

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta didirikan di jalan Jagang Notoprajan No. 72 Yogyakarta pada tanggal 5 Februari 1923. Pertama kali didirikan nama PKU Muhammadiyah adalah PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem). Rumah sakit PKU Muhammadiyah merupakan salah satu rumah sakit swasta yang dibawah kepengurusan Muhammadiyah yang berguna sebagai amal usaha dibidang kesehatan. Alamat rumah sakit PKU Muhammadiyah saat ini yaitu di jalan K.H Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta. Rumah sakit ini telah lulus tingkat akreditasi paripurna.

Fasilitas pada rumah sakit ini juga sangat baik dan lengkap. Mulai dari fasilitas umum yang berupa tempat parkir, keamanan 24 jam, bank, ATM, Masjid Asy – Syifa', swalayan, dan siaran televisi. Terdapat beberapa fasilitas kamar di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta terdiri dari UGD 25 jam, rawat jalan, rawat inap, ICU/PICU, ICCU, NICU, HCU, hemodialisa, ODC, IBS, ruang bersalin, ruang fisioterapi, raung isolasi, dan ruang *skin care*. Adapun fasilitas penunjangnya yaitu radiologi, laboratorium 24 jam, apotek 24 jam, bank darah, pelayanan *medical cek up*, *gen expert* TB, bina rohani, ambulance 24 jam, dan layanan sosial.

Penelitian ini dilakukan pada pasien yang sedang rawat inap di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tempat tidur rawat inap di

rumah sakit PKU Muhammadiyah berjumlah 218 yang terdiri dari : 17 kapasitas tempat tidur VIP, 34 kapasitas tempat tidur kelas 1, 54 kapasitas tempat tidur kelas 2, 75 kapasitas tempat tidur kelas 3, 3 kapasitas tempat tidur isolasi, 30 kapasitas boks kamar bayi, dan 35 tempat tidur bagi yang disesuaikan pada pasien.

Pelayanan untuk pasien DM pada pasien rawat inap yaitu pemberian diberikan konseling terkait diet, olahraga, terapi obat, dan kontrol gula darah. Biasanya pasien DM yang sedang dirawat inap akan dikontrol dietnya oleh ahli gizi, dan pemberian obat/terapi insulin akan diberikan oleh perawat. Saat pasien sudah diperbolehkan pulang, pasien akan diberi surat untuk kontrol ke poli penyakit dalam seminggu setelah pasien pulang.

Pelayanan pada pasien DM yang rawat jalan yaitu dengan kontrol ke dokter penyakit dalam. Di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, pasien DM akan kontrol di poli penyakit dalam. Sebelum pasien bertemu, pasien terlebih dahulu melakukan cek gula darah di laboratorium rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Setelah itu, pasien kembali ke poli penyakit dalam untuk menunggu giliran bertemu dengan dokter. Biasanya pasien DM akan disarankan untuk kontrol gula darah sebulan sekali, tetapi ada juga yang setiap 2 minggu tergantung lama penyakit pasien. Pasien yang baru didiagnosa akan dianjurkan untuk kontrol 2 minggu sekali. Selain itu, terdapat Perhimpunan Pasien Diabetes (PERSADIA) dengan kegiatan rutin berupa senam diabetes melitus yang dilakukan setiap hari minggu dan bertempat di halaman depan rumah sakit.

2. Karakteristik Responden

Data demografi pada pasien di RS PKU Muhammadiyah

Yogyakarta berdasarkan sampel penelitian sebanyak 35 responden seperti pada tabel berikut :

Tabel 1.
Data demografi usia dan lama menderita dalam bentuk nilai distribusi dan frekuensi (N=35)

No	Karakteristik subjek	Mean	Std. Deviasi	Min	Max
1	Usia	53.00	6.389	36	60
2	Lama menderita DM	9.46	7.006	0.02	27

Sumber: Data primer, 2019

Berdasarkan tabel 1 dapat dideskripsikan bahwa rata – rata usia responden yaitu paling muda usia 36 tahun dan paling tua usia 60 tahun. Rata – rata lama responden menderita DM yaitu 9.46.

Tabel 2.
Data demografi lama menderita, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan, dan riwayat keluarga menderita DM dalam bentuk nilai distribusi dan frekuensi (N=35)

Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Lama menderita		
< 1 Tahun	2	5.7
1 – 5 Tahun	12	34.5
> 5 Tahun	21	60.0
Jenis kelamin		
Laki – laki	17	48.6
Perempuan	18	51.4

Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Pendidikan terakhir		
Tidak sekolah	2	5.7
SD	6	17.1
SMP	4	11.4
SMA	13	37.1
Diploma/PT	10	28.6
Pekerjaan		
Bekerja	18	51.4
Tidak bekerja	17	48.6
Penyakit lain yang diderita		
Hipertensi	9	25.7
Gagal ginjal kronik	3	8.6
Penyakit jantung	1	2.9
Kolesterol	1	2.9
Penyakit lain	9	25.7
Riwayat Keluarga DM		
Ya	17	48.6
Tidak	18	51.4
Tinggal bersama		
Keluarga inti	33	94.5
Keluarga besar	1	2.9
Sendiri	1	2.9
Pendapatan		
< 1.500.000	14	40.0
1.500.000 – 3.000.000	16	45.7

Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
> 3.000.000	5	14.3

Sumber: Data primer, 2019

Berdasarkan tabel 2 didapat hasil bahwa responden paling banyak berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 18 orang (51.4%). Responden mayoritas sudah > 5 tahun menderita DM yaitu sebanyak 21 orang (60.0%). Dilihat dari pendidikan terakhir responden mayoritas berpendidikan SMA sebanyak 13 (37.1%). Berdasarkan pekerjaan bahwa responden bekerja 18 (51.4%). Adapun penyakit lain yang diderita selain DM yaitu responden paling banyak memiliki penyakit hipertensi sebanyak 9 orang (25.7).

Dilihat dari riwayat keluarga yang menderita DM, mayoritas responden tidak mempunyai keluarga yang mempunyai penyakit DM sebanyak 18 orang (51.4%). Sebagian besar responden tinggal bersama keluarga inti yaitu sebanyak 33 orang (94.5%). Penghasilan perbulan responden dari yaitu < Rp 1.500.000 sebanyak 14 responden (40.0%), Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000 sebanyak 16 responden (45.7%), dan > Rp 3.000.000 sebanyak 5 responden (14.3%).

3. Analisis univariat

Tabel 3.

Data perilaku *self-management*, *self-empowerment*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, tingkat pengetahuan, dan tingkat *self-efficacy* (N=35)

Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<i>Perilaku self – management</i>		
Tinggi	18	51.4
Kurang	17	48.6
<i>Self – empowerment</i>		
Sikap positif	31	88.6
Sikap negatif	4	11.4
<i>Perceived benefits</i>		
Tinggi	3	8.6
Sedang	32	91.4
Rendah	0	0
<i>Perceived barriers</i>		
Tinggi	0	0
Sedang	17	48.6
Rendah	18	51.4
Tingkat pengetahuan		
Tinggi	5	14.3
Cukup	25	71.4
Kurang	5	14.3
Tingkat <i>self – effiacacy</i>		
Baik	3	8.6
Cukup	27	77.1
Kurang	5	14.3

Sumber : Data primer,2019

Berdasarkan tabel 3, perilaku *self – management* pasien lebih dari 50% responden masuk dalam kategori tinggi dan *self – empowerment* pasien sebagian besar positif (88.6%). Sementara itu, sebagian besar *perceived benefits* dan *perceived barriers* dalam kategori sedang dan rendah (masing – masing 91.4% dan 51.4%). Tingkat pengetahuan dan *self – efficacy* pasien sebagian besar cukup (71.4% dan 77.1%).

B. Pembahasan

1. Karakteristik reponden

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 1 didapatkan hasil bahwa rata – rata usia responden adalah 53. Usia responden termuda yaitu 36 tahun dan tertua yaitu 60 tahun. Semakin meningkatnya usia seseorang maka akan meningkat pula resiko seseorang terkena DM, terutama usia di atas 40 tahun. Menurut Perkeni (2012), seseorang yang ketika usianya diatas 45 tahun disarankan untuk melakukan pemeriksaan gula darah untuk mengetahui apakah menderita DM atau tidak. Tetapi menurut Talmadge dkk., (2018), pada usia remaja juga bisa beresiko terkena DM jika memiliki pola hidup yang beresiko sehingga dibutuhkan pemeriksaan dini untuk mencegah dari faktor resiko. Penyakit DM juga biasanya terdiagnosa ketika usia 40 tahun dan sering diderita oleh dewasa tua, orang dengan berat badan berlebih, dan ras

tertentu. Menurut hasil Riskesdas (2018), pada tahun 2013 – 2018 terjadi peningkatan jumlah penderita DM pada usia ≥ 15 tahun yaitu sebesar 2.0% dengan prevalensi tertinggi terjadi pada usia antara 55 – 64 tahun dan 65 – 74 tahun sebanyak 19.6%.

b. Lama menderita DM

Berdasarkan tabel 2 hasil penelitian menunjak bahwa rata – rata menderita DM adalah 9.46. Responden yang menderita DM paling lama yaitu 27 tahun dan yang paling baru yaitu 1 minggu. Lama menderita DM berhubungan dengan pemahaman dalam menjalankan perawatan DM dan terjadinya komplikasi. Hasil penelitian oleh Sartunus dan Hasneli (2014) menunjukkan bahwa penderita DM dengan lama menderita < 1 tahun atau penderita DM baru lebih mengabaikan menjalankan perawatan DM karena merasa dirinya masih sehat atau belum terjadi komplikasi dan ini juga berhubungan pengalaman dalam menjalankan perawatan DM. Berbeda dengan penderita DM yang sudah terdiagnosa lebih lama (> 5 tahun), mereka lebih cenderung patuh dalam pengobatan karena kebanyakan penderita DM sudah mengalami komplikasi.

c. Jenis kelamin

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa mayoritas penderita DM yaitu perempuan. Menurut Riskesdas (2018), prevalensi perempuan yang menderita diabetes melitus pada tahun 2018 yaitu sebanyak 12.7%, sementara hanya 9.0% prevalensi DM pada laki – laki.

Banyaknya penderita DM perempuan karena memiliki resiko pada perubahan fisiologis tubuh yaitu hormon. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Adnan, Mulyati dan Isworo (2013) menunjukkan bahwa wanita yang telah mengalami menopause akan mengalami penurunan hormon estrogen sehingga wanita akan beresiko menderita DM. Menurut Allorerung et al. (2016), perempuan memiliki resiko lebih tinggi menderita DM karena ada hubungannya dengan kehamilan. Kehamilan merupakan faktor terjadinya DM. Bukan itu juga perempuan secara fisik memiliki resiko besar peningkatan indeks masa tubuh.

d. Pendidikan terakhir

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa mayoritas responden berpendidikan SMA. Pendidikan merupakan cara bagi seseorang untuk meningkatkan pengetahuan. Responden yang memiliki pendidikan yang rendah akan lebih sulit untuk memahami terkait penyakitnya. Pendidikan berperan penting pada seseorang untuk memudahkan dalam penanganan DM (Heru, 2009). Menurut Saturnus dan Hasneli (2015), tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap kemampuannya dalam menerima informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Responden dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih paham dan patuh terkait perawatan DM. Sejalan dengan hasil penelitian Handayani (2012) menunjukkan bahwa pendidikan merupakan faktor prediposisi

yang berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Karena pendidikan akan membuat orang lebih sadar dan mengerti terkait pentingnya kesehatan.

e. Pekerjaan

Pada tabel 2 didapat hasil bahwa responden lebih banyak yang bekerja. Pekerjaan merupakan suatu usaha untuk memenuhi kebutuhan hidup. Seseorang yang bekerja akan lebih mengesampingkan kesehatannya karena tuntutan pekerjaan. Seseorang yang bekerja akan lebih banyak menghabiskan waktunya untuk mengurus pekerjaan sehingga waktu untuk melakukan cek up ke pelayanan kesehatan akan berkurang (Mahmudah, 2012). Menurut Pertiwi (2014), walaupun responden lebih sering menghabiskan waktunya untuk bekerja tetapi mempunyai pengetahuan yang baik untuk melakukan cek up gula darah ataupun pemeriksaan lain di RS sehingga responden tetap terpapar informasi terkait penyakitnya.

f. Penyakit lain yang diderita

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa mayoritas responden mempunyai penyakit lain yang diderita yaitu penyakit hipertensi. Pada penelitian ini responden tidak dikaji mendalam apakah hipertensi yang diderita pasien terjadi sebelum atau sesudah pasien menderita DM. Hipertensi dapat sebagai faktor resiko DM sekaligus sebagai komplikasi DM.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Winta dkk. (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara kadar gula darah dengan tekanan darah tekanan darah pada pasien penderita DM. Penderita DM dengan kadar gula yang tinggi dapat mengindikasikan tekanan darah tinggi. Hal ini diakibatkan karena penyakit hipertensi dan DM mempunyai faktor resiko yang sama. Resistensi insulin dan hiperinsulin dapat mengakibatkan resistensi vaskuler perifer dan kontraktilitas otot polos sehingga mengakibatkan respon berlebih terhadap norepinefrin dan angiotensi II. Akibat dari kondisi tersebut sehingga terjadi peningkatan pada tekanan darah melalui mekanisme fisiologis ataupun sistem *Renin – Angiotensin – Aldosteron*. Menurut Almekinder dalam Winta (2018), secara teoritis peningkatan tekanan darah diakibatkan karena perubahan fungsional endotel yang dimana membutuhkan waktu sekitar kurang lebih 10 tahun.

Hipertensi merupakan faktor resiko terjadinya DM. Menurut Guyton dan Hall dalam Winta (2018), hipertensi kronik dapat mengakibatkan resistensi insulin, tetapi hal ini belum jelas terkait bagaimana mekanisme terjadinya resistensi insulin. Penelitian yang dilakukan oleh Rahayu dkk. (2012) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara hipertensi dengan kejadian DM. Tetapi, pasien hipertensi dengan berat badan berlebih merupakan faktor resiko yang dapat menyebabkan menderita DM. Lemak dalam tubuh akan memblokir kerja insulin sehingga gula tidak dapat masuk kedalam sel

dan terjadi penumpukan dalam pembuluh darah, maka terjadilah peningkatan kadar gula dalam darah.

g. Riwayat keluarga DM

Menurut tabel 2 didapatkan hasil bahwa responden yang tidak mempunyai riwayat keluarga yang menderita DM dan mempunyai riwayat keluarga dengan DM berjumlah hampir sama. DM dapat diderita oleh seseorang dengan riwayat keturunan DM maupun tanpa riwayat keluarga. Pada penelitian ini kebanyakan responden tidak memiliki riwayat keluarga DM, dimana faktor resiko terjadinya DM tipe 2 bisa juga karena pola hidup yang tidak baik. Menurut Amalia (2016), pola hidup yang tidak sehat yaitu seseorang yang mempunyai kebiasaan makan dengan gizi yang tidak seimbang dan kurang melakukan aktivitas fisik atau olahraga. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari (2014) menunjukkan bahwa penderita DM yang tidak memiliki riwayat keluarga yang menderita DM berkaitan dengan pola makan. Faktor pola makan yang berlebihan dan tidak terkontrol kalorinya akan mengakibatkan penumpukkan pada tubuh sehingga dapat memicu terjadinya DM. Penyakit DM juga bisa diturunkan oleh anggota keluarga yang menderita DM. Seseorang yang mempunyai riwayat keluarga yang mempunyai DM akan meningkatkan resiko terjadinya DM, karena DM merupakan gen resesif dimana orang yang memiliki sifat homozigot mempunyai resiko menderita DM (Talmadge dkk., 2015). Menurut Etika dan Monalisa

(2016), seseorang akan meningkat terkena DM sebanyak 2 sampai 6 kali lipat jika mempunyai orang tua atau saudara kandung yang terkena penyakit DM.

h. Tinggal bersama

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden tinggal bersama keluarga inti. Tinggal bersama ini berhubungan dengan dukungan yang didapatkan klien ketika menjalankan suatu pengobatan. Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2010), manfaat keluarga yaitu untuk mengurangi stressor pasien dalam menjalankan perawatan DM, karena biasanya pasien DM akan mengalami stress dan jenuh dengan pengobatan yang dia jalani sehingga lalai dengan pengobatannya. Dukungan yang diberikan keluarga pada pasien DM yaitu berupa dukungan emosional, instrumental, informasional dan penghargaan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Triyanto dkk (2015) menunjukkan bahwa dukungan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk apapun akan memberikan dampak positif pada penderita DM sehingga penderita akan lebih semangat dalam menjalankan perawatan DM. Salah satu contoh yang dapat diberikan oleh keluarga yaitu sebagai pengingat bagi penderita DM.

i. Penghasilan

Hasil penelitian diperoleh data penghasilan responden sebagian besar yaitu antara Rp 1.500.000 – 3.000.000. Penghasilan seseorang

sangat berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan sehari – hari termasuk perawatan DM. Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 320/KEP/2018 tentang Upah Minimum Kabupaten/Kota (UMK) yang berlaku sejak 1 Januari 2019 adalah antara 1.571.000 – 1.846.000 sesuai dengan daerah kabupaten/kota di Yogyakarta. Sehingga pada penelitian ini responden mempunyai penghasilan sesuai dengan UMK yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Yogyakarta. Menurut Ulum dan Widyawati (2014), ekonomi berpengaruh terhadap pasien dalam menjalankan perawatan DM. Penghasilan yang cukup akan menunjang pasien untuk memenuhi kebutuhannya dalam menjalankan perawatan DM seperti contohnya untuk rutin melakukan cek gula darah, menjalankan diet, dan membeli obat.

2. *Self – management*

Self – management adalah upaya pasien dalam memajemen dirinya untuk mencapai penatalaksanaan DM (Mulyani, 2016). Berdasarkan tabel 3 *self – management* responden paling banyak adalah pada tingkat tinggi. Berdasarkan hasil presentasi per item pertanyaan didapatkan 2 nilai tertinggi bahwa sebagian besar responden tidak lagi memakan makanan tinggi lemak yaitu 90.20%, dan melakukan cek gula darah sesuai dengan saran petugas kesehatan yaitu 91.43%. Salah satu manfaat menjaga pola makan yang baik yaitu untuk menjaga agar gula darah tetap dalam rentang normal. Menurut Risdiana dkk (2016), penderita DM sudah banyak yang melakukan pola

makan khusus yaitu sesuai dengan yang sudah direkomendasikan oleh dokter. Menghindari makanan berlemak, minuman soda dan makanan yang terlalu manis sebagai cara untuk mengurangi keparahan dari penyakit DM. Pemeriksaan gula darah pada sebulan terakhir sesuai anjuran petugas kesehatan penting bagi penderita DM. Pasien DM akan dianjurkan untuk melakukan kontrol dan pemeriksaan gula darah minimal sebulan sekali secara teratur di pelayanan kesehatan (Safitri, 2013).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku *self – management* pasien dalam kategori tinggi. Menurut Perkeni (2011), manajemen DM yang disarankan pada pasien yaitu berupa pendidikan kesehatan, diet teratur, aktivitas fisik, terapi obat, dan cek gula darah rutin juga menjalankan *self – management*. Menurut Mulyani (2016), pasien mempunyai tanggung jawab pada dirinya sendiri agar penatalaksanaan DM yang dijalankan berjalan dengan lancar. Pasien yang menjalankan *self – management* dengan baik akan mampu mengatur dan mengendalikan dirinya sendiri. *Self – management* yang tinggi berarti pasien DM patuh terhadap penatalaksanaan DM, sehingga resiko komplikasi jangka panjang akan berkurang dan kualitas hidup pasien akan lebih meningkat. Kemampuan individu dalam menjalankan *self – management* yang termasuk tinggi tinggi ini dapat dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu lama menderita DM dan tinggal bersama.

- 1) Lama menderita DM

Menurut hasil penelitian mayoritas lama responden menderita DM yaitu > 5 tahun. Lama menderita DM ini berhubungan dengan pengalaman dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Menurut Moser et al. (2008), seseorang yang sudah lama terdiagnosa DM akan terbiasa dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Penelitian yang dilakukan oleh Handayani, Yudianto, dan Kurniawan (2013) menunjukkan bahwa penderita DM dengan lama > 5 tahun lebih baik dalam menjalankan diet dikarenakan sudah menjadi kebiasaan sehingga penderita DM mudah terpengaruh dengan kebiasaan sebelum menderita DM.

2) Tinggal bersama

Menurut hasil penelitian mayoritas responden tinggal bersama keluarga inti. Keluarga adalah sumber dukungan bagi pasien. Menurut Orem (2001), peran penting keluarga untuk memberikan dukungan pada pasien sangat penting karena dapat meningkatkan semangat pasien DM dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari dan Haoren (2016) menunjukkan bahwa keterkaitan keluarga dengan penatalaksanaan DM sangat berhubungan dengan peningkatan perilaku pasien untuk patuh menjalankan penatalaksanaan DM.

3. *Self-empowerment*

Self-empowerment adalah kekuatan atau kemampuan diri pasien dalam manajemen dirinya untuk mencapai (Nuari, 2016). Menurut tabel 3 maka *self-empowerment* responden sebagian besar memiliki sikap positif

yaitu 31 orang (88.6%). Berdasarkan hasil presentasi per item pertanyaan didapatkan 2 nilai tertinggi yaitu responden dapat menemukan cara untuk merasa lebih baik saat menderita diabetes dengan presentasi 94.29% dan responden dapat meminta dukungan selama menderita diabetes dengan presentasi 97.14%. Pada penelitian ini mayoritas responden mempunyai sikap positif, dimana responden yang mempunyai sikap positif berarti mampu untuk mengatur dirinya sendiri menjadi lebih baik. Menurut Pulvirenti, McMillan, dan Lawn (2014), tujuan dari pemberdayaan yaitu untuk mengubah perilaku maupun psikologis pasien sehingga pasien mampu mencapai keberhasilan dari target penatalaksanaan DM. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuari (2016) menunjukkan bahwa *self-empowerment* dapat membuat pasien DM lebih mandiri dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Sikap positif dalam *self-management* pada responden penelitian ini dapat dipengaruhi oleh faktor pendidikan terakhir dan ekonomi.

1) Pendidikan terakhir

Berdasarkan hasil penelitian rata – rata responden berpendidikan SMA. Menurut Tol et al. (2012), latar belakang pendidikan berhubungan dengan kemampuan seseorang dan pencapaian keberhasilan dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Penelitian yang dilakukan oleh Nuari (2016) menunjukkan bahwa responden yang mempunyai tingkat pendidikan SLTA semakin mampu untuk memberdayakan dirinya. Jadi semakin tinggi pendidikan seseorang maka seseorang akan lebih mampu memberdayakan dirinya. Seseorang dengan pendidikan yang tinggi akan

lebih matang dalam proses berpikir sehingga sikapnya juga akan terpengaruh setiap menerima informasi.

2) Ekonomi

Menurut hasil penelitian mayoritas responden mempunyai pendapatan Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000 perbulan. Pendapatan pasien berpengaruh terhadap kemauan seseorang untuk patuh menjalankan penatalaksanaan DM. Menurut Butler (2002), status ekonomi mempengaruhi seseorang untuk menjalankan penatalaksanaan DM. Ekonomi yang tinggi akan berpengaruh terhadap kepatuhan dan kemauan seseorang sehingga dengan tingginya pendapatan akan meningkatkan kualitas hidup penderita DM. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ulum dan Widyawati (2014) menunjukkan bahwa pendapatan yang tinggi akan membuat pasien DM lebih patuh dan mudah untuk mendapatkan pengobatan DM dengan optimal, sehingga semakin tinggi pendapatan pasien DM maka semakin mudah untuk memberdayakan dirinya.

4. *Perceived benefits*

Perceived benefits adalah persepsi manfaat pasien dalam menjalankan penatalaksanaan DM (Nuari, 2016). Pada tabel 3 menunjukkan bahwa tingkat *perceived benefits* responden sebagian besar dalam kategori sedang. Menurut hasil presentasi per item pertanyaan didapatkan 2 nilai tertinggi bahwa sebagian besar responden lebih pandai dalam memilih jenis makanan sehat sesuai dengan yang diajarkan oleh penyuluh kesehatan yaitu 73.57% dan

responden percaya dengan memeriksa kadar gula secara teratur dapat mencegah terjadinya komplikasi yaitu 75.00%. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Boyoh, Kaawoan, dan Bidjuni (2015), pendidikan kesehatan yang didapatkan oleh penderita DM lalu dia mengubah perilakunya akan merubah kebiasaan buruk terutama pada diet. Pendidikan kesehatan juga dapat meningkatkan pengetahuan pada penderita DM sehingga jika pengetahuan seseorang baik maka akan lebih baik juga dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Pemeriksaan gula darah secara teratur sangat penting untuk mengetahui kadar gula darah saat ini. Menurut Riskesdas (2018), jumlah presentasi proporsi penderita DM yang rutin melakukan cek gula darah adalah 1.8% dan Yogyakarta merupakan urutan ke 3 provinsi yang rutin melakukan cek gula darah. Ini berarti penderita DM sadar bahwa pentingnya melakukan cek gula darah dengan teratur.

Faktor yang dapat mempengaruhi tingkat *perceived benefits* seseorang yaitu *self – efficacy*. Hasil penelitian didapatkan bahwa 77.1% responden mempunyai tingkat *self – efficacy* yang cukup. Menurut Lau et al. dalam Hutapea (2016), jika seseorang percaya dengan informasi yang telah diberikan oleh petugas kesehatan maka seseorang akan lebih baik dalam memilih perawatan yang dia butuhkan. Sejalan dengan penelitian Hutapea (2016) menunjukkan bahwa tingkat *perceived benefits* tergantung dari kepercayaan pasien DM untuk menjalankan *self – management*, jika pasien percaya bahwa dengan menjalankan *self - management* dapat mencegah komplikasi dan menjaga kadar gula darah tetap normal maka pasien DM akan

cenderung patuh untuk menjalankannya. Pada penelitian ini tingkat *self – efficacy* dan tingkat *perceived benefits* responden adalah cukup, sehingga dapat diasumsikan bahwa tingkat *perceived benefits* responden yang sedang dikarenakan responden mempunyai tingkat *self – efficacy* yang cukup.

Tingkat *perceived benefits* responden juga dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Pada penelitian ini mayoritas pasien tinggal bersama keluarga inti. Keluarga merupakan *care giver* pertama di rumah. Menurut Barcia-Huidbro et al. (2011), dukungan keluarga pada pasien dapat menunjang kesehatan pasien. Sejalan dengan penelitian Hutapea (2016) menunjukkan bahwa keluarga bisa sebagai pengingat pasien untuk patuh menjalankan *self – management*, menyediakan makanan sesuai dengan aturan diet pasien, dan dapat mengantar pasien untuk kontrol ke pelayanan kesehatan.

5. *Perceived barriers*

Perceived barriers adalah persepsi hambatan pasien dalam menjalankan penatalaksanaan DM (Nuari, 2016). Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa responden mempunyai tingkat *perceived barriers* yang rendah dan tingkat *perceived barriers* yang sedang dimana hasilnya hampir sama, dengan demikian proporsi *percieved barriers* menunjukkan tidak ada yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa pasien tidak terlalu merasakan adanya hambatan dalam melakukan manajemen DM. Menurut hasil presentasi per item pertanyaan didapat 2 nilai tertinggi bahwa sebagian besar responden teratur dalam mengkonsumsi obat diabetes walaupun sedang berada diluar rumah yaitu 52.86% dan kebanyakan anggota keluarga

responden mendorong untuk berolahraga yaitu 53.57%. Responden yang teratur untuk meminum obat karena mereka tahu bahwa obat merupakan hal yang penting. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Boyoh, Kaawoan, dan Bidjuni (2015), bahwa keteraturan minum obat dengan tingkat pengetahuan mempunyai hubungan yang signifikan. Responden yang mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi maka akan mempengaruhi ketaatannya untuk minum obat, sehingga jika responden taat maka akan teratur juga pengobatannya. Keluarga merupakan bagian penting bagi pasien DM. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Safitri (2013) menunjukkan bahwa keluarga berperan penting dalam kelancaran penatalaksanaan DM. Hubungan baik antara keluarga dan penderita DM membuat pengobatan DM dapat berjalan dengan lancar dan baik.

Perceived barriers juga dapat mempengaruhi pasien DM untuk mencapai keberhasilan penatalaksanaan DM. Faktor yang mempengaruhi tingkat *percieved barrier* adalah ekonomi. Hasil penelitian didapatkan bahwa kebanyakan responden mempunyai pendapatan Rp 1.500.000 – Rp 3.000.000 perbulan, dimana sudah memenuhi UMR di Yogyakarta. Menurut Jaya (2009), pendapatan bisa sebagai faktor penghambat seseorang untuk menjalankan pengobatan dimana seseorang dengan ekonomi rendah akan kesulitan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan karena cenderung tidak memprioritaskan terkait kesehatannya. Pada penelitian yang dilakukan oleh Hutapea (2016) yang menunjukkan bahwa pasien DM yang mempunyai penghasilan cukup maka akan mudah memenuhi kebutuhannya dalam

menjalankan *self-management*. Pasien DM harus membeli obat, memenuhi dietnya dan melakukan cek gula darah, sehingga jika penghasilan pasien DM cukup maka pasien tidak akan terhambat untuk memenuhi kebutuhannya.

Tingkat *perceived barriers* juga dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan responden yang cukup. Informasi yang diterima oleh pasien berpengaruh terhadap pengetahuan untuk menjalankan penatalaksanaan DM yang sesuai dengan anjuran petugas kesehatan. Menurut Ali dan Rizvi dalam Hutapea (2016), pemberian edukasi kepada pasien DM sangat penting agar pasien lebih paham terkait penatalaksanaan DM yang benar sehingga pasien lebih mudah untuk meningkatkan manajemen dirinya. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hutapea (2016) menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan pasien tentang pentingnya untuk memeriksa kadar gula darah, bagaimana cara menjaga agar gula darah tetap normal, dan cara untuk mencegah komplikasi sangat mempengaruhi persepsi pasien dalam menentukan penatalaksanaan DM yang baik. Sehingga jika pasien DM mempunyai pengetahuan yang kurang maka pasien akan merasa terhambat untuk menjalankan *self-management*.

6. Pengetahuan

Pengatahuan adalah hasil dari proses belajar seseorang dalam menerima informasi dan pengalaman dalam menjalankan penalataksanaan DM (Ulum & Widyawati). Berdasarkan tabel 3 didapatkan bahwa mayoritas responden mempunyai pengetahuan yang cukup. Menurut hasil presentasi per item pertanyaan didapatkan 2 nilai tertinggi bahwa mayoritas responden tahu

durasi latihan jasmani yang disarankan bagi penderita DM adalah 30-60 menit setiap kali latihan yaitu 88.57% dan responden tahu jika jenis olahraga yang disarankan adalah jenis latihan jasmani seperti berjalan kaki, jogging, atau senam aerobik yaitu 97.14%. Menurut Riyadi (2008), latihan jasmani yang dilakukan 3 – 5 kali seminggu dengan durasi 30 – 60 menit dapat meningkatkan kebugaran tubuh. Menurut hasil penelitian Risdiana (2016) menunjukkan bahwa penderita DM lebih patuh untuk berolahraga ketika sudah tahu terkait manfaat yang didapatkan sehingga akan cenderung untuk menjalankannya. Penderita DM lebih banyak melakukan jalan pagi ataupun bersepeda selama minimal 30 menit. Hasil penelitian ini didapatkan bahwa mayoritas responden adalah bekerja. Seseorang yang bekerja akan menghabiskan waktunya untuk melakukan pekerjaannya. Menurut Xu, Pan dan Liu (2010), seseorang yang bekerja akan memiliki waktu yang sibuk sehingga kurang mencari tahu informasi terkait penyakit yang diderita. Penelitian yang dilakukan oleh Astuti (2014) menunjukkan bahwa pasien yang bekerja mempunyai pengetahuan terkait *self – management* yang kurang baik. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Triyanto et al. (2015) menunjukkan bahwa pasien DM yang mempunyai pengetahuan yang rendah dapat dipengaruhi oleh pekerjaan. Pasien DM yang bekerja akan lebih fokus ke pekerjaannya dan tidak mempunyai waktu untuk ke pelayanan kesehatan dan juga tidak mengetahui penatalaksanaan DM yang benar, sehingga pasien DM kurang terpapar informasi terkait penyakitnya dan penatalaksanaan DM yang harus dijalankan.

Tingkat pengetahuan yang cukup juga dapat dipengaruhi oleh pendidikan terakhir responden. Pada tabel 3 didapatkan hasil bahwa mayoritas responden berpendidikan SMA. Dimana tingkat pendidikan SMA merupakan tingkat menengah sebelum masuk ke perguruan tinggi. Menurut Heryati (2014), seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi akan mempunyai pengetahuan lebih baik daripada yang berpendidikan lebih rendah. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hestiana (2017) menunjukkan bahwa pasien yang mempunyai pendidikan yang rendah akan berpengaruh pada keberhasilan dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan pasien DM terhadap pentingnya melakukan penatalaksanaan DM dengan baik agar mencegah terjadinya komplikasi. Pada penelitian ini tingkat pengetahuan responden adalah cukup karena mayoritas responden berpendidikan menengah.

7. *Self – efficacy*

Self – efficacy adalah kemampuan seseorang untuk percaya terhadap dirinya sendiri dalam manajemen dirinya (Bannda & Papua, 2017). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas responden mempunyai tingkat *self – efficacy* yang cukup. Menurut hasil presentasi per item pertanyaan didapatkan 2 nilai tertinggi bahwa sebagian besar responden mampu mengatur pola makan sesuai dengan anjuran petugas kesehatan yaitu 90.48% dan responden mampu menjaga agar kakinya tidak terluka yaitu 92.38%. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh pendidikan kesehatan yang diterima. Menurut hasil penelitian Windasari dkk (2012) menunjukkan bahwa

responden yang diberikan pendidikan kesehatan akan mengalami perubahan pada perilaku yaitu dengan mengaplikasikan yang telah diajarkan yaitu perawatan kaki yang benar agar mencegah terjadinya luka dan pengaturan pola makan yang menyesuaikan dengan aturan 3 J (Jenis, jumlah, dan jam).

Menurut Bandura (2008), *self – efficacy* mempengaruhi seseorang untuk percaya terhadap dirinya sendiri sehingga seseorang dapat menentukan tindakan yang dia lakukan. Keyakinan terhadap diri sendiri untuk mampu menjalankan penatalaksanaan DM dipengaruhi oleh lama menderita DM dan pengetahuan.

1) Lama menderita DM

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa responden lama menderita DM paling banyak yaitu > 5 tahun. Pasien DM yang sudah lama terdiagnosa sudah lebih berpengalaman dalam menjalankan penatalaksanaan DM. Menurut Zaith dan Bloomgarden (2009), lama menderita akan mempengaruhi seseorang untuk merespon penyakitnya, dimana pasien akan lebih rajin untuk menjalani pengobatan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Saturnus dan Hasneli (2015) menunjukkan bahwa pasien dengan lama menderita > 5 tahun sudah bisa menerima penyakitnya dan sudah lebih berpengalaman dalam menjalankan penatalaksanaan DM, semakin lama penyakit pasien maka akan lebih percaya diri dalam menjalankan penatalaksanaan DM yang direkomendasikan pada pasien.

2) Pengetahuan

Pada tabel 2 didapatkan bahwa 71.4% responden mempunyai pengetahuan yang cukup. Pengetahuan pasien terkait pentingnya menjalankan penatalaksanaan DM akan membuat pasien DM lebih percaya diri untuk menjalankannya. Menurut Mulyani (2014), tingkat pengetahuan akan membuat pasien DM lebih paham dan mampu memajemen dirinya. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kusuma dan Sukmarini (2017) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien yang rendah dapat mempengaruhi kepercayaan diri pasien untuk mampu memutuskan penatalaksanaan DM yang harus dijalani, sehingga jika penderita DM mempunyai pengetahuan yang cukup maka pasien akan cukup percaya diri untuk melakukan *self-management*.

C. Kelebihan dan Kelemahan Penelitian

a. Kelebihan penelitian

Penelitian tentang gambaran pemberdayaan (*empowerment*) terkait *self-management* diabetes melitus tipe 2 di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum ada yang meneliti sehingga dapat menambah pengetahuan bagi ilmu keperawatan.

b. Kelemahan penelitian

Penelitian ini hanya menggunakan kuesioner dan tidak melakukan observasi pada responden sehingga hasilnya tergantung pada kuesioner yang diisi.

