

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Wilayah Bantul meliputi 3 wilayah kerja puskesmas, yaitu Puskesmas Kasihan I, Puskesmas Kasihan II, dan Puskesmas Sedayu I.

a. Puskesmas Kasihan I

Puskesmas Kasihan I berada di Jalan Bibis, Gendeng, Bangunjiwo, Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Secara administratif, Puskesmas Kasihan I memiliki dua wilayah kerja, yaitu Desa Bangunjiwo yang terdiri dari 19 dusun (Bangunjiwo, Bange, Bibis, Donotirto, Gedongan, Gendeng, Jipangan, Kajen, Kalangan, Kalipucang, Kalirandu, Kenalan, Lemahdadi, Ngentak, Petung, Salakan, Sembungan, Sribitan, Tirto) dan Tamantirto yang terdiri dari 10 dusun (Kasihan, Tlogo, Gatak, Ngrame, Gonjen, Kembaran, Jetis, Brajan, Jadan, Ngebel).

Puskesmas Kasihan I mempunyai program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) untuk pasien diabetes melitus dan hipertensi yang bertujuan untuk membantu penyandang penyakit kronis tersebut agar mencapai kualitas hidup yang optimal. Kegiatan pada program ini yaitu pemberian pendidikan kesehatan, pemeriksaan,

dan senam yang dilaksanakan setiap hari Sabtu selain minggu pertama di Aula Puskesmas Kasihan I.

b. Puskesmas Kasihan II

Puskesmas Kasihan II terletak di Jalan Padokan, kelurahan Tirtonirmolo, Kecamatan Kasihan, Bantul. Secara administratif, Puskesmas Kasihan II memiliki dua wilayah kerja, yaitu Desa Tirtonirmolo yang terdiri dari 12 dusun (Beton, Mrisi, Glondong, Jogonalan Kidul, Padokan Kidul, Jogonalan Lor, Padokan Lor, Dongkelan, Plurugan, Jeblog, Kersan, Kalipakis dan Desa Ngestiharjo yang terdiri dari 12 dusun (Tambak, Sumberan, Soragan, Cungkuk, Kadipiro, Sonosewu, Jomegatan, Janten, Sonopakis Lor, Sonopakis Kidul, Onggobayan, Sidorejo).

Puskesmas Kasihan II juga mempunyai program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) untuk pasien diabetes mellitus dan hipertensi yang dilaksanakan setiap satu bulan sekali yaitu pada hari Rabu minggu ke-2. Kegiatan PROLANIS di Puskesmas Kasihan II yaitu penyuluhan, pemeriksaan kesehatan, dan senam.

c. Puskesmas Sedayu I

Puskesmas Sedayu I berada di Jalan Panggang, Argomulyo, Watu, Argomulyo, Bantul. Puskesmas Sedayu I mempunyai dua wilayah kerja, yaitu Desa Argosari yang terdiri dari 13 dusun (Kalijoho, Klangon, Tapen, Botokan, Gunung Mojo, Jambon, Tonalan, Gayam, Jaten, Jurug, Gubug, Sedayu, Pedusan) dan Desa

Argomulyo yang terdiri dari 14 dusun (Puluhan, Kemusuk Lor, Kemusuk Kidul, Srontakan, Samben, Sengon karang, Watu, Panggang, Karanglo, Pedes, Plawonan, Surobayan, Kaliurang, Kaliberot). Sama halnya dengan Puskesmas Kasihan I dan Kasihan, Puskesmas Sedayu I juga melaksanakan program PROLANIS untuk pasien DM dan hipertensi yang diadakan setiap satu bulan sekali. Kegiatan PROLANIS yang biasanya diadakan di Puskesmas Sedayu I antara lain pendidikan kesehatan, senam, dan pemeriksaan kesehatan.

2. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah penderita Diabetes Mellitus tipe 2 yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Kasihan I, Puskesmas Kasihan II, dan Puskesmas Sedayu I, dengan karakteristik subjek penelitian yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama menderita DM, penghasilan rata-rata perbulan, tinggal bersama, sumber dukungan, sumber informasi tentang DM, dan hambatan pada aspek *self-management* DM.

Tabel 10. Gambaran karakteristik responden berdasarkan usia dan lama menderita DM tipe 2 di Wilayah Bantul (N = 86)

No	Karakteristik Responden	Mean	Std. deviasi	Min.	Maks.
1	Usia	53,86	6,417	38	60
2	Lama menderita DM	6,07	4,650	1	24

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan penjelasan tabel diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden pada penelitian berusia rata-rata 53,86 tahun dengan lama

menderita DM rata-rata 6,07 tahun.

Tabel 11. Gambaran karakteristik demografi dan kesehatan Penderita DM tipe 2 di Wilayah Bantul (N = 86)

No	Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Kategori Usia		
	< 45 tahun	9	10,5
	≥ 45 tahun	77	89,5
2	Kategori Lama Menderita DM		
	≤10 tahun	73	84,9
	>10 tahun	13	15,1
3	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	25	29,1
	Perempuan	61	70,9
4	Pendidikan Terakhir		
	Tidak sekolah	7	8,1
	SD	22	25,6
	SMP	19	22,1
	SMA	29	33,7
	Perguruan tinggi	9	10,5
5	Riwayat Penyakit Lain		
	Hipertensi	31	36,0
	Jantung	4	4,7
	Ginjal	4	4,7
	Gastritis	4	4,7
	Riwayat amputasi	1	1,2
	Asam urat	4	4,7
	Paru-Paru	3	3,5
	Stroke	2	2,3
6	Penghasilan Rata-rata Perbulan		
	< Rp.1.649.800	40	46,5
	Rp.1.649.800-Rp.2.649.800	36	41,9
	> Rp.2.649.800	10	11,6
7	Tinggal Bersama		
	Sendiri	2	2,3
	Keluarga inti	69	80,2
	Keluarga besar	15	17,5
8	Sumber Dukungan		
	Keluarga	84	97,7
	Teman	28	32,6
	Petugas Kesehatan	59	68,6

Lanjutan

No	Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
9	Bentuk Dukungan Keluarga		

	Info	28	32,6
	Waktu	35	40,7
	Penghargaan	14	16,3
	Tenaga	34	39,5
	Perhatian dan kasih sayang	73	84,9
	Saran	32	37,2
	Biaya	66	76,7
10	Sumber Informasi		
	a. Petugas Kesehatan		
	Sering	66	76,7
	Kadang-kadang	20	23,3
	b. Teman		
	Sering	22	25,6
	Kadang-kadang	41	47,7
	Tidak pernah	23	26,7
	c. Televisi		
	Sering	11	12,8
	Kadang-kadang	38	44,2
	Tidak pernah	37	43
	d. Lain-lain		
	Sering	5	5,8
	Kadang-kadang	3	3,5
	Tidak pernah	78	90,7
11	Aspek <i>management</i> DM yang dianggap sulit		
	Diet	28	32,6
	Olahraga	27	31,4
	Tes gula darah	3	3,5
	Perawatan kaki	24	27,9
	Terapi pengobatan	10	11,6
	Berhenti merokok	8	9,3

Sumber: Data Primer 2019

Tabel diatas menunjukkan bahwa mayoritas responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 61 orang (70,9%), pendidikan terakhirnya adalah tamat SMA sebanyak 29 orang (33,7%). Mayoritas responden memiliki riwayat penyakit lain yaitu hipertensi sebanyak 31 orang (36,0%), mayoritas berpenghasilan kurang dari Rp.1.500.000 sebanyak 40 orang (46,5%), rata-rata tinggal bersama keluarga inti sebanyak 39 orang (45,3%). Mayoritas sumber dukungan responden berasal dari keluarga yaitu sebanyak 84 orang (97,7%) dan sebagian

besar sering mendapatkan informasi tentang DM dari petugas kesehatan sebanyak 66 orang (76,7%). Bentuk dukungan keluarga yang paling banyak diterima oleh responden yaitu perhatian dan kasih sayang sebanyak 73 orang (84,9%). Sedangkan aspek *management* DM yang dianggap sulit yaitu pada aspek diet sebanyak 28 orang (32,6%).

4. *Self-empowerment* dan Perilaku *Self-management* DM

Tabel 12. Gambaran *self-empowerment* dan perilaku *self-management* DM pada penderita DM Tipe 2 di Wilayah Bantul (N = 86)

No	Variabel	Mean	Median	SD	Min.	Maks.
1	<i>Self-empowerment</i>	30,91	31,00	2,345	26	36
2	<i>Self-management</i> DM	67,19	65,00	10,203	47	89

Sumber: Data Primer 2019

Tabel 12 menunjukkan bahwa *self-empowerment* pada penderita DM tipe 2 di Wilayah Bantul masih kurang dilihat dari nilai rata-rata skor DES-SF yang kurang dari nilai *median*. Sedangkan perilaku *self-management* DM nya sudah baik dilihat dari nilai rata-rata skor SDSCA yang lebih dari nilai *median*.

Tabel 13. Gambaran tiap *item* pertanyaan dari kuesioner DES-SF (N = 86)

No	Item	Mean	Median
Menilai ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah			
1	Saya tahu bagian mana dari perawatan diabetes yang saya merasa tidak puas.	3,79	4,00
Total		3,79	4,00
Menetapkan dan mencapai tujuan diabetes			
2	Saya mampu mengubah tujuan penanganan diabetes menjadi rencana yang bisa diwujudkan	3,58	4,00
3	Saya bisa mencoba berbagai cara untuk mengatasi hambatan pada tujuan penanganan	3,51	4,00
Total		7,09	8,00
Mengelola aspek-aspek psikososial diabetes			
4	Saya bisa menemukan cara untuk merasa lebih baik saat menderita diabetes	4,01	4,00
<i>Lanjutan</i>			
No	Item	Mean	Median

Mengelola aspek-aspek psikososial diabetes			
4	Saya bisa menemukan cara untuk merasa lebih baik saat menderita diabetes	4,01	4,00
5	Saya tahu cara positif untuk mengatasi stress akibat diabetes.	4,12	4,00
6	Saya bisa minta dukungan selama menderita dan merawat diabetes ketika membutuhkan.	4,13	4,00
7	Saya tahu apa yang membantu saya tetap termotivasi/ bersemangat dalam merawat diabetes saya	4,15	4,00
8	Saya cukup tahu tentang diri sendiri untuk memilih perawatan diabetes yang tepat	3,62	4,00
Total		20,03	20,00

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 13, *self-empowerment* pada aspek menilai ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah serta menetapkan dan mencapai tujuan diabetes masih kurang dilihat dari nilai rata-rata yang kurang dari nilai *median*. Sedangkan *self-empowerment* pada aspek mengelola aspek-aspek psikososial diabetes sudah baik dilihat dari nilai rata-rata yang lebih dari nilai *median*.

Tabel 14. Gambaran tiap aspek perilaku *self-management* DM pada penderita DM Tipe 2 di Wilayah Bantul (N = 86)

No	Variabel	Mean	Median
1	Diet	28,59	29,00
2	Olahraga	8,78	9,00
3	Tes Gula Darah	2,34	2,00
4	Perawatan Kaki	14,53	14,00
5	Terapi Obat	12,94	14,00

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 14 menunjukkan bahwa perilaku diet, olahraga, dan terapi obat pada responden masih kurang dilihat dari nilai rata-rata yang kurang dari nilai *median*. Sedangkan pada perilaku tes gula darah dan perawatan kaki pada responden sudah baik dilihat dari nilai rata-rata yang lebih dari nilai *median*.

Tabel 15 . Gambaran merokok penderita DM tipe 2 di Wilayah Bantul (N= 86)

No	Aspek merokok	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Selama 7 hari terakhir merokok		
	Ya	8	9,3
	Tidak	78	90,7
2	Pada pemeriksaanterakhir ada yang bertanya tentang status merokok		
	Ya	4	4,7
	Tidak	82	95,3
3	Pada pemeriksaan terakhir ada yang menasihati untuk berhenti merokok		
	Ya	8	9,3
	Tidak	78	90,7
4	Terakhir kali merokok		
	>2tahun / tidak pernah merokok	78	90,7
	Masih merokok	8	9,3

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan kuesioner SDCA pada aspek merokok, didapatkan hasil bahwa responden yang merokok sebanyak 8 orang (9,3%), responden yang ditanyakan tentang status merokoknya pada pemeriksaan terakhir sebanyak 4 orang (4,7%), dan responden yang dinasihati oleh petugas kesehatan untuk berhenti merokok atau ditawarkan untuk mengikuti program berhenti merokok sebanyak 8 orang (9,3%).

1. Hubungan *self-empowerment* dengan perilaku *self-management* DM

Tabel 16. Hubungan *self-empowerment* dengan perilaku *self-management* DM pada penderita DM Tipe 2 (N = 86)

No	Variabel	Mean	SD	<i>p</i>	<i>R</i>
1	<i>Self-empowerment</i>	30,91	2,345	0,000	0,648
2	<i>Self-management</i> DM	67,19	10,203		

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel diatas dapat diambil kesimpulan bahwa Ha diterima dimana terdapat hubungan antara *self-empowerment* dengan perilaku *self management* DM pada penderita DM tipe 2 di Wilayah Bantul dengan nilai $p < 0,05$ ($p=0,000$), nilai koefisien korelasi = 0,648 yang menunjukkan hubungan yang kuat antara *self-empowerment* dengan

perilaku *self management* DM, dan arah korelasi positif yang berarti bahwa semakin tinggi *self-empowerment* maka semakin baik perilaku *self-management* DM.

2. Hubungan Karakteristik Responden dengan *Self-empowerment* dan Perilaku *Self-management* DM

Tabel 17. Hubungan karakteristik reponden dengan *self-empowerment* dan perilaku *self-management* DM pada penderita DM Tipe 2 (N = 86)

No	Karakteristik	<i>Self-empowerment</i>		<i>Self-management</i> DM	
		<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
1	Usia	0,764	-0,33	0,154	0,155
2	Jenis Kelamin	0,166	0,151	0,906	0,013
3	Lama Menderita DM	0,337	0,105	0,101	0,178
4	Pendidikan Terakhir	0,023	0,244	0,046	0,216
5	Penghasilan perbulan	0,002	0,326	0,010	0,276

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 17, dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang positif antara pendidikan terakhir dan penghasilan perbula dengan *self-empowerment* ($p < 0,05$). Selain itu juga terdapat hubungan antara pendidikan terakhir dan penghasilan perbulan perilaku dengan *self-management* DM ($p < 0,05$). Hal tersebut bermakna bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan penghasilan perbulannya maka akan semakin tinggi *self-empowerment* dan *self-management* penderita DM.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Pada umumnya responden pada penelitian ini berusia diatas 45 tahun dengan rata-rata usia 53,86 tahun. Secara degeneratif proses penuaan dapat menyebabkan penurunan fungsi tubuh termasuk organ pankreas, meningkatkan gangguan toleransi glukosa dan resistensi insulin. Menurut Perkeni (2015), seseorang yang berusia diatas 45 tahun berisiko tinggi mengalami DM tipe 2. Seiring bertambahnya usia, fungsi pankreas dan tingkat sensitifitas insulin mulai menurun sehingga glukosa yang seharusnya masuk kedalam sel akan tetap berada di aliran darah yang menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat (Soegondo, 2015). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Kekenusa, et al. pada tahun 2013 yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan kejadian DM Tipe 2 ($p=0,000$) dengan nilai Odds Ratio sebesar 7,6 dimana hal tersebut berarti bahwa orang dengan umur diatas 45 tahun memiliki risiko 8 kali lebih besar mengalami DM tipe 2 dibandingkan dengan orang yang berumur kurang dari 45 tahun.

Walaupun pada penelitian ini ditemukan 9 responden yang berusia kurang dari 45 tahun dengan usia termuda 38 tahun, hal tersebut bisa terjadi dikarenakan faktor risiko yang lain seperti riwayat keluarga dengan DM, riwayat gestasional diabetes melitus,

obesitas, kurang aktifitas fisik, diet yang tidak sehat, merokok, dan stress (Ario, 2014; Black & Hawks, 2014; Ilyas, 2005; Kosasi, 2017; Pratiwi, Amatiria, & Yamin, 2014; Sumangkut et al., 2013; Suyono, 2005).

b. Jenis Kelamin

Responden dalam penelitian ini mayoritas berjenis kelamin perempuan. Pada penelitian ini rata-rata usia responden adalah 53,86 tahun dimana pada usia ini biasanya perempuan memasuki masa menopause. Perempuan berisiko lebih tinggi terkena DM pada masa pasca menopause yang disebabkan oleh perubahan hormon. Menopause adalah proses alamiah yang dialami oleh setiap perempuan yang berusia sekitar 48-54 tahun (Santoso & Ismail, 2009). Menurut Irawan (2007) secara fisik perempuan memiliki peluang peningkatan indeks massa tubuh (IMT) yang lebih besar daripada laki-laki karena sindrom siklus bulanan (*premenstrual syndrome*) pasca-menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi sehingga dapat menyebabkan terjadinya diabetes mellitus. Selain itu juga dapat disebabkan oleh riwayat diabetes gestasional (Black & Hawks, 2014).

Hasil penelitian Faraditha, et al (2014) menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 38 orang (86,2%) dengan sebagian besar responden berusia lebih dari 45 tahun yaitu 39 orang (84,8%) dengan rata –

rata usia 53 tahun. Namun hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Rahayu, et al (2012), yang menunjukkan hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian DM ($p = 0,157$).

c. Pendidikan terakhir

Sebagian besar pendidikan terakhir responden pada penelitian ini adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Seseorang dengan pendidikan tinggi dianggap sebagai orang yang memiliki pengetahuan lebih. Namun orang dengan tingkat pendidikan tinggi biasanya lebih banyak memiliki pekerjaan yang ringan dengan aktivitas fisik yang kurang. Pada orang yang aktifitas fisiknya kurang, zat makanan tetap ditimbun di dalam tubuh yang menyebabkan glukosa dalam darah meningkat sehingga berisiko terjadinya DM tipe 2 (Ilyas, 2005).

Menurut Natoatmodjo (2010), tingkat pendidikan adalah sebuah indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun hal tersebut bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu. Sejalan dengan hasil penelitian Restada (2016), menunjukkan bahwa sebagian besar penderita DM berpendidikan SMA yaitu sebanyak 24 responden (27,0%) dengan rentang usia paling banya 56-65 tahun sebanyak 52 responden (58,4).

d. Lama menderita DM

Lama menderita DM responden pada penelitian ini sebagian besar < 10 tahun yaitu sebanyak 73 orang (84,9%) dengan rata-rata lama menderita DM selama 6,07 tahun, waktu paling sebentar 1 tahun dan paling lama 24 tahun. DM merupakan salah satu penyakit kronis. Penyakit kronis adalah penyakit yang bersifat menetap, menyebabkan ketidakmampuan, dan memerlukan waktu yang lama dalam proses penyembuhannya (Bestari & Wati, 2016). Penyakit DM akan diderita seumur hidup dan sangat kompleks sehingga dibutuhkan pengobatan yang rutin dan perubahan gaya hidup (Putri et al, 2013). Sejalan dengan penelitian Teli (2017) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang berjumlah 65 orang telah menderita DM selama 5-10 tahun.

e. Riwayat Penyakit Lain

Sebagian besar responden pada penelitian ini memiliki riwayat penyakit lain berupa hipertensi. Hipertensi dapat menjadi faktor risiko terjadinya DM dan juga dapat menjadi komplikasi dari penyakit DM itu sendiri. Seseorang yang mempunyai riwayat hipertensi 2,629 kali lebih berisiko untuk menderita DM tipe 2 dibandingkan seseorang yang tidak mempunyai riwayat hipertensi (Setyaningrum, 2015). Menurut Guyton dalam Mutmainah (2013), hipertensi yang terjadi dalam waktu yang lama atau kronik dapat menyebabkan terjadinya resistensi insulin sehingga kadar gula dalam

darah meningkat. Berdasarkan hasil penelitian Jelantik dan Haryati (2014) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kejadian hipertensi dengan kejadian DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Mataram tahun 2013 ($p = 0,000$). Sedangkan untuk hipertensi sebagai komplikasi dari penyakit DM, menurut Tundra dalam Winta et al (2018) bahwa hipertensi pada penderita DM merupakan komplikasi makroangiopati yang terjadi akibat pembuluh darah yang mengerasnya atau tidak elastis lagi sehingga menyebabkan naiknya tekanan darah.

f. Penghasilan Rata-rata Perbulan

Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpenghasilan kurang dari Rp.1.649.800/bulan. Seseorang dengan tingkat pendapatan rendah biasanya memiliki kesulitan dalam menyediakan makanan sehat dan kesulitan untuk menjangkau pelayanan kesehatan dengan biaya yang dapat dikatakan mahal. Berdasarkan penelitian Dinca et al (2012) yang menunjukkan hasil bahwa seseorang dengan pendapatan rendah berisiko 77% lebih tinggi terkena penyakit DM Tipe 2 dibanding seseorang dengan pendapatan tinggi.

Terdapat perbedaan hasil dengan penelitian yang dilakukan oleh Mongisidi (2014) yang menunjukkan bahwa orang yang memiliki pendapatan lebih dari nilai UMP berisiko 1,4 kali lebih besar terkena DM Tipe 2 dibandingkan dengan orang yang memiliki pendapatan kurang dari nilai UMP. Hal tersebut dapat dikaitkan dengan

pendapat Irawan (2010) bahwa seseorang dengan tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi biasanya lebih mampu untuk membeli makanan-makanan makanan siap saji atau berlemak yang dapat menjadi faktor risiko terjadinya DM tipe 2.

g. Tinggal Bersama

Pada penelitian ini, mayoritas responden tinggal bersama keluarga inti yang terdiri dari pasangan dan anaknya, sedangkan responden yang tinggal sendiri hanya 2 orang. Seiring berjalannya waktu, modernisasi di Indonesia telah mempengaruhi terjadinya pergeseran tentang bentuk keluarga dari keluarga besar (*extended family*) menjadi keluarga inti (*nuclear family*). Pada tahun 1980-an keluarga ideal digambarkan dengan keluarga yang terdiri dari kakek, nenek, ayah, ibu dan dua orang anak dimana mereka tinggal serumah (Wiratri, 2018). Namun komposisi dan struktur keluarga di Indonesia saat ini menjadi sangat beragam yang dapat terlihat dari sebagian besar keluarga yang tidak tinggal dalam satu rumah dengan alasan pekerjaan, pendidikan, dan sebagainya (Wiratri, 2018).

h. Sumber Dukungan

Sumber dukungan yang diperoleh oleh responden dalam penelitian ini sebagian besar berasal dari keluarga. Hal tersebut dapat terjadi karena rata-rata responden tinggal bersama keluarga. Dukungan keluarga meliputi dukungan dalam aspek emosional, informasi, penghargaan, dan instrumental (Damayanti, 2014).

Menurut Rachmatullah dalam Adhtiya (2015) masyarakat suku Jawa menganggap keluarga sebagai tempat tumbuhnya kesediaan yang spontan untuk tolong-menolong sehingga tiap-tiap anggota keluarga diharapkan dapat meningkatkan keutamaan seperti rasa kasih sayang, tanggung jawab, kemurahan hati, kebaikan, keprihatinan pada sesama dan belajar berkorban untuk orang lain.

i. Bentuk Dukungan Keluarga

Mayoritas responden dalam penelitian ini menerima bentuk dukungan keluarga berupa perhatian dan kasih sayang. Dukungan perhatian dan kasih sayang yang diberikan oleh keluarga kepada responden termasuk ke dalam dukungan emosional. Hal tersebut dapat terjadi karena karakteristik masyarakat di Indonesia yang mempunyai hubungan kekeluargaan yang erat sehingga cukup mudah responden untuk mendapatkan dukungan secara emosional (Rasyidah, 2018). Hal tersebut juga telah tertulis dalam Al-Quran, surah Ar-Rum ayat 21:

وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ

Artinya: “Dan diantara tanda-tanda kebesaran-Nya, ialah dia menciptakan pasangan-pasangan untukmu dari jenismu sendiri agar kamu cenderung dan merasa tenang kepadanya, dan Dia menjadikan di antaramu rasa kasih dan sayang. Sungguh pada yang

demikian itu benar-benar terdapat tanda-tanda kebesaran Allah bagi kaum yang berpikir”.

Berdasarkan potongan ayat ke 21 surah Ar-rum tersebut, maka sudah seharusnya dalam keluarga harus saling menyayangi satu sama lain agar tercipta keluarga yang *sakinah mawaddah warahmah*.

j. Sumber Informasi tentang DM

Pada penelitian ini, sebagian besar responden sering menerima informasi tentang DM dari petugas kesehatan baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas yaitu sebanyak 66 orang (76,7%). Sebagian besar responden menyatakan rutin pergi ke Puskesmas untuk melakukan tes gula darah dan mengambil obat paling tidak satu bulan sekali sehingga selama pemeriksaan responden dapat melakukan konseling dan secara tidak langsung mendapatkan informasi tentang DM dari petugas kesehatan yang bertugas. Menurut Lubis dalam Surya et al (2015), konseling memiliki peran agar penderita DM dapat menjawab semua pertanyaan yang mengganggu pikiran dan perilakunya sehingga setelah pertanyaan itu terjawab, penderita DM tersebut diharapkan dapat memecahkan masalah yang dialaminya dalam melakukan perawatan diri DM.

k. Aspek *Self-management* DM yang Dianggap Sulit

Aspek *self-management* DM yang dianggap paling sulit oleh sebagian besar responden dalam penelitian ini yaitu diet. Penderita

DM terkadang sudah mengetahui tentang perencanaan diet yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, namun tidak semua penderita DM mampu melakukan diet tersebut secara konsisten. Berdasarkan hasil penelitian Waspadji dalam Rondhianto (2013), lebih dari 50% penderita DM tidak melakukan diet yang telah dianjurkan, walaupun mereka sudah mendapatkan pendidikan kesehatan atau penyuluhan. Hal tersebut dapat terjadi karena dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti:

1) *Self-efficacy*

Perencanaan diet DM yang dilakukan dalam jangka waktu lama dan berlangsung secara terus-menerus dapat menyebabkan penderita DM merasa bosan dan menjadi tidak patuh dalam melakukan diet DM tersebut. Sehingga dibutuhkan suatu keyakinan dari penderita DM itu sendiri bahwa dia mampu melakukan berbagai perilaku perawatan diri DM yang dianjurkan yang disebut dengan *self-efficacy* (Astuti, 2014). Menurut Rahayu et al (2006), perkiraan seseorang terhadap *self-efficacy*-nya dapat menentukan usaha yang akan dilakukannya untuk mengatasi hambatan yang dihadapinya.

2) Pola Makan Keluarga

Anggota keluarga yang tidak mau mengonsumsi makanan yang sama dengan penderita DM dan keluarga yang merasa kesulitan untuk menyediakan menu yang berbeda yaitu menu

yang akan dikonsumsi oleh penderita DM dan anggota keluarga lainnya menyebabkan penderita DM mau tidak mau mengonsumsi makanan yang sama dengan anggota keluarga lainnya yang tidak sesuai dengan regimen diet DM yang telah dianjurkan (Rondhianto 2013).

2. *Self-empowerment*

Self-empowerment adalah keberdayaan atau kekuatan seseorang dengan penyakit DM yang direalisasikan untuk membangun kepercayaan, meningkatkan harga diri dan mekanisme koping agar keterampilan pribadinya terkait perawatan diri berkembang (Nuari, 2016). Berdasarkan tabel 12, *self-empowerment* pada responden dalam penelitian ini termasuk kurang.

Berdasarkan kuesioner *Diabetes Empowerment Scale* (DES), *self-empowerment* pada penderita DM dibagi menjadi 3 aspek, yaitu penilaian ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah, penetapan dan pencapaian tujuan diabetes, serta pengelolaan aspek-aspek psikososial diabetes. Tabel 13 menunjukkan bahwa *self-empowerment* pada responden penelitian ini dalam menilai ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah serta menetapkan dan mencapai tujuan diabetes masih kurang. Sedangkan *self-empowerment* pada responden dalam mengelola aspek-aspek psikososial diabetes sudah baik. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti usia, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan penghasilan perbulan.

a. Usia

Pada penelitian ini, rata-rata usia responden yaitu 53,86 tahun dengan rata-rata nilai *self-empowerment* yang tinggi. Usia akan mempengaruhi kemampuan kognitif dan fisik seseorang sampai batas usia tertentu dalam menentukan perawatan untuk penyakitnya. Menurut Nuari (2014), bertambahnya usia pada lansia akan mempengaruhi pengambilan keputusan dan kemampuannya dalam mencari perawatan yang tepat. Sedangkan Menurut Willie dan Schie dalam Rondhianto (2013), kemampuan pemecahan masalah dan pada seseorang di usia dewasa pertengahan mengalami peningkatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuari tersebut bahwa responden dengan usia 51-60 tahun memiliki skor *self empowerment* dengan kategori cukup, sedangkan yang berusia 61-70 tahun memiliki skor *self-empowerment* dengan kategori kurang.

Sejalan dengan hasil penelitian Tol et al (2013) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat *empowerment* pada penderita DM, dimana semakin bertambahnya usia maka semakin rendah skor *empowerment* nya pada aspek kesiapan untuk berubah, pengaturan dan pencapaian tujuan diabetes, serta penilaian terhadap ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah.

b. Pendidikan Terakhir

Sebagian besar pendidikan terakhir responden pada penelitian ini adalah tamat Sekolah Menengah Atas (SMA). Tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan dimana semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin banyak pengetahuan yang didapatkan sehingga orang tersebut tersebut merasa lebih mampu dan berdaya untuk menentukan pengobatannya. Proses perubahan pada diri seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih matang yang menyebabkan seseorang tersebut lebih mudah menerima pengaruh positif dari luar terbuka, dan obyektif terhadap berbagai informasi terkait kesehatannya (Notoadmodjo, 2013).

Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Nuari (2016) yang menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan SLTA mempunyai *self-empowerment* yang lebih tinggi dibandingkan responden dengan tingkat pendidikan SD. Selain itu, berdasarkan hasil penelitian Tol et al (2012), tingkat pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan elemen yang ada pada kuesioner DES meliputi penilaian ketidakpuasan dan kesiapan berubah ($p=0,04$, $r=0,076$), pengelolaan aspek psikososial ($p=0,04$, $r=0,078$), serta penetapan dan pencapaian tujuan diabetisi ($p=0,01$, $r=0,09$).

c. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Sebagian besar responden pada penelitian ini paling banyak dan sering menerima informasi tentang DM dari petugas kesehatan karena mereka rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di Puskesmas paling tidak sekali dalam sebulan. Menurut Anderson et al., (2000), salah satu ciri pasien yang mempunyai *empowerment* yaitu dapat dilihat dari pengetahuannya yang baik tentang DM, karena dengan pengetahuan tersebut pasien dapat meningkatkan kemampuannya untuk memilih dan memutuskan perawatan yang tepat.

Pengetahuan tentang DM tersebut bisa didapatkan dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Menurut Kim et al dalam Rasyidah (2018), pemanfaatan pelayanan kesehatan berpengaruh pada tingkat pengetahuan pasien DM yaitu dengan semakin tinggi tingkat pengetahuan pasien DM maka tingkat kepatuhan untuk melakukan *self-management* semakin baik pula. Selain itu, program PROLANIS yang diselenggarakan oleh Puskesmas juga dapat membantu penderita DM untuk mendapatkan informasi lebih sehingga dapat meningkatkan pengetahuan mereka dalam perawatan DM yang tepat demi mencapai gula darah yang terkontrol.

d. Penghasilan Perbulan

Responden dalam penelitian ini sebagian besar mempunyai penghasilan yang kurang dari Rp.1.649.800/bulan. Keterbatasan ekonomi dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhannya sehari-harinya. Menurut Nuari dan Kartikasari (2016), keterbatasan ekonomi dapat menyebabkan penderita DM kesulitan dalam melakukan perawatan diri DM dan pengobatan serta terbatas untuk mendapatkan informasi. Keterbatasan tersebut bisa menjadi suatu hambatan bagi penderita DM untuk melakukan perawatan diri DM sehingga penderita DM merasa tidak mampu melakukan *management* DM yang telah dianjurkan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuari pada tahun 2014 menunjukkan bahwa responden berpenghasilan Rp.1.000.000 mempunyai *self-empowerment* yang kurang, sedangkan responden dengan penghasilan Rp.2.100.000-Rp 3.000.000 mempunyai *self-empowerment* yang baik.

3. Perilaku *Self-management* DM

Menurut Sigudardottir (2004) dalam Wahyuningsih (2014), *self-management* merupakan cara penderita DM untuk mengatur diet, olahraga, terapi obat, dan pemeriksaan kesehatan rutin yang dilakukan untuk mencegah komplikasi. Tabel 12 menunjukkan bahwa *self-management* pada responden dalam penelitian ini termasuk baik.

a. Diet

Tabel 14 menunjukkan bahwa perilaku diet responden dalam penelitian ini masih kurang. Sejalan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden menganggap bahwa aspek *self-management* DM yang paling sulit untuk dilakukan adalah diet yang sehat bagi penderita DM. Hal tersebut dapat terjadi karena penderita DM merasa bosan dengan diet DM dan pola makan keluarga yang menyebabkan penderita DM akhirnya mengikuti menu makanan yang sama dengan anggota keluarga lainnya yang tidak sesuai dengan diet DM yang telah dianjurkan (Astuti, 2014; Rondhianto 2013).

b. Olahraga

Berdasarkan tabel 14, didapatkan hasil bahwa perilaku olahraga pada responden dalam penelitian ini masih kurang. Hal tersebut dapat disebabkan karena penderita DM merasa kesulitan untuk melakukan olahraga ataupun aktivitas fisik yang telah dianjurkan. Menurut Mandewo et al., (2014), hambatan pada penderita DM untuk melakukan aktifitas fisik yaitu kurangnya informasi dan instruksi terkait bagaimana cara berolahraga yang direkomendasikan, kelemahan fisik yang diakibatkan oleh penyakit yang semakin memburuk, nyeri, dan lupa untuk melakukan aktifitas fisik atau olahraga dikarenakan kesibukan.

c. Tes Gula Darah

Tabel 14 menunjukkan bahwa perilaku tes gula darah pada responden dalam penelitian ini sudah baik. Hal tersebut sejalan dengan hasil peneliam ini yang menunjukkan bahwa rata-rata responden sering menerima informasi terkait DM dari petugas kesehatan karena penderita DM tersebut rutin pergi ke Puskesmas ataupun Rumah Sakit paling tidak satu sampai dua kali dalam bulan untuk melakukan tes gula darah sekaligus mengambil obat.

d. Perawatan Kaki

Berdasarkan tabel 14, didapatkan hasil bahwa perilaku perawatan kaki pada responden dalam penelitian ini sudah baik. Hal tersebut dapat terjadi karena sebagian besar responden dalam penelitian ini mendapatkan informasi terkait DM dari petugas kesehatan baik di Puskesmas maupun dari kegiatan PROLANIS yang diselenggarakan oleh Puskesmas. Hasil penelitian Windasari et al (2015) menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan penderita DM tipe 2 dalam melakukan perawatan kaki

e. Terapi Obat

Tabel 14 menunjukkan bahwa perilaku *self-management* DM pada aspek terapi obat responden masih kurang. Hal tersebut dapat disebabkan oleh beberapa alasan yang menyebabkan penderita DM

tidak rutin dalam meminum obat atau menyuntikan insulin. Menurut Riskesdas (2018), alasan penderita DM tidak rutin minum OAD atau suntik insulin yaitu karena merasa sudah sehat, tidak rutin berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan, minum obat tradisional, sering lupa, tidak tahan efek samping obat, tidak mampu membeli obat secara rutin, dan obat tidak tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan. Ketidakpatuhan dalam pengobatan juga dapat disebabkan karena penderita DM tinggal sendiri tanpa keluarga, sehingga tidak ada anggota keluarga yang membantu ataupun mengingatkan penderita DM untuk meminum obat (Mandewo et al, 2014).

f. Merokok

Berdasarkan tabel 15, didapatkan hasil bahwa terdapat 8 responden yang sudah dinasihati oleh petugas kesehatan untuk berhenti merokok atau ditawarkan untuk mengikuti program berhenti merokok tetapi masih tetap merokok. Kebiasaan merokok dalam waktu yang lama menyebabkan perokok tersebut sulit untuk berhenti merokok. Hasil penelitian Rohayatun et al (2015) menunjukkan bahwa faktor psikologis yang menghambat perokok untuk berhenti merokok antara lain karena perokok merasa jika merokok dapat membuat perasaannya menjadi tenang dan nyaman, serta meningkatkan konsentrasi dalam mengerjakan sesuatu dan saat menghadapi masalah. Ketenangan yang diperoleh oleh perokok setelah menghisap rokok ini berasal dari nikotin yang merangsang

otak untuk memproduksi hormon dopamin yang mengakibatkan proses kecanduan pada perokok (Rosita et al, 2012).

Perilaku *self-management* DM pada penderita DM tipe 2 tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti lama menderita DM dan dukungan keluarga.

a. Lama menderita DM

Rata-rata lama menderita DM responden pada penelitian adalah 6,07 tahun. Lamanya menderita DM akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap seseorang dalam melakukan perawatan DM. Menurut Bai et al., (2009), semakin lama seseorang menderita DM maka orang tersebut akan semakin paham tentang hal-hal yang harus dan sebaiknya dilakukan agar status kesehatannya tetap baik dengan belajar dari pengalaman yang didapatkannya selama sakit. Pada penelitian yang dilakukan oleh Bai et al., tersebut menunjukkan bahwa 95 dari 165 responden menderita DM selama lebih dari 10 tahun.

Pada seseorang yang belum lama menderita DM, hidup dengan DM merupakan pengalaman pertama untuk melakukan perawatan diri DM dalam kehidupan sehari-hari demi mencapai kadar glukosa darah yang terkontrol sehingga mereka belum mempunyai banyak pengalaman dalam melakukan hal tersebut. Sedangkan pada seseorang yang sudah lama menderita DM, mereka cenderung telah

menyesuaikan diri dengan keadaan tersebut sehingga mereka sudah terbiasa dalam melakukan perawatan diri DM (Kusniawati, 2011).

b. Pendidikan Terakhir

Sebagian besar responden pada penelitian berpendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA). Menurut Abbasi, et al (2018), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah orang tersebut menerima informasi, sehingga pada umumnya orang tersebut akan memiliki pemahaman yang baik terkait pentingnya perilaku perawatan diri serta memiliki keterampilan untuk manajemen diri dengan menggunakan informasi yang diperoleh dari berbagai media dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya rendah. Hasil penelitian Putri (2013) menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan menengah sampai tinggi memiliki perilaku *management* DM pada aspek diet yang baik.

c. Penghasilan Perbulan

Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpenghasilan kurang dari Rp.1.649.800/bulan. Penghasilan rata-rata perbulan yang kurang menyebabkan seseorang kesulitan untuk memenuhi kebutuhannya termasuk untuk mewujudkan hidup yang sehat. Hasil penelitian Abraham (2011) menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara perawatan diri diabetes dengan pendapatan dimana

semakin tinggi penghasilan mereka maka semakin banyak aktivitas perawatan diri yang dilakukan.

d. Dukungan keluarga

Sebagian besar responden dalam penelitian ini menerima dukungan yang berasal dari keluarga. Hal ini dapat terjadi karena mayoritas responden tinggal serumah bersama keluarganya. Menurut Taylor dalam Rasyidah (2018), dukungan keluarga tersebut dapat dilihat dari berbagai faktor yaitu keluarga adalah lingkungan sosial yang paling dekat dengan penderita DM, keluarga merupakan sumber utama dalam pembentukan keyakinan dan perilaku *self-management*, serta keluarga merupakan orang terdekat dengan penderita DM yang mempunyai fungsi afektif, ekonomi, dan perawatan yang dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan psikis penderita DM tersebut. Hal tersebut diperkuat oleh penelitian Rasyidah (2018) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan perilaku *self-management* pada pasien DM tipe 2 di Puskesmas Simpang IV Sipin Kota Jambi ($p = 0,019$).

4. Hubungan *Self-empowerment* dengan Perilaku *Self-management* DM

Uji analisa data yang digunakan untuk menghubungkan antara *self-empowerment* dengan perilaku *self-management* DM pada penelitian ini adalah uji *Spearman*. Berdasarkan hasil analisa data tersebut didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna dengan arah korelasi positif

dimana semakin tinggi *self-empowerment* penderita DM tipe 2 maka semakin baik *self-managememnt* DM nya.

Self-empowerment diartikan sebagai keberdayaan yang dimiliki oleh penderita DM yang kemudian diwujudkan dengan membangun kepercayaan, meningkatkan harga diri dan mekanisme coping sehingga penderita DM tersebut dapat mengembangkan keterampilannya untuk melakukan perawatan diri DM (Nuari, 2016). Menurut Cunha et al. (2015), seseorang dengan *self-empowerment* yang baik akan lebih bertanggung jawab, terbantu dalam menetapkan tujuan perawatan DM serta mampu berpartisipasi untuk memilih strategi yang akan digunakan untuk mencapai tujuan tersebut. Berdasarkan hasil penelitian Cunha et al (2015) tersebut **menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara empowerment dengan adopsi perilaku manajemen diri pada pasien DM tipe 2 dimana jika skor empowerment-nya meningkat maka adopsi perilaku manajemen dirinyapun juga meningkat.**

Berdasarkan tabel 17, *self-empowerment* dan perilaku *self-management* DM pada responden dalam penelitian ini berhubungan dengan pendidikan terakhir dan penghasilan perbulan.

a. Pendidikan Terakhir

Pendidikan adalah salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi penderita DM dalam memahami proses penyakit, perawatan diri, *management* DM, serta pengontrolan gula dalam darahnya. Semakin tinggi pendidikan yang ditempuh oleh penderita

DM maka mekanisme coping yang konstruktifnya akan berkembang dalam menghadapi stressor karena pemahaman yang baik terhadap suatu informasi yang diterima (Nuari, 2016). Penderita DM akan lebih mudah dalam menerima pengaruh positif dan lebih obyektif terhadap berbagai informasi terkait kesehatannya sehingga mempengaruhi penderita DM tersebut dalam memilih dan memutuskan terkait perawatan dan pengobatan yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya (Goz et al, 2007; Notoadmodjo, 2013).

b. Penghasilan Perbulan

Penghasilan rata-rata perbulan yang kurang dapat menyebabkan penderita DM mengalami kesulitan untuk mencari informasi dan perawatan diri serta pengobatan DM (Nuari & Kartikasari, 2016). Biaya untuk pengobatan yang tinggi dan perawatan penyakit tertentu merupakan hambatan untuk melakukan manajemen DM yang tepat. Selain itu, ketimpangan ekonomi juga dapat meningkatkan risiko ketidakpatuhan untuk mengontrol gula darah dan komplikasi DM yang disebabkan oleh ketidakmampuan untuk membeli makanan sehat, berpartisipasi dalam kegiatan olahraga atau rekreasi, mengontrol gula darah kapiler di rumah, dan mengakses sistem perawatan kesehatan untuk menerima pengobatan (Gonzalez-Zacarias et al, 2016).

Terdapat lima langkah penetapan tujuan dalam pendekatan pemberdayaan sehingga penderita DM mendapatkan informasi dan kejelasan yang dibutuhkan untuk mengembangkan dan mencapai tujuan terkait DM dan gaya hidup dimana dua langkah pertama adalah untuk men definisikan masalah dan memastikan keyakinan, pikiran, dan perasaan penderita DM yang dapat mendukung atau menghambat upaya mereka, langkah yang ketiga adalah mengidentifikasi tujuan jangka panjang, langkah keempat dan kelima yaitu mengevaluasi upaya penderita DM dan mengidentifikasi apa yang mereka pelajari dalam proses (Funnel et al., 2004).

5. Kelebihan dan Kelemahan Penelitian

a. Kelebihan

Penelitian tentang hubungan *self-empowerment* dengan perilaku *self-management* DM belum pernah dilakukan di Bantul, D.I Yogyakarta sehingga diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi ilmu keperawatan.

b. Kelemahan

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan kuesioner yang di isi oleh responden tanpa mengobservasi perilaku responden sehingga hasilnya tergantung pada kejujuran responden.