kemampuan untuk mengambil tindakan yang konkrit untuk mengurangi dampak stressor. Tindakan mungkin mengurangi intensitas peristiwa yang penuh dengan tekanan, atau memperpendek jangka waktu.

(2) Kontrol informasi (*informational control*)

Melibatkan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan tentang kejadian yang penuh tekanan – apa yang akan terjadi, mengapa dan apa konsekuensi yang akan terjadi.

(3) Kontrol kognitif (*cognitive control*)

Kemampuan untuk menggunakan proses dan strategi yang sudah ada dipikirkan untuk mengubah pengaruh stressor. Ini merupakan pemikiran tentang apa yang pada akhirnya dilakukan seandainya.

(4) Kontrol putusan (*decision control*)

Kesempatan untuk memilih diantara prosedur alternative dan lainnya.

(5) Kontrol retrospektif (*retrospective control*)

Keyakinan tentang apa dan siapa yang akan menyebabkan peristiwa yang penuh dengan stress setelah hal itu terjadi.

2.1.3 Faktor yang mempengaruhi kontrol diri

Skinner (dalam Calhoun dan Acocella, 1990 ; 158) mengatakan terdapat tiga faktor dasar yang dilibatkan dalam mengontrol diri, yaitu:

(1) Memilih dengan sengaja

(2) Pilihan antara dua perilaku yang bertentangan, yang satu menawarkan kesenangan segera dan lainnya menawarkan imbalan jangka panjang.

(3) Manipulasi rangsang agar satu perilaku menjadi kurang mungkin dan lainnya lebih mungkin dilakukan.

Thoresen dan Mahoney (dalam Calhoun dan Acocella, 1990 ; 158) mengatakan bahwa seseorang menggunakan kontrol dirinya bila, demi tujuan

jangka panjang, dia dengan sengaja menghindari melakukan perilaku yang biasa dikerjakan atau yang segera memuaskannya yang tersedia secara bebas baginya, tetapi malah menggantinya dengan perilaku yang kurang biasa atau menawarkan kesenangan yang tidak segera dirasakan.

Thompson (dalam Smet, 1994 ; 186) mengatakan bahwa seseorang merasa memiliki kontrol diri ketika:

- (1) Mereka mampu mengenal apa yang dapat dan tidak dapat dipengaruhi lewat tindakan pribadi dalam sebuah situasi.
- (2) Mereka memfokuskan pada bagian yang dapat dikontrol lewat tindakan pribadi.
- (3) Mereka yakin bahwa mereka memiliki kemampuan agar supaya berperilaku dengan sukses.

William James (Mischel, 1989 ; 244) menulis hubungan antara perhatian dengan kontrol diri, dia berpendapat bahwa perhatian merupakan hal yang penting dalam kontrol diri.

Shaffer (1985) menyebutkan faktor yang mempengaruhi kontrol diri seseorang adalah usia dan kognitif.

- (1) Usia

Shaffer (1985 ; 581) mengatakan bahwa orang dewasa lebih pandai untuk mengontrol impuls mereka karena mereka telah diajarkan bahwa lebih berharga untuk menunda keinginan dan telah diperoleh beberapa strategi yang bermanfaat yang memungkinkannya bekerja atau menunggu dengan sabar sampai mereka memperoleh hasil yang lebih berharga.

Penemuan yang paling umum adalah kemampuan menghambat tindakan motorik semakin meningkat sejalan dengan usia. Shaffer (1985 ; 584) juga menyebutkan salah satu penemuan yang paling reliabel dalam literatur penundaan kepuasan adalah hubungan yang positif antara usia dengan pilihan untuk menunda : semakin tua usia seseorang lebih mungkin untuk memilih sesuatu yang berharga daripada yang masih muda.

Aleksandr Luria (dalam Shaffer, 1985 ; 582), orang yang lebih muda akan merespon lebih lambat terhadap perintah larangan karena mereka memberikan sedikit perhatian pada isi pesan semantik daripada terhadap suara.

(2) Kognitif

Shaffer (1985 ; 582) mengatakan bahwa ada hubungan antara *motor inhibition* dengan gaya kognitif.

Sarafino (1998 ; 105) menyebutkan ada dua hal yang menjadi faktor penentu kontrol diri :

(1) Lingkungan keluarga

keluarga adalah bagian yang penting dalam proses ini, dengan anggota keluarga sebagai model perilaku, sebagai agen penguatan, dan sebagai standar untuk perbandingan. Orang tua yang perhatian, memberi harapan, dan konsisten dalam standar perilaku mereka cenderung mempunyai anak yang berkembang dengan *internal locus of control* dan memiliki rasa keyakinan yang tinggi.

(2) Usia

Semakin bertambah usia seseorang, semakin baik kontrol diri orang tersebut.

Jadi dapat diambil kesimpulan bahwa yang mempengaruhi kontrol diri dalam hal ini adalah:

- (1) Lingkungan keluarga
- (2) Usia
- (3) Perhatian
- (4) Kognitif seseorang

2.1.4 Aspek-aspek kontrol diri

Averill (dalam Zulkarnain, 2002 ; 12) menyebutkan ada lima aspek dalam kontrol diri, yaitu:

- (1) Kemampuan mengontrol perilaku

Individu yang kemampuan mengontrol dirinya baik, akan mampu mengatur perilaku dengan menggunakan kemampuan dirinya dan bila tidak mampu, individu akan menggunakan sumber eksternal.

- (2) Kemampuan mengontrol stimulus

Ada beberapa cara yang dapat digunakan, yaitu mencegah atau menjauhi stimulus, menempatkan tenggang waktu diantara rangkaian stimulus yang sedang berlangsung, menghentikan stimulus sebelum waktunya berakhir dan membatasi intensitasnya.

- (3) Kemampuan mengantisipasi suatu peristiwa atau kejadian
- (4) Kemampuan menafsirkan peristiwa atau kejadian
- (5) Kemampuan mengambil keputusan.

Shaffer (1985 ; 581) menyebutkan ada dua aspek dalam kontrol diri, yaitu:

(1) *Motor inhibition*

Motor inhibition atau menahan aktivitas motorik adalah kemampuan untuk mengendalikan atau menahan perilaku motorik ketika diperintahkan demikian. Terdapat juga hubungan antara *motor inhibition* dengan model kognitif seseorang. Orang yang reflektif, yaitu orang yang mampu bekerja dengan hati-hati dan akurat, lebih dapat mampu menahan perilaku motoriknya dibanding orang yang impulsif.

(2) *Delay of gratification*

Delay of gratification atau penundaan kepuasan adalah kemampuan untuk menunda kepuasan atau keinginan mereka dengan harapan untuk memperoleh tujuan jangka panjang yang diinginkan, memperoleh hasil yang lebih berharga di masa depan. Aspek ini terdiri dari dua fase, yaitu keputusan untuk menunda kepuasan dengan tujuan untuk mendapatkan hasil yang lebih menguntungkan dan kemampuan untuk bersabar dan menjaga keputusan yang telah diambil hingga hasil yang dituju telah didapat.

Mischel (dalam Shaffer, 1985 ; 584) mengatakan ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang mau untuk menunda mendapatkan kepuasan, yaitu:

- (a) Kepercayaan diri bahwa orang tersebut akan menerima apa yang seharusnya dia terima ketika dia memutuskan untuk menunggu mendapatkan kepuasan tersebut

- (b) Keuntungan relatif yang didapat jika orang tersebut menunda memperoleh kepuasan dibanding dengan keuntungan yang didapat jika orang tersebut tidak menunda pemenuhan kepuasan.
- (c) Jangka waktu yang harus ditempuh dalam penundaan kepuasan, semakin lama jangka waktu penundaan, maka orang akan lebih memilih untuk mendapatkan kepuasan dengan segera.

Sarafino (1998 ; 105) mengatakan ada dua aspek kontrol diri, yaitu:

(1) *Locus of control*

Orang yang percaya bahwa mereka mempunyai kontrol yang lebih terhadap kesuksesan dan kegagalan, dideskripsikan sebagai *locus of control internal*. Sedangkan orang yang percaya bahwa hidup mereka dikontrol oleh kekuatan dari luar diri mereka sendiri, misalnya seperti keberuntungan, berarti mereka mempunyai *locus of control eksternal*.

(2) *Self efficacy*

Keyakinan atau kepercayaan bahwa kita dapat sukses atas sesuatu yang kita ingin lakukan.

Santrock (2003 ; 487) mengatakan ada tiga aspek dalam kontrol diri, meliputi:

(1) *Delay of gratification*

Orang yang dapat menunda kepuasan segera untuk memperoleh hasil yang diinginkan di masa depan akan menunjukkan pentingnya faktor kognitif dalam menentukan perilaku mereka sendiri.

(2) *Self efficacy*

Kepercayaan atau keyakinan bahwa seseorang dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil yang positif. Bandura dan yang lainnya telah menunjukkan bahwa *self efficacy* berhubungan dengan sejumlah pengembangan positif dalam hidup seseorang, meliputi pemecahan masalah, menjadi lebih bersifat sosial, berhenti merokok.

(3) *Locus of Control*

Locus of control mengacu pada kepercayaan individu mengenai apakah hasil dari tindakan mereka tergantung pada apa yang mereka lakukan atau pada peristiwa-peristiwa di luar kontrol diri mereka. Orang yang dikontrol secara internal, mengasumsikan bahwa perilaku dan tindakan mereka sendiri bertanggungjawab atas konsekuensi yang terjadi pada diri mereka sendiri. Orang yang dikontrol secara eksternal, mengabaikan bagaimana perilaku mereka, mereka tunduk pada nasib, keberuntungan dan orang lain.

Berdasarkan beberapa aspek yang telah dijelaskan di atas, peneliti lebih cenderung menggunakan aspek yang diungkapkan oleh Shaffer (1985 ; 581) dalam penelitian ini, yaitu:

(1) *Delay of gratification*

Delay of gratification atau penundaan kepuasan adalah kemampuan untuk mengontrol impuls atau tindakan dan mengendalikan perilaku mereka dengan harapan untuk memperoleh tujuan jangka panjang yang diinginkan. Aspek ini terdiri dari dua fase, yaitu keputusan untuk menunda kepuasan dengan tujuan untuk mendapatkan hasil yang lebih menguntungkan dan

kemampuan untuk bersabar dan menjaga keputusan yang telah diambil hingga hasil yang dituju telah didapat. Orang yang dapat menunda kepuasan segera untuk memperoleh hasil yang diinginkan di masa depan akan menunjukkan pentingnya faktor kognitif dalam menentukan perilaku mereka sendiri.

(2) *Motor inhibition*

Motor inhibition atau menahan aktivitas motorik adalah kemampuan untuk mengendalikan atau menahan perilaku motorik ketika diperintahkan demikian. Terdapat juga hubungan antara motor inhibition dengan model kognitif seseorang. Orang yang reflektif, yaitu orang yang mampu bekerja dengan hati-hati dan akurat, lebih dapat mampu menahan perilaku motoriknya dibanding orang yang impulsif.

2.2 Pengetahuan mengenai diabetes mellitus

2.2.1 Diabetes mellitus

2.2.1.1 Pengertian diabetes mellitus

Diabetes mellitus adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara adekuat. Insulin adalah hormon yang dilepaskan oleh pankreas, merupakan zat utama yang bertanggung jawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang tepat. Kadar gula darah yang normal pada pagi hari setelah malam sebelumnya berpuasa adalah 70-110 mg/dl darah. Kadar gula darah biasanya kurang dari 120-

140 mg/dl pada dua jam setelah makan atau minum cairan yang mengandung gula maupun karbohidrat lainnya (<http://medicastore.com>).

Direktur Gizi Masyarakat, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI mengatakan bahwa diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit degeneratif, dimana terjadi gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein serta ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (hiperglikemia) dan dalam urin (glukosuria) (<http://www.gizi.net>).

Magee (2004 ; 2) menyebutkan yang beresiko terkena diabetes mellitus, khususnya diabetes tipe II antara lain:

- (1) Orang yang berusia 45 tahun keatas
- (2) Orang dengan riwayat diabetes dalam keluarga
- (3) Orang yang berat badannya berlebih
- (4) Orang yang tidak berolahraga secara teratur
- (5) Kelompok ras dan suku tertentu (Afrika-Amerika, Hispanik-Amerika, Asia-Amerika, penghuni Pulau Pasifik dan Indian Amerika)
- (6) Wanita yang pernah mengidap diabetes saat hamil atau yang pernah melahirkan bayi dengan berat 9 pon atau lebih

2.2.1.2 Penyebab diabetes mellitus

Penyakit tidak menular yang satu ini, bisa disebabkan karena faktor keturunan atau genetik, obesitas atau kegemukan, kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi serat, tinggi lemak, merokok, hiperkolesterol dan lain-lain. Prevalensi faktor resiko diabetes mellitus dari tahun 2001 – 2004 yaitu obesitas dari 12,7%

menjadi 18,3%, hiperglikemia dari 7,9% menjadi 11,3%, hiperkolesterol dari 6,5% menjadi 12,9%, merokok dari 31,8% menjadi 35% karena merokok dapat mengakibatkan kondisi yang tahan terhadap insulin. (<http://www.depkominfo.go.id>). Sumber lain mengatakan bahwa penyebab diabetes mellitus ini tergantung dari tipe diabetesnya. Ada dua tipe diabetes, yaitu:

(1) Diabetes mellitus tipe I (tergantung insulin)

Penderita diabetes mellitus tipe I menghasilkan sedikit insulin atau sama sekali tidak menghasilkan insulin. Sebagian besar diabetes mellitus tipe I terjadi sebelum usia 30 tahun. Faktor lingkungan (mungkin berupa infeksi virus atau faktor gizi pada masa kanak-kanak atau dewasa awal) menyebabkan sistem kekebalan menghancurkan sel penghasil insulin di pankreas. Untuk terjadinya hal ini, diperlukan kecenderungan genetik. Pada diabetes tipe I, 90% sel penghasil insulin (sel beta) mengalami kerusakan permanen. Terjadi kekurangan insulin yang berat dan penderita harus mendapatkan suntikan insulin secara teratur (<http://medicastore.com>).

(2) Diabetes mellitus tipe II (tidak tergantung insulin)

Pada diabetes mellitus tipe II, pankreas tetap menghasilkan insulin, kadang kadarnya lebih tinggi dari normal. Tetapi tubuh membentuk kekebalan terhadap efeknya, sehingga terjadi kekurangan insulin relatif. Diabetes tipe II ini bisa terjadi pada anak-anak dan dewasa, tetapi biasanya terjadi setelah usia 30 tahun. Faktor resiko untuk diabetes tipe II adalah obesitas, sekitar 80-90% penderita mengalami obesitas (<http://medicastore.com>).

2.2.1.3 Gejala Diabetes Mellitus

Untuk mengetahui apakah seseorang menderita diabetes mellitus yaitu dengan memeriksakan kadar gula darah. Kadar gula darah normal adalah :

- (1) Pada saat puasa 80 - < 110 mg/dl
- (2) Pada saat setelah makan 110 - < 160 mg/dl

Hariwijaya dan Sutanto (2007 ; 5-6) mengungkapkan gejala awal diabetes mellitus ini meliputi:

- (1) Mudah lelah
- (2) Banyak minum dan mudah haus
- (3) Banyak kencing
- (4) Berat badan menurun

Bila kadar gula darah tidak terkontrol maka akan timbul gejala kronis seperti:

- (1) Banyak minum, banyak kencing serta mudah haus
- (2) Sering kesemutan
- (3) Kulit terasa panas dan tebal
- (4) Kram dan mudah lelah
- (5) Mudah mengantuk
- (6) Mata menjadi kabur
- (7) Gatal sekitar kemaluan, terutama wanita
- (8) Gigi mudah goyah dan mudah lepas
- (9) Kemampuan seks menurun
- (10) Para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau melahirkan dengan bayi berat lahir > 4 kg

- (11) Penurunan berat badan
- (12) Rasa lemah
- (13) Banyak makan.

Keluhan lain yang mungkin terjadi yaitu:

- (1) Kesemutan
- (2) Gangguan penglihatan
- (3) Gatal / bisul
- (4) Gangguan ereksi
- (5) Keputihan

Gejala klinis yang khas pada diabetes mellitus yaitu “Triaspoli”, polidipsi (banyak minum), poli phagia (banyak makan) dan poliuri (banyak kencing), disamping disertai dengan keluhan sering kesemutan terutama pada jari-jari tangan, badan terasa lemas, gatal-gatal dan bila ada luka sukar sembuh, kadang-kadang berat badan menurun secara drastis (<http://www.gizi.net>).

Sumber lain menyebutkan, gejala diabetes tergantung pada tipe diabetes yang dideritanya :

- (1) Penderita diabetes mellitus tipe I

Pada penderita diabetes tipe I, gejalanya timbul secara tiba-tiba dan bisa berkembang dengan cepat kedalam suatu keadaan yang disebut ketoasidosis diabetikum. Gejala awal dari ketoasidosis diabetikum adalah rasa haus dan kencing yang berlebihan, mual, muntah, lelah dan nyeri perut (terutama pada anak-anak). Pernapasan menjadi dalam dan cepat karena tubuh berusaha untuk memperbaiki keasaman darah. Tanpa pengobatan, ketoasidosis

diabetikum bisa berkembang menjadi koma. Bahkan setelah mulai menjalani terapi insulin, penderita diabetes tipe I bisa mengalami ketoasidosis jika mereka melewatkan satu kali penyuntikan insulin atau mengalami stres akibat infeksi, kecelakaan atau penyakit yang serius.

(2) Penderita diabetes mellitus tipe II

Penderita diabetes tipe II bisa tidak menunjukkan gejala-gejala selama beberapa tahun. Jika kekurangan insulin semakin parah, maka timbulah gejala yang berupa sering kencing dan sering merasa haus. Jika kadar gula darah sangat tinggi (sampai lebih dari 1000 mg/dl, biasanya terjadi akibat stres, misalnya infeksi atau obat-obatan), maka penderita akan mengalami dehidrasi berat, yang bisa menyebabkan kebingungan mental, pusing kejang. (<http://medicastore.com>).

2.2.1.4 Komplikasi diabetes mellitus

Komplikasi yang terjadi menurut Hariwijaya dan Sutanto (2007 ; 10-11) dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

(1) Komplikasi akut

Komplikasi akut bisa mengakibatkan kematian. Komplikasi ini segera terjadi dalam waktu yang singkat. Komplikasi akut antara lain:

- (a) Kesadaran menurun atau koma karena gula darah sangat rendah atau karena gula darah sangat tinggi.
- (b) Hipoglikemi (kekurangan glukosa). Gejalanya meliputi lapar, gemetar, keringat dingin, pusing dan lain-lain.

- (c) Jika kadar gula darah terlalu tinggi, maka akan tampak gejala seperti nafsu makan hilang, merasa haus terus menerus, kencing banyak, mual, muntah, nafas terengah-engah.

(2) Komplikasi kronis

Komplikasi kronis bisa menyebabkan cacat. Komplikasi ini muncul dalam waktu yang lama, bila kadar gula tidak terkontrol. Komplikasi kronis antara lain:

- (a) Kerusakan pembuluh darah besar
- (b) Kerusakan pembuluh darah di otak yang bisa menyebabkan stroke
- (c) Kerusakan pembuluh darah jantung dan pembuluh darah tepi
- (d) Kerusakan pembuluh darah kecil seperti pada mata yang dapat menimbulkan kebutaan
- (e) Kerusakan pada ginjal yang bisa menyebabkan penurunan fungsi ginjal.

Sumber lain juga mengatakan bahwa jika kadar gula darah terus menerus tinggi ini berarti tidak terkontrol, lama kelamaan akan timbul komplikasi yang pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah, misalnya pembuluh darah otak (stroke), pembuluh darah mata (dapat terjadi kebutaan), pembuluh darah ginjal dan lain-lain. Jika sudah terjadi komplikasi ini, maka usaha untuk menyembuhkan keadaan tersebut kearah normal sangat sulit (<http://www.gizi.net>).

Tabel 1

Komplikasi jangka panjang dari diabetes mellitus

Organ / jaringan yang terkena	Yang terjadi	Komplikasi
Pembuluh darah	<p>Plak aterosklerotik terbentuk dan menyumbat arteri berukuran besar atau sedang di jantung, otak, tungkai dan penis.</p> <p>Dinding pembuluh darah kecil mengalami kerusakan sehingga pembuluh tidak dapat mentransfer oksigen secara normal dan mengalami kebocoran</p>	<p>Sirkulasi yang jelek menyebabkan penyembuhan luka yang jelek dan bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, impoten dan infeksi.</p>
Mata	<p>Terjadi kerusakan pada pembuluh darah kecil retina</p>	<p>Gangguan penglihatan dan pada akhirnya bisa terjadi kebutaan</p>
Ginjal	<p>Penebalan pembuluh darah ginjal,</p> <p>protein bocor ke dalam air kemih,</p> <p>darah tidak disaring secara</p>	<p>Fungsi ginjal yang buruk, gagal ginjal</p>

	normal	
Saraf	Kerusakan saraf karena glukosa tidak dimetabolisir secara normal dan karena aliran darah berkurang	Kelemahan tungkai yang terjadi secara tiba-tiba atau secara perlahan, berkurangnya rasa kesemutan dan nyeri di tangan dan kaki, kerusakan saraf menahun
Sistem saraf otonom	Kerusakan pada saraf yang mengendalikan tekanan darah dan saluran pencernaan	Tekanan darah yang naik turun, kesulitan menelan dan perubahan fungsi pencernaan disertai serangan diare
Kulit	Berkurangnya aliran darah ke kulit dan hilangnya rasa yang menyebabkan cedera berulang	Luka, infeksi dalam penyembuhan luka yang jelek
Darah	Gangguan fungsi sel darah putih	Mudah terkena infeksi, terutama infeksi saluran kemih dan kulit

(<http://medicastore.com>).

2.2.1.5 Pengobatan diabetes mellitus

Tujuan utama dari pengobatan diabetes adalah untuk mempertahankan kadar gula darah dalam kisaran yang normal. Kadar gula darah yang benar-benar normal sulit untuk dipertahankan, tetapi semakin mendekati kisaran normal, maka kemungkinan terjadinya komplikasi sementara maupun jangka panjang akan semakin berkurang.

Pengobatan diabetes meliputi pengendalian berat badan, olahraga dan diet. Seseorang yang obesitas yang menderita diabetes mellitus tipe II tidak akan memerlukan pengobatan jika mereka menurunkan berat badannya dan berolahraga secara teratur.

Pengaturan diet sangat penting. Biasanya pasien tidak boleh terlalu banyak makan makanan manis dan harus makan dalam jadwal yang teratur. Penderita diabetes cenderung memiliki kadar kolesterol yang tinggi, karena itu dianjurkan untuk membatasi jumlah lemak jenuh dalam makanannya. Tetapi cara terbaik untuk menurunkan kadar kolesterol adalah mengontrol kadar gula darah dan berat badan.

Semua pasien hendaknya memahami bagaimana menjalani diet dan olahraga untuk mengontrol penyakitnya. Mereka harus memahami bagaimana cara menghindari terjadinya komplikasi.

(<http://medicastore.com>).

Sumber lain juga menyebutkan bahwa diabetes mellitus dapat dicegah dengan menerapkan hidup sehat sedini mungkin yaitu dengan mempertahankan pola makan sehari-hari yang sehat dan seimbang dengan meningkatkan konsumsi

sayuran, buah dan serat, membatasi makanan yang tinggi karbohidrat, protein dan lemak, mempertahankan berat badan yang normal sesuai dengan umur dan tinggi badan serta olahraga teratur sesuai umur dan kemampuan.

Tujuan pengobatan penderita diabetes mellitus adalah untuk mengurangi gejala, menurunkan berat badan bagi yang kegemukan dan mencegah terjadinya komplikasi.

(1) Diet

Pasien diabetes mellitus sangat dianjurkan untuk menjalankan diet sesuai yang dianjurkan, yang mendapat pengobatan anti diuretic atau insulin, harus mentaati diet terus menerus baik dalam jumlah kalori, komposisi, dan waktu makan harus diatur.

(2) Obat-obatan

Tablet atau suntikan anti diabetes diberikan, namun terapi diet tidak boleh dilupakan dan pengobatan komplikasi lain yang menyertai suntikan insulin.

(3) Olahraga

Dengan olahraga teratur, sensitivitas sel terhadap insulin menjadi lebih baik, sehingga insulin yang ada walaupun relatif kurang, dapat dipakai dengan lebih efektif. Lakukan olahraga 1-2 jam sesudah makan terutama pagi hari selama ½ - 1jam perhari minimal 3 kali/minggu.

(<http://www.gizi.net>).

Hariwijaya dan Sutanto (2007 ; 20 – 27) mengungkapkan, ada tiga cara menjaga penyakit diabetes mellitus ini, antara lain:

(1) Pengendalian emosi

Pasien yang dipengaruhi oleh emosinya dengan sengaja tidak mematuhi aturan diet, pengobatan dan pemeriksaan, akan sukar mengontrol kadar gula darahnya. Lemahnya keinginan untuk sembuh, menyebabkan penyakitnya semakin memburuk. Cara dalam menjaga emosi ini misalnya:

- (a) Kuat tidaknya faktor emosi dapat mempengaruhi perjalanan penyakit diabetes mellitus tergantung dari kepribadian pasien.
 - (b) Pasien diabetes harus rajin mencari tahu tentang penyakitnya, sehingga tidak terjerumus dalam pengetahuan yang salah.
 - (c) Perlu kebesaran hati yang tinggi bahwa seorang pasien diabetes mellitus tidak dapat hidup normal selayaknya orang yang tidak menderita penyakit ini. Hanya saja, usaha terus menerus untuk mengendalikan diabetes jauh lebih bermanfaat karena memberikan harapan positif.
 - (d) Mintalah bantuan serta dorongan moral dari keluarga dan lingkungan.
 - (e) Manfaatkan berbagai informasi tentang diabetes untuk menambah pengetahuan.
- (2) Pengendalian makanan dan pola makan

Ada beberapa jenis makanan yang harus dikurangi dan yang harus dihindari, meliputi:

- (a) Kelompok sayuran, buah dan pati

Jenis makanan yang banyak mengandung vitamin, mineral dan serat namun rendah kalori. Golongan ini dapat dikonsumsi dengan jumlah relatif agak banyak, terutama sayuran atau buah yang berwarna hijau.

Serat akan memperlambat penyerapan glukosa dan menurunkan kadar lemak darah. Pasien diabetes dianjurkan mengkonsumsi jenis makanan ini sejumlah 60 – 68% dari total kalori.

(b) Kelompok protein

Jenis makanan yang termasuk golongan ini adalah daging, ikan, susu serta produk olahannya dan kacang-kacangan. Jenis makanan ini akan memasok sebagian kalori dan sebagian besar kebutuhan protein di samping memberikan pula sebagian besar kebutuhan lemak jenuh dan kolesterol yang tidak atau sedikit sekali kita butuhkan. Kebutuhan protein adalah 12 – 20% dari total kalori.

(c) Kelompok penghasil energi dan lemak

Golongan yang harus dipertimbangkan masak-masak untuk dikonsumsi oleh pasien diabetes mellitus atau bila memungkinkan berhenti mengkonsumsi makanan tersebut, karena golongan makanan ini kaya akan energi dan mengandung banyak lemak, sedangkan kebutuhan lemak hanya 20 – 25%. Termasuk golongan ini adalah minyak, alkohol, gula, lemak dan margarine atau mentega.

(d) Pemanis buatan

Pemanis yang berkalori dapat dipakai dalam jumlah sedang pada pasien diabetes mellitus, termasuk di sini sukrosa, glukosa, fruktosa dan sorbitol.

- (3) Pengendalian aktivitas fisik dengan olahraga
- (a) Memilih olahraga yang akan dilakukan, membuat daftar olahraga yang menarik misalnya senam, jalan kaki, berenang dan lain-lain.
 - (b) Memilih kapan memiliki kesempatan untuk melakukan olahraga, pertimbangkan jenis olahraga yang masih sempat dilakukan.
 - (c) Menentukan jadwal kegiatan olahraga, di mana akan melakukan dan bersama dengan siapa.

Kegiatan olahraga yang baik memenuhi kriteria sebagai berikut:

- (a) 3-5 kali per minggu, selama 30-60 menit
- (b) Intensitas: ringan dan sedang
- (c) Target: 60-70% dari Maximum Heart Rate (MHR)
- (d) Perhitungan MHR: $220 - \text{umur}$, misalnya umur 40 tahun jadi MHR 180x/menit
- (e) Tipe olahraga yang dianjurkan: jalan, bersepeda, jogging, berenang
- (f) Disesuaikan dengan umur dan kemampuan jasmani
- (g) Sifat olahraga: *continous, rhythmic, interval, progressive, endurance*.

2.2.2 Pengertian pengetahuan

Pengetahuan diartikan sebagai sesuatu yang diketahui atau diketahui berkenaan dengan sesuatu hal (Poerwadarminta, 1983 ; 994).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman,

rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003 ; 121).

Menurut Van Peursen (dalam Adiwitanti, 2006 ; 15), tingkah laku manusia digerakkan oleh dorongan rasa ingin tahu yang dimiliki di dalam diri manusia itu sendiri. Jadi dengan kata lain, pengetahuan dapat memberikan informasi atau fakta yang benar mengenai perilaku seseorang. Sedangkan menurut Aristoteles (dalam Adiwitanti, 2006 ; 15), salah satu cara manusia bertindak adalah dengan mengenal dan mengetahui. Jadi, seseorang dalam bertindak sebaiknya harus memiliki pengetahuan yang cukup, sehingga dapat mempertimbangkan segala sesuatunya dan mengambil keputusan yang tepat. Hal ini didukung oleh Piaget yang menyatakan bahwa pengetahuan manusia pada dasarnya aktif dan pengetahuan merupakan suatu konstruksi (bentukan) dari kegiatan atau tindakan seseorang. Sehingga dapat dikatakan bahwa mengetahui sesuatu berarti bertindak atas sesuatu itu.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pengertian pengetahuan mengenai diabetes mellitus adalah semua informasi yang diketahui berkenaan dengan apa itu diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, tanda dan gejala dari diabetes, serta bagaimana cara pencegahan dan pengobatan diabetes mellitus.

2.2.3 Tingkat pengetahuan

Benjamin S Bloom (dalam Notoatmodjo, 2003 ; 122 – 123), pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

(1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

(2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi, harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

(3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

(4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

(5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

(6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

2.2.4 Aspek-aspek pengetahuan

Benjamin S Bloom (dalam Azwar, 2005 ; 62) menjelaskan bahwa pengetahuan atau *knowledge* terdiri atas beberapa konsep pokok, antara lain:

(1) *Knowledge of specifics*

Kawasan ini mengukur tingkat pengetahuan, terutama yang berkaitan dengan hal-hal yang pokok. *Knowledge* ini terbagi lagi menjadi dua, yaitu *knowledge of terms* (pengetahuan tentang syarat suatu hal) dan *knowledge of specific facts* (pengetahuan yang berkaitan dengan keadaan atau fakta-fakta yang berkaitan dengan hal-hal tertentu).

(2) *Knowledge of ways and means of dealing with specifics*

Kawasan ini mengukur tentang pengetahuan yang berhubungan dengan cara dan alat yang menyangkut pencapaian hal-hal yang pokok dan mendasar. *Knowledge* ini terbagi lagi menjadi empat, yaitu *knowledge of conventions*

(pengetahuan tentang kesesuaian suatu hal), *knowledge of trends and sequences* (pengetahuan tentang kecenderungan terhadap suatu hal), *knowledge of classifications and categories* (pengetahuan tentang pengelompokkan dan kategori suatu hal), *knowledge of criteria* (pengetahuan tentang kriteria suatu hal), *knowledge of methodology* (pengetahuan yang berkaitan dengan metode atau cara yang digunakan untuk mencapai tujuan tertentu).

(3) *Knowledge of the universals and abstraction in a field*

Pengetahuan yang berkaitan dengan unsur-unsur suatu hal serta pemisahannya menjadi bagian-bagian yang lebih spesifik. *Knowledge* ini dibagi lagi menjadi dua, yaitu *knowledge of principles and generalizations* (pengetahuan tentang hal-hal yang mendasar dan tinjauannya secara umum) dan *knowledge of theories and structures* (pengetahuan tentang teori dan struktur yang mendasari suatu hal).

Notoatmodjo (2003 ; 128-129) mengemukakan indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan tentang sakit dan penyakit, dapat dikelompokkan menjadi :

- (1) Penyebab penyakit
- (2) Gejala atau tanda-tanda penyakit
- (3) Bagaimana cara pengobatan atau kemana mencari pengobatan
- (4) Bagaimana cara penularannya
- (5) Bagaimana cara pencegahannya.

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Notoatmodjo (dalam Widiyanti, 2007 ; 6) mengatakan bahwa pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

(1) Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari diri sendiri maupun dari orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang.

(2) Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif.

(3) Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran dan buku

(4) Sosial budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

(5) Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

(6) Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila seseorang berpenghasilan cukup besar, maka dia akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

2.3 Pengaruh Pengetahuan mengenai Diabetes Mellitus terhadap Kontrol Diri pada Pasien Rawat Jalan

Perilaku manusia itu terbagi menjadi tiga domain atau kawasan yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Domain kognitif merupakan komponen yang berhubungan dengan persepsi individu terhadap obyek sikap dengan apa yang dilihat dan diketahui, pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional, dan informasi dari orang lain. Domain afektif merupakan komponen emosional subyektif seseorang baik yang bersifat positif (rasa senang) maupun negatif (rasa tidak senang). Domain psikomotor merupakan komponen perilaku atau kecenderungan untuk bertindak.

Perilaku merupakan bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus dari luar. Urutan pembentukan perilaku baru, khususnya pada orang dewasa diawali oleh domain kognitif. Menurut Notoatmodjo (2003 ; 121), kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Domain kognitif yang digunakan dalam membentuk tindakan seseorang dalam penelitian ini adalah pengetahuan atau informasi yang dimiliki oleh seseorang.

Van Peursen (dalam Adiwitanti, 2006 ; 15) mengatakan bahwa tingkah laku manusia digerakkan oleh dorongan rasa ingin tahu yang dimiliki di dalam diri manusia itu sendiri. Jadi dengan kata lain, pengetahuan dapat memberikan

informasi atau fakta yang benar mengenai perilaku seseorang. Aristoteles (dalam Adiwitanti, 2006 ; 15) mengatakan bahwa salah satu cara manusia bertindak adalah dengan mengenal dan mengetahui. Jadi, seseorang dalam bertindak sebaiknya harus memiliki pengetahuan yang cukup, sehingga dapat mempertimbangkan segala sesuatunya dan mengambil keputusan yang tepat.

Selain pendapat kedua tokoh tersebut di atas, ada beberapa penelitian terdahulu yang mendukung bahasan tentang pengaruh pengetahuan terhadap perilaku seseorang. Misalnya saja hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Adiwitanti (2006 ; 17) mengatakan bahwa apabila seseorang menderita penyakit kronis, seseorang dapat belajar mengelola penyakit tersebut seefektif mungkin. Belajar bagaimana caranya dan apa yang harus dilakukannya agar penyakit tersebut tidak kambuh atau malah bertambah parah dari sebelumnya. Untuk dapat melakukan itu semua, seseorang harus memiliki pengetahuan yang cukup atau mengetahui sebanyak mungkin segala sesuatu tentang penyakit yang sedang dideritanya. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki, semakin baik juga kemampuan untuk memahami kondisi penyakitnya dan perawatannya agar tidak bertambah parah.

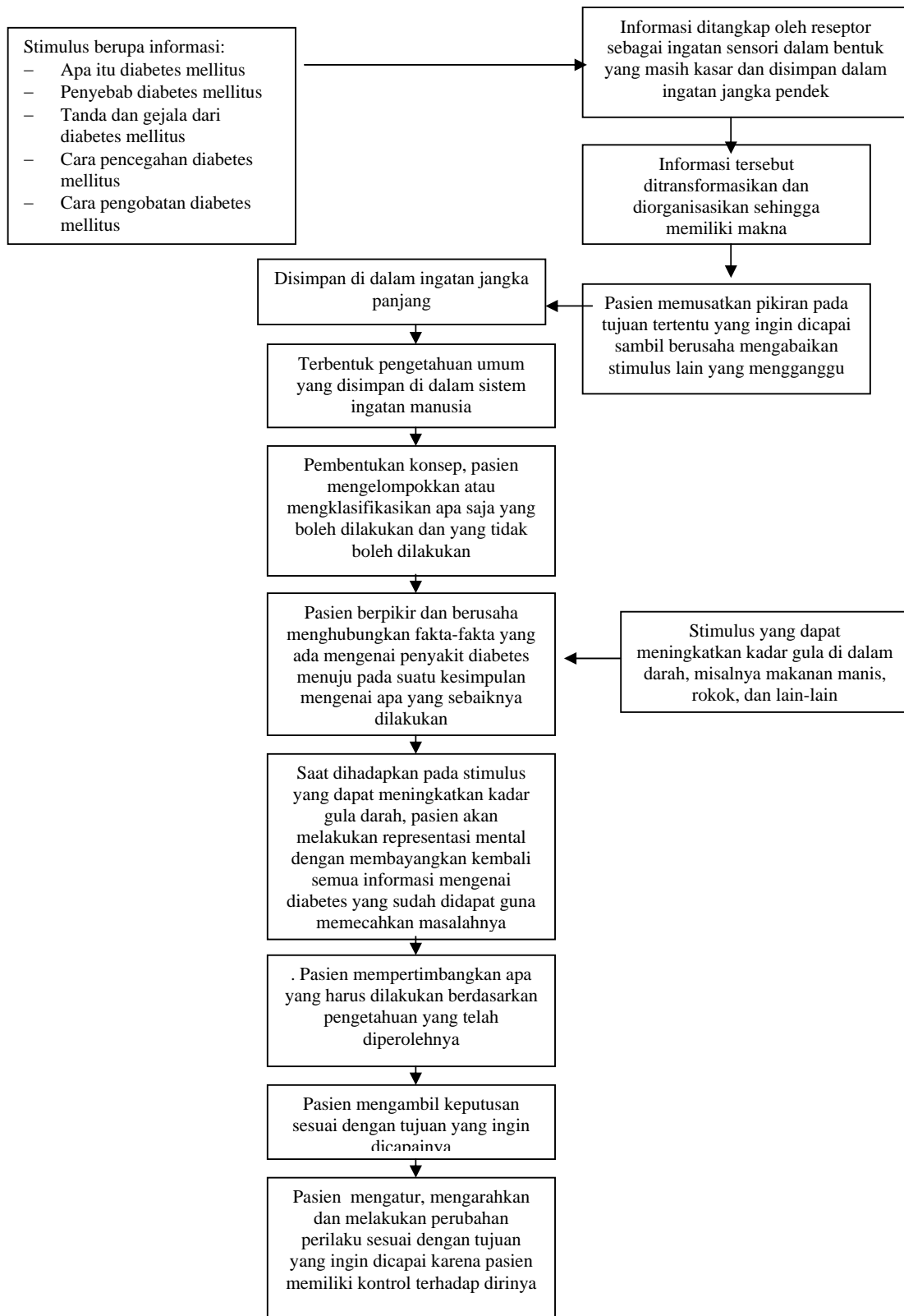
Penelitian tersebut di atas maksudnya adalah agar, jika ada godaan stimulus datang dari luar, yang dapat mengakibatkan penyakit tersebut bertambah parah, seseorang yang memiliki pengetahuan atau informasi yang banyak dapat mempertimbangkan efek atau dampaknya terhadap kondisi penyakit. Misalnya saja pada pasien penderita diabetes mellitus. Pasien diabetes mellitus yang ingin makanan manis dan jika dia dihadapkan pada makanan manis yang dapat

meningkatkan kadar gula darah, dia akan menggunakan pengetahuan atau informasi mengenai diabetes mellitus yang dimilikinya. Pengetahuan atau informasi tersebut digunakan untuk membuat pertimbangan apakah dia akan makan makanan manis yang dapat meningkatkan kadar gula darah dan membuat penyakit menjadi lebih parah, ataukah dia tidak akan makan makanan manis tetapi dapat menimbulkan pengaruh yang lebih baik untuk masa depannya. Pertimbangan ini dibutuhkan suatu keterampilan di dalam kognitif seseorang, dan ini melibatkan pengetahuan atau informasi yang cukup mengenai diabetes mellitus.

Penelitian dari Funder dan Block (dalam Widiana, 2004 ; 13) juga menyatakan pentingnya keterampilan kognitif dan kontrol impuls dalam menunda suatu perilaku dalam suatu situasi yang berisi motivasi yang mendorongnya bertindak. Keterampilan di dalam menggunakan kemampuan kognitif (pengetahuan atau informasi yang dimiliki), akan berpengaruh pada pengendalian terhadap perilaku yang mendorongnya untuk mendapatkan keinginannya dengan segera. Keterampilan dalam menggunakan kemampuan kognitif berguna dalam membuat pertimbangan terhadap tindakan yang dilakukan. Kemampuan kognitif tersebut dapat meningkatkan kemampuan untuk membuat pertimbangan sosial dan mengontrol perilakunya.

Seseorang yang memiliki pengetahuan yang cukup, orang tersebut lebih dapat mempertimbangkan segala sesuatunya dan mengendalikan perilakunya demi memperoleh tujuan yang lebih baik. Individu yang memiliki pengendalian terhadap dirinya, lebih mampu untuk mengubah kejadian, mengarahkan dan

mengatur perilaku yang dapat membawa kepada konsekuensi yang positif atau dengan kata lain hasil yang lebih baik untuk masa depannya daripada individu yang memiliki kontrol diri yang rendah (Widiana, 2004 ; 8-9).



Gambar 1
Dinamika Psikologis pengaruh tingkat pengetahuan tentang Diabetes Mellitus terhadap kontrol diri

Diabetes mellitus bisa disebabkan karena faktor keturunan atau genetik, obesitas atau kegemukan, kurang aktivitas fisik, kurang konsumsi serat, tinggi lemak, merokok, hiperkolesterol dan lain-lain. Diabetes mellitus yang tidak tertangani dengan baik, dapat menyebabkan komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi misalnya jantung, stroke, disfungsi ereksi, gagal ginjal dan kerusakan sistem syaraf. Menderita diabetes bukanlah akhir dari segalanya. Diabetes mellitus dapat dikendalikan antara lain dengan kontrol gula darah secara teratur, makan dengan gizi seimbang dan terencana, tidak merokok, karena merokok dapat mengakibatkan kondisi yang tahan terhadap insulin serta berolahraga secara teratur. Penderita diabetes yang dapat menjaga berat badan, menjaga pola makannya, dan menjaga agar terhindar dari stress, kemungkinan untuk mengalami komplikasi yang lebih parah sangat kecil.

Komplikasi ini dapat dicegah jika pasien mau mengendalikan perilaku yang sudah biasa dilakukan dan mengubahnya menjadi perilaku baru yang lebih efektif untuk mendapatkan hasil yang lebih menguntungkan. Untuk mencapai hasil yang menguntungkan tersebut, pasien harus bisa menunda keinginan dalam memperoleh kepuasan yang justru dapat meningkatkan kadar gula darah. Oleh karena itulah pengendalian diri pasien sangat diperlukan untuk memperoleh hasil yang lebih baik.

Shaffer (1985 ; 581) mengatakan “*self control is the ability to defer immediate gratification and to successfully regulate one’s behavior in order to achieve more valuable, interesting, or socially desirable outcomes in the future*”. Kontrol diri diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menunda kepuasan

segera dan mengendalikan perilaku yang bertujuan untuk memperoleh hasil yang lebih menguntungkan, menarik, atau baik secara sosial di masa yang akan datang.

Kontrol diri ini tidak hanya sebatas pada kontrol perilaku saja, pasien tidak hanya mengendalikan perilakunya untuk tidak makan makanan manis tetapi juga meliputi kontrol informasi berupa segala sesuatu mengenai diabetes mellitus, kontrol kognitif, kontrol putusan untuk memilih diantara prosedur alternatif dan kontrol retrospektif. Oleh karena itu, dalam membuat keputusan dan mengambil tindakan yang efektif tersebut, dibutuhkan suatu pertimbangan-pertimbangan yang berhubungan dengan kognitif seseorang. Pertimbangan yang berhubungan dengan kognitif yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengetahuan.

Pengetahuan diartikan sebagai sesuatu yang diketahui atau diketahui berkenaan dengan sesuatu hal (Poerwadarminta, 1983 ; 994). Pengetahuan mengenai diabetes mellitus adalah semua informasi mengenai diabetes mellitus yang diketahui oleh seseorang, berkenaan dengan apa itu diabetes mellitus, penyebab diabetes, gejala diabetes, akibat diabetes, pencegahan dan pengobatannya.

Seseorang yang memiliki penyakit diabetes mellitus, dia pasti akan memperoleh informasi dari dokter, keluarga, teman atau orang lain mengenai penyakitnya itu. Bahkan bisa juga dia mencari informasi sendiri mengenai diabetes, baik itu gejalanya, penyebabnya, cara pengobatannya sampai cara pencegahannya.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Moore (1977) mengungkapkan bahwa representasi kognitif berperan dalam kontrol diri, khususnya penundaan

kepuasan. Suharnan (2005 ; 279) mengatakan representasi kognitif dibagi menjadi dua bagian yang bersifat kesinambungan yaitu *lower order cognition*, komponen yang terletak pada urutan awal proses kognitif yang meliputi persepsi, pengenalan pola dan ingatan serta *higher order cognition*, komponen yang terletak pada urutan akhir proses kognitif yang meliputi berpikir, pembentukan konsep, penalaran, pembuatan keputusan dan pemecahan masalah.

Stimulus yang berupa informasi mengenai segala sesuatu tentang diabetes mellitus ini ditangkap oleh reseptor sebagai ingatan sensoris dalam bentuk yang masih kasar, belum diproses sama sekali dan disimpan dalam ingatan jangka pendek. Setelah diterima oleh reseptor dalam ingatan sensoris, informasi yang masih kasar tersebut kemudian ditransformasikan atau diorganisasikan sehingga memiliki makna atau arti tertentu.

Proses selanjutnya yaitu pasien memusatkan pikirannya pada tujuan atau tugas tertentu yang seharusnya dilakukan agar kadar gula darah pasien tetap terjaga dan mengabaikan stimulus lain yang mengganggu yang dapat menyebabkan kenaikan kadar gula darah. Pasien menyeleksi beberapa informasi yang masuk, yang hanya sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai, sedangkan informasi lain yang tidak sesuai dengan tujuan akan diabaikan.

Informasi tersebut kemudian disimpan di dalam ingatan jangka panjang pasien, sehingga terbentuklah pengetahuan mengenai diabetes mellitus. Setelah terbentuk pengetahuan baru mengenai diabetes, pasien kemudian mengelompokkan atau mengklasifikasikan apa saja yang bisa dan boleh dilakukan

oleh pasien, apa saja yang tidak bisa dan tidak boleh dilakukan oleh pasien diabetes mellitus.

Jika dihadapkan pada godaan keinginan terhadap segala sesuatu yang dapat meningkatkan kadar gula darah (makanan manis, rokok, dan lain-lain), pasien akan berpikir dengan menghubungkan fakta-fakta yang terjadi mengenai diabetes mellitus menuju pada suatu kesimpulan mengenai apa yang sebaiknya dilakukan. Suharnan (2005 ; 281 dan 291) mengatakan bahwa aktivitas berpikir ini diarahkan untuk pemecahan suatu masalah, dan salah satu kunci sukses dalam pemecahan masalah adalah melalui representasi mental. Oleh karena itu, pada saat pasien dihadapkan pada stimulus yang dapat meningkatkan kadar gula darah yang membuatnya untuk segera memenuhi keinginan tersebut, pasien akan melakukan representasi mental. Pasien akan membayangkan kembali semua informasi mengenai diabetes mellitus yang sudah diperolehnya untuk memecahkan masalah.

Selanjutnya pasien mempertimbangkan beberapa alternatif yang harus dilakukan berdasarkan informasi atau pengetahuan mengenai diabetes yang diperolehnya, apakah pasien akan segera memuaskan keinginannya atautkah pasien akan menunda keinginannya. Kemudian pasien akan mengambil keputusan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapainya.

Proses pengambilan keputusan ini, pasien memiliki hak untuk mengatur, mengarahkan dan melakukan perubahan perilaku sesuai dengan tujuan yang ingin dicapainya, karena pasien memiliki kendali atau kontrol terhadap dirinya sendiri.

Jika pasien menginginkan hasil yang lebih baik di masa yang akan datang, pasien akan memilih untuk menahan dan menunda keinginannya dalam

memperoleh kepuasan segera, hal ini berarti pasien memiliki kontrol diri yang tinggi. Sebaliknya, jika pasien lebih memilih untuk segera memenuhi keinginannya dalam memperoleh kepuasan, hal ini berarti pasien memiliki kontrol diri yang rendah.

Jadi dapat disimpulkan bahwa pengetahuan yang dimiliki pasien tentang diabetes mellitus akan memberikan pengaruh terhadap tindakan yang dia lakukan. Dengan segala informasi yang dimiliki mengenai diabetes, pasien akan dapat mengenal apa saja yang dapat dikontrol lewat tindakannya sendiri misalnya mengendalikan dirinya dalam mengatur pola makannya, mengendalikan diri untuk menghindari stres, rajin berolahraga dan lain-lain sehingga pasien dapat terhindar dari penyakit yang lebih parah lagi.

2.4 Hipotesis

Berdasarkan landasan teori di atas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah: “Ada pengaruh antara tingkat pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri pada pasien rawat jalan diabetes mellitus”.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Ragam dan Pendekatan Penelitian

3.1.1 Ragam penelitian

Ragam penelitian yang digunakan yaitu penelitian kuantitatif. Menurut Arikunto (2002 ; 10) bahwa penelitian kuantitatif menuntut menggunakan angka, mulai dari pengumpulan data, penafsiran terhadap data tersebut, serta penampilan dari hasilnya. Pada dasarnya, pendekatan kuantitatif dilakukan pada penelitian inferensial (dalam rangka pengujian hipotesis) dan menyandarkan kesimpulan hasilnya pada suatu probabilitas kesalahan penolakan hipotesis nihil (Azwar, 2001 ; 5).

3.1.2 Pendekatan penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan yaitu penelitian korelasional. Peneliti memilih individu-individu yang mempunyai variasi dalam hal yang diselidiki. Semua anggota kelompok yang dipilih sebagai subjek penelitian diukur mengenai dua jenis variabel yang diselidiki, kemudian dihitung untuk diketahui koefisien korelasinya. Penelitian korelasi yang digunakan yaitu korelasi sebab akibat. Variabel pertama diperkirakan menjadi penyebab variabel yang kedua. Variabel pertama berpengaruh terhadap yang kedua (Arikunto, 2002 ; 31-32).

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Identifikasi variabel penelitian

Definisi variabel menurut Sutrisno Hadi (dalam Arikunto, 2002 ; 94) yaitu gejala yang bervariasi. Identifikasi variabel merupakan langkah penetapan variabel-variabel utama dalam penelitian dan penentuan fungsinya masing-masing (Azwar, 2001 ; 61). Penelitian ini ada dua variabel, yaitu :

- (1) Variabel bebas : tingkat pengetahuan mengenai diabetes mellitus
- (2) Variabel terikat : kontrol diri.

3.2.2 Definisi operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi mengenai variabel yang dirumuskan berdasarkan karakteristik-karakteristik variabel tersebut yang dapat diamati (Azwar, 2001 ; 74).

- (1) Tingkat pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Pengetahuan mengenai diabetes mellitus diartikan sebagai semua informasi yang diperoleh pasien sendiri maupun dari orang lain mengenai apa itu diabetes mellitus, bagaimana tanda atau gejalanya, apa penyebab dari diabetes mellitus, bagaimana cara pengobatan dan bagaimana cara pencegahan.yang seharusnya diketahui oleh pasien diabetes mellitus.

Pengetahuan mengenai diabetes mellitus dilihat dari skor total pada skala pengetahuan. Semakin tinggi skor total yang diperoleh pada skala pengetahuan mengenai diabetes mellitus tersebut, semakin tinggi pula pengetahuan mengenai diabetes yang dimiliki oleh pasien. Demikian pula sebaliknya, semakin rendah

skor total yang diperoleh pada skala pengetahuan mengenai diabetes mellitus tersebut, semakin rendah pula pengetahuan mengenai diabetes yang dimiliki oleh pasien.

(2) Kontrol diri pada pasien rawat jalan diabetes mellitus

Kontrol diri diartikan sebagai kemampuan pasien diabetes mellitus dalam mengendalikan perilakunya, kemampuan memutuskan untuk menunda kepuasan segera dan kemampuan untuk bersabar dalam mengendalikan atau menahan keinginannya untuk mengonsumsi yang manis-manis, makan makanan yang mengandung kadar lemak dan kolesterol yang tinggi, untuk merokok, dan untuk bermalas-malasan, hal ini bertujuan untuk memperoleh hasil yang menguntungkan di masa yang akan datang yaitu tidak terjadi komplikasi yang lebih parah lagi dan menghindari hasil yang tidak menguntungkan lewat usaha atau tindakannya sendiri.

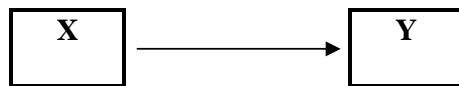
Kontrol diri ini dilihat dari skor total pada skala kontrol diri. Semakin tinggi skor total yang diperoleh, semakin tinggi pula kontrol diri pasien. Demikian pula sebaliknya, semakin rendah skor total yang diperoleh, semakin rendah kontrol diri pasien. Skala yang digunakan dalam kontrol diri ini disusun berdasarkan aspek-aspek yang terdapat dalam kontrol diri, meliputi *motor inhibition, delay of gratification*.

(3) Pasien rawat jalan diabetes mellitus

Pasien rawat jalan diabetes mellitus diartikan sebagai pasien yang terdaftar sebagai pasien diabetes mellitus di poli penyakit dalam rumah sakit Bhayangkara Semarang untuk tujuan pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya setiap hari senin sampai jumat yang berobat jalan tanpa mengharuskan untuk di rawat inap.

3.2.3 Hubungan antar variabel penelitian

Variabel-variabel dalam penelitian ini tentunya saling berhubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain. Hubungan antar variabel dapat ditunjukkan dalam gambar sebagai berikut :



Keterangan :

X = Variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Y = Variabel tergantung yaitu kontrol diri

Berdasarkan keterangan di atas, X merupakan pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan Y merupakan kontrol diri.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan individu atau objek yang diteliti yang memiliki beberapa karakteristik yang sama. Azwar (2001 ; 77) mengatakan bahwa

populasi didefinisikan sebagai kelompok subjek yang hendak dikenai generalisasi hasil penelitian. Sebagai suatu populasi, kelompok subjek ini harus memiliki ciri-ciri atau karakteristik-karakteristik bersama yang membedakannya dari kelompok subjek yang lain.

Dalam penelitian ini, populasinya adalah semua pasien penderita diabetes mellitus yang terdaftar berobat rawat jalan di poli penyakit dalam RS Bhayangkara Semarang dalam jangka waktu satu bulan, yaitu mulai dari tanggal 23 November – 23 Desember 2009. Alasan peneliti memilih RS Bhayangkara dikarenakan:

- (1) Diabetes mellitus termasuk salah satu penyakit tidak menular yang banyak ditemukan di RS Bhayangkara Semarang
- (2) Berdasarkan studi pendahuluan, kontrol diri pasien diabetes mellitus di RS Bhayangkara termasuk rendah
- (3) Hanya di RS Bhayangkara, peneliti mendapat ijin untuk melakukan penelitian dan berinteraksi langsung dengan pasien diabetes mellitus.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi. Suatu sampel merupakan representasi yang baik bagi populasinya, sangat tergantung pada sejauhmana karakteristik sampel itu sama dengan karakteristik populasinya (Azwar, 2001 ; 79). Subjek yang dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah pasien penderita diabetes mellitus yang berobat rawat jalan di poli penyakit dalam rumah sakit

Bhayangkara Semarang, dengan pendidikan terakhir minimal SMA atau sederajat dan lamanya menderita minimal 1 tahun.

3.3.3 Teknik sampling

Penelitian ini menggunakan purposive sampling, yang dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu yaitu mengambil subjek dengan pendidikan terakhir minimal SMA atau sederajat dan lamanya menderita minimal 1 tahun (Arikunto, 2002 ; 117). Tujuan tersebut didasarkan atas alasan bahwa tingkat pendidikan adalah faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin luas pengetahuannya. Selain itu, dalam waktu 1 tahun, subjek diharapkan sudah mulai dapat beradaptasi dengan penyakitnya. Syarat-syarat purposive sampling antara lain:

1. Pengambilan sampel harus didasarkan atas ciri-ciri, sifat-sifat atau karakteristik tertentu, yang merupakan ciri pokok populasi.
2. Subjek yang diambil sebagai sampel benar-benar merupakan subjek yang paling banyak mengandung ciri-ciri yang terdapat pada populasi
3. Penentuan karakteristik populasi dilakukan dengan cermat di dalam studi pendahuluan

3.4 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala psikologi.

Azwar (2006 ; 4) mengungkapkan mengenai karakteristik skala sebagai alat ukur psikologi yaitu:

- (1) Stimulusnya berupa pertanyaan atau pernyataan yang tidak langsung mengungkap atribut yang hendak diukur melainkan mengungkap indikator perilaku dari atribut yang bersangkutan.
- (2) Dikarenakan atribut psikologis diungkap secara tidak langsung lewat indikator-indikator perilaku, sedangkan indikator perilaku diterjemahkan dalam bentuk item-item, maka skala psikologi selalu berisi banyak item.
- (3) Respons subyek tidak diklasifikasikan sebagai jawaban benar atau salah. Semua jawaban dapat diterima sepanjang diberikan secara jujur dan sungguh-sungguh.

Skala psikologi dalam penelitian ini ada dua jenis yaitu skala pengetahuan dan skala kontrol diri.

3.4.1 Skala pengetahuan diabetes mellitus

Penelitian mengenai pengaruh pengetahuan mengenai diabetes mellitus ini, peneliti tidak menggunakan tes tetapi menggunakan skala untuk mengetahui bagaimana pengetahuan pasien mengenai diabetes mellitus. Hal tersebut dikarenakan tujuan dari penelitian ini hanya sebatas ingin mengetahui pengetahuan mengenai diabetes mellitus yang dimiliki pasien, bukan mengandung pengertian kompetisi dan juga bukan untuk mengukur keberhasilan atau kegagalan pasien terhadap penguasaan informasi mengenai diabetes mellitus seperti yang terdapat di dalam tes (Kerlinger, 2003 ; 789). Selain itu, alasan

peneliti menggunakan skala dan tidak menggunakan tes adalah bahwa dalam penelitian ini, peneliti tidak memberikan materi terlebih dahulu kepada pasien dan tujuannya juga bukan untuk mengungkap hasil belajar serta penguasaan materi yang telah diajarkan seperti yang terdapat di dalam tes prestasi (Azwar, 2005 ; 8-9).

Penelitian mengenai pengaruh pengetahuan mengenai diabetes mellitus ini, peneliti juga tidak menggunakan angket karena angket mendasarkan diri pada laporan tentang diri atau *self reports* yang sebagian besar menggunakan prinsip introspeksi. Besar kemungkinan jawaban-jawaban subjek dipengaruhi oleh keinginan-keinginan pribadi (Hadi, 2001 ; 157), sedangkan penelitian ini yang dibutuhkan adalah kejujuran dari subjek mengenai pengetahuannya tentang diabetes mellitus.

Penyusunan skala pengetahuan diabetes mellitus ini, format item yang digunakan adalah format respon. Skala pengetahuan diabetes mellitus, item yang dibuat adalah 45 item dari 5 aspek pengetahuan mengenai diabetes mellitus. Masing-masing item hanya terdiri dari item favorabel atau item positif saja tanpa ada item unfavorabel, karena informasi merupakan sesuatu yang positif dan pasti, peneliti tidak memberikan pertanyaan atau pernyataan yang salah yang dapat menjebak subjek dalam menjawab. Alternatif jawaban yang tersedia ada empat, yaitu sangat tahu (ST), tahu (T), tidak tahu (TT) dan sangat tidak tahu (STT). Rentang jawaban berkisar antara 1-4. Sistem kategori dengan pilihan empat jawaban tanpa mencantumkan pilihan jawaban netral (N) bertujuan untuk menghindari kecenderungan subjek untuk memilih alternatif jawaban netral jika

subjek ragu-ragu. Jika responden cenderung untuk memilih jawaban netral, maka data mengenai perbedaan responden menjadi kurang informatif (Azwar, 2006 ; 34).

Pernyataan favorabel, nilai tertinggi 4 diberikan untuk jawaban sangat tahu (ST), nilai 3 untuk jawaban tahu (T), nilai 2 untuk jawaban tidak tahu (TT), dan nilai 1 untuk jawaban sangat tidak tahu (STT).

Tabel 2
Blue Print
Skala pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Variabel	Sub variabel	Indikator	Jumlah Item	Nomor item
Pengetahuan mengenai diabetes mellitus	Pengertian diabetes mellitus	– Definisi diabetes mellitus – Yang beresiko terkena diabetes – Tipe-tipe diabetes mellitus	9 item	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
	Penyebab diabetes mellitus	– Penyebab diabetes mellitus tipe I – Penyebab diabetes mellitus tipe II	6 item	10, 11, 12, 13, 14, 15
	Gejala diabetes mellitus	– Kadar gula darah penderita diabetes – Gejala awal diabetes – Gejala kronis diabetes	9 item	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24
	Akibat diabetes mellitus	– Komplikasi akut – Komplikasi kronis	6 item	25, 26, 27, 28, 29, 30
	Pencegahan dan pengobatan	– Tujuan pencegahan dan pengobatan – Cara menjaga kadar gula darah – Pengendalian emosi – Pengendalian makanan – Pengendalian aktivitas fisik	15 item	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45
Jumlah			45 item	

3.4.2 Skala kontrol diri

Dalam penyusunan skala psikologi ini, format item yang digunakan adalah format respon. Untuk skala psikologi kontrol diri, item yang akan dibuat adalah 45 item dari dua aspek kontrol diri. Masing-masing item terdiri dari item favorabel dan unfavorabel. Pada skala psikologi ini terdapat empat alternatif jawaban, yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju (STS), dengan rentang jawaban berkisar antara 1-4. Sistem kategori dengan pilihan empat jawaban tanpa mencantumkan pilihan jawaban netral (N) bertujuan untuk menghindari kecenderungan subjek untuk memilih alternatif jawaban netral jika subjek ragu-ragu. Jika responden cenderung untuk memilih jawaban netral, maka data mengenai perbedaan responden menjadi kurang informatif (Azwar, 2006 ; 34).

Pernyataan favorabel, nilai tertinggi 4 diberikan untuk jawaban sangat setuju (SS), nilai 3 untuk jawaban setuju (S), nilai 2 untuk jawaban tidak setuju (TS), dan nilai 1 untuk jawaban sangat tidak setuju (STS). Sebaliknya untuk pernyataan unfavorabel, nilai 4 diberikan untuk jawaban sangat tidak setuju (STS), nilai 3 diberikan untuk jawaban tidak setuju (TS), nilai 2 diberikan untuk jawaban setuju (S), dan nilai 1 diberikan untuk jawaban sangat setuju (SS).

Tabel 3
Blue Print
Skala kontrol diri

Variabel	Sub variabel	Indikator	Jumlah item	Nomor item	
				Favorabel	Unfovarabel
Kontrol diri	<i>Motor inhibition</i>	Kemampuan mengendalikan atau menahan perilaku motorik yang sudah	9 item	1, 2, 3, 4, 5	6, 7, 8, 9

		menjadi kebiasaannya			
	<i>Delay of gratification</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengendalikan perilaku dalam mengkonsumsi makanan dan aktivitas fisik - Kemampuan untuk memutuskan dalam menunda kepuasan - Kemampuan untuk bersabar dalam menahan keinginannya, mentaati perintah dokter, rajin minum obat - Kemampuan untuk menjaga keputusan yang telah diambil demi mendapatkan hasil yang menguntungkan 	36 item	10, 11, 12, 13, 14 21, 22, 23 27, 28, 29, 30, 31 38, 39, 40	15, 16, 17, 18, 19, 20 24, 25, 26 32, 33, 34, 35, 36, 37 41, 42, 43, 44, 45
Jumlah			45		

3.5 Validitas dan Reliabilitas

3.5.1 Validitas

Validitas adalah ketepatan dan kecermatan suatu instrumen dalam menjalankan fungsi ukurnya. Mengukur apa yang seharusnya diukur (Azwar, 2005 ; 173). Tipe validitas dalam penelitian ini adalah validitas konstrak. Validitas konstrak yaitu tipe validitas yang menunjukkan sejauhmana tes mengungkap suatu trait atau konstrak teoritik yang hendak diukurnya. Pengujian validitas konstrak diperlukan analisis statistika (Azwar, 2001 ; 175).

(1) Validitas skala pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Dalam penelitian ini, untuk mencari validitas skala pengetahuan menggunakan rumus korelasi *Product Moment*

Rumus

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - \left\{ \frac{(\sum x)(\sum y)}{n} \right\}}{\sqrt{\left\{ \sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n} \right\} \left\{ \sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n} \right\}}} \quad (1)$$

Keterangan :

r_{xy} = Koefisien korelasi antara item dengan skor total

$\sum x$ = Jumlah nilai tiap-tiap item

$\sum y$ = Jumlah nilai total item

$\sum xy$ = Jumlah perkalian skor item dengan skor total item

n = Jumlah subyek yang diteliti

(2) Validitas skala kontrol diri

Dalam penelitian ini, untuk mencari validitas kontrol diri menggunakan rumus korelasi *Product Moment*.

Rumus :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy - \left\{ \frac{(\sum x)(\sum y)}{n} \right\}}{\sqrt{\left\{ \sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n} \right\} \left\{ \sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n} \right\}}} \quad (2)$$

Keterangan :

r_{xy} = Koefisien korelasi antara item dengan skor total

$\sum x$ = Jumlah nilai tiap-tiap item

$\sum y$ = Jumlah nilai total item

$\sum xy$ = Jumlah perkalian skor item dengan skor total item

n = Jumlah subyek yang diteliti

3.5.2 Reliabilitas

Pengukuran yang memiliki reliabilitas tinggi maksudnya adalah pengukuran yang dapat menghasilkan data yang reliabel. Sedangkan estimasi reliabilitasnya menggunakan reliabilitas konsistensi internal (*single trial administration*) (Azwar, 2005 ; 182).

(1) Reliabilitas skala pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Dalam penelitian ini, untuk mencari reliabilitas skala pengetahuan menggunakan rumus *Alpha*. Rumus *Alpha* digunakan untuk mencari reliabilitas instrumen yang skornya bukan 1 dan 0 (Arikunto, 2002 ; 171).

Rumus :

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum Vb}{Vt} \right] \quad (3)$$

Keterangan:

k = Jumlah belahan

Vb = Varians belahan

V_t = Varians total

(2) Reliabilitas skala kontrol diri

Dalam penelitian ini, untuk mencari reliabilitas skala kontrol diri menggunakan rumus *Alpha*. Rumus *Alpha* digunakan untuk mencari reliabilitas instrumen yang skornya bukan 1 dan 0 (Arikunto, 2002 ; 171).

Rumus :

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum V_b}{V_t} \right] \quad (4)$$

Keterangan:

k = Jumlah belahan

V_b = Varians belahan

V_t = Varians total

3.6 Metode Analisis Data

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data inferensial. Pengolahan data pada tingkat inferensial dimaksudkan untuk mengambil kesimpulan dengan pengujian hipotesis (Azwar, 2001 ; 132), dengan menggunakan rumus Analisis Regresi satu prediktor. Hal ini dikarenakan hanya menggunakan satu variabel bebas dan satu variabel tergantung.

Rumus persamaan garis regresi:

$$Y = aX + K \quad (5)$$

Keterangan:

Y = kriterium

X = prediktor

a = koefisien predictor dari variable X

K = bilangan konstan

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Persiapan Penelitian

4.1.1. Orientasi kancah penelitian

4.1.1.1. Gambaran umum rumah sakit Bhayangkara Semarang

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit Bhayangkara yang beralamat di Jl. Majapahit no 140 Semarang. Rumah sakit Bhayangkara Semarang adalah rumah sakit tingkat IV Polda Jateng yang akan dikembangkan dalam waktu singkat menjadi rumah sakit tingkat I. Rumah sakit ini mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh anggota Polri dan keluarganya, namun rumah sakit Bhayangkara dapat melayani dan terbuka untuk masyarakat umum.

Pelayanan kesehatan yang dapat diberikan oleh rumah sakit Bhayangkara Semarang saat ini adalah rawat jalan (poliklinik), rawat inap dan kompartemen kedokteran kepolisian. Rawat jalan (poliklinik) meliputi klinik umum, klinik gigi, klinik kecantikan, laboratorium klinik, unit gawat darurat dan klinik spesialis. Klinik spesialis sendiri masih terbagi menjadi beberapa jenis yaitu penyakit dalam, penyakit anak, kebidanan dan kandungan, bedah, penyakit mata, penyakit THT, neurologi, kulit kelamin, rehabilitasi medik atau fisioterapi. Pelayanan rawat inap di rumah sakit ini memiliki 50 tempat tidur, yang terdiri dari ruang VIP, kelas dan bangsal. Kompartemen kedokteran kepolisian adalah bagian rumah sakit Bhayangkara yang melayani korban kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, penyalahgunaan narkoba, serta kekerasan terhadap perempuan dan anak-anak.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan di kompartemen kedokteran kepolisian ini bersifat terpadu, artinya selain perawatan, korban juga mendapat pelayanan terpadu dalam masalah penyelidikan dan penyidikannya, asuransi maupun masalah sosial lainnya.

Alasan peneliti memilih rumah sakit Bhayangkara Semarang dikarenakan:

- 1) Diabetes mellitus termasuk salah satu penyakit tidak menular yang banyak ditemukan di rumah sakit Bhayangkara Semarang.
- 2) Pada saat studi pendahuluan, ditemukan fenomena bahwa kontrol diri pasien diabetes mellitus di rumah sakit Bhayangkara ini tergolong rendah karena ketidaktahuannya mengenai penyakit diabetes mellitus.
- 3) Hanya di rumah sakit Bhayangkara peneliti mendapat ijin untuk melakukan penelitian dan dapat berinteraksi langsung dengan pasien diabetes mellitus.

4.1.1.2. Gambaran umum poli rawat jalan penyakit dalam rumah sakit Bhayangkara

Poli penyakit dalam adalah salah satu bagian poliklinik rawat jalan di rumah sakit Bhayangkara. Poli ini melayani pasien dari hari senin sampai jumat. Hari sabtu, minggu dan hari libur nasional, poli ini tidak melayani pasien. Ada dua orang dokter jaga dengan jadwal praktek yang berbeda di poli ini. Dua dokter tersebut dibantu oleh seorang perawat yang sama.

Setiap hari poli penyakit dalam ini selalu dipenuhi oleh pasien. Poli penyakit dalam memiliki pasien yang lebih banyak, yaitu sekitar 40 pasien setiap harinya. Jam praktek di poli penyakit dalam ini mulai dari jam 09.30 sampai jam

14.00. Praktek dokter dimulai jam 09.30, tetapi pasien sudah mulai daftar di loket pendaftaran sejak jam 06.30 pagi. Hal ini dikarenakan pasien ingin mendapat urutan yang pertama saat kontrol rutin di poli ini.

Sebelum pasien berobat di poli penyakit dalam, pasien haruslah mendaftar terlebih dahulu di loket pendaftaran, kemudian pasien akan diberi kartu berobat. Ada empat jenis kartu, kartu berwarna coklat khusus untuk anggota polisi, kartu berwarna merah muda untuk istri atau suami dari anggota polisi dan keluarganya baik itu ayahnya atau ibunya, kartu berwarna kuning untuk anak dari anggota polisi, dan kartu yang berwarna hijau untuk umum, purnawirawan dan buruh dari PT SAI APPAREL. Setelah dari loket pendaftaran, pasien harus membayar di kasir. Pasien akan diberi *billing* atau sejenis bukti pembayaran, kemudian *billing* ini dikumpulkan di meja di dalam ruangan poli penyakit dalam. Perawat di poli ini akan mengurutkan sesuai urutan berdasarkan waktu yang tertera di *billing* tersebut.

Sambil menunggu dokter datang, di depan ruangan poli penyakit dalam telah disediakan sekitar 6 buah kursi panjang. Pasien diminta untuk menunggu antrian atau giliran di kursi tersebut dan disediakan satu buah televisi untuk menghibur agar pasien tidak bosan dan jenuh saat menunggu antrian.

Setelah dokter datang, barulah perawat tadi memanggil pasien dua-dua sekaligus sesuai urutan untuk diperiksa di ruangan poli.

4.1.1.3. Gambaran subjek penderita diabetes mellitus

Pasien yang datang untuk berobat di poli penyakit dalam ada sekitar 40 orang setiap harinya. Sebagian besar pasien yang datang berusia lebih dari 35 tahun. Penderita diabetes mellitus sendiri, untuk bulan Maret ada 56 orang, April 65 orang, Mei 82 orang, Juni 69 orang, Juli 71 orang, Agustus 61 orang, September 25 orang, dan Oktober 54 orang. Sehingga jika dirata-rata, jumlah pasien penderita diabetes mellitus ini ada 60 orang.

Dari rata-rata ada 60 orang setiap bulannya, peneliti hanya memperoleh 40 orang saja. Hal ini disebabkan oleh berbagai alasan, pertama, karena peneliti hanya mengambil subjek pasien diabetes mellitus dengan tingkat pendidikan minimal SMA atau sederajat dan lamanya menderita minimal 1 tahun, kedua, pasien diabetes mellitus menolak untuk menjadi subjek dalam penelitian dengan berbagai macam alasan, ada yang menolak langsung dengan tegas, ada yang beralasan sedang tergesa-gesa, sibuk, beralasan sudah lelah karena menunggu antrian dari pagi hari, ada yang tidak mau mengakui kalau dirinya menderita diabetes mellitus padahal di kartu berobat sudah tertulis secara jelas, dan lain sebagainya. Oleh karena hal tersebut di atas, peneliti hanya mendapatkan subjek yang terbatas.

4.1.2. Proses perijinan

Ada dua fase dalam penelitian ini. Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu peneliti melakukan beberapa tahap untuk mempersiapkan proses perijinan. Fase pertama yaitu pra penelitian atau studi pendahuluan. Studi pendahuluan

sendiri ada tiga tahap yang dilakukan agar peneliti dapat memperoleh ijin. Tahap pertama, peneliti meminta surat permohonan ijin studi pendahuluan dari Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang yang ditanda tangani oleh A.n Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan, Pembantu Dekan Bidang Akademik yang ditujukan kepada Kepala rumah sakit Bhayangkara.

Tahap kedua, peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang kepada Kepala rumah sakit Bhayangkara. Tetapi sebelum sampai ke Kepala rumah sakit, surat ijin tersebut diserahkan terlebih dahulu ke bagian Tata Usaha rumah sakit Bhayangkara. Setelah surat masuk ke bagian Tata Usaha, surat tersebut kemudian diserahkan ke bagian Kasubdep InforemLit rumah sakit Bhayangkara. Kepala Subdep InforemLit rumah sakit Bhayangkara, atas perintah Kepala rumah sakit Bhayangkara menyetujui surat permohonan ijin tersebut. Setelah menyetujui surat permohonan ijin, pihak rumah sakit Bhayangkara membuat surat resmi yang berisi bahwa pihak rumah sakit telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di tempat tersebut. Setelah itu, Kepala Subdep InforemLit rumah sakit Bhayangkara mengantar peneliti untuk menemui Kepala rumah sakit.

Tahap ketiga, setelah peneliti menemui Kepala rumah sakit, peneliti kemudian menemui Kepala poli rawat jalan rumah sakit Bhayangkara dengan diantar oleh Kepala Subdep InforemLit rumah sakit tersebut. Kepala poli rawat jalan kemudian mengantar peneliti menemui dokter spesialis penyakit dalam rumah sakit tersebut untuk melakukan studi pendahuluan.

Fase kedua yaitu penelitian. Dalam fase ini, proses perijinan yang dilakukan hampir sama dengan fase studi pendahuluan. Peneliti meminta surat permohonan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang yang ditanda tangani oleh A.n Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan, Pembantu Dekan Bidang Akademik dengan nomor: 5519/H37.1.1/PP/2009 yang ditujukan kepada Kepala rumah sakit Bhayangkara. Surat permohonan ijin tersebut langsung diserahkan kepada bagian Kasubdep InforemLit. Kepala Subdep InforemLit rumah sakit langsung memberikan ijin untuk melakukan penelitian, tetapi sebelumnya harus menemui Kepala poli rawat jalan terlebih dahulu untuk meminta ijin. Setelah menemui Kepala poli rawat jalan, peneliti dapat langsung melakukan penelitian di poli penyakit dalam rumah sakit Bhayangkara.

4.1.3. Penentuan sampel

Subjek yang dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah pasien diabetes mellitus yang berobat rawat jalan di poli penyakit dalam rumah sakit Bhayangkara Semarang, dengan pendidikan terakhir minimal SMA atau sederajat dan lamanya menderita minimal 1 tahun.

Penelitian ini menggunakan purposive sampling, yang dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu yaitu mengambil subjek dengan pendidikan terakhir minimal SMA atau sederajat dan lamanya menderita minimal 1 tahun (Arikunto, 2002 ; 117). Tujuan tersebut didasarkan atas alasan bahwa tingkat pendidikan adalah faktor yang mempengaruhi pengetahuan. Semakin

tinggi pendidikan seseorang, semakin luas pengetahuannya. Selain itu, dalam waktu 1 tahun, subjek diharapkan sudah mulai dapat beradaptasi dengan penyakitnya. Syarat-syarat purposive sampling antara lain:

1. Pengambilan sampel harus didasarkan atas ciri-ciri, sifat-sifat atau karakteristik tertentu, yang merupakan ciri pokok populasi.
2. Subjek yang diambil sebagai sampel benar-benar merupakan subjek yang paling banyak mengandung ciri-ciri yang terdapat pada populasi
3. Penentuan karakteristik populasi dilakukan dengan cermat di dalam studi pendahuluan

4.2. Penyusunan Instrumen

Instrumen penelitian merupakan alat bantu bagi peneliti dalam mengumpulkan data (Arikunto, 2009 ; 134). Langkah-langkah yang dilakukan peneliti dalam menyusun instrumen meliputi:

- 1) Mengadakan identifikasi terhadap variabel penelitian yaitu yang berperan sebagai variabel bebas adalah pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan yang berperan sebagai variabel tergantung adalah kontrol diri.
- 2) Menjabarkan variabel pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan kontrol diri menjadi beberapa aspek atau sub variabel. Pengetahuan mengenai diabetes mellitus dibagi menjadi lima sub variabel yaitu pengertian tentang diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, gejala diabetes mellitus, akibat diabetes mellitus serta pencegahan dan pengobatan diabetes mellitus.

Sedangkan untuk variabel kontrol diri terbagi menjadi dua sub variabel yaitu *motor inhibition* dan *delay of gratification*.

- 3) Mencari indikator dari masing-masing sub variabel yang ada pada variabel pengetahuan dan kontrol diri. Pada variabel pengetahuan, pengertian diabetes mellitus dibagi menjadi tiga indikator, penyebab diabetes mellitus dibagi menjadi dua indikator, gejala diabetes mellitus dibagi menjadi tiga indikator, akibat diabetes mellitus dibagi menjadi dua indikator dan pencegahan, pengobatan diabetes mellitus dibagi menjadi lima indikator. Pada variabel kontrol diri, *motor inhibition* dibagi menjadi satu indikator dan *delay of gratification* dibagi menjadi empat indikator.
- 4) Merumuskan deskriptor dari setiap indikator baik pada variabel pengetahuan dan kontrol diri. Setelah merumuskan indikator, langkah selanjutnya yaitu menjabarkan masing-masing indikator tersebut menjadi deskriptor.
- 5) Merumuskan setiap deskriptor menjadi butir-butir item pada variabel pengetahuan dan pada variabel kontrol diri, sehingga terbentuk 90 item, yaitu 45 item pada variabel pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan 45 item pada variabel kontrol diri.
- 6) Melengkapi instrumen dengan instruksi atau petunjuk pengisian. Hal ini dimaksudkan agar subjek memahami dan mengerti cara mengerjakan kedua skala tersebut.

4.3. Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini menggunakan *tryout* terpakai. Hal ini disebabkan bahwa jumlah subjek yang terbatas yaitu kurang dari 100 setiap bulannya. Arikunto (2009 ; 159) mengatakan karena subjeknya terbatas, tidak lagi tersedia subjek untuk pelaksanaan uji coba instrumen. Jika subjek yang akan digunakan untuk uji coba diperoleh dari pasien diabetes mellitus di luar wilayah RS Bhayangkara, maka tidak akan mungkin memperoleh ciri dan karakteristik yang sama. Oleh karena hal tersebutlah, maka peneliti memakai *tryout* terpakai.

4.3 1. Pengumpulan data

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan mulai tanggal 23 November – 23 Desember 2009. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan skala pengetahuan dan skala kontrol diri. Skala pengetahuan memiliki empat alternatif jawaban yang terdiri dari sangat tahu (ST), tahu (T), tidak tahu (TT) dan sangat tidak tahu (STT). Subjek hanya tinggal memberikan tanda cek (√) pada kolom jawaban. Sedangkan untuk skala kontrol diri, juga memiliki empat alternatif jawaban yaitu sangat setuju (SS), setuju (S), tidak setuju (TS) dan sangat tidak setuju (STS).

Pemberian kedua skala tersebut yaitu skala pengetahuan dan skala kontrol diri dilakukan secara serentak. Kedua skala tersebut diberikan sekaligus dalam satu buku. Pertama, subjek mengisi skala pengetahuan, setelah selesai mengerjakan skala pertama, subjek langsung mengisi skala yang kedua yaitu skala kontrol diri yang ada di lembar sebaliknya setelah lembar skala pertama. Jika

penglihatan subjek kurang jelas, peneliti akan membacakan kedua skala tersebut satu per satu.

4.3 2. Pelaksanaan Skoring

Setelah melakukan pengumpulan data penelitian, peneliti melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- Memberikan skor pada masing-masing jawaban yang telah diisi oleh subjek dengan memberikan skor antara 1 sampai 4 pada skala pengetahuan dan skala kontrol diri.
- Pada skala pengetahuan, ada empat alternatif jawaban yang tersedia, yaitu sangat tidak tahu, tidak tahu, tahu dan sangat tahu. Skor 1 akan diberikan pada subjek yang menjawab sangat tidak tahu, skor 2 akan diberikan pada subjek yang menjawab tidak tahu, skor 3 akan diberikan pada subjek yang menjawab tahu dan skor 4 akan diberikan pada subjek yang menjawab sangat tahu.
- Pada skala kontrol diri, ada empat alternatif jawaban yang tersedia yaitu sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Pemberian skor pada skala kontrol diri, untuk item favorabel skor 1 diberikan pada subjek yang menjawab sangat tidak setuju, skor 2 diberikan pada subjek yang menjawab tidak setuju, skor 3 diberikan pada subjek yang menjawab setuju dan skor 4 diberikan pada subjek yang menjawab sangat setuju. Sedangkan untuk item unfavorabel, skor 1 diberikan pada subjek yang menjawab sangat setuju, skor 2 diberikan pada subjek yang menjawab setuju, skor 3 diberikan

pada subjek yang menjawab tidak setuju, skor 4 diberikan pada subjek yang menjawabn sangat tidak setuju.

- Setelah melakukan skoring, langkah selanjutnya adalah mengolah skor tersebut.

4.4. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

4.4.1. Validitas

Tipe validitas dalam penelitian ini adalah validitas konstruk. Validitas konstruk yaitu tipe validitas yang menunjukkan sejauhmana tes mengungkap suatu trait atau konstruk teoritik yang hendak diukurnya. Pengujian validitas konstruk diperlukan analisis statistika (Azwar, 2005 ; 175). Teknik yang digunakan yaitu teknik korelasi *Product Moment* dari Pearson. Hasil perhitungan validitas dengan taraf signifikansi 5% dan 1% dengan bantuan SPSS versi 12.00, diperoleh hasil sebagai berikut:

1) Skala pengetahuan

Berdasarkan uji validitas, diperoleh hasil bahwa skala pengetahuan yang terdiri dari 45 item terdapat 42 item yang valid dan 3 item yang tidak valid dengan sebaran nilai validitas berkisar antara 0,312 – 0,730. Item dikatakan tidak valid jika $r \text{ hitung} < r \text{ tabel}$. Pada skala pengetahuan ini, jika $r \text{ hitung} < 0,312$, maka item dinyatakan tidak valid. Untuk lebih jelas, dapat kita lihat dalam tabel berikut:

Tabel 4
Sebaran item yang tidak valid pada skala pengetahuan

Variabel	Sub variabel	Indikator	Nomor Item	Total
Pengetahuan mengenai diabetes mellitus	Pengertian Diabetes Mellitus	Definisi diabetes mellitus	1, 2, 3	9
		Yang beresiko terkena diabetes	4, 5, 6	
		Tipe-tipe diabetes mellitus	7*, 8, 9	
	Penyebab Diabetes Mellitus	Penyebab diabetes mellitus tipe I	10, 11	6
		Penyebab diabetes mellitus tipe II	12, 13, 14, 15	
	Gejala Diabetes mellitus	Kadar gula darah penderita diabetes	16, 17	9
		Gejala awal diabetes	18, 19, 20, 21, 22	
		Gejala khas diabetes	23, 24	
	Akibat Diabetes Mellitus	Komplikasi akut	25, 26, 27	6
		Komplikasi kronis	28, 29, 30	
	Pencegahan dan Pengobatan	Tujuan pencegahan dan pengobatan	31*, 32, 33*	15
		Cara menjaga kadar gula darah	34, 35, 36	
		Pengendalian emosi	37, 38, 39	
		Pengendalian makanan	40, 41, 42, 43	
		Pengendalian aktivitas fisik	44, 45	
Jumlah				45

(*) item yang tidak valid

2) Skala kontrol diri

Berdasarkan uji validitas, diperoleh hasil bahwa skala kontrol diri yang terdiri dari 45 item terdapat 40 item yang valid dan 5 item yang tidak valid dengan sebaran nilai validitas berkisar antara 0,312 – 0,782. Item dikatakan tidak valid

jika r hitung $<$ r tabel. Pada skala pengetahuan ini, jika r hitung $<$ 0,312, maka item dinyatakan tidak valid. Untuk lebih jelas, dapat kita lihat dalam tabel berikut:

Tabel 5
Sebaran item yang tidak valid pada skala kontrol diri

Variabel	Sub variabel	Indikator	Nomor Item		Total
			Favorabel	Unfavorabel	
Kontrol diri	<i>Motor Inhibition</i>	Kemampuan mengendalikan atau menahan perilaku motorik yang sudah menjadi kebiasannya	1, 2, 3, 4, 5	6, 7, 8, 9	9
	<i>Delay of Gratification</i>	Kemampuan mengendalikan perilaku dalam mengkonsumsi makanan dan aktivitas fisik	10*, 11, 12, 13, 14	15, 16, 17, 18, 19, 20	36
		Kemampuan untuk memutuskan dalam menunda kepuasan	21*, 22, 23	24, 25, 26	
		Kemampuan untuk bersabar dalam menahan keinginannya, mentaati perintah dokter, rajin minum obat	27, 28*, 29, 30*, 31*	32, 33, 34, 35, 36, 37	
		Kemampuan untuk menjaga keputusan yang telah diambil demi mendapatkan hasil yang menguntungkan	38, 39, 40	41, 42, 43, 44, 45	
Jumlah					45

(*) item yang tidak valid

4.4.2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah sejauhmana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Semakin tinggi koefisien reliabilitas, maka semakin tinggi pula reliabilitas alat ukur tersebut, begitu juga sebaliknya (Azwar, 2006 ; 83). Uji reliabilitas skala pengetahuan dan skala kontrol diri ini menggunakan teknik statistik dengan rumus *Alpha Cronbach*. Menurut Azwar (2006 ; 96) reliabilitas telah dianggap memuaskan jika koefisiennya mencapai minimal $r = 0,900$.

Pada skala pengetahuan diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,932. Artinya perbedaan (variasi) yang tampak pada skor skala pengetahuan mampu mencerminkan 93% dari variasi yang terjadi pada skor murni kelompok subjek dan 7% dari perbedaan yang tampak disebabkan oleh variasi error atau kesalahan pengukuran tersebut (Azwar, 2006 ; 96). Berdasarkan koefisien reliabilitas sebesar 0,932, dapat dikatakan bahwa skala pengetahuan tentang diabetes mellitus ini memiliki reliabilitas yang tergolong tinggi.

Pada skala kontrol diri diperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,935 . Artinya perbedaan (variasi) yang tampak pada skor skala kontrol diri mampu mencerminkan 93% dari variasi yang terjadi pada skor murni kelompok subjek dan 7% dari perbedaan yang tampak disebabkan oleh variasi error atau kesalahan pengukuran tersebut (Azwar, 2006 ; 96). Berdasarkan koefisien reliabilitas sebesar 0,935, dapat dikatakan bahwa skala kontrol diri ini memiliki tingkat reliabilitas yang tergolong tinggi.

4.5. Hasil Penelitian

4.5.1. Hasil Uji Asumsi

4.5.1.1. Uji Normalitas

Maksud dari uji normalitas adalah mengadakan pengujian terhadap normal tidaknya sebaran data yang akan dianalisis (Arikunto, 2009 ; 301). Uji normalitas terhadap data yang diperoleh, dilakukan sebelum analisis data, yaitu untuk memenuhi asumsi dasar analisis korelasi *Product Moment* dari Pearson.

Tabel 6
Uji Normalitas
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Kontrol diri	Pengetahuan
N		40	40
Normal Parameters(a,b)	Mean	114,6500	120,6250
	Std. Deviation	10,99545	11,24024
Most Extreme Differences	Absolute	,180	,110
	Positive	,113	,110
	Negative	-,180	-,074
Kolmogorov-Smirnov Z		1,137	,698
Asymp. Sig. (2-tailed)		,151	,715

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Uji normalitas data dilakukan untuk membuktikan apakah data yang diperoleh berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas dalam penelitian ini menggunakan teknik *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Z*.

Untuk mengetahui normal atau tidaknya sebaran adalah jika $p > 0,05$ maka sebaran dinyatakan normal dan jika $p < 0,05$ maka sebaran dinyatakan tidak normal. Pada uji normalitas terhadap skala pengetahuan, diperoleh koefisien K-S Z sebesar 0,698, dengan nilai signifikansi sebesar 0,715 ($p > 0,05$ signifikan). Hasil tersebut menunjukkan sebaran data berdistribusi normal.

Pada uji normalitas terhadap skala kontrol diri diperoleh koefisien K-S Z sebesar 1,137, dengan nilai signifikansi sebesar 0,151 ($p > 0,05$ signifikan). Hasil tersebut juga menunjukkan bahwa sebaran data berdistribusi normal.

4.5.1.2. Uji Linieritas

Uji Linieritas digunakan untuk menguji apakah pengaruh pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri bersifat linier atau tidak.

Tabel 7
ANOVA Table

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Kontrol diri * Pengetahuan	Between Groups (Combined)	3411,850	23	148,341	1,821	,110
	Linearity	476,168	1	476,168	5,846	,028
	Deviation from Linearity	2935,682	22	133,440	1,638	,157
	Within Groups	1303,250	16	81,453		
	Total	4715,100	39			

Untuk mengetahui linier atau tidaknya sebaran adalah jika $p < 0,05$ maka sebaran dinyatakan linier dan jika $p > 0,05$ maka sebaran dinyatakan tidak linier.

Berdasarkan tabel diatas diketahui nilai F sebesar 5,846 dengan nilai signifikan sebesar 0,028 ($p < 0,05$) mempunyai arti bahwa kedua variabel tersebut yaitu variabel pengetahuan dengan variabel kontrol diri mempunyai hubungan yang linier.

4.5.1.3. Uji Hipotesis

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri yang perhitungannya menggunakan bantuan komputer dengan SPSS.

Tabel 8
Analisis korelasi pengetahuan dengan kontrol diri

Variables Entered/Removed(b)

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pengetahuan(a)	.	Enter

a All requested variables entered.

b Dependent Variable: Kontrol diri

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,318(a)	,101	,077	10,56176

a Predictors: (Constant), Pengetahuan

ANOVA(b)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	476,168	1	476,168	4,269	,046(a)
	Residual	4238,932	38	111,551		
	Total	4715,100	39			

a Predictors: (Constant), Pengetahuan

b Dependent Variable: Kontrol diri

Coefficients(a)

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	77,152	18,226		4,233	,000
	Pengetahuan	,311	,150	,318	2,066	,046

a Dependent Variable: Kontrol diri

Uji korelasi dalam penelitian ini, menggunakan teknik regresi sederhana Uji korelasi dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui secara empiris pengaruh pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri.

Berdasarkan uji korelasi antara skala pengetahuan dan kontrol diri diperoleh koefisien korelasi sebesar 0,318 dengan signifikansi sebesar 0,046 ($p < 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan yang rendah antara pengetahuan dengan kontrol diri.

Tabel 9
Interpretasi Nilai r

Besarnya Nilai r	Interpretasi
0,800 – 1,00	Tinggi
0,600 – 0,800	Cukup
0,400 – 0,600	Agak rendah
0,200 – 0,400	Rendah
0,000 – 0,200	Sangat rendah
< 0,000	Tidak berkorelasi

Sumber: Arikunto (2002 ; 245)

Menurut Arikunto (2002 ; 245), koefisien korelasi antara 0,200 – 0,400 tergolong rendah. Jadi dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa nilai koefisien korelasi 0,318 berarti bahwa ada hubungan yang kurang kuat antara pengetahuan dengan kontrol diri.

Tabel 10
Pengaruh pengetahuan terhadap kontrol diri
Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,318(a)	,101	,077	10,56176

a Predictors: (Constant), Pengetahuan

Tabel diatas menunjukkan bahwa nilai regresi antara variabel pengetahuan dengan kontrol diri (R) sebesar 0,318 sedangkan koefisien determinasinya (R

Square) sebesar 0,101. Artinya tidak ada pengaruh yang positif dan signifikan antara pengetahuan mengenai diabetes mellitus terhadap kontrol diri, karena hanya 10,1% variabel kontrol diri dipengaruhi oleh variabel pengetahuan. Sisanya 89,9% dipengaruhi oleh variabel lain yang belum terungkap dalam penelitian ini. Tabel di atas menerangkan bahwa kontrol diri dipengaruhi oleh pengetahuan mengenai diabetes mellitus dan hanya memberikan sumbangan sebesar 10,1%, sisanya 89,9% dipengaruhi oleh variabel lain yang belum terungkap.

4.5.2. Analisis deskriptif

Jenis penelitian ini adalah penelitian korelasional. Dalam menganalisis, peneliti menggunakan angka yang didiskripsikan dengan menguraikan kesimpulan yang didasari oleh angka yang diolah dengan metode statistik. Hal ini dapat dilakukan dengan bantuan statistik deskriptif dari data yang sudah dianalisis yang umumnya mencakup jumlah subjek (N), mean skor skala (M), deviasi standar skor skala (s), varians (s^2), skor minimum (Xmin) dan skor maksimum (Xmaks) serta statistik-statistik lain yang dirasa perlu (Azwar, 2006 ; 105).

4.5.2.1. Gambaran pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Kriteria analisis yang digunakan dalam skala pengetahuan ini menggunakan kategorisasi berdasarkan model distribusi normal (Azwar, 2006;106). Penggolongan subjek dibagi menjadi 5 golongan sebagai berikut:

Tabel 11
Penggolongan kriteria analisis pengetahuan

No	Interval	Kriteria
1	$x < \mu - 1,5 \sigma$	Sangat rendah

2	$\mu - 1,5 \sigma \leq x < \mu - 0,5 \sigma$	Rendah
3	$\mu - 0,5 \sigma \leq x < \mu + 0,5 \sigma$	Sedang
4	$\mu + 0,5 \sigma \leq x < \mu + 1,5 \sigma$	Tinggi
5	$\mu + 1,5 \sigma < x$	Sangat tinggi

Deskripsi data tersebut di atas memberikan sebuah gambaran mengenai distribusi skor skala pada kelompok subjek yang dikenai pengukuran dan berfungsi sebagai sumber informasi mengenai keadaan subjek pada aspek atau variabel yang diteliti (Azwar, 2006 ; 105)..

Untuk mengukur pengetahuan mengenai diabetes mellitus digunakan skala pengetahuan yang terdiri dari 42 item soal yang valid dengan skor tertinggi 4 dan skor terendah 1, sehingga pengetahuan dapat dinyatakan dengan kriteria sebagai berikut:

Penggolongan kriteria analisis pengetahuan

$$\text{Skor tertinggi} = 42 \times 4 = 168$$

$$\text{Skor terendah} = 42 \times 1 = 42$$

$$\text{Mean teoritis } (\mu) = \text{Jumlah item} \times 2,5$$

$$= 42 \times 2,5$$

$$= 105$$

$$\text{Standar deviasi } (\sigma) = \frac{\text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}}{6}$$

$$= \frac{168 - 42}{6}$$

$$= 21$$

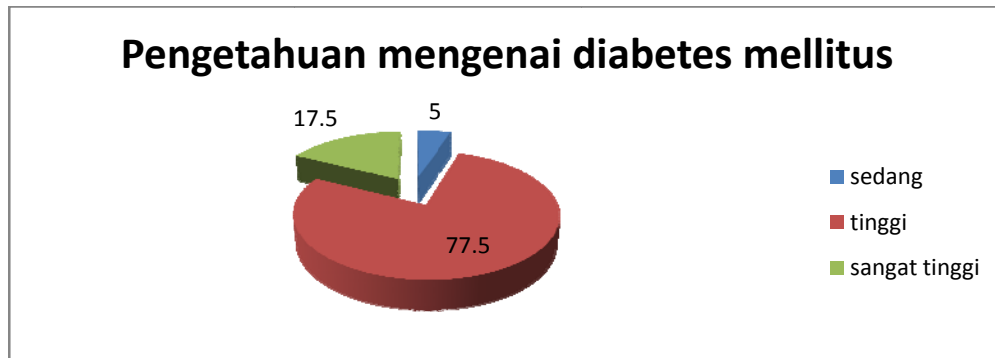
Tabel 12
Kriteria pengetahuan mengenai diabetes mellitus

No	Interval	Kriteria
1	$x \leq 73$	Sangat rendah
2	$73 < x \leq 94$	Rendah
3	$94 < x \leq 115$	Sedang
4	$115 < x \leq 136$	Tinggi
5	$136 < x$	Sangat tinggi

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa apabila subjek penelitian memperoleh skor lebih kecil atau sama dengan dari 73 berarti pengetahuan mengenai diabetes mellitus berada dalam kategori sangat rendah. Subjek penelitian yang memperoleh skor antara 73 – 94, berarti pengetahuan subjek mengenai diabetes mellitus berada dalam kategori rendah. Subjek penelitian yang memperoleh skor antara 94 – 115 berarti pengetahuan subjek mengenai diabetes mellitus berada dalam kategori sedang. Subjek penelitian yang memperoleh skor antara 115 – 136, berarti pengetahuan subjek berada dalam kategori tinggi. Jika subjek memperoleh skor lebih dari 136, berarti pengetahuan subjek berada dalam kategori sangat tinggi.

Tabel 13
Distribusi frekuensi pengetahuan mengenai diabetes mellitus

No	Interval	Kriteria	f	%
1	$x \leq 73$	Sangat rendah	0	0
2	$73 < x \leq 94$	Rendah	0	0
3	$94 < x \leq 115$	Sedang	2	5
4	$115 < x \leq 136$	Tinggi	31	77,5
5	$136 < x$	Sangat tinggi	7	17,5
Total			40	100



Gambar 2
Diagram pengetahuan mengenai diabetes mellitus

Terlihat dalam tabel dan diagram di atas, bahwa dari 40 subjek yang diteliti, sebanyak 2 atau 5% subjek memiliki pengetahuan mengenai diabetes mellitus yang berada dalam kategori sedang, sebanyak 31 atau 77,5% subjek memiliki pengetahuan mengenai diabetes mellitus yang berada dalam kategori tinggi dan sebanyak 7 atau 17,5% subjek memiliki pengetahuan yang berada dalam kategori sangat tinggi. Hal ini menunjukkan sebagian besar subjek memiliki pengetahuan mengenai diabetes mellitus yang berada dalam kategori tinggi. Mean empiris pada variabel pengetahuan mengenai diabetes mellitus ini sebesar 120,625 yang diperoleh berdasarkan perhitungan dari SPSS 12.00.

Berikut ini diuraikan satu persatu aspek pengetahuan mengenai diabetes mellitus yang meliputi pengertian diabetes mellitus, penyebab diabetes mellitus, gejala diabetes mellitus, akibat diabetes mellitus, pencegahan dan pengobatan dari diabetes mellitus.

1) Pengertian diabetes mellitus

Pengertian diabetes mellitus merupakan salah satu sub variabel dari pengetahuan mengenai diabetes mellitus, terdapat 8 item yang valid dan dapat dinyatakan dengan kriteria sebagai berikut:

$$\text{Skor tertinggi} = 8 \times 4 = 32$$

$$\text{Skor terendah} = 8 \times 1 = 8$$

$$\begin{aligned} \text{Mean teoritis } (\mu) &= \text{Jumlah item} \times 2,5 \\ &= 8 \times 2,5 \\ &= 20 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Standar deviasi } (\sigma) &= \frac{\text{skor tertinggi} - \text{skor terendah}}{6} \\ &= \frac{32 - 8}{6} = 4 \end{aligned}$$

Tabel 14
Kriteria aspek pengertian diabetes mellitus

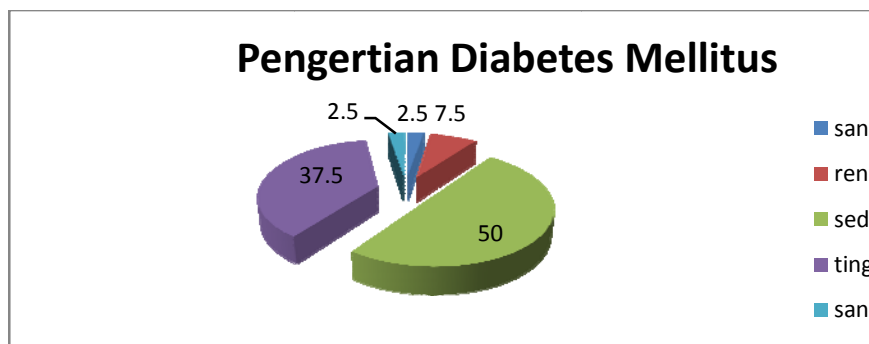
No	Interval	Kriteria
1	$x \leq 14$	Sangat rendah
2	$14 < x \leq 18$	Rendah
3	$18 < x \leq 22$	Sedang
4	$22 < x \leq 26$	Tinggi
5	$26 < x$	Sangat tinggi

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa apabila subjek penelitian memperoleh skor lebih kecil atau sama dengan dari 14 berarti pengertian subjek mengenai diabetes mellitus berada dalam kategori sangat rendah. Subjek penelitian yang memperoleh skor antara 14 - 18, berarti pengertian subjek

mengenai diabetes mellitus berada dalam kategori rendah. Subjek peneliti memperoleh skor antara 18 - 22 berarti pengertian subjek mengenai diabetes mellitus berada dalam kategori sedang. Subjek penelitian yang memperoleh skor antara 22 - 26, berarti pengertian diabetes mellitus subjek berada dalam kategori tinggi. Jika subjek memperoleh skor lebih dari 26, berarti pengertian diabetes mellitus subjek berada dalam kategori sangat tinggi.

Tabel 15
Distribusi frekuensi aspek pengertian diabetes mellitus

No	Interval	Kriteria	f
1	$x \leq 14$	Sangat Rendah	1
2	$14 < x \leq 18$	Rendah	3
3	$18 < x \leq 22$	Sedang	20
4	$22 < x \leq 26$	Tinggi	15
5	$26 < x$	Sangat Tinggi	1
Total			40



Gambar 3
Diagram pengetahuan mengenai aspek pengertian diabetes mellitus

Terlihat dalam tabel dan diagram di atas, bahwa dari 40 subjek diteliti, sebanyak 1 atau 2,5% subjek memiliki pengetahuan mengenai diabetes mellitus yang berada dalam kategori sangat rendah, sebanyak 3

BAB 5

PENUTUP

5.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Hasil analisis deskriptif, menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan subjek yang berobat di RS Bhayangkara Semarang mengenai diabetes mellitus termasuk dalam kategori tinggi. Dapat dilihat dari sebanyak 31 atau 77,5% subjek memiliki pengetahuan tentang diabetes mellitus yang berada dalam kategori tinggi.
- 2) Hasil analisis deskriptif, menunjukkan bahwa kontrol diri subjek yang berobat di RS Bhayangkara Semarang termasuk dalam kategori tinggi. Dapat dilihat dari sebanyak 19 atau 47,5% subjek memiliki kontrol yang berada dalam kategori tinggi.
- 3) Uji korelasi antara skala pengetahuan dan kontrol diri diperoleh koefisien korelasi sebesar 0,318 dengan signifikansi sebesar 0,046 ($p < 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh antara tingkat pengetahuan terhadap kontrol diri. Semakin tinggi tingkat pengetahuan subjek mengenai diabetes mellitus, semakin tinggi pula kontrol diri subjek. Sumbangan pengetahuan terhadap kontrol diri hanya sebesar 10,1% dan sisanya 89,9% dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diungkap dalam penelitian.

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, analisis data dan kesimpulan diatas, maka peneliti mengajukan saran-saran sebagai berikut;

1) Bagi Rumah Sakit

Bagi pihak rumah sakit sebaiknya tetap memberikan informasi kepada pasien mengenai segala sesuatu tentang diabetes mellitus, baik kepada pasien yang sudah lama menderita, maupun yang baru saja terdiagnosa diabetes mellitus, dan memperhatikan aspek psikologis pasien seperti perilaku pasien dalam mengelola penyakitnya misalnya dengan memberi nasehat kepada mereka untuk mengontrol pola makan, rajin berolahraga dan rajin kontrol ke dokter karena ini berpengaruh terhadap perkembangan penyakitnya. Oleh karena itu, dukungan keluarga dan orang terdekat sangat dibutuhkan pasien dalam mengelola penyakitnya. Keluarga atau orang terdekat dapat membantu pasien dalam mengendalikan pola makannya, seperti membantu mengatur makanan atau mengingatkan penderita dalam mengkonsumsi makanan. Pihak rumah sakit atau dokter juga sebaiknya memberi nasehat kepada keluarga pasien untuk selalu memberikan dukungan kepada pasien, karena hidup penderita akan sangat berarti, merasa diperhatikan dan efek sugestif yang paling besar dalam proses penyembuhan.

Pihak rumah sakit atau dokter juga harus meyakinkan pasien bahwa penyakit diabetes mellitus tidak akan bertambah parah jika pasien bersedia untuk mengendalikan pola makannya. Dengan begitu akan muncul keinginan dari dalam diri pasien untuk berusaha menjaga pola hidupnya.

2) Bagi Dinas Kesehatan

Bagi Dinas Kesehatan juga harus tetap memberikan informasi melalui penyuluhan-penyuluhan mengenai diabetes mellitus, baik itu penyebabnya, gejalanya, akibatnya, pencegahan dan pengobatannya. Dengan begitu, penderita diabetes mellitus akan sadar betapa seriusnya komplikasi yang diakibatkan penyakit diabetes sehingga mereka akan lebih berhati-hati dalam memilih makanan. Masyarakat juga dapat segera mengantisipasi dan mencegah agar tidak menderita penyakit diabetes mellitus ini. Derajat kesehatan itu dinamis, oleh sebab itu meskipun seseorang telah dalam kondisi sehat tetapi perlu ditingkat dan dibina lagi kesehatannya.

Selain itu, dinas kesehatan juga dapat memberikan penyuluhan kepada masyarakat agar selalu memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang menderita diabetes mellitus. Masyarakat sebaiknya tidak mengeluh jika harus membantu anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus dalam proses penyembuhannya. Karena dukungan dan bantuan dari keluarga atau orang terdekat sangat berpengaruh terhadap usahanya untuk mengendalikan pola makan.

3) Bagi Peneliti Lain

Bagi peneliti selanjutnya yang hendak melakukan penelitian serupa diharapkan mampu mengungkap faktor lain yang belum terungkap dalam penelitian ini yang diduga turut mempengaruhi kontrol diri misalnya saja seperti kesadaran diri subjek, dukungan keluarga, afek positif subjek dalam mengelola penyakitnya, selain itu peneliti selanjutnya juga hendaknya memperkecil kemungkinan kelemahan-kelemahan yang bisa muncul selama proses pelaksanaan

penelitian, karena dapat mempengaruhi hasil penelitian seperti memperhatikan dan mempertimbangkan dengan matang bagaimana sistem penyebaran skala yang efektif dan tepat ketika subjek penelitian berada di lingkungan rumah sakit dan berada dalam kondisi yang sedang sakit. Hal yang tidak lupa menjadi pertimbangan lagi adalah ketika akan menyusun instrument penelitian, banyaknya item hendaknya disesuaikan dengan kondisi responden yang akan menjadi subjek penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiwitanti, Marcelina Wahyudi.2006.Penundaan Mencari Bantuan Ditinjau dari Pengetahuan tentang Penyakit Asma pada Orang tua Anak penderita Asma.*Jurnal Epidemiologi Indonesia* Vol. 8 Edisi 3.
- Arikunto, Suharsimi.2002.*Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*.Jakarta:Rineka Cipta.
-2009.*Manajemen Penelitian*.Jakarta:Rineka Cipta
- Azwar, Saifuddin.2001.*Metode Penelitian*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
-2001.*Reliabilitas dan Validitas*.Yogyakarta.Pustaka Pelajar.
-2005.*Tes Prestasi*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
-2006.*Penyusunan Skala Psikologi*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Calhoun, JF, Acocella, JR.1995.*Psikologi tentang Penyesuaian dan Hubungan Kemanusiaan.Edisi Ketiga*.Diterjemahkan oleh: Satmoko.Semarang: IKIP Semarang Press.
- Cardarelli, Kathryn M.2007.Sense of Control and Diabetes Mellitus among U.S Adults:A cross-Sectional Analysis.*Biopsychosocial Medicine* Vol.1 No.19.<http://www.bpsmedicine.com> (diakses 13 Juli 2009)
- Departemen Komunikasi dan Informatika RI.2008.Penderita Diabetes di Indonesia Terus Alami Kenaikan. <http://www.depkominfo.go.id/2008>. (diakses 11 Maret 2009).
- Dinas Kesehatan.2007.Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2005. <http://dinkes.jateng.go.id>.(diakses 10 Maret 2009).
- Direktur Gizi Masyarakat.2003.Peran Diit Dalam Penanggulangan Diabetes. <http://www.gizi.net/makalah/MakalahPekanDM.pdf>. (diakses 10 Maret 2009).
- Feist, Jess.2008.*Theories of Personality*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Hadi, Sutrisno.2001.*Metodologi Research Jilid 2*.Yogyakarta:ANDI

- Hadriami, Emmanuela.2000.Peran Persepsi Keseriusan Sakit dan Koping pada Penyesuaian Psikologis Penderita Diabetes Mellitus.*Psikodimensia* Vol.1 No.1
- Hariwijaya, M dan Sutanto.2007.*Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Kronis*.Jakarta:EDSA Mahkota
- Kerlinger, Fred N.2003.*Asas-asas Penelitian Behavioral*.Yogyakarta:UGM Press
- Kompas.2008.Waspadai Ancaman Diabetes Mellitus <http://kesehatan.kompas.com/read/xml/2008/11/13/16094125>. (diakses 11 Maret 2009).
- Lazarus, Richard S.1976.*Patterns of Adjustment*.Tokyo:Mc Graw Hill Kogakusha, ltd.
- Magee, Elaine.2004.*Hidup Lebih Baik Bersama Diabetes*.Jakarta:PT Bhuana Ilmu Populer.
- Medicastore.Informasi Penyakit Diabetes Mellitus (Kencing Manis). <http://medicastore.com/index.php?mod=penyakit&id=135>. (diakses 13 Maret 2009).
- Mischel, Walter.1989.Delay of Gratification in Children. Science No. 244. <http://duende.uoregon.edu> (diakses 14 Juli 2009).
- Mischel, Walter.1981.*Introduction to Personality*.New York:CBS College Publishing
- Moore, Bert S.1977.Cognitive Representation of Rewards in Delay of Gratification.Cognitive Therapy and Research Vol.1 No.1. <http://www.springerlink.com> (diakses 14 Juli 2009).
- Nasution, S.2007.*Metode Research*.Jakarta:Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2003.*Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*.Jakarta:Rineka Cipta.
- Nurchayani, D dan Rachmahana, R S.2007.Hubungan Afek Positif dengan Kontrol Diri Dalam Menjalankan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus. <http://psychology.uui.ac.id>. (diakses 31 Mei 2009).

- Peterson, Christopher.1988.*Personality*.Michigan:Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Purwadarminta, W.J.S.1983.*Kamus Umum Bahasa Indonesia*.Jakarta:Balai Pustaka.
- Pusat Promosi Kesehatan.2007.Mau Tahu Lebih Jauh tentang Diabetes?.<http://www.promosikesehatan.com/?act=article&id=306>. (diakses 11 Maret 2009).
- Santrock, John W.2003.*Psychology*.New York:Mc Graw Hill.
- Sarafino, Edward P.1998.*Health Psychology*.New York:John Wiley & Sons, Inc.
- Schwartz, Stefanie A.2002.Personal Control and Disordered Eating in Female Adolescents with Type 1 Diabetes.Diabetes Care Vol.25 No.11. <http://www.care.diabetesjournals.org> (diakses 13 Juli 2009)
- Shaffer, David R.1985.*Developmental Psychology Theory, Research and Applications*.California:Brooks/Cole Publishing Company.
- Smet, Bart.1994.*Psikologi Kesehatan*.Jakarta:Grasindo.
- Suharnan.2005.*Psikologi Kognitif*.Surabaya:Srikandi.
- Widiana, Herlina Siwi.2004.Kontrol Diri dan Kecenderungan Kecanduan Internet.*Humanitas Indonesian Psychological Journal*.Vol. 1 No 1.
- Widianti, Efri.2007.Pengetahuan Pasien Mengenai Gangguan Psikosomatis dan Pencegahannya di Puskesmas Tarogong Garut.*Laporan Penelitian*.Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran.
- Zulkarnain.2002.Hubungan Kontrol Diri dengan Kreativitas Pekerja.USU Digital Library. <http://duniapsikologi.dagdigdug.com>. (diakses 13 Maret 2009).