

**PELAKSANAAN DIABETES SELF  
MANAGEMENT EDUCATION BERBASIS  
HEALTH PROMOTION MODEL  
TERHADAP PERILAKU KEPATUHAN  
KLIEN DIABETES MELLITUS (DM) TIPE 2**

Dian Perdana Fitri Mandasari  
(Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga)  
Florentina Sustini  
(Fakultas Kedokteran, Universitas Airlangga)  
Ilya Krisnana  
(Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga)

**ABSTRAK**

Model intervensi Diabetes Self Management Education (DSME) memiliki variasi dalam durasi, intensitas pemberian, bentuk edukasi, faktor demografi, dan karakteristik klinis pasien, sehingga menyebabkan inkonsistensi hasil klinis dan luaran lain. Penelitian ini bertujuan menganalisis pelaksanaan DSME berbasis Health Promotion Model terhadap perilaku kepatuhan klien DM tipe 2, menggunakan desain cross sectional. Subyek penelitian adalah 65 klien DM tipe 2 di Puskesmas Mojo yang dipilih dengan metode quota sampling dan 10 orang untuk FGD. Variabel penelitian adalah faktor personal, behavior specific cognition and affect, komitmen, DSME, dan perilaku kepatuhan. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dan dianalisis dengan PLS dengan hasil yaitu faktor personal dibentuk oleh pendidikan dan motivasi. Behavior specific cognition and affect dibentuk oleh perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy, activity related affect, dukungan keluarga, dan pengaruh situasional. Faktor personal berhubungan dengan behavior specific cognition and affect, behavior specific cognition and affect berhubungan dengan komitmen, komitmen berhubungan dengan DSME dan DSME berhubungan dengan perilaku kepatuhan. Diabetes Self Management Education perlu peningkatan motivasi, perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy, activity related affect, dukungan keluarga, pengaruh situasional, dan komitmen klien untuk menjalankan program edukasi yang diberikan petugas kesehatan sehingga dapat meningkatkan perilaku kepatuhan klien DM tipe 2..

**Kata kunci:**  
DM tipe 2, Diabetes Self Management Education, Health Promotion Model, Perilaku Kepatuhan

**PENDAHULUAN**

*Diabetes Self Management Education* (DSME) merupakan upaya yang dapat dilakukan perawat untuk memberikan edukasi secara berkelanjutan bagi klien DM. Model intervensi DSME memiliki bermacam-macam metode dengan durasi, intensitas pemberian, bentuk edukasi, faktor demografi, dan karakteristik klinis pasien yang berbeda-beda, sehingga menyebabkan ketidakkonsistensian terhadap hasil klinis dan luaran lain yang dilaporkan oleh beberapa penelitian (Chrvala, 2016). Strategi DSME dikembangkan dalam pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan klien diabetes dalam mengontrol penyakitnya. Banyak penelitian yang membandingkan pengaruh DSME berbasis kelompok, dan karena terdapat berbagai macam isi dan model DSME, tidak ada deskripsi standar mengenai intervensi yang dapat diberikan (Duke, 2009; Loveman, 2008; Norris, 2001; & Steinsbekk, 2012). Tidak ada ulasan publikasi yang mengidentifikasi format perawatan diabetes yang paling efektif dan komprehensif (Yang, *et.al.*, 2015).

Estimasi *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2012, lebih dari 371 juta orang di seluruh dunia mengalami Diabetes Mellitus (DM), 4,8 juta orang meninggal. Diabetes Mellitus merupakan suatu penyebab utama dari kejadian sakit dan meninggal, dan berdampak secara signifikan terhadap perekonomian nasional, sistem kesehatan dunia (Zhang, *et al.*, 2010). Kota Surabaya masih menjadi urutan pertama untuk kasus DM terbanyak di Jawa Timur yang mencapai 12.000 kasus per tahun (Pranoto, 2015) sehingga diperlukan perhatian khusus terhadap kasus DM untuk dapat menurunkan angka kejadian DM.

Berdasarkan studi pendahuluan, pendidikan kesehatan yang diberikan petugas kesehatan di Puskesmas kepada klien DM yaitu petugas memberikan pendidikan kesehatan sambil melakukan pemeriksaan terhadap klien ketika kontrol, informasi yang diberikan hanya secara lisan meliputi makanan yang diperbolehkan atau dilarang untuk klien diabetes ketika diketahui terdapat ketidaknormalan hasil cek gula darah atau tekanan darah, dan memberikan obat lalu menyarankan untuk kembali kontrol ketika obat telah habis, namun tidak dilakukan secara bertahap

atau terstruktur. Sedangkan dari hasil wawancara dengan klien DM didapatkan penjelasan bahwa klien mengonsumsi obat yang diberikan namun belum dapat mengontrol pola makan sesuai ketentuan pola makan diabetes dan kegiatan pengontrolan kurang rutin.

Hasil pemberian edukasi petugas Puskesmas dievaluasi dari perilaku klien yang kurang mematuhi terapi klien DM, maka perlu dilakukan adanya pelaksanaan DSME berbasis teori *Health Promotion Model*. Kelebihan *Diabetes Self Management Education* (DSME) adalah DSME mengintegrasikan lima pilar penatalaksanaan DM menekankan intervensi perilaku secara mandiri (Norris *et al.*, 2001). DSME menggunakan metode pedoman, konseling, dan intervensi perilaku untuk meningkatkan pengetahuan mengenai diabetes dan meningkatkan keterampilan individu dan keluarga dalam mengelola penyakit DM (Jack *et al.*, 2004). Glasgow & Anderson (1999) menyatakan bahwa pendekatan pendidikan kesehatan dengan metode DSME tidak hanya sekedar menggunakan metode penyuluhan baik langsung maupun tidak langsung namun telah berkembang dengan mendorong partisipasi dan kerjasama diabetesi dan keluarganya. Teori *Health Promotion Model* memiliki cakupan faktor-faktor yang diperlukan untuk peningkatan perilaku kepatuhan, meliputi komponen internal dan eksternal yang terdapat dalam *behavioral specific cognitions and affect* yaitu *perceived benefits, perceived barriers, perceived self efficacy, activity related affect*, dan *interpersonal influence* (Nursalam, 2016). *Health Promotion Model* merupakan teori terbaik untuk mendeskripsikan perilaku kesehatan di mana memiliki dua tahap yaitu pengambilan keputusan dan melakukan tindakan (Galloway, 2003). Oleh karena itu pelaksanaan *Diabetes Self Management Education* (DSME) berbasis teori *Health Promotion Model* diharapkan dapat meningkatkan perilaku kepatuhan klien Diabetes mellitus tipe 2.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah eksplanatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi Populasi dalam penelitian ini adalah 225 klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo dari data bulan Maret

2017 . Sampel ditentukan berdasarkan kriteria inklusi meliputi; 1) klien berstatus warga tetap dan berKTP di kelurahan Mojo; 2) dapat membaca dan menulis; 3) memiliki keluarga yang tinggal serumah dengan klien; 4) berusia <65 tahun; 5) lama menderita DM tipe 2 minimal 4 bulan. Sampel sebanyak 65 responden yang ditentukan dengan *quota sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini meliputi faktor personal (usia, tingkat pendidikan, penghasilan, dan motivasi ), *behavioral specific cognition and affect* (*perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, activity related affect*, faktor interpersonal, faktor situasional), komitmen, dan DSME. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah perilaku kepatuhan. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan uji *Pearson correlation* dan *Cronbach Alpha*. Data yang terkumpul kemudian dianalisis dengan uji PLS. .

## HASIL PENELITIAN

Distribusi frekuensi jawaban 65 responden penelitian terhadap variabel faktor personal, *behavior spesific cognition and affect*, komitmen, DSME, dan perilaku kepatuhan adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Faktor Personal Klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

No.	Faktor Personal	Frekuensi	Persen
1.	Usia		
	26-35 tahun		
	36-45 tahun		
	46-55 tahun	19	29,2
	56-65 tahun	46	70,8
2.	Pendidikan		
	SD	4	6,2
	SMP	21	32,3
	SMA	37	56,9
	Perguruan Tinggi	3	4,6
3.	Penghasilan		
	<Rp.3.200.000,00	52	80,0
	≥Rp.3.200.000,00	13	20,0
4.	Motivasi		
	Kuat	17	26,2
	Lemah	48	73,8

Tabel 2. Distribusi Frekuensi *Behavior spesific cognition and affect* Klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

No.	<i>Behavior Spesific Cognition and Affect</i>	Frekuensi	Persen
1.	<i>Perceived Benefit</i>	29	44,6
	-Positif	36	55,4
	-Negatif		
2.	<i>Perceived Barrier</i>	26	40
	-Tidak ada hambatan	39	60
	-Ada hambatan		
3.	<i>Perceived Self Efficacy</i>	22	33,8
	-Kuat	43	66,2
	-Lemah		
4.	<i>Activity Related Affect</i>	23	35,4
	-Positif	42	64,6
	-Negatif		
5.	Dukungan Keluarga	31	47,7
	-Kuat	34	52,3
	-Lemah		
6.	Pengaruh Situasional	20	30,8
	-Kuat	45	69,2
	-Lemah		

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Komitmen Klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

No.	Variabel	Frekuensi	Persen
1	Komitmen		
	-Kuat	31	47,7
	-Lemah	34	52,3

Tabel 4. Distribusi Frekuensi *Diabetes Self Management Education (DSME)* Klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

No.	Variabel	Frekuensi	Persen
	DSME		
	-Baik	24	36,9
	-Kurang	41	63,7

Tabel 5. Distribusi Kepatuhan Klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

No.	Variabel	Frekuensi	Persen
	Perilaku Kepatuhan	19	29,2
	-Patuh	46	70,8
	-Tidak Patuh		

Hasil *Diabetes Self Management Education (DSME)* Klien DM Tipe 2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden menganggap bahwa DSME yang diberikan petugas kesehatan masih dalam kategori kurang (63,7%) sehingga sebagian besar responden memiliki perilaku kepatuhan dalam kategori tidak patuh (70,8%).

Berdasarkan uji PLS dari pengujian *outer model*, hasil menunjukkan faktor personal dapat disusun dari indikator pendidikan dan motivasi, dan *behavior spesific cognition* dapat disusun dari *perceived benefit*, *perceived barrier*, *perceived self efficacy*, *activity related affect*, dukungan keluarga, dan pengaruh situasional, yaitu dengan nilai *outer loading* >0,5.

Tabel 6. Nilai *Outer Loading*

Indikator	Variabel Laten	
	Faktor Personal	<i>Behavior Spesific Cognition and Affect</i> / <i>Diabetes Self Management Education (DSME)</i> / Perilaku Kepatuhan
Pendidikan	0,597	
Motivasi	0,880	
<i>Perceived Benefit</i>		0,613
<i>Perceived Barrier</i>		0,735
<i>Perceived Self Efficacy</i>		0,526
<i>Activity related affect</i>		0,566
Dukungan keluarga		0,822
Pengaruh situasional		0,628
Komitmen DSME	1,000	
Perilaku Kepatuhan		1,000

Evaluasi inner model untuk menguji hipotesis penelitian. Hipotesis penelitian dapat diterima jika nilai T hitung > T tabel. Nilai T tabel pada tingkat kesalahan 5% yaitu 1,96.

Tabel 7. Hasil Uji Hipotesis Pelaksanaan *Diabetes Self Management Education* (DSME) Berbasis Teori *Health Promotion Model* Terhadap Perilaku Kepatuhan Klien DM Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

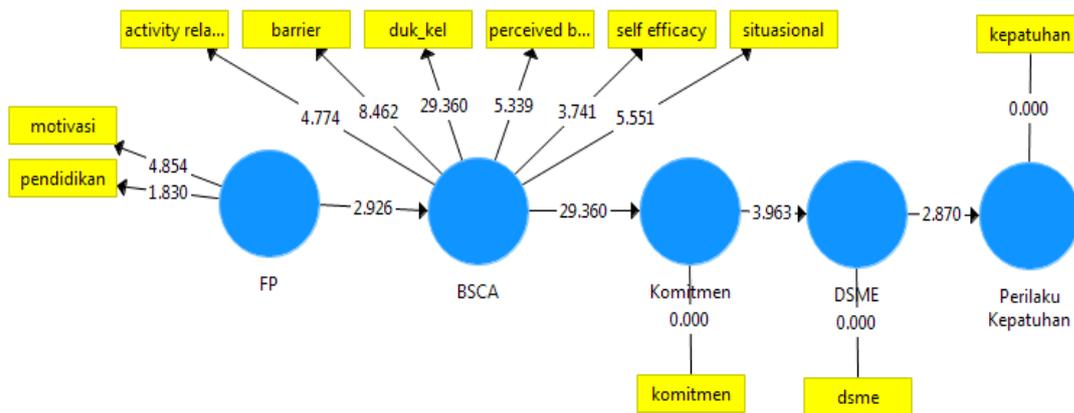
No.	Hubungan	Koefisien Jalur	Standar deviasi	T Statistik	Keterangan
1.	Faktor personal terhadap <i>behavior spesific cognition and affect</i>	0,381	0,118	2,926	Signifikan
2.	<i>Behavior spesific cognition and affect</i> terhadap komitmen	0,819	0,028	29,360	Signifikan
3.	Komitmen terhadap DSME	0,418	0,106	3,963	Signifikan
4.	DSME terhadap perilaku kepatuhan	0,343	0,119	2,870	Signifikan

*perceived self efficacy, activity related affect*, dukungan keluarga, dan pengaruh situasional); 2) *behavior spesific cognition and affect* (*perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy, activity related affect*, dukungan keluarga, dan pengaruh situasional) memiliki hubungan signifikan dengan komitmen; 3) Komitmen memiliki hubungan signifikan dengan DSME; 4) DSME memiliki hubungan signifikan dengan perilaku kepatuhan klien.

**PEMBAHASAN**

**Hubungan antara Faktor Personal dengan *Behavior Spesific Cognition and Affect***

Hasil penelitian membuktikan bahwa hipotesis hubungan faktor personal terhadap *behavior spesific cognition and affect* menunjukkan hubungan yang signifikan. Hasil uji menggunakan PLS menunjukkan bahwa indikator pembentuk faktor personal terdiri dari pendidikan dan motivasi. *Behavior spesific cognition and affect* (perilaku spesifik kognitif dan sikap) dibentuk oleh *perceived benefit* (persepsi manfaat), *perceived barrier* (persepsi hambatan), *perceived self efficacy*



Gambar 1. Hasil Uji PLS Menggunakan Program SmartPLS Pelaksanaan *Diabetes Self Management Education* (DSME) Berbasis Teori *Health Promotion Model* Terhadap Perilaku Kepatuhan Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Mojo, Surabaya

Berdasarkan gambar 1, hasil uji hipotesis dapat diuraikan sebagai berikut: 1) Faktor personal (pendidikan dan motivasi) memiliki hubungan signifikan dengan *behavior spesific cognition and affect* (*perceived benefit, perceived barrier,*

(persepsi keyakinan diri), *activity related affect* (sikap berhubungan aktivitas), dukungan keluarga, dan pengaruh situasional. Hasil tabulasi silang menunjukkan hubungan antar indikator faktor personal dan *behavior spesific cognition and affect* (perilaku spesifik kognitif dan sikap). Responden terbanyak memiliki latar pendidikan SMA serta motivasi yang lemah, keduanya berakibat terhadap *perceived benefit* negatif, terdapatnya hambatan berperilaku patuh, *perceived self efficacy* yang lemah, *activity related affect* negatif, dukungan

keluarga yang lemah, dan pengaruh situasional yang lemah.

Indikator yang tidak dapat membentuk faktor personal terhadap *behavior spesific cognition and affect* yaitu usia dan penghasilan. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Ulum (2014) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat kepatuhan medikasi pasien DM tipe 2. Pada lanjut usia, daya ingat merupakan salah satu fungsi kognitif yang seringkali paling awal mengalami penurunan (Kuntjoro, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia 56-65 tahun.

Pada usia 56-65 tahun, mayoritas responden memiliki *behavior spesific cognition and affect* (kognitif dan sikap spesifik perilaku) yang cenderung negatif, yang ditunjukkan dengan hasil *perceived benefit* negatif, terdapatnya hambatan dalam berperilaku patuh, *perceived self efficacy* yang lemah, *activity related affect* negatif, dukungan keluarga yang lemah, dan pengaruh situasional yang lemah. Tidak semua responden yang berada di usia tersebut baru terpapar penyakit diabetes tetapi ada pula yang baru terdiagnosis sebagai klien DM tipe 2 namun banyak klien dengan penyakit diabetes yang telah diderita lebih dari 6 bulan memiliki perilaku tidak patuh. Durasi menderita diabetes memiliki hubungan negatif dengan kepatuhan, semakin lama seseorang menderita diabetes, semakin kurang kecenderungannya untuk patuh terhadap terapi (WHO, 2003).

Penghasilan ditunjukkan sebagai indikator yang tidak dapat membentuk faktor personal yang berhubungan dengan *behavior spesific cognition and affect* (perilaku spesifik kognitif dan sikap) klien DM tipe 2. Menurut Yohana (2009) dalam Krisnana (2013), pasien memiliki harapan bahwa perhatian tenaga kesehatan baik dokter atau perawat yang diberikan kepadanya tanpa membedakan status sosial ekonomi dan pembiayaan. Kondisi tersebut didukung dengan era JKN di mana klien DM tipe 2 dari golongan ekonomi mana pun yang datang ke Puskesmas, mendapatkan pembiayaan yang sama menurut kebijakan pemerintah, sehingga perlakuan yang didapatkan ketika datang ke tempat pelayanan juga sama. Pelayanan yang diberikan petugas kesehatan akan menentukan perilaku klien DM tipe 2.

Indikator pendidikan membentuk faktor personal responden. Faktor personal dalam teori *health promotion model* terdiri dari faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural. Pendidikan adalah indikator dari faktor sosiokultural (Nursalam, 2016). Pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu (Pujiastuti, 2016). Seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, objektif, dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka ia akan cenderung berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar pengertian dalam diri seseorang (Azwar, 2005). Responden yang memiliki latar pendidikan perguruan tinggi, memiliki *perceived benefit* yang positif, memperlihatkan *perceived barrier* tidak terdapat hambatan, memiliki *perceived self efficacy* yang kuat, *activity related affect* yang positif, dukungan keluarga yang kuat, dan menyatakan bahwa pengaruh situasionalnya merupakan pengaruh situasional yang kuat. Hal itu berkebalikan dengan responden terbanyak yang memiliki latar pendidikan setingkat di bawahnya, yaitu yang berasal dari jenjang pendidikan SMA.

Pembentuk faktor personal berikutnya adalah motivasi. Motivasi adalah salah satu indikator dari faktor psikologis (Nursalam, 2016). Motivasi adalah keadaan pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan (Handoko, 2001). Motivasi seseorang dalam mengerjakan kegiatan disebabkan karena seseorang memahami manfaat berperilaku (*perceived benefit*). Motivasi merupakan poin awal yang menyebabkan seseorang mengambil suatu keputusan berperilaku (Yolal, *et.al.*, 2009). Sebagaimana menurut Has (2012) menyatakan bahwa semakin tinggi motivasi maka akan memunculkan *perceived benefit* yang positif dan berlaku sebaliknya. Champion & Skinner (2008) mengemukakan bahwa individu dalam mengadopsi perilaku baru, individu membutuhkan kepercayaan akan besarnya

manfaat yang diperoleh dan kepercayaan akan adanya hambatan yang menghalangi adopsi perilaku. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa responden terbanyak memiliki motivasi yang lemah sehingga memiliki *perceived benefit* yang negatif.

Hasil kegiatan *Focus Group Discussion* (FGD) dengan partisipan yang merupakan klien DM Tipe 2 mengenai motivasi melakukan perilaku patuh, partisipan menjelaskan bahwa menjaga motivasi selalu baik merupakan hal yang tidak mudah dilakukan, diabetes merupakan penyakit yang akan diderita seumur hidup, sedangkan di dalam menjalani kehidupan sehari-hari menyebabkan motivasi seseorang naik dan turun. Partisipan juga menjelaskan bahwa manfaat jika dapat melakukan perilaku patuh terhadap perawatan mandiri diabetes, maka badan akan sehat. Namun ketika peneliti menanyakan sehat yang seperti apa, partisipan tidak dapat menjawab secara detail. Partisipan menjelaskan perilaku patuh yang harus dikerjakan adalah patuh minum obat/ suntik insulin dan menjaga pola makan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi yang lemah, maka diketahui adanya hambatan dalam berperilaku. Timmerman (2007) menyatakan bahwa hambatan (*perceived barrier*) adalah perasaan dan pemikiran yang ada pada diri seseorang, dan merupakan alasan seseorang sulit mengubah perilakunya, hambatan ini berupa kekurangan waktu, kurangnya motivasi, kurangnya pengetahuan, menikmati perilaku yang buruk, kelambanan, kelesuan, kelabilan emosi, dan ketidakyakinan bahwa perilaku dapat diubah. Hambatan yang paling signifikan dalam perawatan diri menurut hasil penelitian Mohebi, *et.al.* (2013) adalah kurangnya dukungan keluarga, rasa malu, rendahnya motivasi diri, kelalaian, tidak mampu menahan aroma makanan.

Indikator *perceived barrier* sekaligus menjelaskan indikator dari variabel *behavior spesific cognition and affect* lainnya yaitu hubungannya dengan *perceived self efficacy*, dukungan keluarga, dan pengaruh situasional. Sebagaimana dijelaskan dalam teori yang dikemukakan Mohebi, *et.al.* (2013) di atas. Penelitian ini menunjukkan bahwa responden memiliki hambatan dalam melakukan perilaku kepatuhan, keyakinan diri (*perceived self*

*efficacy*) yang lemah, dukungan keluarga yang lemah, serta pengaruh situasional yang lemah.

*Self efficacy* merupakan faktor kunci dalam perubahan perilaku karena memberikan pengaruh melalui proses kognitif, motivasional, afektif, dan pengambilan keputusan (Schunk, 2012). Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) dapat mendorong kemauan dan kemampuan untuk berperilaku. Pender (2011) menjelaskan bahwa pengaruh situasional dapat memfasilitasi atau menghalangi perilaku misalnya pilihan yang tersedia, lingkungan yang cocok, aman, tenteram, situasi dapat memengaruhi perilaku dengan mengubah lingkungannya.

Hasil FGD dengan klien DM Tipe 2 menunjukkan bahwa partisipan mengalami hambatan dalam mengelola makanan, pengaturan pola makan, ketepatan waktu makan. Partisipan menjelaskan kesibukan bekerja menjadi alasan sebagai penghambat aktivitas fisik yang teratur. Keluarga yang serumah dengan klien pun sibuk bekerja, merasa perhatian yang diberikan kurang. Pengaruh situasional yang didapatkan dari luar diri klien adalah klien terkadang tidak mampu menahan diri dari godaan makanan dan minuman yang sebenarnya dilarang untuk dikonsumsi oleh klien diabetes, ditunjang dengan lingkungan di kota Surabaya banyak terdapat penjual makanan dan minuman yang menarik untuk dikonsumsi tanpa mengolahnya sendiri.

#### **Hubungan antara *Behavior Spesific Cognition and Affect* dengan Komitmen**

Hasil penelitian membuktikan bahwa hipotesis hubungan *behavior spesific cognition and affect* terhadap komitmen menunjukkan hubungan yang signifikan. Hasil uji PLS menunjukkan bahwa indikator pembentuk *behavior spesific cognition and affect* (perilaku spesifik kognitif dan sikap) yaitu *perceived benefit* (persepsi manfaat), *perceived barrier* (persepsi hambatan), *perceived self efficacy* (persepsi keyakinan diri), *activity related affect* (sikap berhubungan aktivitas), dukungan keluarga, dan pengaruh situasional. Tabulasi silang antar indikator yang menunjukkan hubungan antar indikator *behavior spesific cognition and affect* (perilaku spesifik kognitif dan sikap) dengan variabel komitmen. Indikator yang terbanyak memengaruhi komitmen adalah dukungan keluarga. Hasil penghitungan silang

menunjukkan dukungan keluarga yang lemah memiliki hubungan dengan komitmen yang lemah. Indikator lain yang menyebabkan komitmen yang lemah adalah *perceived benefit* (persepsi kemanfaatan) yang negatif, terdapat *perceived barrier* (hambatan), *perceived self efficacy* (keyakinan diri) lemah, *activity related affect* (aktivitas berhubungan dengan sikap) negatif, dan pengaruh situasional lemah.

*Perceived benefit* merupakan persepsi akan manfaat yang menguatkan individu untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu (Pender, 2011). Individu memiliki komitmen untuk melakukan perilaku di mana mereka telah memikirkan nilai personal yang menguntungkan (Tomey & Alligood, 2010). Individu berkomitmen untuk terlibat dalam perilaku yang telah diprediksi keuntungannya sebelumnya (Pender, 2011). Teori tersebut dapat diartikan sebagai semakin positif *perceived benefit*, maka akan semakin kuat komitmen yang dimiliki seseorang untuk berperilaku patuh, begitu pula sebaliknya.

Hambatan adalah sikap yang langsung menghalangi kegiatan melalui pengurangan komitmen rencana kegiatan (Pender, 2011). Persepsi hambatan dapat mencegah komitmen berperilaku, perantara berperilaku, maupun perilaku aktual (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Trost, *et.al.* (2002) yang menyatakan bahwa persepsi hambatan mempunyai hubungan yang kuat terhadap kepatuhan dalam olahraga. Sesuai dengan teori tersebut maka adanya hambatan klien DM tipe 2 dalam berperilaku patuh dapat melemahkan komitmen yang dimiliki klien.

Hasil diskusi kelompok dapat disimpulkan bahwa kurangnya informasi mengenai perawatan yang diberikan petugas menyebabkan klien kurang paham mengenai manfaat perilaku patuh sehingga melemahkan komitmen diri untuk tetap berperilaku patuh. Berdasarkan hal tersebut maka perlu adanya upaya untuk meningkatkan kemampuan klien DM tipe 2 dalam mengatasi hambatan perilaku patuh, sehingga *perceived barrier* yang dirasakan klien semakin berkurang. Sebagai salah satu upaya yaitu bersama-sama dengan petugas kesehatan untuk membuat rencana kegiatan untuk diaplikasikan dan kemudian dievaluasi sesuai waktu yang telah ditetapkan dan disepakati bersama.

*Perceived self efficacy* adalah perasaan yakin berhasil dan ahli dalam melakukan perbuatan akan mendorong seseorang untuk melaksanakan perilaku yang diinginkan (Pender, 2011). Teori *health promotion model* menegaskan bahwa keyakinan diri yang kuat meningkatkan komitmen individu untuk memunculkan perilaku kesehatan yang diharapkan. Responden yang memiliki keyakinan diri yang kuat maka juga memiliki komitmen yang kuat, begitu pula sebaliknya yang dimiliki oleh sebagian besar responden. Ada 6 responden memiliki efikasi diri yang kuat namun memiliki komitmen berperilaku yang lemah yaitu responden nomor 7, 10, 12, 28, 41, dan 63. *Self efficacy* dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu kombinasi empat faktor yang terdiri atas: *performance accomplishment* (pengalaman menguasai sesuatu prestasi yang pernah dicapai oleh individu di masa lalu), *vicarious experience* (seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh), *verbal persuasion* (memengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku dengan ucapan), *emotional arousal* (kondisi emosional/*mood* juga memengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy*nya) (Bandura, 2004). Melihat dari teori *self efficacy*, dapat dianalisis bahwa pengaruh situasional juga memengaruhi responden dalam meningkatkan komitmen. Kuesioner pengaruh situasional menunjukkan responden paling banyak menjawab tidak setuju pada pernyataan "dapat menahan keinginan memakan makanan yang dilarang untuk saya ketika keluarga saya menghidangkan di meja makan", setuju pada pernyataan "senang olahraga, tapi jarang melakukan karena jauh dari taman/ lapangan untuk melakukan aktivitas tersebut", dan setuju pada pernyataan "suasana dan hidangan pesta membuat saya tidak mampu menahan diri dari mencoba makanan yang seharusnya dilarang untuk orang diabetes". Hasil FGD dengan klien DM tipe 2 juga mendapatkan penjelasan bahwa klien juga meminum obat-obat herbal yang dianjurkan oleh orang-orang di sekitarnya.

*Activity related affect* atau sikap yang mempengaruhi aktivitas yang positif, dapat meningkatkan komitmen dan aktivitas pula (Pender, 2011). Sebagaimana dalam hasil

penelitian menunjukkan bahwa sikap yang dimiliki responden negatif sehingga menyebabkan komitmen yang dimilikinya pun dalam kategori yang lemah. Seseorang yang tidak memiliki sikap ketertarikan untuk melakukan sesuatu akan menurunkan keinginan melakukan sesuatu tersebut. Sebagaimana dari kuesioner *activity related affect*, responden paling banyak menjawab setuju pada item nomor 1 yaitu "lebih nyaman tidur-tiduran untuk mengisi waktu luang", tidak setuju pada item nomor 3 yaitu "Saya tetap mampu mengatur pola makan diabetes meski saya sedang sakit", dan tidak setuju pada item nomor 4 yaitu "Saya mampu mempertahankan pola makan sehat dari waktu ke waktu".

Dukungan keluarga merupakan indikator yang dapat membentuk *behavior spesific cognition and affect* (perilaku spesifik kognitif dan sikap). Menurut Notoatmodjo (2010) dari segi eksternal faktor lingkungan merupakan faktor yang mendominasi terbentuknya perilaku seseorang. Salah satu dari beberapa macam faktor lingkungan adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga menurut Francis & Satiadarma (2004) merupakan bantuan/sokongan yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsifungsi yang terdapat di dalam sebuah keluarga. Keluarga, pertemanan, dan penyedia layanan kesehatan adalah sumber pengaruh interpersonal yang penting yang dapat menyebabkan seseorang memiliki komitmen yang rendah atau tinggi dalam perilaku promosi kesehatan (Pender, 2011). Indikator dengan presentase terbanyak yang memengaruhi komitmen adalah dukungan keluarga. Responden terbanyak memiliki dukungan keluarga yang lemah, yang dijelaskan dalam FGD bahwa klien DM tipe 2 merasa kurang mendapatkan pendampingan dan perhatian dari keluarga. Keluarga adalah individu yang sehari-hari berada di dekat klien, sehingga jika orang terdekat kurang memberikan dukungan, maka klien juga tidak bisa mempertahankan komitmen berperilaku patuh dengan baik. FGD yang dilakukan bersama petugas kesehatan menjelaskan bahwa sangat perlu partisipasi keluarga dalam mengikuti perilaku promosi kesehatan sehingga didapatkan pengetahuan dan pemahaman yang sama dengan klien DM tipe 2.

Sebagian besar responden yang memiliki pengaruh situasional yang lemah, juga memiliki komitmen yang lemah. Pengaruh situasional sebagai bagian lingkungan eksternal dapat meningkatkan atau menurunkan komitmen seseorang untuk berperan dalam perilaku promosi kesehatan (Pender, 2011). Sesuai dengan teori tersebut maka pengaruh situasional yang lemah dapat menurunkan komitmen untuk berperilaku patuh terhadap perawatan diri diabetes.

### **Hubungan antara Komitmen dengan DSME**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki komitmen yang rendah. Hasil penelitian juga menunjukkan sebagian besar responden beranggapan DSME yang diberikan petugas kesehatan masih kurang. Hubungan komitmen terhadap DSME berdasarkan hasil tabulasi silang menunjukkan responden terbanyak yang memiliki komitmen lemah juga memiliki DSME yang kurang. Hasil uji PLS menggunakan SmartPLS menunjukkan hubungan komitmen terhadap DSME adalah hubungan yang positif signifikan jika dilihat dari *path coefficient* (koefisien jalur) dan nilai T-statistiknya.

Komitmen mendeskripsikan konsep intensi dan identifikasi strategi atau rencana untuk mengimplementasikan perilaku sehat (Pender, 2011). Rencana kegiatan sebagai strategi berperilaku dikembangkan oleh perawat dan klien, misalnya strategi dengan kontrak yang disetujui bersama-sama di mana satu kelompok menyadari bahwa kelompok lain akan memberi penghargaan nyata atau penguatan jika komitmen itu didukung. Komitmen sendiri tanpa strategi sering menghasilkan tujuan yang baik namun gagal dalam membentuk suatu perilaku kesehatan (Nursalam, 2016). Komitmen yang tinggi akan memberikan usaha yang tinggi pula dalam menjalankan pekerjaannya, dan semakin tinggi pula produktivitasnya (Sopiah, 2008). DSME adalah edukasi berpusat pada pasien, yang mana merupakan teori dan cara terbaik untuk mempertahankan pengetahuan dan komitmen dan meningkatkan perilaku perawatan diri klien (Nicolucci, *et.al.*, 2013). Komitmen diperlukan untuk dapat terlibat dalam proses pembelajaran baik formal maupun informal.

Pembuatan rencana kegiatan antara klien dan perawat dilakukan dalam proses DSME. Proses DSME terdiri dari pengkajian, identifikasi tujuan (pembuatan rencana kegiatan), edukasi, dan evaluasi. Ketika seseorang telah mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan, maka perlu untuk mengaplikasikan apa yang telah diajarkan oleh petugas untuk kemudian dievaluasi. Namun ketika seseorang memiliki komitmen yang rendah, hasil dari edukasi dan pembuatan rencana kegiatan bersama petugas kesehatan tidak akan membuahkan hasil seperti yang diharapkan. Komitmen yang kuat terhadap rencana tindakan sangat diperlukan.

Hasil FGD dengan klien DM tipe 2 menunjukkan bahwa untuk mempertahankan komitmen adalah hal yang tidak mudah, banyak kondisi dan situasi yang memengaruhi komitmen diri. Komitmen atau niat berperilaku kadang tergantung dari kondisi kesehatan yang sedang dirasakan. Ketika merasa tidak ada keluhan, terkadang meremehkan peraturan seperti makan makanan dalam porsi di luar ketentuan, jadwal makan yang kurang sesuai, olahraga yang kurang teratur, melupakan jadwal kontrol.

#### **Hubungan antara DSME dengan Perilaku Kepatuhan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendapat bahwa DSME yang diberikan petugas kesehatan di Puskesmas masih kurang. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak patuh dalam melakukan perilaku kepatuhan perawatan mandiri diabetes. Hubungan kedua variabel yaitu DSME dan perilaku kepatuhan dilihat dari penghitungan menggunakan tabulasi silang dan didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden yang menganggap DSME yang diberikan petugas kesehatan itu kurang, memiliki kategori tidak patuh dalam melakukan perilaku kepatuhan. Hipotesis penelitian menunjukkan bahwa hubungan DSME dengan perilaku kepatuhan adalah hubungan yang positif signifikan dilihat dari koefisien jalur dan nilai T-statistiknya.

Kategori kurang dari hasil kuesioner DSME ditunjukkan dari pernyataan item nomor 2, yaitu pernyataan petugas di Puskesmas tidak menanyakan kesulitan klien untuk melakukan cara merawat diri dengan penyakit diabetes di mana

mayoritas klien menjawab jarang, item nomor 5 mayoritas klien menjawab jarang dari pernyataan petugas Puskesmas tidak menanyakan apakah klien dapat melakukan kegiatan olahraga secara rutin. Item nomor 6 mengenai petugas Puskesmas memberikan bahan bacaan sebagai informasi cara merawat diri pada klien diabetes, mayoritas klien menjawab tidak pernah, dan item nomor 9 mengenai petugas Puskesmas tidak memberikan kartu evaluasi atau semacamnya untuk memantau gula darah klien.

Hasil FGD dengan klien DM tipe 2 didapatkan penjelasan mengenai anggapan edukasi yang kurang yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga perilaku klien kurang maksimal. Partisipan menjelaskan bahwa mereka datang ke Puskesmas untuk kontrol rutin, pengecekan gula darah dilakukan sebulan sekali, dan petugas kesehatan menanyakan keluhan yang dirasakan saat datang serta pemberian informasi dilakukan sambil melakukan pengobatan, memberitahukan untuk menghindari jenis makanan minuman tertentu ketika didapatkan nilai gula darah yang tidak normal, sehingga partisipan menganggap pemberian informasi mengenai diabetes kurang maksimal. Partisipan juga menjelaskan bahwa tidak semua penderita diabetes mengikuti program penyuluhan kesehatan yang biasanya dilakukan bersama program Prolanis maupun posyandu lansia.

Penelitian Asri & Yuniwati (2013) menunjukkan bahwa ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan perubahan perilaku. Penelitian yang dilakukan oleh Wu, *et.al.* (2016) menjelaskan bahwa jumlah pemberi DSME tidak berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan. Penelitian Krebs, *et.al.* (2013) menjelaskan bahwa pemberian DSME efektif meningkatkan aspek-aspek perawatan diabetes yaitu makanan sehat, aktivitas, pengobatan, monitoring glukosa, dan koping efektif di bulan ke 6 pada kelompok perlakuan, namun pada bulan ke 9 tidak ada perbedaan antara kelompok kontrol dengan perlakuan. Cara petugas kesehatan memberikan edukasi perlu memperhatikan aspek-aspek perawatan diabetes untuk mendapatkan hasil yang optimal.

Pengeksplorasian hambatan merupakan salah satu faktor pembentuk perilaku yang terdapat di dalam teori *health promotion*

model. Teori *Health Promotion Model* menjelaskan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor personal, persepsi terhadap manfaat, hambatan yang dihadapi, sikap berperilaku, lingkungan yang memengaruhi, dan komitmen untuk melakukan tindakan (Pender, 2011). Teori *health promotion model* merupakan teori yang penggunaannya luas untuk merencanakan dan mengubah kebiasaan perilaku tidak sehat dan mempromosikan kesehatan (Khodaveisi, 2017).

Perilaku kepatuhan dapat dibentuk dengan menggunakan proses yang terdapat di dalam DSME yaitu pengkajian, identifikasi tujuan, edukasi, dan evaluasi yang berbasis teori *health promotion model*. Teori *health promotion model* merupakan teori dengan faktor pembentuk yang dapat digunakan untuk mengkaji motivasi, manfaat yang dipahami klien, hambatan berperilaku, keyakinan diri untuk mampu berperilaku patuh, sikap terhadap aktivitas, serta komitmen untuk melaksanakan rencana-rencana kegiatan, sehingga perilaku kepatuhan dapat ditingkatkan melalui cara DSME yang berbasis teori *health promotion model*.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

*Diabetes Self Management Education* (DSME) dapat dibentuk dengan memerhatikan faktor personal, *behavior spesific cognition and affect*, dan komitmen. *Diabetes Self Management Education* (DSME) berbasis teori *health promotion model* dapat digunakan untuk bahan peningkatan perilaku kepatuhan klien DM tipe 2.

### Saran

Petugas kesehatan khususnya perawat perlu meningkatkan motivasi, *behavior spesific cognition and affect* yang terdiri dari *perceived benefit, perceived barrier, perceived self efficacy, activity related affect*, dukungan keluarga, dan pengaruh situasional, serta komitmen, DSME, dan perilaku kepatuhan klien DM tipe 2 dengan memberikan pelatihan pada petugas kesehatan dan penyuluhan pada klien.

## DAFTAR PUSTAKA

Asri, N., & Yuniwati, C. (2013). Hubungan Peran Petugas Kesehatan dan Media Informasi dengan Perilaku Seksual Pada Ibu Pasca Nifas di Wilayah Kerja

Puskesmas Peukan Bada Kabupaten Aceh Besar. Banda Aceh: Stikes U'budiyah

Azwar, S. (2005). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukuran*. Yogyakarta: Liberty

Bandura. (2004). *Self Efficacy*. Diakses dari <http://treepjkr.multiply.com/reviews/item/22>

Champion & Skinner. (2008). *The Health Belief Model*. San Fransisco: Jossey-Bass

Chrvala, C.A., Sherr, D., & Lipman, R.D. (2016). *Diabetes Self Management Education for Adults With Type 2 Diabetes Mellitus, Patient Education and Counseling*, 99 (6): 926-943

Duke S.A., Colagiuri S., & Colagiuri R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, CD005268

Francis, S., & Satiadarma, M.P. (2004). Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Kesembuhan Ibu yang Mengidap Kanker Payudara, *Journal Tarumanegara*. Vol.9. No.1

Friedman, M.M. (2010). *Family nursing: research, theory, & practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc

Galloway, R.D. (2003). *Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements, Clinical Medicine & Research*, Vol. 1, No. 3, hal. 249-258

Glasgow, R., & Anderson, R. (1999). Moving for Compliance to Adherence is not Enough: Something Entirely Different is Need, *Diabetes Care*, hal.403-408

Handoko, H. (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, edisi 2. Yogyakarta: BPFE

Has, E.M.M. (2012). Perilaku ibu dalam pemenuhan gizi anak usia pra-sekolah berbasis integrasi Health Promotion Model dan Self Regulation Theory. Tesis. Surabaya: Universitas Airlangga (tidak dipublikasikan)

Jack, L., Liburd, L., Spencer, T., Airhihenbuwa, C.O. (2004). Understanding the Environmental Issues in Diabetes Self-Management Education Research: A Reexamination of 8 Studies in Community-Based Settings. *Ann Intern Med*.140:964-971

Khodaveisi, M., Omidi, A., & Farokhi, S. (2017). The Effect of Pender's Health Promotion Model in Improving the Nutritional Behavior of Overweight and

- Obese Women, *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. Vol.5. Hal:165-174
- Kuntjoro, Z.S. (2002). Pendekatan dalam pelayanan psikogeriatri. Diakses dari [www.e-psikologi.com](http://www.e-psikologi.com). Diakses pada 8 April 2017
- A. Krebs, J.D., Parry-Strong, A, & Gamble, E. (2013). A structured, group-based diabetes self-management education (DSME) programme for people, families and whanau with type 2 diabetes (T2DM) in New Zealand, *Primary Care Diabetes*. Vol.7. No.2. hal 151-158
- Krisnana, I. (2013). Pengembangan Model Asuhan Keperawatan Pendekatan COPE dalam Penurunan Stres Hospitalisasi Orang Tua Anak Terdiagnosis Kanker, *Jurnal Ners*, Vol.8, No.1, hal.27-40
- Mohebi, S., Azadbakht, L., & Feizi, A. (2013). Structural Role of Perceived Benefits and Barriers to Self-care in Patients with Diabetes, *Journal Education Health Promotion*. Vol.2. No.37
- B. Nicolucci, A., Kovacs, B.K., & Holt, R.I. (2013). Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™), *Diabetes Medicine Journal*. Vol.30. No.7. hal 767-777
- Norris, S.L.. (2001). Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes, *A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*, *Diabetes Care*, 24 (3): 561-587
- Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Pender, N.J. (2011). The Health Promotion Model Manual. Diakses dari <http://nursing.urnich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall
- Pranoto, A. (2015). Surabaya peringkat tertinggi diabetes. *Harian Bhirawa*, p.3. Available at: <https://issuu.com/harianbhirawacetak>
- Pujiastuti, E. (2016). Hubungan Pengetahuan dan Motivasi dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, hal. 85
- Schunk, D.H. (2012). *Learning Theories and Educational Perspective*. Edisi ke-6. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Sopiah. (2008). *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Andi
- Timmerman G.M. (2007). Addressing barriers to health promotion in underserved women, *Fam Community Health*. Hal.S34-42
- Tomey, A. & Alligood, M. (2010). *Nursing Theorist and Their Work*. (6 th ed). St.Louis: Mosby Elsevier, Inc
- Trost, S.G, Owen, N., Bauman, A.E., Sallis, J.F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update, *Med Sci Sports Exerc*, 34(12)
- Ulum, Zahrotun. (2014). Kepatuhan Medikasi Penderita DM Tipe 2 Berdasar Teori Health Belief Model di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya, *Critical & medical Surgical Nursing Journal*, Vol.3, No.1, hal: 64-74
- World Health Organization, 2003. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Diakses dari <http://www.who.int>. pada 19 Oktober 2016
- Wu, J., Davis-Ajami, M.L., Noxon, V., & Lu, Z.K. (2016). Venue of Receiving Diabetes Self-Management Education and Training and Its Impact on Oral Diabetic Medication Adherence, *Primary care Diabetes*. Vol.11. No. 2. Hal: 162-170
- Yang, Y.S., Wu, Y.C., Lu, Y.L., & Kornelius, E. (2015). Adherence to Self-care Behavior and Glycemic Effects Using Structured Education, *Journal of Diabetes Investigation*, hal: 662-669
- Yolal, M., Cetinel, F., & Uysal, M. (2009). An Examination of Festival Motivation And Perceived Relationship: Eskisehir International Festival, *Journal of Convention & Exhibition Management*, Vol.10. No.4. hal: 276-291
- Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., & Shaw, J. (2010). Global Healthcare Expenditure on Diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, hal. 293-301