

PENINGKATAN *SELF EMPOWERMENT* DAN KUALITAS HIDUP PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE II DENGAN PENDEKATAN *DEE* BERBASIS HEALTH PROMOTION MODEL

(Improving Self Empowerment and Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus with DEE Based on Health Promotion Model)

Nian Afrian Nuari*, Melani Kartikasari*

* STIKES Karya Husada Kediri, Jalan Soekarno Hatta No. 7, Pare, Kediri

E-mail: nian.afrian@yahoo.co.id

ABSTRAK

Pendahuluan: Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis yang memerlukan kemampuan individu dari pasien untuk mematuhi penatalaksanaan penyakitnya yang dianjurkan oleh dokter. Diabetesi harus mampu melakukan pengelolaan DM tersebut untuk mencegah komplikasi dengan memaksimalkan aspek-aspek yang ada dalam dirinya untuk menentukan pilihan yang terbaik. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi *personal factor*, *perceived benefits of action*, *perceived barrier to action* dan menganalisis pengaruh penerapan *diabetes empowerment education* terhadap *self empowerment* dan kualitas hidup pasien DM tipe 2. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain kuasy eksperimen *with non randomized control group pretest posttest design*. Sampel yang digunakan sebanyak 32 responden dibagi menjadi kelompok kontrol dan perlakuan dengan teknik sampling *purposive*. Pengumpulan data *self empowerment* dengan kuesioner *Diabetes Empowerment Scale* (DES), sedangkan kualitas hidup menggunakan *Diabetes Quality of Life* (DQoL). Hasil penelitian kemudian dilakukan analisis dengan *Wilcoxon Sign rank test* dan *Mann Whitney test* dengan signifikansi 0,05. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan *self empowerment* dan kualitas hidup pasien DM tipe 2 sesudah perlakuan. Analisis dengan Mann Whitney terdapat perbedaan *self empowerment* kelompok kontrol dan perlakuan ($p=0,029$) dan ada perbedaan kualitas hidup pada kelompok kontrol dan perlakuan ($p=0,022$). Itu berarti terdapat pengaruh terhadap *self empowerment* dan kualitas hidup. **Diskusi:** Kesimpulan dari penelitian adalah *diabetes empowerment education* meningkatkan *self empowerment* dan kualitas hidup pada pasien DM. Penelitian lanjutan perlu dilakukan dengan menggunakan parameter yang lebih objektif misalnya kadar gula darah, hemoglobin A1C untuk mengevaluasi efek *diabetes empowerment education* terhadap *self empowerment* dan kualitas hidup pasien DM.

Kata kunci: diabetes, education, *self empowerment*, kualitas, hidup, DEE, HPM

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that requires individual ability of patients to adhere treatment of the disease recommended by doctors. Patient should be able to manage the diabetes to prevent complications by maximizing existing aspects within themselves to determine the best option available. The purpose the study was to analyze the effect of diabetes empowerment education to self empowerment and quality of life of patients with type 2 DM at the Puskesmas Bendo Kediri. **Methods:** This study used quasy experiment design with non randomized control group pretest posttest design. Total sampel was 32 respondents divided into control group and experiment group, sample recruited by purposive sampling. Data were collected using questionnaire with DES (Diabetes Empowerment Scale) and DQoL (Diabetes Quality of Life). Data were then analyzed using Wilcoxon Sign rank test and Mann Whitney with level of significance of 0.05. **Results:** The results showed that there was a differences in self empowerment and quality of life of patients with type 2 DM after intervention. Mann Whitney analysis result's showed that there are differences in self empowerment between control and experiment groups ($p=0.029$) and there was a difference in the quality of life between control and experiment groups ($p=0.022$). It can be referred from it that DEE influences self empowerment and quality of life of type 2 DM patients. **Discussions:** It can be concluded that diabetes empowerment education increasing self empowerment and quality of life of patients with DM type 2. Further studies should using more objective parameters such as changes in blood sugar levels, hemoglobin A1C values to evaluate the effect of diabetes empowerment education on self-empowerment and quality of life of patients with DM.

Keywords: diabetes, education, *self empowerment*, quality of life, HPM, DEE

PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit kronis yang memerlukan kemampuan individu dari pasien untuk mematuhi penatalaksanaan penyakitnya yang

dianjurkan oleh dokter. Jumlah penderita DM dari tahun-ketahun cenderung mengalami peningkatan. Hasil laporan statistik *International Diabetes Federation* (IDF, 2010), jumlah penderita DM tipe 2 mengalami

peningkatan dari tahun ke tahun, dan ada sekitar 230 juta penderita diabetes di dunia. Setiap tahun angka kejadian naik 3 persen atau bertambah 7 juta orang setiap tahunnya.

Data studi pendahuluan di Puskesmas Bendo menunjukkan bahwa terdapat 40% penderita DM Tipe 2 yang mempunyai pengetahuan yang kurang. Hal ini menunjukkan terdapat diabetisi yang belum mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai penatalaksanaan DM secara mandiri, atau diabetisi yang tahu mengenai DM dan penatalaksanaan DM tetapi tidak mau menerapkannya, atau diabetisi yang tahu tentang DM dan penatalaksanaan DM tapi tidak mau menerapkannya.

DM merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan, namun bisa dikontrol untuk menurunkan risiko komplikasi yang bisa menyebabkan kematian. Pola hidup yang sehat dengan perencanaan makan dan latihan jasmani dapat menjaga kadar glukosa pasien agar tetap terkontrol. Diabetisi harus mampu melakukan pengelolaan DM tersebut untuk mencegah komplikasi dengan memaksimalkan aspek-aspek yang ada dalam dirinya untuk menentukan pilihan yang terbaik untuk peningkatan status kesehatannya.

Individu dengan penyakit DM mempunyai tanggung jawab yang besar untuk mengatur dirinya sendiri dalam melakukan perawatan pada penyakitnya. Kemampuan individu untuk mempunyai kontrol atas hidup mereka sendiri dan menentukan pilihan mengenai kesehatan disebut *self empowerment*. *Self empowerment* pada pasien diabetes disebut juga *psychological empowerment* di mana kapasitas individu direalisasikan untuk membangun kepercayaan, meningkatkan harga diri dan mengembangkan mekanisme koping untuk meningkatkan keterampilan pribadi.

Upaya meningkatkan *self empowerment* pada pasien DM harus didukung dengan strategi promotif yang baik dari tenaga kesehatan khususnya perawat. Strategi *empowerment* dikembangkan pada diabetes untuk meningkatkan kontrol mereka terhadap penyakitnya dengan cara meningkatkan aktivitas fisik, memperbaiki pola makan sehat

dan meningkatkan kesehatan mental yang lebih baik dan sejahtera.

Seorang perawat harus mampu mengintegrasikan semua aspek yang mendukung yaitu aspek individu dan lingkungan yang mampu memberdayakan diabetisi untuk menerapkan lima pilar dalam pengelolaan DM dengan menggunakan landasan model promosi kesehatan (*Health promotion model*). *Health promotion model* merupakan model bagi perawat untuk mengeksplorasi proses biopsikososial yang kompleks, yang memotivasi individu untuk berperilaku tertentu, yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatannya (Tomey & Alligood, 2006).

Karter (2008) berpendapat bahwa 50% penderita DM tipe 2 belum memahami tentang penyakitnya dan pemahaman tentang penyakit DM tipe 2 sangat penting dalam upaya perawatan. Rendahnya pengetahuan penderita DM tipe 2 memberikan peluang bagi perawat dalam memberikan peran *educative* terhadap penderita DM. McNamara *et al* (2010) intervensi pendidikan sangat membantu dalam menghindari komplikasi pada penderita DM tipe 2

Diabetes Quality of Life (DQoL) merupakan hasil yang dilaporkan oleh pasien yang mencakup aspek fisik, fungsinya, sosial dan keadaan emosional dari seseorang penderita DM (Borrot & Bush, 2008). Salah satu faktor yang mendorong perlunya pertimbangan serta pengukuran kualitas hidup, khususnya pada pasien DM yaitu DM merupakan penyakit kronis yang tidak dapat diobati namun apabila terkontrol dengan baik dapat menghambat atau mencegah komplikasi. Kualitas hidup yang rendah serta masalah psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik baik secara langsung melalui stress hormonal maupun tidak langsung melalui *compliance* yang buruk. Kondisi ini perlu dilakukan penanganan yang efektif melalui pendekatan *empowerment* agar pasien mampu melakukan pengelolaan penyakit DM yang dimilikinya agar mencegah terjadinya komplikasi. Sampai saat ini masih belum banyak kajian riset yang menelaah *self empowerment* pada pasien DM.

Strategi pencapaian *self empowerment* yang maksimal pada pasien DM juga belum banyak diteliti terutama dengan menggunakan metode *diabetes empowerment education*. Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi *personal factor, perceived benefits of action, perceived barrier to action* pada pasien DM Tipe 2 di wilayah Puskesmas Bendo Kabupaten Kediri dan menganalisis pengaruh aplikasi *diabetes empowerment education* terhadap *self empowerment* dan kualitas hidup pasien DM Tipe 2.

BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian *quasy experiment* dengan design penelitian *non randomized control group pretest posttest design*. Subjek terdiri 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan perlakuan yang dilakukan pengukuran *pre test* dan *post test* tentang *self empowerment* dan *quality of life* setelah diberikan *diabetes empowerment education*. *Self empowerment* diukur menggunakan kuesioner *Diabetes Empowerment Scale* (DES) sedangkan kualitas hidup diukur dengan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQoL) yang dimodifikasi sesuai dengan karakteristik subjek penelitian. Populasi yang diteliti adalah seluruh pasien DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Bendo Pare Kediri. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan besar sampel 16 orang tiap kelompok. Variabel *confounding* pada penelitian ini adalah faktor personal (usia, jenis kelamin, pendidikan), *perceived benefit, perceived barrier*. Pengambilan data dilakukan selama 1 bulan. Analisa data dilakukan dengan uji statistik *Wilcoxon signed rank test* dan *Mann-Whitney* signifikansi 0,05 (Dahlan, S, 2011).

HASIL

Hasil pengumpulan data menunjukkan bahwa dari 32 responden yang terbagi menjadi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan didapatkan sebagian besar berusia 51–60 tahun, berpenghasilan antara

Rp1.000.000–Rp2.000.000, berjenis kelamin perempuan. Lama menderita DM pada kelompok kontrol sebagian besar 1–5 tahun sedangkan pada kelompok perlakuan menderita DM dalam 6–10 tahun. Sebagian besar pendidikan kelompok kontrol berpendidikan SD, sedangkan pada kelompok perlakuan berpendidikan SLTP. Komponen *health promotion model* yang lain yaitu *perceived benefit* dan *perceived barrier*. Pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar responden mempunyai *perceived benefit* yang negatif dan *perceived barrier* yang terdapat hambatan. Pada kelompok perlakuan menunjukkan sebagian besar responden mempunyai *perceived benefit* yang positif dan *perceived barrier* yang tidak terdapat hambatan.

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan didapatkan peningkatan *self empowerment* dari cukup ke baik yaitu 2 responden, dan peningkatan *self empowerment* dari kategori kurang ke cukup sebanyak 6 responden dan responden yang tetap mempunyai *self empowerment* kurang sebanyak 1 orang. *Self empowerment* pada kelompok kontrol menunjukkan hasil yang sama baik *pre test* maupun *post test* karena hanya terjadi perubahan skor saja tanpa terjadi perubahan kategori.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan terdapat 87,5% kualitas hidup sedang yang terdapat 2 responden yang mengalami peningkatan kualitas hidup sedang ke tinggi dan 4 responden yang mengalami peningkatan dari kualitas hidup rendah ke sedang. Sedangkan pada kelompok kontrol tidak didapatkan peningkatan kategori kualitas hidup tetapi hanya terjadi peningkatan skor sebanyak 3 responden, 4 responden yang mengalami penurunan skor dan 9 responden yang skornya tetap.

Tabel 3 menunjukkan hasil uji statistik pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai *z* hitung $-2,178$ dan $p\ 0,029 < 0,05$ (α), artinya terdapat perbedaan nilai *pre-test* dan *post-test self empowerment* antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sehingga terdapat pengaruh *diabetes empowerment*

Tabel 1. Tabulasi silang *pre test* dan *post test self empowerment* pada kelompok perlakuan di wilayah kerja Puskesmas Bendo Kediri

<i>Self empowerment</i> perlakuan	<i>Post test</i>						Total	
	Baik		Cukup		Kurang		f	%
	f	%	f	%	f	%		
<i>Pre test</i> Baik	-	-	-	-	-	-	-	-
Cukup	2	12,5	7	43,75	-	-	9	56,25
Kurang	-	-	6	37,5	1	6,25	7	43,75
Total	2	12,5	13	81,25	1	6,25	16	100

Tabel 2. Tabulasi silang *pre test* dan *post test* kualitas hidup pada kelompok perlakuan di wilayah kerja Puskesmas Bendo Kediri

Kualitas hidup perlakuan	<i>Post test</i>						Total	
	Tinggi		Sedang		Rendah		f	%
	f	%	f	%	f	%		
<i>Pre test</i> Tinggi	-	-	-	-	-	-	-	-
Sedang	2	12,5	10	62,5	-	-	12	75
Rendah	-	-	4	25	-	-	4	25
Total	2	12,5	14	87,5	-	-	16	100

Tabel 3. Hasil Uji *Mann-Whitney self empowerment* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No	Variabel	z	P
1	<i>Self empowerment</i> perlakuan	-2,178	0,029
2	<i>Self empowerment</i> kontrol		

Tabel 4. Hasil Uji *Mann-Whitney* kualitas hidup pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

No	Variabel	z	P
1	Kualitas hidup perlakuan	-2,291	0,022
2	Kualitas hidup kontrol		

education terhadap *self empowerment*. Tabel 4 menunjukkan hasil uji *Mann-Whitney* didapatkan nilai *z* hitung $-2,291$ dan p $0,022 < 0,05$ (α), artinya terdapat perbedaan nilai *pre-test* dan *post-test* kualitas hidup antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sehingga terdapat pengaruh *diabetes empowerment education* terhadap kualitas hidup

PEMBAHASAN

Komponen *health promotion model* terdiri dari beberapa aspek yaitu *personal*

factor, *perceived benefits of action* dan *perceived barrier to action*. Komponen *personal factor* pada penderita DM ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar didapatkan karakteristik usia pada kelompok kontrol sebagian besar (56,25%) berusia 51–60 tahun, sedangkan pada kelompok perlakuan sebagian besar (62,5%) juga berusia 51–60 tahun. Rentang usia responden baik kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan dari umur termuda 45 tahun sampai dengan usia 70 tahun.

Smeltzer & Bare (2004) menyatakan DM tipe 2 merupakan jenis DM yang paling banyak jumlahnya yaitu sekitar 90–95% dari seluruh penderita DM dan banyak dialami oleh usia dewasa diatas 40 tahun. Hal ini disebabkan resistensi insulin pada DM tipe 2 cenderung meningkat pada usia lansia (40–65 tahun), di samping adanya riwayat obesitas dan adanya faktor keturunan. Umur mempengaruhi risiko dan kejadian DM tipe 2. Umur sangat erat kaitannya dengan kenaikan kadar gula darah, sehingga semakin meningkat umur maka prevalensi DM tipe 2 semakin tinggi. WHO menyatakan setelah usia 30 tahun, maka kadar glukosa darah akan naik 1–2 mg/dL/tahun pada saat puasa akan naik 5,6–13 mg/dL pada 2 jam setelah makan (Suyono, 2011). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori tersebut bahwa sebagian besar responden berumur diatas 40 tahun dengan kadar gula darah berfluktuasi. Proses menua yang berlangsung dalam tubuh manusia mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia yang akan meningkatkan gangguan toleransi glukosa dan resistensi insulin.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin pada kelompok kontrol dan perlakuan sama yaitu sebagian besar (93,75%) berjenis kelamin perempuan. Hal ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien DM tipe 2 berjenis kelamin perempuan. Penelitian Gautam *et al.*, (2009) tentang *cross sectional study* kualitas hidup pasien DM tipe 2 di India, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. WHO (2006) menyatakan, DM merupakan salah satu penyakit dengan angka kejadian tertinggi di Indonesia sehingga menjadikan Indonesia peringkat ke 6 di dunia. Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian DM pada perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki. Beberapa faktor risiko seperti obesitas, kurang olah raga, usia dan riwayat DM saat hamil menyebabkan tingginya kejadian DM pada perempuan.

Faktor personal yang ketiga adalah faktor pendidikan. Hasil penelitian didapatkan data sebagian besar (56,25%) berpendidikan SD pada kelompok kontrol, sedangkan pada kelompok perlakuan hampir sebagian besar

(31,25%) berpendidikan SLTP. Hal ini sejalan dengan penelitian Mier *et al.*, (2008) dalam *cross sectional study* pada pasien DM tipe 2 menemukan sebagian respondennya memiliki pendidikan rendah. Begitu juga pada penelitian Goz *et al.*, (2006), pada penelitian di poliklinik Diabetes Rumah sakit Turki, di mana sebagian besar respondennya berpendidikan rendah. Tinjauan teori tidak menjelaskan keterkaitan antara pendidikan dengan penyakit DM tipe 2. Hasil penelitian ini dapat diasumsikan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan atau terapi yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya.

Komponen *health promotion model* yang lain adalah *perceived benefits of action* merupakan suatu persepsi pasien tentang keuntungan melakukan perawatan atau perilaku hidup sehat agar tercapai komitmen untuk mengubah perilaku (Pender 2011) *Perceived barrier of action* merupakan suatu persepsi pasien tentang hambatan melakukan perawatan atau perilaku hidup sehat sehingga perilaku tidak berubah. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pada kelompok kontrol didapatkan sebagian besar (62,5%) pada komponen *perceived benefit* didapatkan hasil negatif, sedangkan pada komponen *perceived barrier* didapatkan ada hambatan sebesar 56,25. Hal ini berbeda dengan data pada kelompok perlakuan di mana sebagian besar (56,25%) pada komponen *perceived benefit* menunjukkan positif, sedangkan pada komponen *perceived barrier* didapatkan tidak ada hambatan sebesar 68,75%. Faktor *perceived benefit* ini sangat penting diidentifikasi apabila penderita DM ingin mengubah perilaku menjadi perilaku yang sehat yang menunjang perawatan penyakit DM yang dialaminya. Seseorang yang merasa suatu perilaku tersebut tidak bermanfaat bagi dirinya maka seseorang akan cenderung tidak termotivasi untuk melakukannya, sedangkan pada faktor *perceived barrier* perlu juga diidentifikasi agar hambatan-hambatan yang dipersepsikan penderita DM dalam melakukan suatu perubahan perilaku hidup sehat mampu

dicarikan solusi sehingga tidak menghambat penderita DM untuk membuat komitmen mengubah perilaku hidup sehat agar gula darahnya terkontrol.

Hasil uji statistik dengan *Mann-Whitney* didapatkan hasil terdapat perbedaan nilai *pre-test* dan *post-test self empowerment* yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Jika dilihat pada lampiran tabulasi dapat disimpulkan bahwa pada kelompok perlakuan dan kontrol sama-sama mengalami peningkatan tetapi kelompok kontrol mengalami peningkatan yang sangat sedikit sehingga cenderung tetap. Hal ini menunjukkan bahwa *self empowerment* kelompok perlakuan lebih meningkat setelah penerapan *diabetes empowerment education*.

Hasil penelitian apabila dihubungkan dengan karakteristik responden berdasarkan usia menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok kontrol dan perlakuan mempunyai usia 51–60 tahun yang mempunyai *self empowerment* kategori cukup dan kurang. Data ini sesuai dengan penelitian Tol *et al.*, (2012) dalam studi *cross sectional* tentang faktor yang mempengaruhi *diabetes empowerment* di Iran yang menyatakan bahwa *diabetes empowerment* mempunyai hubungan yang signifikan dengan usia ($p < 0,001$). Tol *et al.*, (2012) menyatakan usia mempunyai hubungan signifikan dengan aspek penilaian ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah yang terdapat pada *Diabetes Empowerment Scale* (DES). Hal ini dapat diasumsikan bahwa faktor usia turut menentukan kemampuan individu untuk mempunyai kontrol sendiri terhadap keputusannya memilih alternatif kesehatan yang terbaik baginya. Individu dengan usia lansia akan mempengaruhi kemampuan kognitif dalam menganalisis pilihan yang terbaik bagi kesehatannya dan mempunyai kemampuan fisik yang terbatas bila mencari perawatan ke fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan.

Latar belakang pendidikan responden pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan sebagian besar pendidikan SD dan mempunyai *self empowerment* kategori cukup, sedangkan responden dengan pendidikan SLTA mempunyai *self empowerment* kategori

baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Tol A *et al.*, (2012) yang menyatakan bahwa level pendidikan mempunyai hubungan signifikan dengan elemen yang terdapat pada DES meliputi pengelolaan aspek psikososial diabetes ($r = 0,078$, $p = 0,04$), penilaian ketidakpuasan dan kesiapan berubah ($r = 0,076$, $p = 0,04$), serta penetapan dan pencapaian tujuan diabetisi ($r = 0,09$, $p = 0,01$). Hal ini dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi pendidikan diabetisi maka *self empowerment* yang dimiliki juga akan semakin baik. Kemampuan intelektual yang dimiliki oleh individu akan mempengaruhi kemampuan penerimaan individu terhadap sesuatu. Individu akan lebih matang terhadap proses perubahan yang ada dalam dirinya sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif sehingga kesiapan untuk berubah baik.

Self empowerment kelompok perlakuan mempunyai kategori cukup yang sebagian besar menderita DM selama 6–10 tahun. Tol A *et al.*, (2012) menyatakan bahwa lama menderita DM mempunyai hubungan yang signifikan dengan aspek penilaian ketidakpuasan dan kesiapan berubah ($r = -0,1$, $p = 0,009$). Hal ini dapat diasumsikan bahwa semakin lama seseorang menderita penyakit DM maka semakin rendah kesiapan individu untuk berubah. Individu merasa nyaman dengan penyakitnya karena telah terjadi proses adaptasi yang cukup lama sehingga cenderung kurang sensitive menerima perubahan terhadap dirinya.

Perceived benefit pada kelompok perlakuan sebagian besar (56,25%) mempunyai kategori positif. Kelompok perlakuan mempunyai peningkatan *self empowerment* dari cukup ke baik yaitu 2 responden, dan peningkatan *self empowerment* dari kategori kurang ke cukup sebanyak 6 responden. Hal ini menunjukkan bahwa individu yang mempunyai persepsi yang positif terhadap keuntungan melakukan perilaku hidup sehat akan meningkatkan komitmen individu tersebut sehingga mampu meningkatkan *self empowerment* pada dirinya. *Perceived barrier* pada kelompok perlakuan juga menunjukkan sebagian besar (68,75%) mempunyai kategori tidak ada hambatan. Hal ini menunjukkan bahwa pada persepsi individu yang tidak

menghambat dalam membuat komitmen melakukan perubahan perilaku mampu mengubah *self empowerment* dalam dirinya.

Tujuan utama tentang pengelolaan penyakit kronis seperti DM tipe 2 adalah untuk mendorong pasien untuk mengambil tanggung jawab yang lebih besar untuk perawatan mereka, dan untuk melakukan perawatan secara mandiri. Promosi kesehatan sudah dilakukan di Puskesmas Bendo oleh tim promosi kesehatan yang ditunjuk oleh kepala puskesmas. Promosi kesehatan yang dilakukan meliputi pemberian penyuluhan tentang penyakit DM dan penatalaksanaan DM yang dilakukan di poli umum dan posyandu lansia di wilayah kerja puskesmas. Penyuluhan yang dilakukan oleh tim promosi kesehatan kurang teratur tiap bulannya, tidak ada follow up setelah dilakukan penyuluhan dari tim promkes dan keaktifan peserta selama penyuluhan belum maksimal. Penyuluhan yang dilakukan perlu dengan menerapkan strategi *empowerment* sehingga meningkatkan keaktifan peserta penyuluhan, mampu meningkatkan kemampuan pasien untuk membuat pilihan dan perubahan perilaku yang diharapkan berasal dari faktor internal pasien sendiri.

Tenaga kesehatan dan akademisi telah memperkenalkan pemberdayaan diri sebagai faktor penting dalam mengelola penyakit kronis. Ketika individu datang ke fasilitas kesehatan perlu dilakukan pemberdayaan dengan pendekatan inovatif yang mencoba untuk meningkatkan kemampuan pasien untuk secara aktif memahami dan mempengaruhi kehidupan sehari-hari dan status kesehatan mereka. Pendekatan ini membantu pasien diabetes membuat keputusan yang tepat mengenai rencana perawatan penyakit mereka sendiri. Pemberdayaan pasien yang efektif dapat tercapai dengan memberikan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk melakukan perawatan terhadap penyakitnya.

Diabetes empowerment education merupakan suatu edukasi yang diberikan kepada pasien DM dengan pendekatan *empowerment* (pemberdayaan) yang berfokus pada pasien (Henshaw, 2006). *Empowerment*

dapat disebut juga dengan sesuatu yang berfokus pada pasien atau perawatan kolaboratif di mana pemberi pelayanan kesehatan dan pasien membuat keputusan bersama (Borrot & Bush, 2008). Tujuan dari *Diabetes empowerment education* adalah meningkatkan kemampuan pasien DM melakukan pengelolaan mandiri terhadap penyakitnya dan mengurangi komplikasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Konsep utama *empowerment* adalah informasi, komunikasi dan *health education* (WHO, 2006).

Elemen *self empowerment* pada pasien DM terdiri dari aspek psikososial penderita DM, penilaian ketidakpuasan dan kesiapan untuk berubah, dan pengaturan dan pencapaian tujuan diabetisi digunakan untuk menilai persepsi kemampuan pasien untuk menetapkan tujuan yang realistis dan mencapainya dengan mengatasi hambatan dalam mencapai tujuan diabetisi (Anderson & Funnel, 2000). Ketiga elemen ini berkaitan dengan faktor personal yang dimiliki penderita DM seperti usia, jenis kelamin, dan penghasilan yang dimiliki penderita DM. Selain faktor tersebut juga ada faktor yang mempengaruhi seseorang mengembangkan pemberdayaan dirinya dari aspek persepsi dalam melakukan suatu perilaku didasari oleh manfaat atau kerugian tindakan tersebut.

Hasil analisis data pada kelompok perlakuan dan kontrol dengan uji *Mann-Whitney* didapatkan hasil terdapat perbedaan nilai *pre-test* dan *post-test* kualitas hidup yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sehingga kelompok perlakuan mempunyai peningkatan kualitas hidup yang lebih baik setelah dilakukan *penerapan diabetes empowerment education*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pada kelompok kontrol dan perlakuan sebagian besar kategori sedang dan mempunyai usia 51 sampai 60 tahun. Yusra (2012) dalam penelitiannya menyatakan bahwa hubungan antara usia dengan kualitas hidup menunjukkan pola negative yang artinya semakin bertambah umur semakin menurun kualitas hidup responden ($p = 0,034$, $r = -0,194$). Penelitian Anderson *et al.*, (2003)

juga menyatakan bahwa proses penambahan usia berefek negative terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2. Individu mengalami perubahan fisiologis yang cepat setelah usia 40 tahun. Hal ini dapat diasumsikan bahwa seiring bertambahnya usia seseorang terjadi perubahan fisik, psikologis dan intelektual. Hal ini akan menyebabkan berpengaruh terhadap penurunan kemampuan perawatan diri dalam penatalaksanaan DM. Penurunan fungsi tubuh juga akan menurunkan kemampuan manajemen penyakit DM sehingga akan mudah terjadi gangguan kesehatan yang dapat menurunkan kualitas hidup.

Peningkatan kualitas hidup pada kelompok perlakuan ditemukan lebih banyak responden perempuan karena memang mayoritas responden berjenis kelamin perempuan. Dalam penelitian Issa & Baiyewu (2006) tentang kualitas hidup pasien DM tipe 2, bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup. Yusra (2012) juga menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara kualitas hidup dengan jenis kelamin ($p = 0,775$). Hal ini ditambahkan lagi oleh Reid & Walker (2009) pada penelitiannya membuktikan bahwa salah satu faktor demografi yang tidak berkontribusi terhadap kualitas hidup yang rendah adalah jenis kelamin. Hal ini dapat diasumsikan bahwa laki-laki dan perempuan mempunyai kemampuan yang sama dalam penatalaksanaan pasien DM. Mereka juga mempunyai sikap yang sama, menggunakan koping dan berperilaku sesuai dengan yang diharapkan untuk mengelola penyakitnya.

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kualitas hidup banyak dialami oleh responden yang mempunyai pendidikan SLTA dibandingkan dengan responden yang berpendidikan SD. Hasil penelitian Yusra (2012) menyatakan terdapat perbedaan signifikan kualitas pada responden yang mempunyai pendidikan tinggi dan pendidikan rendah. Sejalan dengan pendapat dari Notoatmodjo (2003), tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh pendidikan formal di bidang tertentu. Seseorang dengan pendidikan baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada

dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, objektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi kesehatan. Hal ini dapat diasumsikan bahwa pendidikan merupakan faktor penting dalam memahami penyakit, perawatan diri, pengelolaan DM serta pengontrolan gula darah. Pasien dengan pendidikan tinggi akan dapat mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam menghadapi stresor karena pemahaman yang baik terhadap suatu informasi. Penderita DM yang telah mendapatkan *diabetes empowerment education* membuat individu bersikap positif serta akan mengambil tindakan yang tepat dan bermanfaat bagi dirinya sehingga kualitas hidup meningkat.

Kualitas hidup responden pada perlakuan sebagian besar mempunyai kategori sedang dengan lama waktu menderita DM selama 6 sampai 10 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian Reid & Walker (2009) bahwa terdapat hubungan antara lama menderita DM dengan kualitas hidup responden dengan pola hubungan negatif. Hal ini dapat diasumsikan bahwa semakin lama menderita DM semakin menurun kualitas hidup pasien. Penyakit DM yang diderita pasien dapat menimbulkan kecemasan pasien, sehingga semakin lama waktu menderita suatu penyakit dapat menimbulkan kecemasan yang terus menerus pada diabetisi dan akan berakibat terhadap penurunan kualitas hidup.

Faktor lain yang turut mempengaruhi kualitas hidup pada pasien DM adalah sosial ekonomi. Dari hasil penelitian didapatkan kualitas hidup penderita DM cenderung rendah pada responden yang tidak bekerja dan mempunyai penghasilan kurang dari Rp.1.000.000. Pada penelitian Gautam *et al.*, (2009), menyampaikan bahwa kualitas hidup yang rendah berhubungan dengan rendahnya sosial ekonomi yang dimiliki pasien DM. Butler (2002) menyatakan status sosial ekonomi dan pengetahuan tentang diabetes mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri DM. Keterbatasan sosial ekonomi pada penderita DM akan juga membatasi penderita DM untuk mencari informasi, pengobatan dan perawatan bagi

dirinya sehingga kualitas hidupnya cenderung rendah.

Keterbatasan penelitian ini adalah: 1) Penelitian ini hanya mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi dalam *health promotin model* tapi belum menganalisis pengaruh yang paling dominan dari faktor tersebut dalam meningkatkan *self empowerment* dan kualitas hidup pasien DM. 2) Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini masih perlu disempurnakan agar lebih objektif dalam pengukuran *self empowerment* dan kualitas hidup dengan menambahkan *daily activities* pada penderita DM tipe 2, pengukuran kadar gula darah dan Hb A1C sehingga kualitas hidup dilihat dengan lebih objektif.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka kesimpulan yang didapat adalah sebagai berikut: 1) Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok kontrol dan perlakuan tidak mempunyai perbedaan yang signifikan dalam faktor umur, jenis kelamin, penghasilan, lama menderita DM, pendidikan, *perceived benefit* dan *perceived barrier*. Faktor tersebut dapat mempengaruhi *self empowerment* dan kualitas hidup pasien. 2) *Diabetes empowerment education* mampu meningkatkan *self empowerment* pasien DM tipe 2. Strategi ini dapat digunakan oleh perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien sehingga mampu meningkatkan kemampuan kontrol diri pasien memilih alternatif kesehatan dalam pengelolaan penyakit DM yang dideritanya. 3) *Diabetes empowerment education* mampu meningkatkan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Kualitas hidup dipengaruhi faktor personal (pendidikan, sosial ekonomi) yang dimiliki oleh responden sehingga perawat harus memperhatikan aspek lain yang mempengaruhi kualitas hidup dan mampu memberikan advokasi dalam meningkatkan kualitas hidup pasien

Saran

Perawat untuk lebih meningkatkan program promosi kesehatan dengan menerapkan strategi *empowerment* dalam melakukan penyuluhan kesehatan kepada pasien DM dengan meningkatkan keterlibatan pasien, memberikan follow up terhadap masalah yang dialami oleh peserta penyuluhan sehingga dapat meningkatkan *self empowerment* pasien dalam mengelola penyakitnya dan meningkatkan kualitas hidupnya serta perlu dilakukan penelitian lanjutan yang lebih mendalam mengenai faktor yang berpengaruh dominan terhadap kualitas hidup dan menggunakan parameter yang lebih objektif seperti perubahan kadar gula darah, nilai Hb A1C dan menambahkan *daily activities* pada penderita DM tipe 2 untuk mengevaluasi pengaruh *diabetes empowerment education* terhadap *self empowerment* dan kualitas hidup pasien DM dengan lebih objektif.

KEPUSTAKAAN

- Anderson R.M., Funnell M.M., Fitzgerald J.T., & Marrero, D.G., 2000. 'The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy,' *Diabetes Care Journal*. 23 (6): 739–743.
- Anderson R.M, Fitzgerald J.T, Gruppen L.D, & Funnell M.M 2003. 'The diabetes empowerment scale-short form (DES-SF)' *Diabetes Care Journal*. 26: 1641–1643.
- Borrot N & Bush R., 2008. 'Measuring quality of life among those with type 2 diabetes in primary care'. Healthy Communities Research Centre, The University of Queensland Web site: diakses tanggal 18 Februari 2013 <http://www.uq.edu.au/health/healthycomm/docs/QoL.pdf>
- Butler, H.A 2002. *Motivation: The role in diabetes self management in older adults*, Diakses tanggal 1 April 2013 <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Dahlan, S. 2011. *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Edisi 5, Salemba Medika. Jakarta

- Gautam, Y., Sharma, A.K., & Agarwal 2009. 'A cross sectional study of qol of diabetic patient at tertiary care hospital in delhi' *Indian journal of community medicine* 34 (4), 346–350.
- Goz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S., & Cetin, I 2007. 'Effect of the diabetic patient's perceived social support on their quality of life' *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1353–1360.
- Henshaw, L., 2006. 'Empowerment, diabetes and the national service framework: a systematic review.' *Journal of Diabetes Nursing* Vol. 10, No. 4.
- International Diabetes Federation 2010. *Diabetes Atlas, Fifth Edition*. <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>. diakses 21 Desember 2012.
- Isa B.A & Baiyewu, O 2006. 'Quality of life patient with patient with dm in a nigerian teaching hospital.' *Hongkong Journal Psychiatry*, 16, 27–33.
- Karter, A.J., Stevens, M.R., Gregg, E.W., Brown, A.F., Tseng, C.W., Marrero, D.G., Duru, K., Gary, T.L., Piette, J.D., Waitzfelder, B., Herman, W.H., Beckles, G.L., Safford, M.M., and Ettner, S.L., 2008. 'Educational disparities in rates of smoking among diabetic adults: the translating research into action for diabetes study, *Am J Public Health*. 2008; 98: 365–370.
- McNamara, R., Robling, M., Hood, K., Bennert, K., Channon, S., Cohen, D., Crowne, E., Hambly, H., Hawthorne, K., Longo, M., Lowes, L., Playle, R., Rollnick, S., Gregory, J.W., 2010. 'Development and evaluation of a psychosocial intervention for children and teenagers experiencing diabetes (DEPICTED).' *BMC Health Services Research* 2012, 12:36, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/36a1>.
- Mier, N., Alonso, A.B., Zhan, D., Zuniga, M.A., & Acosta, R.I 2008. 'Health related quality of life in a binational population with diabetes at the Texas-Mexico border' *Rev Panam Salud Publica*, 23 (3), 154–163.
- Notoatmojo, S 2003. *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Pender, N. 2011. *The health promotion model, Manual*. Retrieved december 4, 2012, from [nursing.umich.edu](http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender): <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
- Puskesmas Bendo. 2014. *Data kunjungan pasien puskesmas bendo*. Puskesmas Bendo Kabupaten Kediri.
- Reid, M.K.T & Walker, S.P. 2009. 'Quality of life in Caribbean youth with diabetes.' *West Indian Med Journal*, 58 (3) 1–8.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Brunner & Sudarth's. 2004, *Textbook of medical surgical nursing* 10th edition. Volume 2. Lippincot & Wilkins, Philadelphia.
- Suyono, S. 2011. 'Penatalaksanaan DM terpadu.' *Patofisiologi DM*. Edisi ke-2. Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Tol, A., Shojaezadeh D., Sahrifirad G., Alhani F., & Tehrani MM 2012, 'Determination of empowerment score in typr 2 diabetes patients and its relation factors' *J Pak Med Assoc*. 2012 Jan;62(1):16–20.
- Tol, A., Baghbanian A., Shojaezadeh D., Azam K., Shahmirzadi S., & Asfia A 2012. 'Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes' *Journal of Diabetes Metab Disord*. 2013; 12: 6. Published online 2013 January 19.
- Tommey, A.M & Alligood, M.R. 2006, *Nursing theorists and their work*. Six Edition. St. Louis Missouri, Mosby.
- World Health Organization 2006, 'Definition, diagnosis and clasification of diabetes mellitus and its complications.' *Report a WHO Consultation*. WHO, Geneva.
- Yusra, A. 2012. 'Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien DM tipe 2' Thesis FIK UI. Jakarta: FIK UI.