

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Diabetes mellitus adalah salah satu penyakit kronis yang meningkat pesat dalam satu dasawarsa belakangan ini. Menurut laporan WHO, diabetes mellitus adalah suatu penyakit metabolisme kronis dimana kondisi utamanya digambarkan oleh keadaan hiperglikemia yang menimbulkan resiko kerusakan mikrovaskular (*retinopathy*/penyempitan pembuluh darah mata dan *neuropathy*/komplikasi saraf). Penyakit diabetes mellitus dapat menyebabkan masalah-masalah seperti menurunkan tingkat harapan hidup, penyebab utama kematian akibat komplikasi mikrovaskular, meningkatkan resiko komplikasi makrovaskular (*ischaemic heart disease*/jantung koroner, *stroke* dan *peripheral vascular disease*/penyempitan pembuluh darah jantung) dan penyebab hilangnya kualitas hidup (WHO, 2006:5).

Survey yang dilakukan oleh Wild, S., dkk, pada tahun 2000, terdapat 171 juta orang di dunia yang menderita diabetes mellitus dan diperkirakan akan meningkat menjadi 366 juta orang pada tahun 2030 (Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H., dalam WHO, 2006:5). Sedangkan riset terbaru yang dilakukan oleh WHO tahun 2011 jumlah penderita telah meningkat menjadi 346 juta orang di dunia dan angka tersebut diperkirakan akan menembus 700 juta jiwa pada tahun 2030 (“Kampanye”, 2011, 14 November). Indonesia sendiri menempati urutan ke-4 sebagai negara terbesar dalam jumlah penderita diabetes mellitus di

dunia, setelah India, yang menempati urutan pertama, disusul oleh Cina dan Amerika Serikat pada urutan kedua dan ketiga (WHO, 2006:5).

Berdasarkan data yang dihimpun oleh International Diabetes Federation tahun 2009, di Indonesia, jumlah penderita diabetes mellitus dewasa diperkirakan naik menjadi 12 juta pada tahun 2030 dari sebelumnya 6.9 juta pada tahun 2010. Dari jumlah tersebut sebanyak 97.5% mengidap diabetes mellitus tipe 2 (*non-insulin dependent* atau tidak tergantung insulin), dimana baru sekitar 50% yang menyadari penyakitnya dan baru sekitar 30% yang menjalankan pengobatan secara teratur (Soewondo, dkk., 2010:236).

Prevalensi diabetes mellitus di Indonesia juga bervariasi di setiap daerah. Di provinsi Sumatera Barat jumlah prevalensi diabetes mellitus sekitar 1.2% dengan prevalensi tertinggi berada di kota Sawah Lunto (RISKESDAS SUMATERA BARAT, 2007 dalam Soewondo, dkk., 2010:236). Di provinsi Bali jumlah prevalensi diabetes mellitus sekitar 2.0% dengan prevalensi tertinggi berada di kota Denpasar (RISKESDAS BALI, 2007 dalam Soewondo, dkk., 2010:236). Prevalensi diabetes mellitus di Jakarta menunjukkan angka 3.7% (Harbuwono, dkk., 2009 dalam Soewondo, dkk., 2010:236). Peningkatan prevalensi juga terjadi di Ujung Pandang dari angka 1.5% meningkat menjadi 5.4% di area perkotaan, sedangkan di Manado menunjukkan prevalensi tertinggi yaitu sekitar 6.1% (PERKENI, 2006 dalam Soewondo, dkk., 2010:236).

Fakta di atas menunjukkan bahwa sebagian besar penderita diabetes mellitus di Indonesia adalah menderita diabetes mellitus tipe 2 (*non-insulin dependent* atau tidak tergantung insulin) dimana pankreas tetap menghasilkan hormon insulin

namun insulin yang dihasilkan sangat sedikit dan tidak memadai (*lack of insulin*). Selain itu, persebaran jumlah penderita diabetes mellitus sebagian besar adalah penduduk perkotaan yang menganut pola hidup tidak sehat.

Angka kematian akibat diabetes mellitus di Indonesia juga cukup tinggi, terutama di daerah perkotaan. Setiap tahunnya ada 3.8 juta kematian akibat diabetes mellitus (“Kampanye”, 2011, 14 November). Menurut data yang dihimpun dari Kementerian Kesehatan RI, angka kematian penderita diabetes mellitus untuk kelompok umur 45-54 tahun di daerah perkotaan mencapai 14.7% dan daerah pedesaan mencapai angka sekitar 5.8% (“Diabetes”, 2011, 13 November).

Perlu diketahui pula, diabetes mellitus merupakan penyakit yang membawa serangkaian penyakit lainnya atau yang biasa disebut dengan komplikasi. Beberapa komplikasi yang tercatat di Poliklinik Diabetes RSUD Dr. Soetomo Surabaya diantaranya penurunan kemampuan seksual (50.9%), *neuropathy simptomatic* atau komplikasi saraf (30.6%), *retinopathy diabetic* atau penyempitan pembuluh darah di mata (29.3%), katarak (16.3%), tuberkolosis paru (15.3%), hipertensi (12.8%), penyakit jantung koroner atau penyempitan pembuluh darah jantung (10%), *gangrene diabetic* atau borok pada ujung jari (3.5%) dan batu empedu simptomatik (3%) (Tjokrowiro, 2000:3).

Komplikasi tersebut merupakan bukti bahwa diabetes mellitus bukanlah sembarang penyakit yang bisa sembuh dengan sendirinya. Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit kronis yang bersifat menetap dan tidak bisa disembuhkan. Penyakit ini harus dikelola dengan sebaik mungkin untuk

mempertahankan kadar gula dalam darah mendekati keadaan normal (Taylor, 1991:467). Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Campbell tahun 2003, semenjak didiagnosa menderita diabetes mellitus, penderita harus merubah total seluruh gaya hidupnya menjadi lebih sehat seperti dengan melakukan diet dan pemenuhan nutrisi, *exercise* dan olah raga secara teratur, mengkonsumsi obat secara teratur, kontrol medis secara rutin atau bahkan memonitor sendiri kadar gula dalam darah. Tujuan dari kegiatan ini adalah untuk menjaga kadar gula dalam darah agar mendekati level normal serta untuk menghindari dampak negatif yang ditimbulkan dari penyakit ini, salah satunya adalah komplikasi (Campbell, 2003 dalam Cattich, John., dkk., 2009:111).

Pada tahun 2003, WHO melakukan penelitian tentang diabetes mellitus dan hasilnya adalah ketika penderita tidak bisa mempertahankan kadar gula dalam darah secara normal maka akan berakibat pada komplikasi mikrovaskular dan kardiovaskular atau bahkan kematian mendadak (WHO, 2006:12).

Kenyataan seperti inilah yang harus dihadapi oleh penderita setelah didiagnosa menderita diabetes mellitus. Moss berpendapat, sesaat setelah seseorang menerima diagnosa, biasanya akan memasuki fase krisis dalam hidupnya yang ditandai dengan adanya ketidakseimbangan dalam hidup, baik secara fisik, sosial, dan psikologis (Moss, 1977 dalam Taylor, 1991:369). Penderita diabetes, khususnya wanita, akan menarik diri dari lingkungannya untuk beberapa saat setelah menerima diagnosa tentang penyakitnya (Kokanovic & Manderson, 2006:25). Bahkan, menurut Taylor dan koleganya, untuk sementara waktu kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang dimiliki oleh penderita tidak

akan seefektif seperti biasanya karena digantikan oleh perasaan-perasaan seperti kekacauan, kecemasan, ketakutan, dan emosi lainnya (Taylor, 1991:369).

Fase krisis tersebut akan berlangsung untuk beberapa saat. Segera setelah fase krisis ini berlalu, penderita akan berdamai dengan penyakitnya dan mulai memikirkan bagaimana cara untuk mengelola penyakitnya (Taylor, 1991:369). Salah satunya adalah dengan melakukan manajemen diabetes. Manajemen diabetes adalah salah satu aspek penting dalam *management disease* pada penderita diabetes mellitus. Manajemen diabetes dilakukan sebagai upaya untuk mempertahankan kadar gula dalam darah pada level normal.

Bentuk-bentuk manajemen diabetes antara lain mengkonsumsi obat/injeksi insulin secara teratur, diet dan kontrol berat badan, *exercise*, memonitor kadar gula dalam darah secara rutin, dan lain sebagainya (Taylor, 1991:467). Akan tetapi, menurut hasil penelitian yang dilakukan Watkins dan koleganya, masih banyak penderita diabetes mellitus yang tidak melakukan manajemen diabetes atau tidak melakukan manajemen diabetes secara baik dan benar. Sebanyak 80% penderita diabetes mellitus kurang tepat dalam menggunakan insulin, 75% tidak mematuhi jam makan yang telah dijadwalkan dan hanya sebesar 15% yang bisa melakukan manajemen diabetes secara efektif (Watkins, dkk dalam Taylor, 1991:467).

Fenomena tersebut sering terjadi karena masih banyak penderita diabetes mellitus yang kurang mendapat informasi tentang bagaimana melakukan manajemen diabetes yang baik dan benar. Selain itu, hal-hal yang bersifat psikososial, seperti rendahnya *self efficacy* serta tidak adanya dukungan dari

keluarga juga mempengaruhi penderita dalam melakukan manajemen diabetes (Chlebowy & Garvin, 2006:778-779). Perlu diketahui, pengaruh dukungan keluarga sangat penting untuk membantu penderita mengelola dengan baik penyakitnya, terutama bagi penderita wanita (Kokanovic & Manderson, 2006:292). Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan pada penduduk asli Amerika Utara, bahwa kebudayaan, keluarga, dan faktor sosial lain yang terkait dapat mempengaruhi kepatuhan penderita dalam memajemen penyakit diabetes-nya (Jezevski, M., & Poss, J., dalam Kokanovic & Manderson, 2006:292).

Hasil penelitian lain, yang dilakukan oleh Manderson & Kokanovic pada tahun 2009, menunjukkan bahwa 30 subjek penelitian yang menderita diabetes mellitus mengalami kondisi psikologis yang tidak menyenangkan seperti depresi, kecemasan dan gangguan emosi lainnya akibat kurangnya dukungan dari keluarga. Hal ini tentunya akan berdampak dan mengganggu kehidupan sehari-hari penderita, termasuk dalam kegiatan manajemen diabetes. Akhirnya, gangguan psikologis yang dialami penderita akan mengganggu jalannya poses manajemen diabetes.

Cattich, dkk. (2009:111) juga menyatakan bahwa penderita diabetes mellitus seringkali mengalami kesulitan untuk menerima diagnosa diabetes mellitus, terutama ketika diketahui bahwa hidup penderita akan diatur oleh diet makanan dan obat-obatan. Penderita yang didiagnosa menderita diabetes, ternyata juga diikuti dengan simptom-simptom depresi tak lama setelah diagnosa (Gask, dkk., 2011:239-240). Parahnya lagi, depresi dan diabetes bisa berdampak serius pada kualitas hidup karena dampak dari keduanya dapat menyebabkan komplikasi dan

meningkatkan ketidakmampuan (Lustman, dkk., 1992 dalam Zauszniewski, dkk., 2002:729).

Rosenbek-Minet, dkk (2011:1115) dalam penelitiannya juga menemukan bahwa penderita diabetes membutuhkan dukungan khusus dalam menjalankan *sick-role behavior*-nya sehari-hari, seperti mengatur diet, *exercise*, pengobatan, dan juga memonitor kadar gula dalam darah. Dukungan yang diberikan dapat membuat penderita bersungguh-sungguh dalam menjalankan manajemen diabetes serta dapat mengatasi salah satu permasalahan yang ditimbulkan oleh penyakit tersebut.

Melalui penjelasan berbagai macam hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa dukungan dari keluarga mempunyai andil yang cukup besar dalam mempengaruhi penderita untuk melakukan manajemen diabetes. Akan tetapi, apabila keluarga kurang peduli dengan keadaan penderita serta tidak memberikan dukungan untuk kesembuhannya, maka bisa berdampak pada aspek psikologis penderita dan berpengaruh pula pada aspek-aspek yang lain.

Manajemen diabetes merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pola perilaku hidup sehat bagi penderita diabetes mellitus. Namun, manajemen diabetes dan dinamikanya masih merupakan tantangan bagi para peneliti untuk dilakukan penelitian lebih lanjut. Bagaimana tidak, diantara sekian banyak penderita diabetes mellitus ternyata masih banyak penderita yang tidak melakukan manajemen diabetes atau tidak melakukan manajemen diabetes secara baik dan

benar yang disebabkan oleh berbagai macam faktor (Watkins, dkk dalam Taylor, 1991:467).

Seseorang yang telah didiagnosa menderita diabetes mellitus, mau tidak mau, penderita tersebut harus menjalankan *sick-role behavior*-nya, yaitu melaksanakan manajemen diabetes. Hal tersebut harus dilakukan karena merupakan satu-satunya pilihan bagi penderita diabetes mellitus untuk hidup sehat serta harus dijalani sebagai kegiatan rutin sehari-hari. Manajemen diabetes sendiri merupakan serangkaian aktivitas yang terbentuk dari proses yang kompleks dan dinamis pada masing-masing kehidupan orang (Moser, Van der Bruggen, Widdershoven, & Spreeuwenberg, 2008 dalam Rosenbek-Minet, 2011:1116).

Penderita, saat melakukan manajemen diabetes, harus siap mengatur aspek psikologisnya, sumber daya yang dimiliki serta nilai-nilai yang dianut untuk mengutamakan *therapeutic regimen* seperti diet sehat, *exercise*, mengurangi kebiasaan merokok, menghentikan konsumsi alkohol, memonitor kadar gula dalam darah, serta pengobatan medis untuk beberapa pasien (Funnell & Anderson, 2004 dalam Rosenbek-Minet, 2011:1115). Kombinasi manajemen diabetes dengan kegiatan sehari-hari merupakan hal terberat yang harus ditaklukan oleh seorang penderita diabetes mellitus. Para penderita yang berhasil menjalankan hal tersebut tentunya memiliki aspek emosional yang baik dan tingkat motivasional yang tinggi. Faktor pendidikan juga ikut berperan dalam hal ini. Artinya, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka diikuti kepedulian yang tinggi pula terhadap kesehatan (dalam hal ini, kemauan untuk melakukan manajemen

diabetes) dan sebaliknya (Steed, Cooke, & Newman, 2003 dalam Rosenbek-Minet, 2011:1115).

Seiring dengan berkembangnya ilmu pengetahuan, dalam ilmu psikologi ada pendekatan teori yang menjelaskan mengapa orang mau menerapkan pola perilaku hidup sehat. Salah satunya teori *Health Belief Model* (HBM). Teori *Health Belief Model* ini diperkenalkan oleh Rosenstock pada tahun 1974. Menurut pendekatan ini, seseorang mau menerapkan pola perilaku hidup sehat dapat dipahami melalui dua faktor, yakni ketakutan akan dampak/ancaman yang ditimbulkan apabila tidak melakukan gaya hidup sehat dan adanya persepsi bahwa dampak/ancaman tersebut hanya dapat direduksi melalui gaya hidup sehat tersebut (Taylor, 1991:68).

Rosenstock merumuskan *Health Belief Model* menjadi beberapa komponen yang bersifat preventif. Komponen yang pertama, *perceived susceptibility* (kerentanan), yaitu persepsi subjektif individu bahwa ia mulai rentan akan dampak dari adanya suatu kondisi/penyakit tertentu dan biasanya akan timbul suatu upaya pencegahan. Komponen yang kedua adalah *perceived severity* (keparahan/keseriusan), yaitu individu tersebut mulai menyadari kondisi/penyakit tertentu. Dari situlah muncul keyakinan individu untuk mencari pertolongan pengobatan atau pencegahan penyakit. Komponen yang ketiga adalah *perceived benefits* (manfaat), yaitu individu tersebut akan melakukan tindakan tertentu apabila dirasa sudah mulai rentan dan tindakan tersebut ternyata mampu untuk mengurangi ancaman dari suatu penyakit. Komponen yang keempat adalah

perceived barriers (hambatan), yaitu potensi negatif yang dapat mengacaukan pola *health behavior* yang selama ini telah dilakukan.

Beberapa komponen yang terakhir adalah *cues to action* (petunjuk untuk bertindak), agar individu tersebut mau melakukan sesuatu, maka harus mendapatkan tindakan penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan. Oleh karena itu, diperlukan isyarat-isyarat yang berupa faktor-faktor internal atau eksternal. *Self-efficacy* (keyakinan terhadap kemampuan diri), yaitu keyakinan seseorang bahwa dia mempunyai kemampuan untuk melakukan atau menampilkan suatu perilaku tertentu dan terakhir beberapa aspek sosio-demografis yang melatarbelakangi (Rosenstock, 1974 dalam Janz N.K. & Becker, M.H., 1984:2-3).

Beberapa peneliti telah mengkaji manfaat pendekatan teori *Health Belief Model* dalam melihat kepatuhan pengobatan pada penderita diabetes mellitus. Salah satunya adalah penelitian dari Becker & Janz tahun 1985. Penelitian tersebut membuktikan bahwa pendekatan teori *Health Belief Model* berguna untuk mengungkap aspek-aspek yang menyebabkan ketidakpatuhan pengobatan serta mendesain penanganan dalam rangka meningkatkan perilaku sehat penderita diabetes mellitus (Becker, Marshall. H. & Janz, Nancy. K., 1985:41).

Dalam penelitian kali ini, peneliti ingin menggunakan pendekatan teori *Health Belief Model* dalam melihat manajemen diabetes yang dilakukan oleh penderita karena seperti yang telah diketahui bahwa kepercayaan (*belief*) merupakan motivator terkuat dalam mempengaruhi perilaku manusia (Hurley, 1990:44). Pendekatan ini juga memiliki kelebihan yaitu dapat menjelaskan secara lebih

mendalam tentang proses terbentuknya sebuah perilaku, dalam hal ini manajemen diabetes, yang dipengaruhi oleh keyakinan yang dimiliki oleh masing-masing individu serta beberapa aspek yang mempengaruhi, seperti aspek demografis. Selain itu, teori *Health Belief Model* juga dapat menjelaskan tentang dinamika faktor sosial-kognitif berpengaruh terhadap proses terbentuknya perilaku sehat, yakni manajemen diabetes, serta alasan mengapa para penderita diabetes mellitus lebih memilih untuk melakukan perilaku tersebut.

Penelitian ini juga memfokuskan pada wanita dewasa madya karena pada rentang usia tersebut rawan terjadi masalah kesehatan dan problem yang berkaitan dengan masalah fisik. Biasanya, pada rentang usia tersebut seseorang akan divonis menderita penyakit kronis, yang salah satunya adalah diabetes mellitus tipe 2 (Santrock, 1995:142). Hal lain adalah sebagian besar wanita masih memandang penyakit diabetes mellitus sebagai suatu ancaman yang mengerikan yang dapat membawa serangkaian komplikasi dan parahnya lagi bisa berujung pada kematian (Aloozer, F., 2000:786). Ditambah pula, masih banyak wanita yang sering mengalami gangguan psikologis setelah diagnosa, seperti menarik diri dari lingkungannya (Kokanovic & Manderson, 2006:25).

Permasalahan tersebut apabila terus dibiarkan, maka akan dapat mengganggu stabilitas kehidupan penderita dimana seperti yang kita ketahui bahwa wanita mempunyai peran utama dalam keluarga dimana tugas-tugas perkembangan semakin meningkat pada usia tersebut. Peran inilah yang membuat wanita lebih rentan terhadap *stressor* (Kokanovic & Manderson, 2006:291), sehingga masih banyak penderita yang mengesampingkan pentingnya manajemen diabetes.

Padahal, jika penderita mengelola penyakit diabetes-nya dengan baik maka penderita tersebut akan dapat hidup berdampingan dengan diabetes mellitus.

Peneliti juga akan melakukan pembatasan hanya pada penderita diabetes mellitus tipe 2 (*non-insulin dependent* atau tidak tergantung insulin) dengan alasan sebagian besar penderita diabetes mellitus di Indonesia, khususnya di daerah perkotaan, mengidap diabetes mellitus tipe 2 dengan presentase sebanyak 97.5% dari jumlah total penderita secara keseluruhan (Soewondo, dkk., 2010:236). Pembatasan juga dilakukan pada penderita yang telah melakukan manajemen diabetes sebelumnya agar dapat diketahui dengan mudah bagaimana *Health Belief Model* masing-masing orang karena sudah terbentuk sebelumnya.

Berdasarkan pada fakta-fakta yang telah dijelaskan sebelumnya, maka dalam penelitian kali ini peneliti ingin melihat gambaran dinamika komponen *Health Belief Model* pada wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (tipe 2) yang sudah melakukan manajemen diabetes, sehingga perilaku tersebut dapat dipahami serta dievaluasi guna memprediksikan dampak kedepannya dengan menggunakan pendekatan teori *Health Belief Model* tersebut.

1.2 Fokus Penelitian

Permasalahan penelitian ini dapat dirumuskan dalam *grand tour question*, yaitu bagaimana dinamika komponen *Health Belief Model* pada wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (tipe 2) yang sudah melakukan manajemen diabetes? Untuk memperkaya *grand tour question*, maka dirumuskan *sub question* sebagai berikut:

- a. Bagaimana *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *cues to action*, dan *self efficacy* wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (tipe 2) yang membuat penderita mau melakukan manajemen diabetes?
- b. Bagaimana keterkaitan faktor-faktor sosio demografis dalam manajemen diabetes wanita dewasa madya?

1.3 Signifikansi dan Keunikan Penelitian

Beberapa penelitian tentang manajemen diabetes pada penderita diabetes mellitus telah dilakukan oleh beberapa peneliti sebelumnya, diantaranya studi longitudinal yang berfokus pada *self monitoring* kadar gula dalam darah yang dilakukan oleh Peel dan koleganya (2007). Penelitian tersebut mengkaji bagaimana penderita melakukan *self monitoring* kadar gula dalam darah saja tanpa memperhatikan aspek lain yang memengaruhi.

Ada pula penelitian Samuel-Hodge, dkk (2000) tentang bagaimana kebudayaan dan faktor sosial lainnya dapat mempengaruhi manajemen diri pada wanita Afro-America penderita diabetes mellitus. Penelitian ini memberikan gambaran awal bagi peneliti bahwa ada aspek sosio-demografis (dalam hal ini faktor budaya) yang juga ikut berperan dibalik alasan seseorang melakukan manajemen diabetes. Aspek sosio-demografis merupakan salah satu komponen dari *Health Belief Model*.

Kriesel (2008) melakukan penelitian dengan judul *The Experiences of Middle Aged Women with Diabetes*. Penelitian tersebut memfokuskan pada pengalaman

wanita paruh baya dengan diabetes mulai dari perubahan fisik, perubahan fungsi dan peran, perubahan konsep diri dan juga ketergantungan dengan orang lain tanpa menyinggung tentang bagaimana wanita paruh baya dengan diabetes mellitus dalam melakukan manajemen diabetes.

Penelitian yang berjudul *The Health Belief Model Applied to Understanding Diabetes Regimen Compliance* (1985), Becker dan Janz mencoba untuk melakukan uji kuantitatif model *Health Belief Model* terhadap kepatuhan pengobatan penderita diabetes mellitus. Penelitian ini memfokuskan pada seberapa relevankah *Health Belief Model* terhadap tingkat kepatuhan pengobatan, sehingga akan menghasilkan angka skala tentang tingkat *Health Belief Model* seseorang tanpa adanya gambaran dinamika dari masing-masing dimensi *Health Belief Model*.

Terkait dengan beberapa penelitian tersebut, maka peneliti ingin berusaha untuk melengkapi serta menyempurnakan penelitian tentang manajemen diabetes yang telah dilakukan sebelumnya. Penelitian kali ini, peneliti ingin mencoba untuk melihat dinamika komponen *Health Belief Model* pada wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (tipe 2) yang sudah melakukan manajemen diabetes.

Penelitian ini penting dilakukan karena hingga saat ini masih banyak penderita diabetes mellitus, khususnya wanita, yang menganggap penyakit diabetes mellitus itu sebagai suatu ancaman yang mengerikan (Aloozar, F., 2000:786). Selain itu, pembahasan mengenai manajemen diabetes pada wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (Tipe 2) sangat penting untuk dilakukan mengingat hal tersebut

akan dilakukan sepanjang hayat. Dengan demikian, apabila penderita tersebut gagal untuk melakukan manajemen diabetes maka akan berdampak pada kondisi psikologisnya seperti depresi, kecemasan dan gangguan lainnya serta kondisi fisiknya seperti komplikasi. Hal ini diperkuat oleh hasil laporan penelitian, bahwa sebanyak 25% penderita yang didiagnosa menderita diabetes mellitus menunjukkan adanya gejala depresi terutama pada wanita dewasa awal dan dewasa madya, dimana depresi dan diabetes bisa berdampak pada kualitas hidup penderita (Goodnick, 1997; Lustman, Griffith, Gavard, & Clouse, 1992; Weissman & Olfson, 1995; Lustman, dkk., 1992, dalam Zauszniewski, dkk., 2002: 728-729).

Keunikan dari penelitian ini adalah peneliti ingin melihat gambaran dinamika masing-masing komponen *Health Belief Model* pada wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (tipe 2) yang sudah melakukan manajemen diabetes sehingga dapat diketahui alasan-alasan mengapa penderita tersebut mau melakukan manajemen diabetes.

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah melihat dinamika komponen *Health Belief Model* pada wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus tipe 2 (*non-insulin dependent* atau tidak tergantung insulin) yang sudah melakukan manajemen diabetes.

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini antara lain:

1.5.1 Manfaat teoritis

- a. Untuk menambah pengetahuan tentang konsep manajemen diabetes pada penderita diabetes mellitus dan konsep *Health Belief Model*
- b. Untuk mengembangkan kajian tentang *management disease* pada suatu penyakit dan *Health Belief Model* sebagai bagian dari Psikologi Kesehatan
- c. Untuk menambah pengetahuan mengenai kasus spesifik tentang perilaku sehat diabetes manajemen pada penderita diabetes mellitus ditinjau dari *Health Belief Model*

1.5.2 Manfaat praktis

- a. Bagi subjek penelitian, yang dalam penelitian kali ini adalah wanita dewasa madya penderita diabetes mellitus (tipe 2), dapat mengevaluasi proses manajemen diabetes yang telah mereka jalani sehingga akan melakukan manajemen diabetes dengan lebih efektif lagi.
- b. Bagi pihak terkait, terutama dokter atau psikolog/konselor dapat menggunakan pendekatan *Health Belief Model* untuk membuat program penyuluhan bagi penderita diabetes mellitus yang belum melakukan manajemen diabetes atau bagi penderita yang baru didiagnosa diabetes mellitus.
- c. Bagi peneliti selanjutnya, dapat mengembangkan penelitian ini dengan menambahkan atau memadukan pendekatan teori perilaku sehat yang

lain selain *Health Belief Model* supaya bisa diketahui secara langsung bagaimana perbedaan atau perbandingan antar teori tersebut.