

**PENGARUH EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL
TERHADAP KADAR GULA DARAH SEWAKTU DAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI
PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA**

SKRIPSI



Oleh:
SRI ULVA FITRIAH
NIM A.21.13.057

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
PANRITA HUSADA BULUKUMBA
2025**

HALAMAN JUDUL

PENGARUH EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KADAR GULA DARAH SEWAKTU DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA

SKRIPSI



Oleh:

SRI ULVA FITRIAH

NIM A.21.13.057

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
PANRITA HUSADA BULUKUMBA
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

PENGARUH EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KADAR GULA DARAH SEWAKTU DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

SRI ULVA FITRIA

NIM. A.21.13.057

Skripsi ini telah disetujui
Tanggal 19 Juni 2025

Pembimbing Utama,

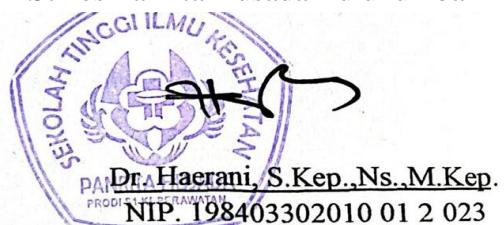
Asri, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN : 09 1507 8606

Pembimbing Pendamping

Dr. A. Suswani, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIDN : 09 0201 7707

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Keperawatan
Stikes Panrita Husada Bulukumba



LEMBAR PENGESAHAN

PENGARUH EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KADAR GULA DARAH SEWAKTU DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA

SKRIPSI

Disusun Oleh:

SRI ULVA FITRIAHI

NIM A.21.13.057

Diujikan

Pada Tanggal 15 Juli 2025

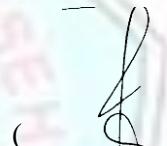
1. Ketua Pengaji
Dr. Hj. Fatmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep. ()
NIP: 00 0909 8009
2. Anggota Pengaji
Edison Siringoringo, S.Kep.,Ns.,M.Kep. ()
NIDN : 09 2306 7502
3. Pembimbing Utama
Asri, S.kep.,Ns.,M.Kep. ()
NIDN : 09 1507 8606
4. Pembimbing Pendamping
Dr. Andi Suswani, S.Kep.,Ns.,M.Kes. ()
NIDN : 09 0201 7707

Mengetahui

Ketua Stikes Panrita Husada

Bulukumba


Dr. Muriyat, S. Kep, Ns, M. Kes
NIP. 19770926 200212 2 007

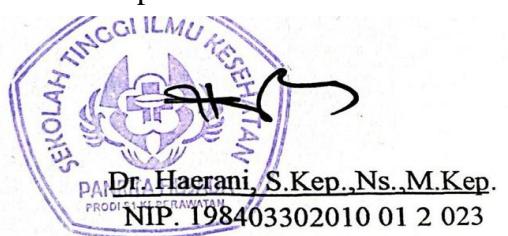




Menyetujui

Ketua Program Studi

S1 Keperawatan


Dr. Haerani, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 198403302010 01 2 023

SURAT KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Ulva Fitriah
Nim : A2113057
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Skripsi : Pengaruh *Extended Health Belief Model* Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan lihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bulukumba, 28 Mei 2025
Yang membuat,




Sri Ulva Fitriah
Nim. A.21.130.057

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh *Extended Health Belief Model* Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Panrita Husada Bulukumba.

Bersamaan dengan ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Idris Aman, S.Sos selaku Ketua Yayasan Panrita Husada Bulukumba.
2. Dr. Muriyati, S.Kep., M.Kes selaku Ketua STIKes Panrita Husada Bulukumba.
3. Dr. Asnidar, S.Kep., Ns., M.Kes selaku wakil ketua Bidang Akademik.
4. Dr. Haerani, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan.
5. Asri, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing utama yang telah bersedia memberikan bimbingan dari awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya atas ilmu, arahan, motivasi serta waktu yang telah diberikan dengan penuh kesabaran hingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Dr. Andi Suswani, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing pendamping yang telah bersedia memberikan bimbingan dari awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Ucapan terima kasih yang tulus atas kesabaran, bimbingan, serta

dukungan yang tak ternilai. Nasihat dan arahan ibu tidak hanya mengantarkan saya menyelesaikan skripsi ini, tetapi juga memberikan inspirasi untuk terus belajar dan berkembang.

7. Dr. Hj. Fatmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menguji skripsi ini.
8. Edison Siringoringo, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menguji skripsi ini.
9. Bapak/ibu Dosen dan seluruh Staf Stikes Panrita Husada Bulukumba atas bekal pengetahuan dan keterampilan yang telah diberikan kepada penulis selama proses perkuliahan.
10. Dengan segenap kerendahan hati, izinkan saya menyampaikan rasa terima kasih dan penghormatan yang terdalam kepada ayah saya tercinta, (Alm.) **Muh. Rusmang**, yang telah berpulang ke rahmatullah pada tahun 2019. Ayah mungkin sudah tidak lagi hadir secara fisik dalam hidup saya, namun setiap doa, perjuangan, dan nilai-nilai yang Ayah tanamkan sejak saya kecil terus hidup dan membimbing saya hingga hari ini. Ayah adalah alasan mengapa saya belajar untuk tidak mudah menyerah, untuk tetap kuat meski lelah, dan untuk percaya bahwa ilmu adalah jalan menuju kehidupan yang lebih baik. Saya tahu, jika Ayah masih ada, Ayah akan menjadi orang pertama yang tersenyum bangga melihat saya menyelesaikan skripsi ini. Meski tidak sempat melihat saya mengenakan toga, saya percaya cinta dan doa Ayah selalu menyertai langkah saya dari jauh-dari tempat terbaik yang Allah sediakan untuk hamba-Nya yang mulia.

11. Dengan penuh cinta dan rasa hormat, saya ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada ibu saya tercinta **Bungania**, yang telah menjadi sosok paling kuat dan luar biasa dalam hidup saya. Ibu bukan hanya seorang ibu, tapi juga seorang pejuang yang tanpa lelah bekerja keras, berjuang seorang diri setelah kepergian Ayah, demi masa depan saya. Setiap tetes keringat dan doa Ibu menjadi saksi betapa besar cinta dan pengorbanan yang Ibu berikan agar saya bisa sampai di titik ini. Di tengah segala keterbatasan, Ibu selalu hadir sebagai penyemangat, pelindung, dan sumber kekuatan saya serta sebagai pengganti ayah. Tanpa Ibu, saya tidak akan mampu berdiri sejauh ini.
12. Dengan tulus dan penuh rasa hormat, saya ingin menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada kakak saya tercinta, **Musdar**, yang telah menjadi salah satu bagian terpenting dalam perjalanan hidup dan pendidikan saya. Kak, di tengah kesibukanmu membangun keluarga dan menjalani tanggung jawabmu sendiri, engkau masih menyisihkan waktu, tenaga, dan perhatian untuk saya. Engkau tidak hanya membantu saya secara materi, tapi juga menjadi tempat saya bersandar dalam diam, seseorang yang tetap memikirkan saya, bahkan ketika hidupmu sendiri telah penuh dengan hal-hal besar. Engkau tidak pernah meminta ucapan terima kasih, tidak pernah mengungkit apa pun yang telah engkau lakukan. Tapi justru karena itulah, kebaikanmu terasa begitu dalam. Dukungan dan keikhlasanmu telah membuka jalan bagi saya untuk berdiri sejauh ini.
13. Saya ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada saudara-saudaraku tercinta, **Lina, Anwar, Nurwahidah, Jusna** dan **Edi**, yang telah

menjadi bagian penting dalam perjalanan hidup dan pendidikan saya. Terima kasih atas dukungan, doa, dan perhatian yang kalian berikan dengan cara masing-masing.

14. Ucapan terima kasih yang istimewa saya sampaikan kepada seseorang yang telah dengan sabar menemani saya dalam suka maupun duka, Ulil Absar. Terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan ini, dari langkah-langkah kecil yang tak selalu mudah hingga titik pencapaian hari ini. Di saat saya lelah, kamu hadir membawa tenang. Di saat saya ingin menyerah, kamu menguatkan tanpa harus banyak bicara. Dukunganmu selalu dalam bentuk besar dan selalu datang tepat saat dibutuhkan. Kamu mungkin tidak terlibat langsung dalam proses penulisan skripsi ini, tapi keberadaanmu telah menjadi kekuatan yang tidak tergantikan. Terima kasih atas kesabaranmu, atas kepercayaan yang terus kamu berikan, dan atas setiap doa yang diam-diam kamu panjatkan untuk saya.
15. Terima kasih juga kepada Malucca Gucci Geng (Silvi Apriliani, Sherli Sriani, Sulhana Ulwiya, Ummu Amalia, Nurafni dan Saadatul Jannah) yang telah memberikan dukungan, semangat, motivasi canda tawa dan bantuan selama proses perkuliahan.
16. Teruntuk Ciwit-Ciwit (Nurul, Nisa, Fira, Tiara, Hikmah, Dian, dan Elsa), terima kasih atas ikatan kebersamaan selama masa SMA yang walau kini jarang bertemu namun tetap menjadi kenangan indah dan penyemangat dalam perjalanan ini.

17. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama perkuliahan, penelitian dan penyusunan skripsi
18. *Last but not least*, terima kasih dan apresiasi sebesar-besarnya untuk diri sendiri yang telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini, mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan, yang sering kali memendam semua masalah sendiri. Terima kasih karena terus berjalan melewati segala tantangan yang semesta hadirkan, yang tidak memutuskan untuk menyerah sesulit apapun prosesnya. Sulit untuk bertahan dititik ini, terima kasih untuk tetap hidup dan merayakan diri sendiri, walaupun sering kali putus asa atas apa yang diusahakan. Tetaplah jadi manusia yang mau berusaha dan tidak lelah untuk mencoba. *God, thank you for making me an independent woman. I know there are many who are greater than me, but I am proud of myself for this achievement.*

Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Allah SWT memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua. Aamiin.

Bulukumba, 22 Januari 2025

Sri Ulva Fitriah

ABSTRAK

Pengaruh *Extended Health Belief Model* Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.
Sri Ulva Fitriah. Asri¹, Dr. Andi Suswani²

Latar belakang: Diabetes melitus merupakan penyakit yang memerlukan pengelolaan jangka panjang yang dapat mengakibatkan komplikasi seperti gagal ginjal, retinopati, stroke, luka gangren dan neuropati diabetik. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba pada tahun 2024 sampai bulan September, jumlah kasus diabetes melitus sebanyak 6557 kasus. Kasus diabetes melitus tertinggi yaitu pada Puskesmas Bontobangun sebanyak 863 kasus. Salah satu pendekatan yang efektif adalah EHBM yang menekankan pada persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan dan efikasi diri.

Tujuan: Penelitian ini diketahuinya pengaruh *extended health belief model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

Metode: Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kuantitatif dengan metode kuasi eksperimen dengan rancangan *control time series design*. Pada desain ini responden penelitian dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 240 orang usia pertengahan dan sampel sebanyak 32 orang.

Hasil: Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji T Tidak Berpasangan di dapatkan hasil nilai $p=0,003$ ($p < 0,05$) pada kadar gula darah dan $p=0,000$ ($p < 0,05$) pada kualitas hidup sehingga didapatkan hasil terdapat pengaruh *extended health belief model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

Kesimpulan dan Saran: Edukasi *extended health belief model* terhadap efektif digunakan pada penderita diabetes melitus karena mengalami penurunan kadar gula darah dan peningkatan kualitas hidup. Saran untuk penelitian selanjutnya yaitu menggunakan pendekatan edukasi berbasis EHBM dalam program manajemen pasien diabetes, karena terbukti dapat menurunkan kadar gula darah dan meningkatkan kualitas hidup.

Kata Kunci: Diabetes Melitus, *Extended Health Belief Model*, Kadar Gula Darah Sewaktu, Kualitas Hidup.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
SURAT KEASLIAN PENELITIAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	5
C. TUJUAN PENELITIAN.....	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
D. MANFAAT PENELITIAN.....	7
1. Manfaat Teoritis	7
2. Manfaat Praktis	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA	8

A. TINJAUAN TEORI DIABETES MELITUS	8
B. TINJAUAN TEORI GULA DARAH SEWAKTU	19
C. TINJAUAN TEORI KUALITAS HIDUP	22
D. TINJAUAN TEORI <i>EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL</i>	26
E. SUBSTANSI KUESIONER YANG DIGUNAKAN	32
F. KERANGKA TEORI	33
 BAB III	34
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL	34
A. KERANGKA KONSEP	34
B. HIPOTESIS	35
C. VARIABEL PENELITIAN	35
D. DEFINISI OPERASIONAL	36
 BAB IV	38
METODE PENELITIAN	38
A. DESAIN PENELITIAN	38
B. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN	39
C. POPULASI, SAMPEL DAN TEKNIK <i>SAMPLING</i>	39
1. Populasi	39
2. Sampel	39
3. Teknik <i>Sampling</i>	40
D. INSTRUMEN PENELITIAN	42
E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA	47
F. TEKNIK PENGELOLAAN DAN ANALISA DATA	48

G. ETIKA PENELITIAN	50
BAB V	52
HASIL DAN PEMBAHASAN	52
A. HASIL PENELITIAN.....	52
B. PEMBAHASAN	59
C. KETERBATASAN PENELITIAN	78
BAB VI	80
PENUTUP.....	80
A. KESIMPULAN.....	80
B. SARAN	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN (JADWAL KEGIATAN)	88

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kadar Gula Darah	18
Tabel 2.2 Perbedaan Penelitian.....	30
Tabel 2.3 Substansi Kuesioner	31
Tabel 3.1 Kisi-Kisi Kuesioner.....	36
Tabel 4.1 <i>Skoring</i> Jawaban WHOQOL-BERF	43
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.....	52
Tabel 5.2 Distribusi Kadar Gula Darah Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Selama 6 minggu Perlakuan.....	53
Tabel 5.3 Distribusi Kualitas Hidup Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Selama 6 minggu Perlakuan.....	55
Tabel 5.4 Analisis Pengaruh <i>Extended Health Belief Model</i> Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	32
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	33
Gambar 4.1 Desain Penelitian.....	37
Gambar 4.2 Rumus Besar Sampel.....	39
Gambar 4.3 Rumus <i>Transformed Scores</i>	43
Gambar 5.1 Perbandingan Kadar Gula Darah.....	54
Gambar 5.2 Perbandingan Kualitas Hidup	55

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 *Informed Consent*
- Lampiran 2 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3 SOP *Extended Health Belief Model*
- Lampiran 4 *Leaflet Extended Health Belief Model*
- Lampiran 5 Master Tabel
- Lampiran 6 Lembar Observasi Kadar Gula Darah Sewaktu
- Lampiran 7 Hasil Uji Statistik
- Lampiran 8 Tabel *Transformed Scores WHOQOL-BERF*
- Lampiran 9 Surat Permintaan Data Untuk Dinas Kesehatan
- Lampiran 10 Surat Permintaan Data Untuk Puskesmas Bontobangun
- Lampiran 11 Surat Layak Etik Kabupaten Bulukumba
- Lampiran 12 Surat Layak Etik Digitepp
- Lampiran 13 Surat Layak Etik Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 14 Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 15 Foto Dokumentasi Kegiatan

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
DM	: Diabetes Melitus
EHBM	: <i>Extended Health Belief Model</i>
GDA	: Gula Darah Acak
HbA1c	: Hemoglobin A1c
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
IMT	: Indeks Massa Tubuh
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Kg	: Kilogram
Lansia	: Lanjut Usia
mg/dL	: Miligram/desiliter
PKMRS	: Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
SKI	: Survei Kesehatan Indonesia
SMBG	: <i>Self Monitoring Blood Glucose</i>
SPSS	: <i>Statistical Program For Social Science</i>
STIKes	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
TB	: Tinggi Badan
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BERF	: <i>World Health Organization Quality of Life Brief version</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang menyerang tubuh manusia ditandai dengan kadar gula dalam darah yang tinggi dan melebihi standar normal (Dixa et al., 2024). Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2023 akan ada sekitar 422 juta orang yang menderita diabetes melitus di seluruh dunia. (Alfreyzal et al., 2024). WHO juga memprediksi kenaikan jumlah pasien diabetes melitus di Indonesia dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Sebanyak 80% pasien DM di dunia berasal dari negara berkembang, salah satunya adalah Indonesia (Azizah, 2018).

Berdasarkan data *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2022 tentang penderita DM, Negara Indonesia menjadi nomor 1 di Asia Tenggara, serta menduduki peringkat ke-34 dari 204 negara untuk skala global. Penduduk Indonesia yang sudah mengalami penyakit diabetes melitus diperkirakan sudah mencapai 10 juta orang (Pebryani et al., 2024). Indonesia menjadi satu-satunya negara di Asia Tenggara pada daftar tersebut, sehingga besarnya kontribusi Indonesia terhadap prevalensi kasus diabetes melitus di Asia Tenggara (Kemenkes RI, 2020).

Menurut (Survei Kesehatan Indonesia (SKI), 2023) prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun, di Indonesia sebesar 2,2%. Provinsi Sulawesi Selatan berada diurutan ke-10 dengan prevalensi diabetes melitus 2,0%. Prevalensi diabetes melitus tersebut

naik dalam kurun waktu lima tahun dari data Riskesdas 2018 yang sebelumnya sebesar 1,8%, di tahun 2023 naik menjadi 2,0%.

Berdasarkan (RISKESDAS, 2018) prevalensi diabetes melitus yang didiagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun, di Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 1,83%. Kabupaten Bulukumba berada di urutan ke-6 dengan prevalensi diabetes melitus sebesar 2,07%. Prevalensi diabetes melitus tersebut naik dalam kurun waktu lima tahun dari data (Riske das, 2013) yang sebelumnya sebesar 1,9%, ditahun 2018 naik menjadi 2,07%.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba pada tahun 2024 sampai bulan September, jumlah kasus diabetes melitus sebanyak 6557 kasus. Kabupaten Bulukumba memiliki 21 Puskesmas dan ditemukan kasus diabetes melitus tertinggi yaitu pada Puskesmas Bontobangun sebanyak 863 kasus. Penderita diabetes melitus di Puskesmas Bontobangun mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2021 sebanyak 471 kasus, tahun 2022 sebanyak 1.435 kasus dan pada tahun 2023 sebanyak 1.850 kasus.

Diabetes melitus jika tidak dikelola dengan baik akan mengakibatkan terjadinya berbagai komplikasi seperti penyakit pada mata, ginjal dan syaraf. Masalah kesehatan akibat diabetes melitus dapat menurunkan kualitas hidup (Kaluku, 2021). Selain itu, dapat menimbulkan penyakit tidak menular lanjutan seperti jantung, stroke, dan gagal ginjal (Jaelani et al., 2024).

Kualitas hidup adalah perasaan bahagia dan puas bagi pasien diabetes melitus dalam menjalankan kehidupan sehari-hari sebagaimana mestinya. Kualitas hidup merupakan derajat perasaan seseorang dalam menikmati hidupnya untuk mencapai kesejahteraan, baik dalam hal fisik, psikologis,

fungsi sosial dan lingkungannya. Kualitas hidup yang buruk menimbulkan komplikasi pada tubuh seperti terganggunya kualitas mata/penglihatan, berkurangnya fungsi saraf dan gangguan sistem pembuluh darah, sehingga berakhir dengan kecacatan pada organ tubuh bahkan kematian. Kondisi penderita diabetes melitus yang tidak diobati dengan baik menyebabkan penurunan fungsi fisik, sosial, dan psikis karena kesakitan yang dialami dan pengobatan yang dilakukan secara terus menerus yang berakibat mengganggu fungsi tubuh. Penelitian Chusmeywati mendapatkan sekitar 71,2% penderita diabetes melitus mengalami kualitas hidup yang buruk (Safitri & Ahmad Syafiq, 2022).

Kualitas hidup merupakan salah satu indikator penting dalam penanganan penyakit kronis, termasuk diabetes melitus. Di Puskesmas Bontobangun, Kabupaten Bulukumba, hasil observasi awal menunjukkan bahwa sebagian besar penderita DM mengalami kualitas hidup yang rendah. Mayoritas pasien mengaku sering merasa lemas, cemas terhadap komplikasi, kurang percaya diri dalam menjalani pengobatan, dan tidak memahami pentingnya pengelolaan pola makan serta aktivitas fisik secara konsisten.

Pada minggu pertama pemantauan, sebagian besar penderita berada dalam kategori kualitas hidup sedang dan buruk, bahkan tidak ada pasien yang tergolong memiliki kualitas hidup sangat baik. Kondisi ini mencerminkan rendahnya kesadaran, motivasi, serta kemampuan pasien dalam menghadapi dan mengelola penyakitnya secara mandiri. Hal ini tentu menjadi tantangan besar dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan pasien diabetes secara menyeluruh. Fenomena ini menjadi alasan utama peneliti mengambil kualitas

hidup sebagai fokus penelitian, karena perbaikan klinis (seperti kadar gula darah) tidak cukup jika tidak diiringi dengan peningkatan kualitas hidup pasien secara fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Apalagi, penderita diabetes tidak hanya membutuhkan pengobatan, tetapi juga pendampingan edukatif yang mampu mengubah persepsi dan perilaku kesehatannya.

Untuk mengurangi angka prevalensi serta pencegahan perlu dilakukannya manajemen kesehatan seperti pemahaman diabetes (edukasi), diet, latihan fisik, dan terapi farmakologi yang dirangkum dengan sebutan 4 pilar diabetes melitus (Sundari & Sutrisno, 2023).

Edukasi merupakan salah satu dari empat pilar penatalaksanaan DM (Rismayanti et al., 2021). Salah satu model edukasi yang digunakan adalah *Extended Health Belief Model*. Tujuan dari model edukasi ini adalah peningkatan motivasi pasien DM untuk berperilaku yang sehat. Model edukasi berbasis EHBM ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman motivasi hidup sehat pada pasien diabetes melitus. Penelitian yang dilakukan oleh (Nuzula et al., 2023) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara perilaku persepsi sehat mempertahankan kadar glukosa darah dengan menggunakan *health belief model*. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Widhiastuti & Candra, 2023) mendapatkan hasil bahwa model kepercayaan kesehatan atau *health belief model* menjadi pedoman seseorang untuk berperilaku sehat atau pengambilan keputusan dalam menentukan perilaku sehat.

Keunggulan dari model edukasi EHBM ini terletak pada kemampuannya untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang risiko kesehatan dan manfaat

tindakan pencegahannya, serta mengatasi hambatan yang mungkin mereka hadapi. EHBM memperluas elemen HBM dengan memasukkan elemen efikasi diri, sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bayat.

Berdasarkan hasil analisis pada penelitian terdahulu, sejauh ini belum ada penelitian yang spesifik meneliti tentang *Extended Health Belief Model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus. Dalam penelitian ini, peneliti memberikan edukasi mengenai EHBM selama enam minggu dalam enam sesi dengan waktu 50-55 menit setiap sesi dengan dilakukan pengukuran secara berulang-ulang. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengkaji mengenai pengaruh *Extended Health Belief Model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan (RISKESDAS, 2018), Kabupaten Bulukumba berada di urutan ke-6 dengan prevalensi diabetes melitus sebesar 2,07%. Prevalensi diabetes melitus tersebut naik dalam kurun waktu lima tahun dari data (Riskesdas, 2013) yang sebelumnya sebesar 1,9%, ditahun 2018 naik menjadi 2,07%. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba pada tahun 2024 sampai bulan September, ditemukan kasus diabetes melitus tertinggi yaitu pada Puskesmas Bontobangun sebanyak 863 kasus. Penderita diabetes melitus mengalami peningkatan selama 3 tahun. Dampak dari kejadian DM ini dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup. Untuk mengurangi angka kejadian diabetes melitus dilakukan edukasi kepada penderita DM dengan model edukasi EHBM.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti merumuskan masalah yaitu:

1. Apakah terdapat perbedaan kadar gula darah sewaktu sebelum dan sesudah pemberian *Extended Health Belief Model* pada penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba?
2. Apakah terdapat pengaruh *Extended Health Belief Model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini diketahuinya pengaruh *Extended Health Belief Model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahuinya kadar gula darah sewaktu sebelum dan sesudah edukasi EHBM pada penderita diabetes melitus.
- b. Diketahuinya kualitas hidup penderita diabetes melitus sebelum dan sesudah diberikan edukasi EHBM.
- c. Diketahuinya pengaruh EHBM terhadap kadar gula darah sewaktu penderita diabetes melitus.
- d. Diketahuinya pengaruh EHBM terhadap kualitas hidup penderita diabetes melitus.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya bidang keperawatan dan pengelolaan diabetes melitus.

2. Manfaat Praktis

Untuk memberikan pemahaman yang lebih baik mengenai pentingnya pengelolaan DM, sehingga pasien dapat mengadopsi pola hidup sehat dan sebagai referensi untuk penelitian lebih lanjut mengenai EHBM.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI DIABETES MELITUS

1. Definisi

Diabetes melitus atau yang biasa disebut dengan penyakit gula (kencing manis) adalah suatu penyakit yang menyebabkan tubuh penderita tidak mampu mengendalikan tingkat gula (glukosa) di dalam darahnya (Siringoringo et al., 2021).

Diabetes melitus juga merupakan penyakit pada sistem metabolisme tubuh yang merupakan kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar gula darah di atas nilai normal (Yumassik et al., 2022).

Menurut (Sundari & Sutrisno, 2023) diabetes melitus atau yang biasanya dikenal sebagai penyakit gula adalah penyakit yang ditandai dengan adanya hiperglikemia akibat gangguan fungsi sekresi insulin, aksi insulin yang rusak atau keduanya. Hiperglikemia adalah kondisi ketika kadar glukosa darah meningkat di atas batas normal, di mana kadar glukosa darah acak ≥ 200 mg/dL dan kadar glukosa darah saat puasa ≥ 126 mg/dL digunakan sebagai kriteria untuk mendiagnosis DM (Santosa, 2024).

2. Etiologi

Di bawah ini beberapa etiologi/sebab sehingga organ pankreas tidak mampu memproduksi insulin berdasarkan tipe/klasifikasi penyakit diabetes melitus tersebut:

a. Diabetes Tipe 1

Diabetes tipe 1 adalah diabetes yang terjadi karena pankreas tidak dapat atau kurang mampu membuat insulin sehingga tubuh kekurangan insulin atau bahkan tidak memiliki insulin sama sekali. Dengan demikian, gula tidak dapat diangkut ke dalam sel dan menumpuk di pembuluh darah (Tandra, 2018).

Faktor penyebabnya antara lain:

- 1) Keturunan. Faktor yang dianggap paling sering menyebabkan diabetes melitus tipe 1 ini adalah genetik atau keturunan. Anak-anak dari orang tua penderita diabetes melitus tipe 1 lebih cenderung mengidap penyakit ini dibandingkan dengan yang orang tuanya tidak menderita (Soedarsono, 2019).
- 2) Faktor imunologi. Adanya respons autoimun yang merupakan respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing (Oktaviana et al., 2024).
- 3) Faktor lingkungan. Virus penyebab DM adalah *Rubela*, *Mumps*, dan *Human coxsackievirus B4*. Melalui mekanisme infeksi sitotitik dalam sel beta, virus ini mengakibatkan destruksi atau perusakan sel. Bisa juga, virus ini menyerang melalui reaksi autoimunitas yang menyebabkan hilangnya autoimun dalam sel beta (Oktaviana et al., 2024).

b. Diabetes Tipe 2

Pada penderita tipe 2, pankreas masih bisa membuat insulin tetapi dengan kualitas buruk dan tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga gula darah meningkat (Tandra, 2018).

Faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe 2. Faktor-faktor ini adalah:

- 1) Obesitas. Kelebihan berat badan merupakan faktor risiko utama diabetes tipe 2. Semakin banyak jaringan lemak yang dimiliki seseorang, semakin banyak reseptor insulin yang mengalami gangguan yang menyebabkan terjadinya resistensi insulin (Subiyanto, 2019).
- 2) Usia. Risiko diabetes tipe 2 meningkat seiring bertambahnya usia, terutama setelah usia 45 tahun. Hal ini terjadi karena orang cenderung kurang berolahraga, kehilangan massa otot, dan mengalami peningkatan berat badan seiring bertambahnya usia (Subiyanto, 2019).
- 3) *Pre-diabetes.* *Pre-diabetes* adalah kondisi di mana tingkat gula darah lebih tinggi dari biasanya, namun tidak cukup tinggi untuk diklasifikasikan sebagai diabetes. Pasien dengan riwayat glukosa darah puasa terganggu <140 mg/dL dan toleransi guloksa terganggu 140-199 mg/dL. Jika tidak segera ditangani, *pre-diabetes* dapat berkembang menjadi diabetes tipe 2 (Subiyanto, 2019).

- 4) Gaya hidup atau jarang melakukan aktivitas fisik. Seseorang yang tidak aktif secara fisik, memiliki kecenderungan risiko diabetes tipe 2 lebih tinggi. Aktivitas fisik membantu mengendalikan berat badan, menggunakan glukosa sebagai energi dan membuat sel lebih sensitif terhadap insulin (Subiyanto, 2019).
- 5) Riwayat keluarga atau herediter. Risiko diabetes tipe 2 meningkat jika orang tua atau saudara kandung memiliki diabetes tipe 2 (Subiyanto, 2019).

c. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes gestational terjadi karena kelainan yang dipicu oleh kehamilan, diperkirakan karena terjadinya perubahan pada metabolisme glukosa (hiperglikemia akibat sekresi hormon-hormon plasenta) (Oktaviana et al., 2024).

d. Diabetes Tipe Lain

Ada diabetes yang tidak termasuk kelompok diatas, yaitu diabetes yang terjadi sekunder atau akibat penyakit lain, yang mengganggu produksi insulin atau mempengaruhi kerja insulin, seperti radang pankreas (pankreatitis), gangguan kelenjar adrenal atau hipofisis. Demikian juga pasien stroke, pasien infeksi berat, penderita yang dirawat dengan berbagai keadaan kritis, akhirnya memicu kenaikan gula darah dan menjadi penderita diabetes (Oktaviana et al., 2024).

3. Patofisiologi

Gula dalam darah yang disebut glukosa berasal dari dua sumber yaitu makanan dan yang diproduksi oleh hati. Gula dari makanan yang

masuk melalui mulut dicerna di lambung dan serap oleh usus kemudian masuk ke dalam aliran darah. Glukosa ini merupakan sumber utama energi bagi sel tubuh di jaringan dan otot. Agar dapat melakukan fungsinya gula membutuhkan teman yang disebut dengan insulin. Hormon insulin diproduksi di pulau langerhans dalam pankreas. Setiap kali makan, pankreas memberikan respons dengan mengeluarkan insulin ke dalam aliran darah. Insulin diibaratkan sebagai kunci yang membuka pintu sel agar gula masuk. Dengan demikian, kadar gula dalam darah menjadi turun (Tandra, dikutip dalam (Rohmah, 2021).

Hati merupakan tempat penyimpanan dan pusat pengolahan gula. Pada saat kadar insulin meningkat hati akan menimbun glukosa. Yang nantinya akan di alirkan ke sel-sel tubuh bilamana dibutuhkan. Ketika tubuh merasa lapar maka insulin dalam darah rendah, timbunan gula dalam hati (glikogen) akan diubah menjadi glukosa kembali dan dikeluarkan ke aliran darah menuju sel-sel tubuh. Pankreas juga ada sel alfa yang memproduksi glukagon. Apabila gula darah rendah, maka glukagon akan merangsang hati untuk memecahkan glikogen menjadi glukosa. Tubuh mempunyai hormon-hormon lain yang fungsinya berlawanan dengan insulin, yaitu glukagon, adrenalin, steroid, dan epinefrin. Hormon ini memacu hati untuk mengeluarkan glukosa sehingga gula darah bisa naik. Keseimbangan hormon-hormon dalam tubuh akan mempertahankan gula darah tetap dalam batas normal (Tandra, dikutip dalam (Rohmah, 2021).

Pada penderita diabetes melitus ada gangguan kesimbangan antara transportasi gula ke aliran darah, gula yang disimpan dihati, dan gula yang dikeluarkan dari hati. Akibatnya, kadar gula dalam darah meningkat. Kelebihan ini keluar melalui urin, sehingga urin yang keluar lebih banyak dan mengandung gula. Penyebab keadaan ini hanya dua. Pertama, pankreas tidak mampu lagi memproduksi insulin. Kedua, sel tidak memberi respons terhadap kerja insulin sebagai kunci untuk membuka pintu sel sehingga gula tidak dapat masuk ke dalam sel (Tandra, dikutip dalam (Rohmah, 2021).

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Oktaviana et al., 2024) tanda gejala yang khas dialami oleh pasien DM disebut TRIAS DM yaitu poliuria (sering BAK), polidipsia (mudah haus) dan poliphagia (mudah lapar) serta beberapa tanda gejala lainnya yaitu:

a. Poliuria

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolariti dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria) (Oktaviana et al., 2024).

b. Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah

dehidrasi sel akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia) (Oktaviana et al., 2024).

c. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia) (Oktaviana et al., 2024).

d. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di *transport* kedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan mencuat, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis (Oktaviana et al., 2024).

Gejala lain dari diabetes melitus menurut (Soedarsono, 2019) yaitu:

- a. Gangguan penglihatan.
- b. Gangguan saraf tepi/kesemutan.
- c. Gatal-gatal/bisul.
- d. Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum.
- e. Rasa tebal di kulit sehingga kalau berjalan seperti di atas bantal atau kasur.
- f. Sering mengalami keram.

5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh diabetes melitus antara lain:

a. Gagal ginjal

Terjadi akibat hipoksia yang berkaitan dengan diabetes jangka panjang, glomerulus, seperti sebagian besar kapiler lainnya, menebal.

Terjadi hipertropi ginjal akibat peningkatan kerja yang harus dilakukan oleh ginjal pengidap diabetes melitus kronik untuk menyerap ulang glukosa (Oktaviana et al., 2024).

b. Retinopati

Ancaman paling serius terhadap penglihatan adalah retinopati. Retina adalah jaringan yang sangat aktif bermetabolisme dan pada hipoksia kronik akan mengalami kerusakan secara progresif (Oktaviana et al., 2024).

c. Stroke

Diabetes melitus dapat menyebabkan stroke iskemik karena terbentuknya plak aterosklerotik pada dinding pembuluh darah yang disebabkan oleh gangguan metabolisme glukosa sistemik (Oktaviana et al., 2024).

d. Luka gangren

Luka gangren adalah luka yang lama sembuh dan cenderung membusuk. Jika dibiarkan, infeksi akan mengakibatkan pembusukan pada bagian luka karena tidak mendapat aliran darah. Pasalnya, pembuluh darah penderita diabetes banyak tersumbat atau menyempit.

Jika luka membusuk, mau tidak mau bagian yang terinfeksi harus diamputasi (Oktaviana et al., 2024).

e. Neuropati Diabetik

Terjadi karena gangguan fungsi saraf sebagai akibat dari gangguan pembuluh darah pada penderita diabetes dengan hiperglikemi secara terus menerus dalam waktu dalam (Soedarsono, 2019).

6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Soedarsono, 2019) untuk mengetahui apakah seseorang mengalami diabetes melitus, maka akan dilakukan beberapa pemeriksaan diagnostik yang meliputi:

a. Tes Glukosa Darah Kapiler

Cara *screening* ini cepat dan murah, yakni dengan menusuk ujung jari untuk mengambil tidak lebih dari setetes darah kapiler. Bisa dipakai untuk memeriksa glukosa darah puasa, 2 jam sesudah makan, maupun yang waktunya acak. Pada *strip* yang dipakai, sudah ada bahan kimia bila ditetesi darah akan bereaksi dan dalam 1-12 menit sudah memberi hasil.

b. Tes Glukosa Darah Vena

Biasanya dilakukan oleh laboratorium dengan mengambil dari pembuluh darah vena di lengan bagian dalam untuk menilai kadar glukosa darah setelah puasa minimal 8 jam dan glukosa darah 2 jam sesudah makan (*2 jam post prandial*).

c. Tes Toleransi Glukosa

Tes ini lebih teliti. Setelah 10 jam puasa, pagi harinya anda datang ke laboratorium untuk periksa glukosa darah. Lalu, anda minum glukosa 75 gram (kira-kira 2-3 kali lebih manis daripada minuman *soft drink*), dan 2 jam kemudian diperiksa lagi glukosa darahnya.

7. Penatalaksanaan

Penderita diabetes melitus sebaiknya melaksanakan 4 pilar pengelolaan diabetes melitus yaitu edukasi, latihan jasmani, intervensi farmakologis dan pemantauan kadar gula darah. Terapi yang efektif bagi semua tipe penderita DM akan mengoptimalkan kontrol glukosa darah dan mengurangi komplikasi meliputi terapi non medis dan medis menurut (Oktaviana et al., 2024) adalah:

a. Non medis

1) Manajemen diet

Rencana diet yang dimaksudkan untuk mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal dan mempertahankan berat badan dan mencegah komplikasi. Selain itu penatalaksanaan nutrisi dimulai dari menilai kondisi gizi dengan menghitung indeks massa tubuh (IMT) $BB \text{ (kg)} / TB^2 \text{ (m)}$ untuk melihat apakah penderita DM mengalami kegemukan atau obesitas.

2) Latihan fisik (olahraga)

Bertujuan mengaktifasi insulin dan reseptor insulin di membran plasma sehingga dapat menurunkan kadar glukosa darah.

3) Pemantauan kadar gula darah

Pemantauan kadar gula secara mandiri atau *self monitoring blood glucose* (SMBG) sebagai deteksi dini dan mencegah hiperglikemia atau hipoglikemia untuk mengurangi komplikasi jangka panjang.

4) Penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit (PKMRS)

Merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan kepada penderita DM, melalui bermacam- macam cara.

b. Medis

1) Penanganan DM tipe I:

a) Terapi insulin, perencanaan makanan dan latihan fisik (bentuk terapi insulin meliputi penyuntikan *preparat mixed insulin* dan penyuntikan insulin reguler lebih dari satu kali perhari serta penyuntikan insulin subkutan yang kontinu).

b) Transplantasi pankreas (yang kini menentukan terapi imunosupresi yang lama).

2) Penanganan DM tipe 2 meliputi: Obat antidiabetik oral untuk menstimulasi produksi insulin, meningkatkan sensitivitas terhadap insulin (dapat digunakan kombinasi obat-obatan tersebut). Obat-obatan yang dapat dikonsumsi bagi penderita diabetes melitus antara lain glimepiride dan metformin.

B. TINJAUAN TEORI GULA DARAH SEWAKTU

1. Definisi

Glukosa merupakan salah satu karbohidrat penting yang digunakan sebagai sumber tenaga yang berperan sebagai pembentukan energi. Glukosa dihasilkan dari makanan yang mengandung karbohidrat yang terdiri dari monosakarida, disakarida dan juga polisakarida. Glukosa yang disimpan dalam tubuh berupa glikogen yang disimpan pada plasma darah (*blood glucose*) (Rosares & Boy, 2022).

Kadar gula darah adalah jumlah kandungan glukosa dalam plasma darah (Jiwintarum et al., 2019). Konsentrasi gula darah atau tingkat glukosa diatur dalam tubuh, umumnya tingkat gula darah bertahan pada batas 70-150 mg/dL sepanjang hari. Tingkatan ini akan naik setelah makan dan biasanya berada pada level terendah pada pagi hari, sebelum orang makan (Alydrus & Fauzan, 2022).

2. Nilai Kadar Gula Darah

Nilai kadar gula darah yaitu:

Tabel 2.1 Nilai Kadar Gula Darah

	Normal	<i>Pre-diabetes</i>	Diabetes
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	< 110	110-199	≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	< 110	110-125	≥ 126

Sumber: Perkeni dikutip dalam (Tandra, 2018).

Hasil pemeriksaan kadar gula darah dikatakan normal menurut (Alydrus & Fauzan, 2022) bila:

- Gula darah sewaktu: < 110 mg/dL.
- Gula darah puasa: 70 – 110 mg/dL.
- Waktu tidur: 110 – 150 mg/dL.
- 1 jam setelah makan: < 160 mg/dL.

e. 2 jam setelah makan: < 140 mg/dL.

f. Pada wanita hamil: < 140 mg/dL.

3. Pemeriksaan Gula Darah

Adapun jenis-jenis pemeriksaan glukosa darah menurut (Alydrus & Fauzan, 2022) adalah:

- a. Glukosa darah sewaktu merupakan uji kadar glukosa yang dapat dilakukan sewaktu-waktu, tanpa harus puasa karbohidrat terlebih dahulu atau mempertimbangkan asupan makanan terakhir. Tes glukosa darah sewaktu biasanya digunakan sebagai tes skrining untuk penyakit diabetes melitus. Kadar glukosa sewaktu normal adalah kurang dari 140 mg/dL.
- b. Glukosa puasa merupakan uji kadar glukosa darah pada pasien yang melakukan puasa selama 10-12 jam. Kadar glukosa puasa normal adalah antara 70-110 mg/dL.
- c. Glukosa 2 jam *post prandial* merupakan jenis pemeriksaan glukosa dimana sampel darah diambil 2 jam setelah makan atau pemberian glukosa. Kadar glukosa 2 jam *post prandial* normal adalah kurang dari 140mg/dL.
- d. Tes toleransi glukosa oral dilakukan untuk pemeriksaan glukosa apabila ditemukan keraguan hasil glukosa darah. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara pemberian karbohidrat kepada pasien. Namun sebelum pemberian karbohidrat kepada pasien, ada hal yang harus diperhatikan yaitu tidak makan dan minum apapun selain air selama 12 jam sebelum pemeriksaan.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kadar Gula Darah

Faktor-faktor yang mempengaruhi kestabilan gula darah adalah:

- a. Faktor pola makan. Konsumsi karbohidrat berlebih dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa sehingga penderita berisiko untuk mengalami hiperglikemia. Jenis makanan yang harus diatur oleh penderita DM selain karbohidrat berlebih adalah gula atau pemanis makanan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fauzi dan Kusuma dikutip dalam (Setianto et al., 2023), terdapat hubungan antara konsumsi karbohidrat dengan kadar gula darah pasien DM (Setianto et al., 2023).
- b. Faktor aktivitas fisik. Perubahan perilaku dengan mengurangi konsumsi karbohidrat yang diimbangi dengan aktivitas olahraga yang sesuai dengan kebutuhan membuat perilaku fisik dan mental penderita DM menjadi semakin baik sehingga meningkatkan pengetahuan tentang strategi, tujuan, motivasi, kepercayaan diri tentang diet yang tepat dan olahraga yang sesuai kebutuhan. Penelitian tersebut didukung oleh penelitian Eberle dikutip dalam (Setianto et al., 2023). Aktivitas fisik merupakan salah satu terapi yang efektif untuk berbagai kondisi terutama pada pasien DM. Aktivitas fisik dapat mengurangi kadar gula darah (Setianto et al., 2023).
- c. Faktor lama terdiagnosa penyakit DM. Menurut Choi, Seo, & Ha dikutip dalam (Setianto et al., 2023), terdapat hubungan yang signifikan antara lama pasien terdiagnosis dengan kestabilan gula darah. Pasien dengan kadar gula darah yang buruk sudah terdiagnosa

DM lebih lama memiliki risiko ketidakstabilan gula darah dibandingkan pasien dengan DM yang masih terdiagnosa awal (Setianto et al., 2023).

- d. Faktor pengetahuan. Tingkat pendidikan seseorang juga dapat berpengaruh terhadap kestabilan gula darah karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin baik pula pengetahuan seseorang dalam mengontrol kadar gula darah dalam tubuh. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Susilowati & Bintanah dikutip dalam (Setianto et al., 2023), seseorang dengan tingkat pendidikan yang tinggi lebih memahami dan menerapkan pengelolaan penatalaksanaan DM sebagai strategi pengendalian gula darah (Setianto et al., 2023).

C. TINJAUAN TEORI KUALITAS HIDUP

1. Definisi

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) Group, didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang (Puspitasari, 2020).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang hidupnya yang terkait dengan budaya, perilaku dan nilai-nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan harapan, kesenangan dan penilaian individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan. Kualitas hidup pada bidang kesehatan digunakan untuk menganalisis emosional, faktor sosial, dan kemampuan

untuk memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal dan dampak sakit yang berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan (Siagian & Sarinasiti, 2022). Kualitas hidup yang baik merupakan kondisi yang harus dicapai dan dipertahankan oleh individu (Suswani, Arsin, et al., 2018). Pasien DM yang memiliki persepsi negatif dan terlalu khawatir tentang penyakitnya sehingga memiliki kontrol glikemik yang buruk. Jika pikiran seseorang negatif dan terdistorsi, mereka cenderung memiliki perasaan negatif, dan kemudian perilakunya akan terpengaruh (Fatmawati et al., 2022).

2. Domain Kualitas Hidup

Ada banyak domain kualitas hidup, diantaranya terdapat pada *World Heath Organization Quality of Life Bref version* (WHOQOL-BREF) karena sudah mencakup keseluruhan kualitas hidup. Sebagai konsep yang luas, kualitas hidup meliputi empat domain, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh WHO, ditemukan bahwa keempat domain kualitas hidup memiliki kontribusi yang signifikan pada kualitas hidup, dengan kata lain, domain-domain tersebut mempengaruhi kualitas hidup (Puspitasari, 2020).

Aspek-aspek yang terdapat pada kualitas hidup menurut WHO yaitu aspek kesehatan fisik, aspek psikologi, aspek sosial, dan aspek lingkungan (Surya Ningsih & Hamdani, 2021).

- a. Aspek kesehatan fisik meliputi kegiatan yang dilakukan sehari-hari, energi dan intensitas kerja.

- b. Aspek psikologi meliputi penampilan, perasaan, dan spiritualitas dalam menjalankan kehidupan.
 - c. Aspek sosial meliputi hubungan antara seseorang dengan orang lainnya baik hubungan antar individu, maupun kelompok.
 - d. Aspek lingkungan meliputi akses kebebasan, keamanan, dan kesempatan mendapatkan informasi (Surya Ningsih & Hamdani, 2021).
3. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pada Penderita Diabetes Melitus

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes melitus menurut (Amalia et al., 2024) yaitu sebagai berikut:

- a. Usia. Berjalannya waktu dan menuanya umur seseorang, hormon estrogen dalam tubuh akan menurun disertai dengan menurunnya sensitivitas insulin hingga menyebabkan penumpukan gula darah. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Manurung dikutip dalam (Amalia et al., 2024) juga menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan kualitas hidup pasien DM.
- b. Status sosial ekonomi. Seseorang yang memiliki status sosial ekonomi yang lebih baik tidak akan mengalami kesulitan dalam melakukan perawatan terhadap kesehatan, hal ini berbeda dengan seseorang yang memiliki status sosial ekonomi yang rendah mereka akan mengalami kecemasan karena kurangnya dana dalam melakukan perawatan terhadap penyakitnya yang akan berakibat mempengaruhi kualitas hidupnya. Hasil penelitian ini sejalan dengan Sormin dikutip dalam

(Amalia et al., 2024) dimana terdapat hubungan yang signifikan antara status sosial ekonomi terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2.

- c. Hubungan lama menderita penyakit. Pasien yang lama menderita lebih cemas berkaitan dengan penyakit DM dan sangat berkaitan dengan munculnya berbagai komplikasi DM. Penderita yang telah lebih lama menderita DM khususnya pada kalangan lansia memiliki skor kualitas hidup yang buruk terutama pada aspek fisik, kemandirian, serta partisipasi sosial, disebabkan oleh kelemahan akibat dari penyakit. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nisa dikutip dalam (Amalia et al., 2024) dimana terdapat hubungan yang signifikan antara lama menderita terhadap kualitas hidup pasien DM.

4. Pengukuran Kualitas Hidup

Organisasi Kesehatan Dunia telah mengembangkan instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup. Instrumen ini digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh. WHOQOL-BREF ini merupakan pembaharuan atau rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu WHOQOL-100. Pada instrumen WHOQOL-100 terdapat 6 domain yaitu (kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas). Terdapat pembaharuan dengan adanya penggabungan domain 1 dan 3 serta penggabungan domain 4 dan 6. Oleh karena itu terbentuklah instrumen WHOQOL-BREF yang terdiri dari 4 domain utama yaitu (kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan). Instrumen ini terdiri dari dua item yaitu kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan

umum. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen WHOQOL-100 (Nurbasari et al., 2020).

D. TINJAUAN TEORI EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL

1. Definisi

Health belief model dikemukakan pertama kali oleh Rosenstock 1966, kemudian disempurnakan oleh Becker dan Maimun 1970 dan 1980. Sejak tahun 1974, teori HBM telah menjadi perhatian para peneliti. Model teori ini merupakan formulasi konseptual untuk mengetahui persepsi individu apakah mereka menerima atau tidak tentang kesehatan mereka (Rizqi, 2018).

Model kepercayaan kesehatan (HBM), yang dikembangkan oleh Becker dan Maimun 1975 berguna untuk menjelaskan aktivitas perawatan diri seperti rekomendasi manajemen diabetes dan memiliki fokus pada perilaku yang berkaitan dengan pencegahan penyakit. Dasar dari HBM adalah bahwa individu akan mengambil tindakan untuk mencegah, mengendalikan, atau mengobati masalah kesehatan jika mereka merasa masalah menjadi parah, jika mereka merasa bahwa tindakan tersebut akan menghasilkan atau menghasilkan hasil yang diharapkan dan karena konsekuensi negatif dari terapi (Rizqi, 2018).

Salah satu keterbatasan utama HBM adalah tidak mencantumkan efikasi diri (*self-efficacy*), yaitu keyakinan individu terhadap kemampuan mereka untuk berhasil dalam mengambil tindakan kesehatan. Tanpa mempertimbangkan aspek ini, HBM kurang dapat menjelaskan mengapa

individu yang memiliki persepsi tinggi terhadap risiko penyakit dan manfaat tindakan kesehatan masih belum melakukan perubahan perilaku yang diperlukan. Oleh karena itu, untuk mengatasi keterbatasan ini, EHBM mengintegrasikan efikasi diri sebagai elemen penting, memperluas kerangka teori dengan memasukkan faktor psikologis tambahan yang dapat mendorong individu untuk lebih yakin dan mampu melakukan tindakan kesehatan yang lebih efektif.

Dengan menambahkan efikasi diri dalam EHBM, model ini menjadi lebih komprehensif dalam menjelaskan perilaku kesehatan individu. Keyakinan terhadap kemampuan diri sendiri, yang tercermin dalam efikasi diri mendorong individu untuk bertindak, bahkan ketika mereka menyadari risiko dan manfaat dari tindakan tersebut. Penambahan elemen ini membantu pemahaman yang lebih baik mengenai bagaimana persepsi diri dan kepercayaan individu terhadap kemampuannya dapat mempengaruhi keputusan untuk mengambil tindakan kesehatan.

2. Dimensi *Extended Health Belief Model*

Dimensi EHBM (Lamorte, dikutip dalam (Nuzula, 2020), yaitu:

a. *Perceived susceptibility*

Perceived susceptibility adalah persepsi subjektif seseorang terhadap risiko tertular penyakit apabila melaksanakan atau tidak melaksanakan suatu perilaku tertentu. Oleh karena itu, *perceived susceptibility* mengukur keyakinan seseorang secara subjektif mengenai risiko yang dialami oleh seseorang apabila mengalami kondisi kesehatan tertentu, seseorang yang menderita penyakit tertentu

lebih merasa terancam dalam menjalani terapi medis (Lamorte, dikutip dalam (Nuzula, 2020).

b. *Perceived severity*

Perceived severity merupakan tingkat keyakinan seseorang mengenai konsekuensi masalah kesehatan yang akan bertambah parah bila tidak segera diobati. Keyakinan tersebut mengarah pada perasaan seseorang mengenai keseriusan tertular suatu penyakit atau membiarkan penyakit dan tidak mengobati. Terdapat beberapa macam persepsi seseorang mengenai tingkat keparahan, sering kali seseorang mempertimbangkan konsekuensi dari terapi medis yang telah dilakukan seperti kematian dan kecacatan, dan konsekuensi sosial seperti hubungan sosial dan kehidupan keluarga, ketika mengevaluasi keparahan tersebut (Lamorte, dikutip dalam (Nuzula, 2020).

c. *Perceived benefits*

Perceived benefits merupakan keyakinan seseorang tentang manfaat yang dirasakan dari suatu perbuatan yang disarankan untuk menekan risiko dan keseriusan terhadap suatu masalah kesehatan. Oleh karena itu, persepsi seseorang tentang keefektifan suatu tindakan yang dianjurkan untuk mengurangi ancaman suatu penyakit atau untuk menyembuhkan penyakit bergantung pada pertimbangan dan evaluasi baik kerentanan yang dirasakan maupun manfaat yang dirasakan, sehingga seseorang akan melakukan suatu tindakan kesehatan yang disarankan apabila dianggap bermanfaat (Lamorte, dikutip dalam (Nuzula, 2020).

d. *Perceived barriers*

Perceived barriers merupakan persepsi mengenai rintangan atau hambatan yang dirasakan dapat menghambat keberhasilan tindakan yang dilakukan dalam mengatasi masalah kesehatan. Hambatan yang dirasakan cenderung mengarah pada analisis biaya/manfaat. Orang tersebut menimbang efektivitas tindakan terhadap persepsi bahwa itu mungkin mahal, berbahaya seperti munculnya efek samping, tidak menyenangkan atau menyakitkan, menyita waktu, dan tidak nyaman (Lamorte, dikutip dalam (Nuzula, 2020).

e. *Self-efficacy*

Pada tahun 1988, *self-efficacy* ditambahkan oleh Rosenstock, Strecher, & Becker kedalam empat kepercayaan semula dari HBM. *Self-efficacy* adalah kepercayaan pada diri sendiri kemampuan untuk melakukan sesuatu. Orang umumnya melakukannya, tidak mencoba melakukan sesuatu yang baru kecuali mereka berpikir bisa melakukannya. Jika seseorang percaya suatu perilaku baru itu bermanfaat (dirasakan manfaat), tapi tidak berpikir dia mampu melakukannya (*perceived barrier*), kemungkinan itu tidak akan dicoba (Rizqi, 2018).

3. *Extended Health Belief Model Pada Diabetes*

EHBM yang dikembangkan oleh Becker dan Maimun 1980 berguna untuk menjelaskan aktivitas perawatan diri seperti rekomendasi manajemen diabetes dan memiliki fokus pada perilaku yang berkaitan dengan pencegahan penyakit. Dasar dari EHBM adalah bahwa individu

akan mengambil tindakan untuk mencegah, mengendalikan, atau mengobati masalah kesehatan jika mereka merasa masalah menjadi parah, jika mereka merasa bahwa tindakan tersebut akan menghasilkan atau mendapatkan hasil yang diharapkan dan karena konsekuensi negatif dari terapi (Rizqi, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Jiang et al., 2021), pengetahuan mempunyai dampak tidak langsung yang signifikan terhadap perilaku penyaringan melalui persepsi kerentanan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, dan efisiensi diri.

Penelitian yang dilakukan oleh (Mohammadkhak et al., 2024) mendapatkan hasil bahwa pasca intervensi, kelompok intervensi menunjukkan peningkatan yang signifikan pada semua konstruksi HBM dibandingkan dengan pra-intervensi.

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Bayat, dikutip dalam (Yetti et al., 2024) dengan analisis kuantitatif menunjukkan bahwa program pendidikan memiliki dampak positif dan signifikan pada konstruksi EHBM (termasuk kerentanan yang dirasakan, intensitas yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan efikasi diri) pada kelompok eksperimen, 3 dan 6 bulan setelah intervensi.

Tabel 2.2 Perbedaan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	<i>Health belief model</i> pada penderita diabetes melitus.	Model kepercayaan kesehatan pasien diabetes melitus tipe II.	Prediktor perilaku menjaga kadar glukosa darah pasien diabetes melitus: persepsi sehat berbasis <i>health belief model</i>	Pengaruh <i>extended health belief model</i> terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus.
Tempat penelitian	Rumah Diabetes Ubaya,	RSD Mangusada	Puskesmas Sumbersari, Kabupaten Jember	Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba
Tahun penelitian	2018	2023	2023	2025
Variabel	<i>Health belief model</i>	Model kepercayaan kesehatan	Variabel independen: perilaku menjaga kadar glukosa darah. Variabel dependen: persepsi sehat berbasis <i>health belief model</i> .	Variabel independen: <i>extended health belief model</i> . Variabel dependen: kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup.
Peneliti	Alfiatur Rizqi	Ni Made Ayu Widhiastuti Dan I Wayan Candra.	Indiana Firdausi Nuzula, Nurfika Amanungrum Dan Alfid Tri Afandi.	Sri Ulva Fitriah.
Desain penelitian	Pendekatan kualitatif.	Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan <i>design studi kasus</i> menggunakan pendekatan <i>cross-sectional</i>	Desain korelasional dengan pendekatan <i>cross-sectional</i> .	Kuantitatif dengan kuasi eksperimen.
Teknik <i>sampling</i>		<i>Purposive sampling</i> .	<i>Purposive sampling</i> .	<i>Probability sampling</i> .
Analisa data	Fenomenologi dengan wawancara	Deskriptif	Uji korelasi <i>spearmen</i>	Uji T Tidak Berpasangan

Sumber: (Rizqi, 2018), (Widhiastuti & Candra, 2023), dan (Nuzula et al., 2023)

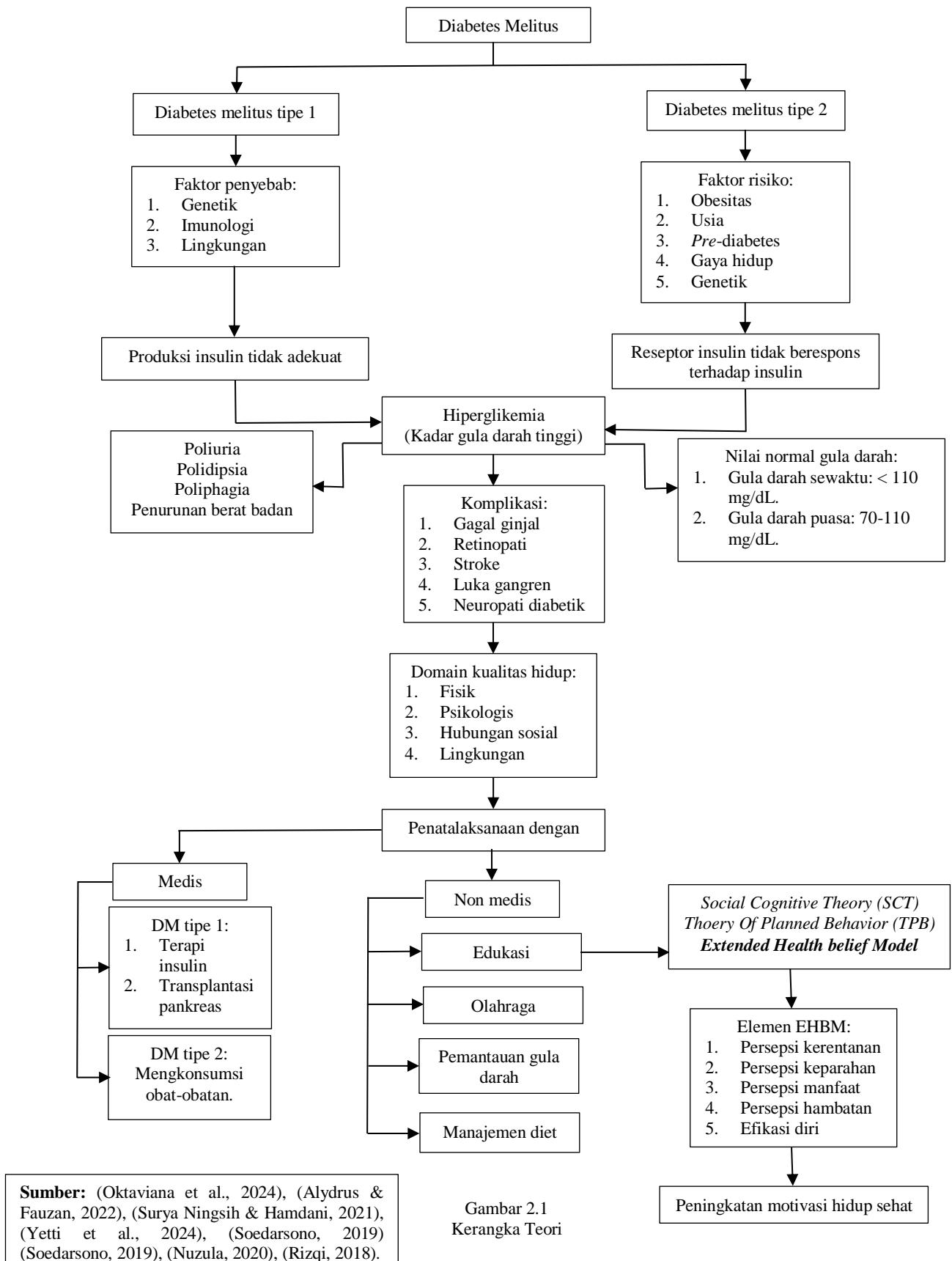
E. SUBSTANSI KUESIONER YANG DIGUNAKAN

Tabel 2.3 Substansi Kuesioner

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
1.	Kualitas hidup	Kualitas hidup adalah persepsi penderita diabetes melitus mengenai posisi mereka dalam kehidupan yang diukur dengan menggunakan instrumen WHOQOL-BREF yang mencakup empat domain utama yaitu domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.	Kuesioner WHOQOL-BREF	Ordinal	<p>Pengelompokan kriteria kualitas hidup berdasarkan <i>transformed scores</i> yang diperoleh (Nofitri, dikutip dalam (Arifah, 2018) yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 0-20 = sangat buruk b. 21-40 = buruk c. 41-60 = sedang d. 61- 80 = baik e. 81-100 = sangat baik

Sumber: (Arifah, 2018).

F. KERANGKA TEORI



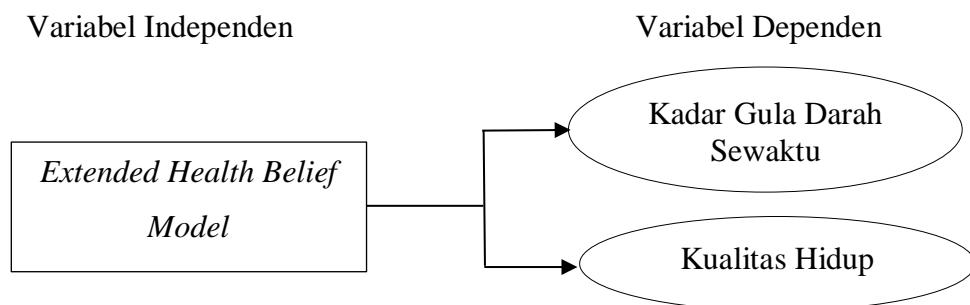
BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, VARIABEL PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep merupakan turunan dari kerangka teori yang telah disusun sebelumnya dalam telaah pustaka. Kerangka konsep merupakan visualisasi hubungan antara berbagai variabel, yang dirumuskan oleh peneliti setelah membaca berbagai teori yang ada dan kemudian menyusun teorinya sendiri yang akan digunakannya sebagai landasan untuk penelitiannya (Anggreni, 2022).

Kerangka konsep penelitian yaitu kerangka hubungan antara konsep-konsep yang akan diukur atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep berisi variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti, serta harus sesuai dengan tujuan penelitian (Anggreni, 2022).



Gambar 3.1
Kerangka Konsep

Keterangan:

[Box]: Variabel Independen

(Oval): Variabel Dependend

→ : Penghubung antara variabel

B. HIPOTESIS

Hipotesis adalah kesimpulan teoritis yang masih harus dibuktikan kebenaranya melalui analisis terhadap bukti-bukti empiris, setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian, maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Nilawati & Fati, 2023).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh *extended health belief model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup pada penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

C. VARIABEL PENELITIAN

Variabel Penelitian adalah suatu atribut, nilai atau sifat dari objek penelitian yang memiliki variasi tertentu antara satu objek dengan objek lainnya (Nilawati & Fati, 2023).

1. Variabel *Independent* (Variabel Bebas)

Variabel bebas (*independent variable*), adalah variabel yang menjadi penyebab atau memiliki kemungkinan teoritis berdampak pada variabel lain (Hardani et al., 2020). Variabel independen dalam penelitian ini adalah *Extended Health Belief Model*.

2. Variabel *Dependent* (Variabel Terikat)

Variabel tak bebas (*dependent variable*) adalah variabel yang disebabkan oleh adanya perubahan variabel lainnya. Variabel tak bebas ini menjadi persoalan pokok bagi si peneliti, yang selanjutnya menjadi objek penelitian (Hardani et al., 2020). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup.

D. DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional adalah definisi variabel-variabel yang akan diteliti secara operasional dilapangan. Dalam pembuatan definisi operasional selain memuat tentang pengertian variabel secara operasional juga memuat tentang cara pengukuran, hasil ukur, dan skala pengukuran (Anggreni, 2022).

1. Variabel Independen

Extended Health Belief Model adalah pengembangan dari *Health Belief Model* yang digunakan untuk memahami dan memengaruhi perilaku kesehatan individu. Model ini mencakup persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan yang dirasakan dan efikasi diri. Model ini bertujuan untuk meningkatkan motivasi pasien DM untuk berperilaku hidup sehat.

Edukasi EHBM diberikan melalui penyuluhan selama enam minggu dalam enam sesi dengan waktu 50-55 menit setiap sesi (Mohammadkhak et al., 2024). Pengukuran ini dilakukan secara berulang-ulang selama 6 minggu.

2. Variabel Dependental

- a. Kadar gula darah adalah kadar glukosa yang ada di dalam darah yang merupakan salah satu tanda terjadinya diabetes melitus.
 - 1) Alat ukur: lembar observasi dan *Glucometer*.
 - 2) Skala ukur: skala ukur rasio.
- b. Kualitas hidup adalah persepsi penderita diabetes melitus mengenai posisi mereka dalam menjalani kehidupan sehari-hari yang diukur

dengan menggunakan instrumen WHOQOL-BREF yang mencakup empat domain utama, yaitu:

Tabel 3.1 Kisi-Kisi Kuesioner

WHOQOL-BERF	Pertanyaan Nomor	Jumlah Butir
Dimensi Fisik	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	7
Dimensi Psikologis	5, 6, 7, 11, 19, 26	6
Dimensi Sosial	20, 21, 22	3
Dimensi Lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	8

Sumber: (Arifah, 2018)

1) Kriteria kualitas hidup:

Pengelompokan kriteria kualitas hidup berdasarkan *transformed scores* yang diperoleh (Nofitri, dikutip dalam (Arifah, 2018) yaitu:

- 0-20 = sangat buruk
- 21-40 = buruk
- 41-60 = sedang
- 61- 80 = baik
- 81-100 = sangat baik

2) Alat ukur: kuesioner WHOQOL-BERF.

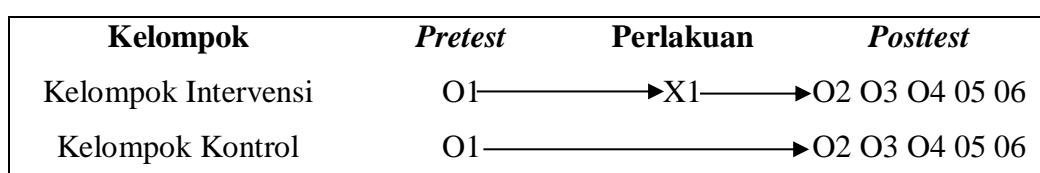
3) Skala ukur: ordinal.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. DESAIN PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kuantitatif dengan metode kuasi eksperimen dengan rancangan *control time series design*. Pada desain ini responden penelitian dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi dan kelompok kontrol diberi *pretest* yang sama. Kelompok intervensi diberi perlakuan khusus yaitu intervensi *extended health belief model* sedangkan kelompok kontrol diberi perlakuan seperti biasanya yaitu diberikan edukasi biasa mengenai diabetes melitus. Desain ini, dilakukan pengukuran secara berulang-ulang Setelah beberapa saat, kedua kelompok diberi tes akhir yang sama. Hasil dari kedua tes awal dan tes akhir diuji perbedaannya. Perbedaan yang signifikan antara kedua tes awal dan tes akhir pada kelompok eksperimen menunjukkan pengaruh dari perlakuan yang diberikan (Hikmawati, 2020).



Gambar 4.1 Desain Penelitian

Sumber: (Hikmawati, 2020)

Keterangan:

Kelompok Intervensi : Kelompok yang diberikan intervensi (EHBM).

Kelompok kontrol : Kelompok yang tidak diberikan intervensi.

O1 : Pengukuran awal sebelum dilakukan intervensi.

X1 : Intervensi yaitu edukasi EHBM.

O2 O3 O4 05 06 : Pengukuran kedua setelah dilakukan intervensi.

B. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei 2025 selama 6 minggu.

2. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

C. POPULASI, SAMPEL DAN TEKNIK SAMPLING

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan, totalitas atau generalisasi dari individu yang dapat diperoleh atau dapat memberikan informasi (data) penelitian yang kemudian dapat ditarik kesimpulan (Nilawati & Fati, 2023).

Populasi dalam penelitian ini adalah 240 orang usia pertengahan yang menderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun.

2. Sampel

Sampel adalah wakil atau sebagian dari populasi yang memiliki sifat dan karakteristik yang sama bersifat representatif dan menggambarkan populasi sehingga dianggap dapat mewakili semua populasi yang diteliti (Nilawati & Fati, 2023).

Sampel dalam penelitian ini adalah 32 sampel. 16 sampel untuk kelompok intervensi dan 16 sampel untuk kelompok kontrol.

Rumus besar sampel yang digunakan adalah analitik komparatif numerik tidak berpasangan dengan rumus sebagai berikut:

$$n_1 = n_2 = 2 \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{X_1 - X_2} \right)^2$$

Gambar 4.2 Rumus Besar Sampel.

Sumber: (Safruddin et al., 2023)

Keterangan:

n1 : Jumlah subjek pada kelompok 1.

n2 : Jumlah subjek pada kelompok 2.

Z α : Nilai standar $\alpha = 1,96$.Z β : Nilai standar $\beta = 0,84$.

S : Simpang baku gabungan, nilainya bersumber dari kepustakaan.

X1-X2: Selisih rerata minimal yang dianggap bermakna antara kelompok satu dan kelompok dua.

Penyelesaian:

$$= 2 \left(\frac{(1,96+0,84)0,2}{(0,5-0,3)} \right)^2$$

$$= 2 \left(\frac{(2,8)0,2}{0,2} \right)^2$$

$$= 2 \left(\frac{0,56}{0,2} \right)^2$$

$$= 2(2,8)^2$$

$$= 2 (7,84)$$

$$= 15,68$$

$$= 16 \text{ sampel.}$$

3. Teknik *Sampling*

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan *simple random sampling*. *Probability sampling (sampling random)* adalah teknik *sampling* yang memberikan peluang yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih

menjadi anggota sampel. Ciri utama *simple random sampling* adalah setiap unsur dari keseluruhan populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk dipilih (Hardani et al., 2020).

Kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nilawati & Fati, 2023). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Responden yang menderita diabetes melitus tipe 2.
- 2) Responden yang berusia $\geq 45\text{-}59$ tahun.
- 3) Responden yang siap untuk dijadikan sampel sesuai dengan jadwal penelitian.
- 4) Mampu berkomunikasi yang baik dalam bahasa yang digunakan dalam penelitian.
- 5) Tidak mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan yang berat.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nilawati & Fati, 2023). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Responden yang menolak untuk dijadikan sampel.
- 2) Responden yang menderita komplikasi berat.
- 3) Responden yang sedang hamil.

D. INSTRUMEN PENELITIAN

Penelitian pada dasarnya merupakan upaya pengukuran, maka alat ukur dalam penelitian disebut instrumen penelitian. Sehingga instrumen penelitian merupakan piranti peneliti mengukur fenomena alam maupun sosial yang menjadi fokus peneliti, yang secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel (Hikmawati, 2020).

1. *Extended Health Belief Model*

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu dengan menggunakan *leaflet* mengenai EHBM. Edukasi EHBM diberikan selama enam minggu dalam enam sesi dengan waktu 50-55 menit setiap sesi (Mohammadkhak et al., 2024). Pengukuran ini dilakukan secara berulang-ulang selama 6 minggu.

2. Kadar Gula Darah Sewaktu

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu dengan menggunakan lembar observasi dan alat *glucometer*. *Glucometer* adalah perangkat medis yang digunakan untuk mengukur kadar gula darah. Alat ini bekerja dengan cara mengambil sampel darah (biasanya dari ujung jari) yang kemudian ditempatkan pada *strip* tes glukosa. Hasil pengukuran akan muncul dalam bentuk angka (biasanya dalam satuan mg/dL).

Komponen *glucometer*, yaitu:

- a. *Test strip*: *strip* kecil yang digunakan untuk menampung sampel darah yang akan diuji.
- b. *Lancet*: alat yang digunakan untuk menusuk kulit (biasanya ujung jari) untuk mengambil sampel darah.

Prosedur pengukuran kadar gula darah dengan *glucometer*, yaitu:

- a. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada responden.
 - b. Mencuci tangan dan memakai *handscoon* bila perlu.
 - c. Atur posisi responden senyaman mungkin.
 - d. Dekatkan alat di samping pasien.
 - e. Pastikan alat bisa digunakan.
 - f. Pada *strip GDA* pada alat *glucometer*.
 - g. Desinfeksi jari yang akan ditusuk dengan kapas alkohol.
 - h. Menusukkan lanset di jari tangan pasien, dan biarkan darah mengalir secara spontan.
 - i. Tempatkan ujung *strip tes glukosa darah* (bukan diteteskan), secara otomatis akan terserap ke dalam *strip*.
 - j. Alat *glucometer* akan berbunyi dan bacalah angka yang tertera pada monitor.
 - k. Keluarkan *strip tes glukosa* dari alat monitor dan matikan alat monitor.
 - l. Merapikan alat dan mencuci tangan.
 - m. Dokumentasikan hasilnya.
3. Kualitas Hidup

Instrumen penelitian yang digunakan yaitu dengan menggunakan kuisisioner WHOQOL-BERF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*). Kuesioner WHOQOL-BERF terdiri dari 26 pertanyaan. Pertanyaan nomor 1 dan 2 pada kuesioner mengkaji tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum. Domain 1 yaitu fisik terdapat pada pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Domain 2

yaitu psikologis ada pada pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Domain 3 yaitu hubungan sosial ada pada pertanyaan nomor 20, 21, dan 22. Domain 4 yaitu lingkungan ada pada pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25. Instrumen ini juga terdiri atas pertanyaan positif, kecuali pada tiga pertanyaan yaitu nomor 3, 4, dan 26 yang bernilai negatif (Koesmanto, dikutip dalam (Arifah, 2018).

Kuesioner WHOQOL-BREF memiliki 4 domain utama, diantaranya yaitu fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Skala pilihan jawaban yang digunakan dalam kuesioner ini adalah skala ordinal dengan pilihan jawaban yaitu:

Tabel 4.1 *Skoring Jawaban WHOQOL-BERF*

<i>Skoring Item Favourable</i>	<i>Jawaban</i>	<i>Skoring Item Unfavourable</i>
1	Sangat buruk, tidak sama sekali	5
2	Buruk, sedikit	4
3	Biasa saja, sedang	3
4	Sangat sering	2
4	Sangat baik, sangat memuaskan	1

Sumber: (Noerpratomo, 2018).

Pada penelitian ini skor tiap domain (*raw score*) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan *tabel transformed scores* (Koesmanto, dikutip dalam (Arifah, 2018). Dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan WHO (Noerpratomo, 2018) yaitu:

$$\boxed{\textbf{Transformed Scores} = \frac{\mathbf{D1 + D2 + D3 + D4}}{4}}$$

Gambar 4.3 Rumus *Transformed Scores*

Sumber: (Noerpratomo, 2018)

Pengelompokan kriteria kualitas hidup berdasarkan *transformed scores* yang diperoleh (Nofitri, dikutip dalam (Arifah, 2018) yaitu:

- 0-20 = sangat buruk
- 21-40 = buruk

- 41-60 = sedang
- 61- 80 = baik
- 81-100 = sangat baik

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner WHOQOL-BERF, yaitu:

a. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita gunakan mampu mengukur apa yang hendak kita ukur. Alat ukur ini telah diadaptasi ke berbagai bahasa, termasuk Bahasa Indonesia oleh Dr. Riza Sarasvita dan Dr. Satya Joewana. Selain itu, alat ukur adaptasi ini juga digunakan oleh Wardhani dikutip dalam (Arifah, 2018) untuk meneliti kualitas hidup pada dewasa muda lajang. Uji validitas ini dilakukan oleh Wardhani dikutip dalam (Arifah, 2018) terhadap alat ukur WHOQOL-BREF dan hasilnya adalah bahwa alat ukur WHOQOL–BREF adalah alat ukur yang valid dan *reliable* dalam mengukur kualitas hidup. Uji validitas yang dilakukan oleh Wardhani dikutip dalam (Arifah, 2018) adalah uji validitas item dengan cara menghitung korelasi skor masing-masing item dengan skor dari masing-masing dimensi WHOQOL–BREF. Hasil yang didapat adalah ada hubungan yang signifikan antara skor item dengan skor dimensi ($r = 0,409\text{--}0,850$) sehingga dapat dinyatakan bahwa alat ukur WHOQOL–BREF adalah alat ukur yang valid dalam mengukur kualitas hidup (Arifah, 2018).

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas ini bertujuan untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap sama hasilnya apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap hal yang sama dengan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas juga dilakukan terhadap penelitian yang sama oleh Wardhani dikutip dalam (Arifah, 2018). Uji reliabilitas dilakukan menggunakan *coefficient Alpha Cronbach* dengan bantuan SPSS, menghasilkan nilai $r = 0,8756$ sehingga dapat dikatakan bahwa alat ukur WHOQOL-BREF berbentuk kuesioner yang berisi 26 pertanyaan dari empat dimensi dari kualitas hidup adalah alat ukur yang *reliable* dalam mengukur kualitas hidup (Arifah, 2018).

Alasan menggunakan kuesioner ini adalah karena komprehensif dan multidimensi yang mencakup berbagai aspek kualitas hidup seperti fisik, psikologis, sosial dan lingkungan yang relevan untuk mengukur dampak penyakit diabetes melitus. Kedua, telah terbukti valid dan reliabel dengan menjadikannya alat ukur untuk menilai kualitas hidup dalam konteks kesehatan. Ketiga, penggunaan yang luas karena sering digunakan dalam penelitian untuk mengukur perubahan kualitas hidup pasien dengan berbagai kondisi medis termasuk diabetes. Keempat, praktis dan mudah digunakan dengan memiliki 26 item pertanyaan yang dapat memudahkan pengumpulan data dalam penelitian.

E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

1. Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang telah dikumpulkan secara langsung (Nilawati & Fati, 2023). Data primer yang diperoleh peneliti adalah data yang didapatkan saat pengukuran langsung kadar gula darah sewaktu responden dan kuesioner WHOQOL-BERF sebelum dan setelah memberikan EHBM.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tersedia sebelumnya yang dikumpulkan dari sumber-sumber tidak langsung atau tangan kedua misalnya dari sumber-sumber tertulis milik pemerintah atau perpustakaan (Nilawati & Fati, 2023). Data sekunder pada penelitian ini adalah data yang di peroleh dari puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

2. Kualifikasi Peneliti

Peneliti yang terlibat langsung dalam penelitian ini adalah satu orang yaitu mahasiswa keperawatan dari STIKes Panrita Husada Bulukumba.

3. Jadwal Waktu Pelaksanaan Pengumpulan Data

Jadwal pengumpulan data akan dilakukan pada bulan April-Mei 2025 selama 6 minggu.

F. TEKNIK PENGELOLAAN DAN ANALISA DATA

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Data yang masih dalam bentuk master tabel perlu diolah sehingga menjadi informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (Safruddin & Asri, 2022). Ada empat tahapan dalam pengolahan data, yaitu:

a. Proses *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isi formulir atau kuesioner dan mengecek kebenaran data yang telah dikumpulkan (Safruddin & Asri, 2022)

b. Pemberian Kode

Pemberian kode merupakan kegiatan merubah bentuk huruf menjadi data yang berbentuk angka/bilangan (Safruddin & Asri, 2022).

Untuk karakteristik responden, peneliti menggunakan kode berikut:

1) Usia

- a) 45-50 tahun : 1
- b) 51-55 tahun : 2
- c) 56-59 tahun : 3

2) Jenis kelamin

- a) Laki-laki : 1
- b) Perempuan : 2

3) Pendidikan terakhir

- a) SD : 1

- b) SMP : 2
 - c) SMA : 3
 - d) Perguruan tinggi : 4
- 4) Pekerjaan
- a) Tidak bekerja/IRT: 1
 - b) PNS : 2
 - c) Wiraswasta : 3
 - d) Pensiunan : 4

c. Proses Data

Proses data adalah upaya yang dilakukan untuk menginput data dari kuesioner ke program komputer yang digunakan. Salah satu program yang umum digunakan adalah program SPSS (*Statistical Program For Social Science*) (Safruddin & Asri, 2022).

d. Pembersihan Data

Pembersihan data merupakan kegiatan mengecek kembali data yang sudah di *input* apakah ada kesalahan atau tidak (Safruddin & Asri, 2022).

2. Analisa Data

Analisis data adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan peneliti setelah data terkumpul, diolah sedemikian rupa sampai pada kesimpulan (Abubakar, 2021). Analisis data terbagi menjadi 2 yaitu:

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis satu variabel. Analisis univariat jika jumlah variabel yang dianalisis hanya satu macam. Yang

dimaksud dengan satu macam disini bukan hanya 1, tetapi yang dimaksud hanya ada 1 jenis variabel (tidak ada variabel terikat dan variabel bebas) (Sarwono & Handayani, 2021).

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah hubungan antara dua variabel dapat digambarkan dalam bentuk tabel silang. Dalam membuat tabel silang ini, peneliti harus mengetahui bagaimana arah hubungan dalam hubungan bivariat tersebut (Sarwono & Handayani, 2021). Dalam penelitian ini, untuk membandingkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada variabel independen *extended health belief model* dengan variabel dependen yaitu kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup, uji statistik yang digunakan adalah Uji T Tidak Berpasangan alternatif Uji *Mann Whitney*. Parameter nilai P yaitu $P>0,05$ dikatakan tidak bermakna dan $P<0,05$ dikatakan bermakna.

G. ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan berdasarkan peraturan Komisi Nasional etik Penelitian Kesehatan (KNEPK) dengan memperhatikan hal-hal berikut:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect of human dignity*)

Penelitian dilakukan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian. Tidak ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian. Subjek dalam penelitian juga mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi manfaat dan tujuan penelitian.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

Manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian dapat mengakibatkan terbukanya informasi tentang subjek. Sehingga peneliti merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain.

3. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara professional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan secara merata sesuai dengan kebutuhan.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan. Kemudian meminimalisir risiko atau dampak yang merugikan bagi subjek penelitian. Telah disetujui oleh komite etik dengan nomor etik 000743/KEP Stikes Panrita Husada Bulukumba/2025.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

Penelitian ini tentang pengaruh *extended health belief model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 yang telah dilaksanakan pada bulan April-Mei 2025. Responden dalam penelitian ini adalah masyarakat yang menderita diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba dengan jumlah responden 32 orang, dirancang dalam bentuk kuasi eksperimen dengan rancangan *control time series design* yang dilakukan selama 6 minggu.

1. Karakteristik Responden

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba

Karakteristik Responden	Intervensi		Kontrol	
	F	%	F	%
Usia				
45-50 tahun	3	18,8 %	4	25,0 %
51-55 tahun	7	43,8 %	8	50,0 %
56-59 tahun	6	37,5%	4	25,0 %
Jenis Kelamin				
Laki-laki	2	12,5 %	1	6,3 %
Perempuan	14	87,5%	15	93,8 %
Pendidikan Terakhir				
SD	0	0,0 %	7	43,8 %
SMP	0	0,0%	5	31,3 %
SMA	11	68,8 %	4	25,0 %
Perguruan Tinggi	5	31,3 %	0	0,0%
Pekerjaan				
Tidak Bekerja/IRT	11	68,8 %	15	93,8 %
PNS	4	25,0 %	0	0,0%
Wiraswasta	0	0,0%	1	6,3 %
Pensiunan	1	6,3 %	0	0,0%
Total	16	100 %	16	100%
Total Sampel	32 Sampel			

Sumber data: Data Primer 2025

Berdasarkan Tabel 5.1 distribusi frekuensi karakteristik responden sebanyak 32 orang, dengan pembagian 2 kelompok yaitu kelompok

intervensi dan kelompok kontrol, usia paling banyak adalah 51-55 tahun yaitu 43,8 % pada kelompok intervensi dan 50,0 % pada kelompok kontrol dibandingkan dengan usia 45-50 tahun dan 56-59 tahun.

Jenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan jenis kelamin laki-laki, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol yaitu sebanyak 87,5 % pada kelompok intervensi dan 93,8 % pada kelompok kontrol. Pendidikan terakhir yang paling banyak adalah pendidikan SMA pada kelompok intervensi yaitu sebanyak 68,8 % dan pada kelompok kontrol adalah pendidikan SD sebanyak 43,8 %. Pekerjaan yang paling banyak adalah tidak bekerja/IRT yaitu 68,8 % pada kelompok intervensi dan 93,8 % pada kelompok kontrol.

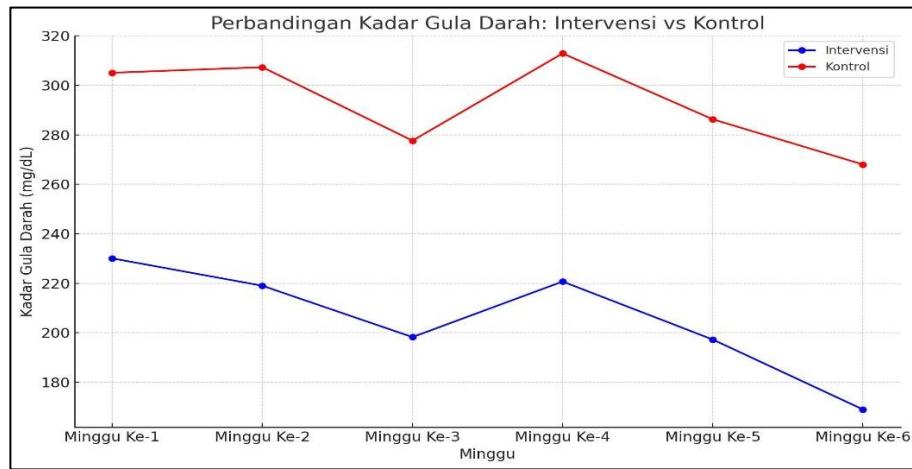
2. Analisis Univariat

a. Kadar Gula Darah

Kadar gula darah penderita diabetes melitus tipe 2 selama 6 minggu diberikan perlakuan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2
Distribusi Kadar Gula Darah Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Selama 6 Minggu Perlakuan

Kadar Gula darah	Intervensi		Kontrol		S
	Mean	SD	Mean	SD	
Minggu Ke-1	230,06	94,385	305,06	142,385	75
Minggu Ke-2	219,00	93,813	307,31	130,078	88,31
Minggu Ke-3	198,25	66,291	277,63	114,665	79,38
Minggu Ke-4	220,69	58,585	312,88	144,028	92,19
Minggu Ke-5	197,25	67,251	286,25	120,605	89
Minggu Ke-6	169,00	53,871	268,00	104,385	99



Gambar 5.1 Perbandingan Kadar Gula Darah

Berdasarkan Tabel 5.2, menunjukkan rata-rata (mean) kadar gula darah pada minggu ke-1 pada kelompok intervensi 230,06 mg/dL (94,385) dan pada kelompok kontrol yaitu 305,06 mg/dL (142,385) dengan selisih mean 75. Pada minggu ke-2 di kelompok intervensi didapatkan mean 219,00 mg/dL (93,813) dan kelompok kontrol 307,31 mg/dL (130,078) dengan selisih mean 88,31. Pada minggu ke-3, mean pada kelompok intervensi 198,25 mg/dL (66,291) sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan 277,63 mg/dL (114,665) dengan selisih mean 79,38.

Selanjutnya pada minggu ke-4, rata-rata (mean) kadar gula darah pada kelompok intervensi yaitu 220,69 mg/dL (58,585) dan kelompok kontrol 312,88 mg/dL (144,028) dengan selisih mean 92,19. Pada minggu ke-5, mean pada kelompok intervensi 197,25 mg/dL (67,251) sedangkan pada kelompok kontrol 286,25 mg/dL (120,605) dengan selisih mean 89. Kemudian pada minggu ke-6, didapatkan mean pada kelompok intervensi yaitu 169,00 mg/dL (53,871) dengan pada

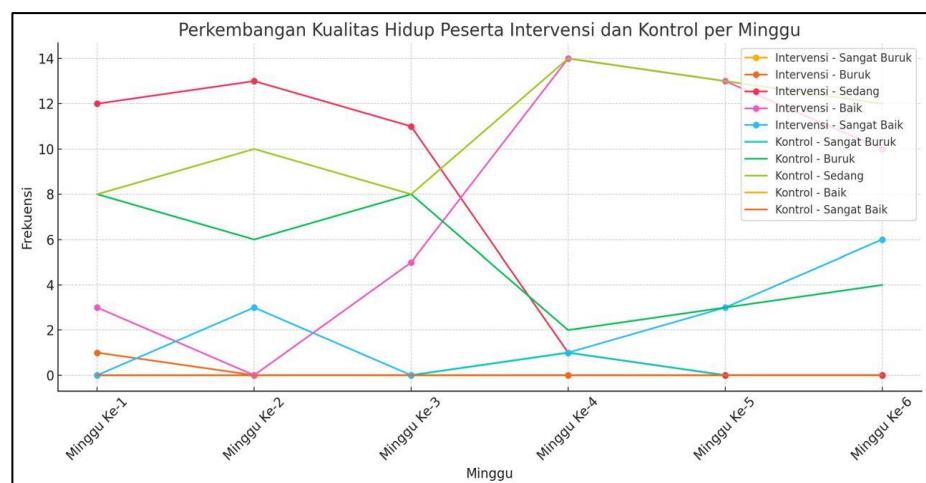
kelompok kontrol 268,00 mg/dL (104,385) atau selisih mean meningkat menjadi 99.

b. Kualitas Hidup

Kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 selama 6 minggu diberikan perlakuan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3
Distribusi Kualitas Hidup Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Selama 6 Minggu Perlakuan

Kualitas Hidup	Intervensi					Kontrol				
	Sangat Buruk	Buruk	Sedang	Baik	Sangat Baik	Sangat Buruk	Buruk	Sedang	Baik	Sangat Baik
Minggu Ke-1	0 (0,0%)	1 (11,1%)	12 (60,0%)	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (88,9%)	8 (40,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Minggu Ke-2	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (56,5%)	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (100,0%)	10 (43,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Minggu Ke-3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	11 (57,9%)	5 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (100,0%)	8 (42,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Minggu Ke-4	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,7%)	14 (100,0%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	14 (93,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Minggu Ke-5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (100,0%)	3 (100,0%)	0 (0,0%)	3 (100,0%)	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Minggu Ke-6	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (100,0%)	6 (100,0%)	0 (0,0%)	4 (100,0%)	12 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)



Gambar 5.2 Perbandingan Kualitas Hidup

Berdasarkan Tabel 5.3, menunjukkan kualitas hidup pada minggu ke-1 pada kelompok intervensi menunjukkan kualitas hidup sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 1 orang (11,1%), sedang 12 orang (60,0%), baik 3 orang (100,0%) dan sangat baik 0 orang (0,0%). Sedangkan pada kelompok kontrol, kualitas hidup sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 8 orang (88,9%), sedang 8 orang (40,0%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%).

Pada minggu ke-2, kualitas hidup pada kelompok intervensi dengan sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 0 orang (0,0%), sedang 13 orang (56,5%), baik 3 orang (100,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%). Sedangkan pada kelompok kontrol, kualitas hidup sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 6 orang (100,0%), sedang 10 orang (43,5%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%).

Pada minggu ke-3, kelompok intervensi dengan kualitas hidup sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 0 orang (0,0%), sedang 11 orang (57,9%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%). Pada kelompok kontrol, kualitas hidup sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 8 orang (100,0%), sedang 8 orang (42,1%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%).

Selanjutnya pada minggu ke-4, kualitas hidup kelompok intervensi dengan sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 0 orang (0,0%), sedang 1 orang (6,7%), baik 14 (100,0%) dan sangat baik 1 orang (100,0%). Pada kelompok kontrol, kualitas hidup dengan sangat buruk 0 orang

(0,0%), buruk 2 orang (100,0%), sedang 14 orang (93,3%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%).

Pada minggu ke-5, kualitas hidup kelompok intervensi yaitu sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 0 orang (0,0%), sedang 0 orang (0,0%), baik 13 orang (100,0%) dan sangat baik 3 orang (100,0%). Sedangkan pada kelompok kontrol, kualitas hidupnya yaitu sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 3 orang (100,0%), sedang 13 orang (100,0%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%).

Kemudian pada minggu ke-6, pada kelompok intervensi kualitas hidupnya yaitu sangat buruk 0 orang (0,0%), buruk 0 orang (0,0%), sedang 0 orang (0,0%), baik 10 orang (100,0%) dan sangat baik 6 orang (100,0%). Sedangkan pada kelompok kontrol, kualitas hidupnya dengan sangat buruk yaitu 0 orang (0,0%), buruk 4 orang (100,0%), sedang 12 orang (100,0%), baik 0 orang (0,0%), dan sangat baik 0 orang (0,0%).

3. Analisis Bivariat

Analisis pengaruh *extended health belief model* terhadap kadar gula darah sewaktu dan kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4
Analisis Pengaruh *Extended Health Belief Model* Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2

Kadar Gula Darah Minggu Ke-6	Mean (SD)	P
Kadar Gula Darah		
Kelompok Intervensi	169,00 (53,871)	0,003
Kelompok Kontrol	268,00 (104,385)	
Kualitas Hidup		
Kelompok Intervensi	4,38 (0,500)	0,000
Kelompok Kontrol	2,75 (0,447)	

Sumber data: *hasil uji T Tidak Berpasangan*

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata (mean) kadar gula darah pada minggu ke-6 pada kelompok intervensi yaitu 169,00 mg/dL berbeda pada kelompok kontrol yaitu 268,00 mg/dL. Hal ini menunjukkan bahwa dengan intervensi *extended health belief model* dapat menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes melitus tipe 2. Hasil uji statistik (*uji T Tidak Berpasangan*) didapatkan nilai $p=0,003$ ($p < 0,05$), yang berarti H_0 ditolak atau ada perbedaan rerata bermakna kadar gula darah selama 6 minggu pemberian intervensi *extended health belief model* pada penderita diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rata-rata (mean) kualitas hidup pada minggu ke-6 pada kelompok intervensi yaitu 4,38 dengan kriteria baik pada kelompok kontrol yaitu 2,75 kriteria buruk. Hal ini menunjukkan bahwa dengan intervensi *extended health belief model* dapat meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2. Hasil uji statistik (*uji T Tidak Berpasangan*) didapatkan nilai $p=0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti H_0 ditolak atau ada perbedaan rerata bermakna kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2 di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba selama 6 minggu pemberian intervensi *extended health belief model*.

B. PEMBAHASAN

1. Terdapat Perbedaan Kadar Gula Darah Sewaktu Sebelum Dan Sesudah Edukasi EHBM Pada Penderita Diabetes Melitus.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kadar gula darah sewaktu sebelum dan sesudah diberikan edukasi berbasis EHBM. Rata-rata kadar gula darah sewaktu setelah intervensi menunjukkan penurunan dibandingkan sebelum intervensi. Hal ini mengindikasikan bahwa edukasi berbasis EHBM dapat memberikan dampak positif terhadap pengendalian gula darah penderita diabetes melitus.

Pendekatan EHBM berfokus pada perubahan perilaku kesehatan melalui peningkatan persepsi pasien terhadap kerentanan dan keparahan penyakit, pemahaman terhadap manfaat perubahan perilaku, serta pengurangan hambatan yang dirasakan dalam pengelolaan diabete. Melalui edukasi ini, pasien menjadi lebih sadar akan pentingnya menjaga pola makan, melakukan aktivitas fisik dan mematuhi pengobatan yang dianjurkan. Selain itu, aspek *self-efficacy* yang diperkuat selama edukasi memungkinkan pasien untuk lebih percaya diri dalam mengelola penyakitnya secara mandiri. Rasa mampu untuk menjalankan tindakan-tindakan sehat menjadi faktor penting dalam perubahan perilaku sehari-hari yang berdampak pada penurunan kadar gula darah.

Hal ini diperkuat oleh teori peluru (*the bullet theory*), dikenal pula sebagai teori jarum suntik (*the hypodermic needle theory*) dari Melvin De Fleur (1982) adalah salah satu teori komunikasi yang menyatakan bahwa

pesan yang disampaikan secara berulang-ulang akan diterima oleh audiens secara langsung, cepat dan mempunyai efek yang kuat dan diterima di dalam memori jangka panjang yang sewaktu-waktu dapat diingat kembali seperti peluru yang ditembakkan langsung ke sasaran atau seperti jarum suntik yang menyuntikkan informasi ke dalam pikiran penerima (Suswani, Fatmawati, et al., 2018).

Dalam penelitian ini, teori peluru dapat dijadikan dasar untuk menjelaskan bagaimana pesan edukatif EHBM yang disampaikan kepada pasien diabetes melitus mampu mempengaruhi perubahan persepsi dan perilaku secara cepat dan signifikan. Edukasi kesehatan yang dirancang secara sistematis, terstruktur dan disampaikan secara langsung dengan melalui *leaflet* dipandang sebagai peluru informasi yang masuk langsung ke dalam pemahaman pasien.

Peneliti berasumsi bahwa penurunan kadar gula darah disebabkan oleh meningkatnya kesadaran dan motivasi pasien setelah memperoleh pemahaman yang lebih baik tentang risiko dan konsekuensi penyakit diabetes melitus melalui edukasi EHBM. Edukasi yang dilakukan secara terstruktur dan berkelanjutan selama 6 minggu memberikan kesempatan bagi pasien untuk mulai menerapkan perubahan gaya hidup sehat secara konsisten. Pasien secara aktif menerapkan materi edukasi EHBM dalam kehidupan sehari-hari seperti menjaga pola makan, menghindari konsumsi gula berlebih dan rutin aktivitas fisik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh penelitian yang dilakukan oleh (Dwijayanti, 2022) menunjukkan bahwa ada

pengaruh yang signifikan pemberian program edukasi pemberdayaan diabetes terhadap *health belief model* pada pasien diabetes tipe 2, terlihat dari kenaikan skor rata-rata *health belief model* sebelum dan setelah dilakukan intervensi, dan juga adanya peningkatan di semua dimensi dari *health belief model* antara lain persepsi kerentanan, persepsi keparahan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, *self-efficacy* yaitu peserta edukasi yakin dapat melakukan manajemen diabetes setelah mendapatkan program edukasi.

Hasil penelitian (Afniratri, 2023) menunjukkan bahwa pasien diabetes yang diberikan edukasi rata-rata memiliki skor persepsi kerentanan lebih tinggi dari pada tanpa edukasi dan secara statistik tidak signifikan. Pasien diabetes yang mendapat pendidikan atau pendidikan rata-rata memiliki skor persepsi keparahan lebih tinggi daripada tanpa pendidikan dan secara statistik signifikan. Pasien diabetes yang mendapatkan edukasi rata-rata memiliki skor persepsi manfaat lebih tinggi daripada tidak mendapatkan edukasi dan pengaruh yang signifikan.

Penelitian (Mohammadi, 2018) menunjukkan bahwa subjek dalam kelompok intervensi memiliki profil metabolik dan glikemik yang secara signifikan lebih baik dibandingkan dengan mereka dalam kelompok kontrol. Ini juga menunjukkan bahwa pengetahuan, kepercayaan kesehatan dan kualitas hidup meningkat secara signifikan dalam kelompok intervensi. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Jalilian, 2020) menunjukkan hasil peningkatan signifikan dalam respon rata-rata untuk kerentanan, keparahan, manfaat dan manajemen diri di antara

kelompok intervensi. Selain itu, setelah intervensi, respon rata-rata penghalang terhadap manajemen diri menurun di antara kelompok intervensi.

Berdasarkan penelitian (Shabibi, 2020) menyatakan bahwa nilai rata-rata kerentanan, keparahan, manfaat yang dirasakan dan hambatan, *self-efficacy*, dan perilaku perawatan diri rata-rata dan tingkat yang lebih rendah sebelum intervensi. Namun, setelah intervensi pendidikan, skor rata-rata setiap konstruk HBM dan perilaku perawatan diri meningkat secara signifikan.

Penelitian yang dilakukan oleh (Mohammadkhak et al., 2024) mendapatkan hasil bahwa pasca intervensi, kelompok intervensi menunjukkan peningkatan yang signifikan pada semua konstruksi HBM dibandingkan dengan pra-intervensi. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Bayat, dikutip dalam (Yetti et al., 2024) dengan analisis kuantitatif menunjukkan bahwa program pendidikan memiliki dampak positif dan signifikan pada konstruksi EHBM (termasuk kerentanan yang dirasakan, intensitas yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan dan efikasi diri).

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Gaol, 2021) mendapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus sebelum dan sesudah dilakukan edukasi. Penelitian yang dilakukan oleh (Suswani et al., 2022) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sebelum dan sesudah dengan pengetahuan dan self-efficacy setelah diberikan pendidikan kesehatan melalui media cetak (*leaflet*).

Penelitian (Taranda & Amurdi, 2022) mengungkapkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan penderita DM sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan penderita DM di Puskesmas Tikala Kabupaten Toraja.

Hasil penelitian (Suswani, 2025) terjadinya penurunan nilai gula darah sewaktu setelah intervensi sehingga dapat dimaknai bahwa pemberian terapi perilaku kognitif berpengaruh terhadap kontrol glikemik penderita diabetes melitus. Selain itu, pada kelompok kontrol tidak terlihat perbedaan skala nyeri, namun nilai gula darah sewaktu tampak berbeda signifikan dari *pre* ke *post-test*.

2. Terdapat Perbedaan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Sebelum Dan Sesudah Diberikan Edukasi EHBM.

Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup penderita diabetes melitus sebelum dan sesudah diberikan edukasi berbasis EHBM. Rerata skor kualitas hidup meningkat setelah intervensi yang mencerminkan adanya perubahan dalam aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dari kehidupan pasien.

Pemberian edukasi melalui media *leaflet* pada penelitian ini dilakukan selama 6 minggu. Edukasi melalui media *leaflet* dapat meningkatkan pengetahuan mengenai DM, sehingga terjadi peningkatan pengetahuan klien merupakan salah satu tercapainya tujuan edukasi dengan demikian meningkat juga kesadaran diri dari segi kesehatan, merubah gaya hidup kearah yang sehat, patuh terhadap terapi, dan berkualitas. Peningkatan tersebut dikarenakan bahwa sebelum seseorang

mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu: *awareness*, yaitu orang tersebut menyadari arti pentingnya informasi kesehatan, *interest*, yaitu orang mulai tertarik pada informasi yang diterima, *evaluation* yaitu meninbang-nimbang informasi tersebut bermanfaat atau tidak bagi dirinya, *trial*, subjek mulai melakukan sesuatu sesuai yang dikehendaki stimulus. Selain itu pengetahuan pasien tentang DM yang rendah juga dapat mempengaruhi persepsi pasien tentang penyakitnya, motivasi, manajemen coping dan perubahan perilaku. Salah satu upaya agar pesan pendidikan dapat dipahami dan memberikan dampak perubahan perilaku adalah dengan menggunakan metode yang tepat (Gaol, 2021).

Faktor yang mempengaruhi seseorang tidak patuh terhadap penatalaksanaan DM adalah kurangnya pengetahuan terhadap penyakit DM, sikap, keyakinan, dan kepercayaan yang dimiliki klien. Pengetahuan pasien tentang diabetes melitus yang rendah dapat mempengaruhi persepsi pasien tentang penyakitnya, motivasi, manajemen coping dan perubahan perilaku. Pengetahuan penderita tentang DM merupakan sarana yang dapat membantu penderita menjalankan penanganan diabetes selama hidupnya sehingga semakin banyak dan semakin baik penderita mengerti tentang penyakitnya semakin mengerti bagaimana harus mengubah perilakunya dan mengapa hal itu diperlukan. Jika penderita DM mematuhi penatalaksanaan DM, maka kualitas hidupnya juga akan meningkat.

Perubahan ini dapat dijelaskan melalui mekanisme kerja EHBM yang bertujuan meningkatkan pemahaman dan motivasi pasien dalam

berperilaku hidup sehat. Edukasi yang diberikan mencakup peningkatan persepsi risiko (kerentanan dan keparahan), pemahaman manfaat dari tindakan pencegahan, pengurangan hambatan serta peningkatan *self-efficacy*. Dengan meningkatkan pemahaman dan keyakinan terhadap kemampuan diri, pasien menjadi lebih mampu mengontrol kondisi kesehatannya secara mandiri.

Peneliti berasumsi bahwa edukasi berbasis EHBM ini dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman pasien terhadap pentingnya peran aktif dalam pengelolaan penyakit. Perubahan kualitas hidup terjadi sebagai hasil dari peningkatan perilaku hidup sehat yang dijalankan secara konsisten setelah intervensi. Pasien menerapkan materi edukasi berbasis EHBM dalam kehidupan sehari-hari, seperti pengelolaan makanan dan aktivitas fisik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Mutmainnah et al., 2020) yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan kepatuhan dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di rumah sakit di Jawa Tengah. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Lestari, 2022) menunjukkan bahwa tingginya efikasi diri maka semakin baik kualitas hidup pasien DM tipe 2. Penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2021) dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan signifikan kualitas hidup dengan nilai pengetahuan antara sebelum dan sesudah pendidikan dibandingkan kelompok kontrol.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Umam et al., 2020) mendapatkan hasil bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas

hidup yang sedang baik dari segi domain fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. Oleh sebab itu pentingnya peran petugas kesehatan untuk melakukan promosi kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien diabetes melitus menjadi lebih baik. Penelitian yang dilakukan oleh (Sasiarini, 2020) menunjukkan bahwa kualitas hidup pada penderita DM tipe 2 berbeda secara bermakna antara kelompok tanpa perlakuan dengan kelompok perlakuan di Poliklinik Endokrin RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Hasil penelitian (Laxmi et al., 2021) yaitu pada kelompok intervensi setelah diuji Wilcoxon terjadi peningkatan nilai rata-rata pengetahuan, peningkatan nilai kepatuhan, penurunan kadar gula darah puasa (GDP), penurunan kadar Gula Darah Setelah Makan (GDPP) dan peningkatan nilai kualitas hidup yang signifikan, sedangkan pada kelompok kontrol peningkatan nilai rata-rata pengetahuan, peningkatan nilai kepatuhan, penurunan kadar GDP, dan peningkatan nilai kualitas hidup tidak signifikan, hanya pada penurunan kadar GDPP yang signifikan.

Penelitian (Rokhman & Supriati, 2018) menyatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada pasien DM tipe 2 di RS Muhammadiyah Lamongan. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Yakub et al., 2020) menunjukkan ada kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan intervensi. Skor kualitas hidup sebelum *self management education* 68,56 ($SD\pm5,51$), mengalami peningkatan menjadi 82,26 ($SD\pm12,14$) setelah dilakukan intervensi. Hasil

analisis menunjukkan ada perbedaan kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan intervensi ($p=0.000$). Hal ini menunjukkan ada pengaruh *self management education* terhadap kualitas hidup pada pasien DM tipe II.

3. Terdapat Pengaruh EHBM Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Penderita Diabetes Melitus.

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan di puskesmas Bontobangun, didapatkan adanya perbedaan kadar gula darah selama 6 minggu diberikan perlakuan pada penderita diabetes melitus tipe 2. Pada kelompok intervensi terjadi penurunan kadar gula darah setelah diberikan perlakuan. Menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan *extended health belief model* terhadap kadar gula darah penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

Edukasi EHBM ini diberikan dengan menggunakan *leaflet*. *Leaflet* merupakan salah satu media yang dapat digunakan untuk menyampaikan informasi kesehatan melalui lembaran yang dilipat. Keuntungan menggunakan media ini adalah sasaran dapat menyesuaikan dan belajar mandiri serta praktis karena mengurangi kebutuhan mencatat, sasaran dapat melihat isinya disaat santai dan sangat ekonomis, berbagai informasi dapat diberikan atau dibaca oleh anggota kelompok sasaran, sehingga bisa didiskusikan, dapat memberikan informasi yang detail yang mana tidak diberikan secara lisan, mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan dengan kelompok sasaran (Yeni, 2021).

Kadar gula darah penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba pada minggu pertama, kedua dan

ketiga mengalami penurunan. Pada minggu keempat mengalami peningkatan kadar gula darah karena penurunan motivasi sesaat yaitu minggu keempat bisa menjadi fase transisi di mana semangat pasien sedikit menurun (dikenal dalam teori perubahan perilaku yaitu fase resistensi), kepatuhan menurun pada pasien yaitu pasien mulai kurang konsisten menjalankan anjuran karena faktor jemu atau bosan, stress atau faktor hormonal seperti pola makan tidak terkontrol saat acara keluarga, kurang tidur dan aktivitas fisik berkurang, serta respon adaptasi tubuh yaitu pada sebagian orang, tubuh bisa mengalami fluktuasi saat mulai beradaptasi dengan perubahan gaya hidup. Pada minggu kelima, kadar gula darah kembali turun, artinya pasien telah memperbaiki pola hidup. Begitupun dengan minggu keenam, terjadi penurunan signifikan di kelompok intervensi yang menunjukkan bahwa edukasi EHBM efektif meningkatkan pemahaman, efikasi diri dan kepatuhan.

Penurunan rata-rata kadar gula darah sewaktu penderita diabetes melitus tipe 2 setelah diberikan intervensi EHBM mencerminkan keberhasilan pendekatan ini dalam memodifikasi perilaku manajemen diabetes. Hal ini sejalan dengan prinsip dasar EHBM yang menekankan pada perubahan persepsi individu terhadap kesehatannya dan untuk meningkatkan motivasi pasien DM untuk berperilaku hidup sehat.

Model ini mencakup persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan yang dirasakan dan efikasi diri. Dimana persepsi kerentanan dan keparahan membuat pasien menyadari bahwa kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan komplikasi serius seperti gagal ginjal, retinopati,

stroke, luka gangren dan neuropati diabetik. Persepsi manfaat meningkatkan keyakinan bahwa tindakan seperti mengatur pola makan, berolahraga dan mematuhi pengobatan akan membawa hasil yang positif. Selanjutnya mengenai persepsi hambatan yang berhasil dikurangi selama intervensi seperti persepsi bahwa diet diabetes itu mahal atau sulit berperan besar dalam meningkatkan kepatuhan dan *self-efficacy* (efikasi diri) memainkan peran kunci yaitu pasien yang merasa mampu untuk mengontrol kebiasaan makannya dan menjaga gaya hidup sehat lebih mungkin mengalami penurunan kadar gula darah pada penderita diabetes melitus.

Penurunan kadar gula darah yang terjadi setelah edukasi dapat dijelaskan sebagai efek langsung dari penembakan informasi yang menyentuh persepsi pasien mengenai elemen EHBM yaitu kerentanan (*susceptibility*), pasien disadarkan bahwa kadar gula darah yang tinggi akan meningkatkan risiko komplikasi berat seperti gagal ginjal, stroke, dan amputasi. Edukasi ini disampaikan dengan menggunakan bahasa yang kuat dan visualisasi yang jelas, sehingga langsung menciptakan efek kesadaran terhadap pasien diabetes melitus. Selanjutnya, elemen keparahan (*severity*) yaitu informasi tentang dampak jangka panjang diabetes diberikan secara langsung. Berdasarkan teori peluru, edukasi ini langsung membentuk dampak persepsi bahwa penyakit ini serius dan perlu segera dikendalikan. Elemen manfaat (*benefits*) dan efikasi diri (*self-efficacy*), yaitu pasien diberikan edukasi bahwa perubahan kecil seperti mengatur makanan, olahraga ringan dan minum obat teratur bisa

menurunkan gula darah secara nyata. Dengan adanya teori peluru, edukasi diterima secara utuh dan pasien segera menindaklanjuti dengan tindakan nyata seperti menghindari makanan manis dan melakukan olahraga ringan. Kemudian elemen hambatan (*barriers*), edukasi ini juga menghapus asumsi pasien yang salah, seperti makanan sehat itu mahal atau olahraga itu sulit. Edukasi ini disampaikan secara langsung agar pasien tidak lagi mempunyai alasan untuk menunda melakukan perubahan perilaku kesehatan.

Tujuan edukasi pada dasarnya untuk mengubah pemahaman individu kelompok, dan masyarakat di bidang kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri, dalam mencapai tujuan hidup sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai atau secara umum untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat. Pemberian edukasi dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang gaya hidup sehat dan upaya mengontrol kadar glukosa darahnya, sedangkan pengetahuan adalah faktor predisposisi terjadinya perilaku, seperti pengetahuan seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya (Gaol, 2021).

Peneliti berasumsi bahwa edukasi berbasis EHBM berhasil mengubah perilaku pasien dalam pengelolaan diabetes melitus seperti menjaga pola makan dan rutin aktivitas fisik. Perubahan perilaku ini berkontribusi langsung pada penurunan kadar gula darah. Selain itu, dengan meningkatnya persepsi kerentanan dan keparahan, serta kesadaran

tentang manfaat pengelolaan yang baik, pasien menjadi lebih disiplin dalam menerapkan gaya hidup sehat serta memiliki keyakinan diri (*self-efficacy*) yang lebih tinggi untuk mengelola penyakitnya.

Penurunan kadar gula darah ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Nuzula et al., 2023) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara perilaku persepsi sehat mempertahankan kadar glukosa darah dengan menggunakan *health belief model*. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Widhiastuti & Candra, 2023) mendapatkan hasil bahwa model kepercayaan kesehatan atau *health belief model* menjadi pedoman seseorang untuk berperilaku sehat atau pengambilan keputusan dalam menentukan perilaku sehat.

Pemberian edukasi dengan media *leaflet* terhadap kadar glukosa darah puasa pasien diabetes melitus tipe 2 di puskesmas Lapai Padang pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan setelah 30 hari terdapat perbedaan yang signifikan dan pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan kepatuhan dan penurunan kadar glukosa darah setelah diberikan edukasi, menurut penelitian (Yeni, 2021).

Hasil penelitian (Nuzula, 2020) menunjukkan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara persepsi sehat terhadap perilaku menjaga kadar glukosa darah dengan korelasi positif yang rendah antara kedua variabel. Hal tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi persepsi sehat maka semakin tinggi pula perilaku menjaga kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus tipe 2. Selanjutnya, penelitian (Nurhidayah et al., 2020) menyatakan bahwa persepsi yang diungkapkan partisipan terkait

DM berdasarkan *health belief model* (HBM), persepsi kerentanan didapat dari faktor keturunan penyakit keluarga, persepsi keseriusan terkait resiko amputasi akibat DM, serta adanya respon psikis yang dirasakan partisipan seperti cemas dan takut akibat DM, persepsi hambatan dalam perilaku pencegahan DM terkait kesibukan pekerjaan dan mengurus pekerjaan rumah tangga dan persepsi manfaat terkait perilaku yang sudah dilakukan dalam pencegahan DM.

Penelitian (Sulistiani et al., 2024) mendapatkan hasil bahwa adanya hubungan antara aktivitas fisik berbasis model keyakinan kesehatan dengan sikap dalam mengontrol kadar gula darah pada pasien DM T2 di wilayah kerja Puskesmas Polongbangkeng Utara Kabupaten Takalar. Penelitian yang dilakukan oleh (Pramono, 2020) menunjukkan hasil ada hubungan antara *perceived barriers*, *self efficacy* dan tidak ada hubungan antara *perceived susceptibility*, *perceived benefits* dengan kepatuhan pemenuhan kebutuhan gizi pada klien dengan diabetes melitus.

Hasil studi (Yuniarsih, 2022) menjelaskan bahwa penderita diabetes melitus memiliki tingkat *health belief model* yang buruk. Pada domain *perceived susceptibility* dalam kategori buruk sebanyak 12 responden, domain *perceived severity* dalam kategori buruk 11 responden, domain *perceived benefits* dalam kategori buruk 10 responden dan domain *perceived barriers* dalam kategori baik sebanyak 14 responden. Penelitian (Halizah, 2023) menyimpulkan bahwa persepsi keparahan tinggi berpengaruh 2.60 kali lebih tinggi dibandingkan persepsi keparahan rendah pada perilaku preventif tersier dan secara statistik signifikan. Meta-

analisis berasal dari negara Ethiopia, Malaysia, China, Taiwan menyimpulkan bahwa persepsi manfaat tinggi berpengaruh 1.76 kali lebih tinggi dibandingkan dengan persepsi manfaat rendah dan secara statistik signifikan. Meta-analisis berasal dari negara Ethiopia, Sudan, India, China efikasi diri tinggi berpengaruh 2.69 kali lebih tinggi dibandingkan dengan efikasi diri rendah dan secara statistik signifikan.

Hasil penelitian (Wardhani, 2022) menunjukkan bahwa manajemen diabetes dilakukan karena adanya persepsi tentang ancaman suatu penyakit (*threat*) dan harapan dari suatu tindakan (*hope*). Persepsi *threat* yang dimiliki subjek yaitu merasa rentan terhadap dampak diabetes dan ketakutan akan komplikasi pada beberapa organ tubuh (*susceptibility*) dan merasa bahwa dampak diabetes sudah mulai menyerang aspek fisik dan sosial (emosi, relasi sosial, dan pandangan masayarakat) (*severity*). *Hope* yang dimiliki subjek antara lain kondisi menjadi lebih sehat dan terhindar dari komplikasi (*benefit*), adanya dukungan keluarga yang besar terhadap kondisi subjek (*less barrier*), dan keinginan untuk menerima kondisi diri apa adanya serta keyakinan diri yang tinggi untuk mampu menjalani manajemen diabetes (*self-efficacy*). Pendekatan *health belief model* mampu mengungkap alasan-alasan seseorang dalam melakukan manajemen diabetes sehingga pendekatan ini sangat direkomendasikan untuk program penyuluhan bagi penderita diabetes melitus.

4. Terdapat Pengaruh EHBM Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus.

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan di puskesmas Bontobangun, didapatkan adanya perbedaan kualitas hidup selama 6 minggu diberikan perlakuan pada penderita diabetes melitus tipe 2. Pada kelompok intervensi terjadi peningkatan kualitas hidup setelah diberikan perlakuan. Menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan *extended health belief model* terhadap kualitas hidup penderita diabetes melitus di puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.

Peningkatan skor kualitas hidup setelah diberikan intervensi EHBM menunjukkan bahwa edukasi dengan pendekatan EHBM tidak hanya berdampak pada aspek medis, tetapi juga pada kesejahteraan fisik, psikologis, sosial dan lingkungan. Pasien merasa lebih terkontrol terhadap penyakitnya yang secara psikologis meningkatkan rasa percaya diri dan menurunkan kecemasan. Perubahan gaya hidup yang lebih sehat, seperti makan teratur dan aktivitas fisik yang rutin, turut mendukung fungsi fisik dan vitalitas serta dukungan sosial yang diberikan selama sesi intervensi berkontribusi pada peningkatan domain sosial dalam kualitas hidup.

Efikasi diri pada pasien DM berfokus pada kemampuan untuk mengelola, memodifikasi, serta merencanakan sikap sehingga pasien mampu mengendalikan kadar gula darahnya, sehingga dengan menggunakan efikasi diri yang baik pasien dengan penyakit DM akan lebih percaya diri pada menghadapi penyakitnya. Efikasi diri pasien sebelum dilakukan edukasi pada penelitian ini memiliki efikasi diri

rendah, sedang, dan tinggi, penyebabnya adalah kurangnya mereka mendapatkan informasi tentang pengelolaan diabetes melitus yang sistematis dan menyeluruh. Selama ini informasi yang diberikan hanya apa yang mereka keluhkan. Menurut *World Health Organization Quality of Life*, kualitas hidup adalah persepsi individu dalam kehidupan dan dimana individu hidup dalam hubungannya dengan tujuan individu, harapan, standar ditetapkan dan perhatian seseorang (Oktafia, 2022).

Efikasi diri sebelum perlakuan EHBM pada kelompok intervensi didapatkan rata-rata responden belum mempu mengelola diet mereka, baik dalam keseharian. Begitu juga dengan aktivitas, banyak responden yang tidak melakukan olahraga atau hanya olahraga pada saat senam DM di Puskesmas Bontobangun. Data ini dapat dijelaskan bahwa sebagian besar mengalami peningkatan pada efikasi diri dan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Pasien juga harus bekerjasama untuk perubahan gaya hidup guna mencegah terjadinya komplikasi. Setelah diberikan edukasi EHBM tentang diabetes melitus, mayoritas responden mampu mengelola DM dibuktikan dengan hasil efikasi diri mereka yang meningkat secara rutin baik saat sehat maupun sakit sehingga dapat menyesuaikan makanan, aktivitas dan obat-obatan sesuai dengan kondisi yang dialami responden.

Pasien DM perlu mengatur kembali pengobatan nutrisi medis dan aktivitas fisik, jika perlu menggunakan pemantauan obat dan glukosa darah untuk mengevaluasi hasil kegiatan perawatan diri. Pasien DM harus belajar bagaimana untuk mengevaluasi diri, memutuskan tindakan apa yang perlu diambil untuk mengurus kebutuhan mereka, dan melakukan

tindakan-tindakan, dan tindakan ini akan menjadi mungkin dengan pendidikan tentang DM. Teori *self-care deficit Orem* bisa menjadi panduan yang berguna pada diabetes manajemen diri pendidikan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri seorang pasien DM. Teori *self-care* menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri (Oktafia, 2022).

Peneliti berasumsi bahwa peningkatan kualitas hidup disebabkan oleh perubahan perilaku positif yang muncul setelah pasien memahami risiko dan manfaat tindakan melalui EHBM. Pasien menerapkan materi edukasi dalam kehidupan sehari-hari secara konsisten selama masa intervensi. Selain itu, persepsi pasien mengenai penyakitnya meningkat melalui edukasi EHBM sehingga terjadi perubahan pada sikap dan cara pandang penderita. Persepsi yang lebih positif terhadap kondisi penyakit dapat meningkatkan kualitas hidup.

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Lismayanti & Sari, 2020) dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup penderita TB sebelum dan sesudah diberikan edukasi berdasarkan *Health Belief Model* pada penderita Tuberkulosis di PKM Tamansari Kota Tasikmalaya. Penelitian yang dilakukan oleh (Kinwati, 2023) mendapatkan hasil bahwa kualitas hidup secara umum pasien diabetes melitus dengan kuisioner WHOQOL adalah kategori cukup. Dengan penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk upaya

promosi kesehatan tentang 4 pilar diabetes melitus untuk diterapkan di tiap-tiap wilayah yang terdapat pasien DM sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien DM. Selain itu, penelitian (Lestari, 2022) menunjukkan bahwa tingginya efikasi diri maka semakin baik kualitas hidup pasien DM tipe 2.

Penelitian yang dilakukan oleh (Oktafia, 2022) menunjukkan hasil bahwa ada pengaruh pada efikasi diri dan kualitas hidup pada kelompok pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah RW 01 dan 03 Surabaya. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan dan motivasi, akan meningkatkan efikasi diri dan kualitas hidup semakin meningkat. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Yumassik et al., 2022) menyatakan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara kadar glukosa darah dengan kualitas hidup. Hasil uji korelasi memberikan indikasi bahwa semakin rendah kada glukosa darah pasien diabetes melitus maka kualitas hidupnya semakin tinggi.

Selanjutnya, penelitian yang dilakukan oleh (Hasneli & Lestari, 2023) menunjukkan bahwa ada hubungan kontrol gula darah dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus selama pandemi COVID-19. Penelitian (Rahayu et al., 2022) mendapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara program *Diabetes Self Management Education* terhadap kualitas hidup penderita DM. Perawat dapat melakukan DSME sebagai pendekatan dalam meningkatkan *self care* diabetes sehingga kualitas hidup mereka dapat ditingkatkan.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa penerapan pendekatan EHBM memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kadar gula darah dan peningkatan kualitas hidup penderita diabetes melitus melalui peningkatan persepsi risiko, persepsi keparahan, manfaat, efikasi diri dan pengurangan hambatan dan mampu melakukan pengelolaan diri secara lebih optimal.

EHBM merupakan bukan faktor yang secara langsung memengaruhi kadar gula darah maupun kualitas hidup. Namun, model ini berperan penting dalam membentuk persepsi dan motivasi pasien terhadap pengelolaan penyakitnya. EHBM dapat mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan melalui komponen persepsi kerentanan, persepsi keparahan, manfaat, hambatan, isyarat untuk bertindak, dan efikasi diri.

Ketika pendekatan EHBM dikombinasikan dengan faktor lain seperti pola makan yang sehat, aktivitas fisik teratur, dan kepatuhan terhadap pengobatan, maka dampaknya terhadap penurunan kadar gula darah dan peningkatan kualitas hidup menjadi lebih signifikan. Dengan kata lain, EHBM menjadi landasan edukatif yang mendorong pasien untuk menjalani perilaku hidup sehat, yang pada akhirnya memberikan hasil positif terhadap kondisi klinis dan kualitas hidupnya.

C. KETERBATASAN PENELITIAN

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Durasi intervensi yang relatif singkat. Intervensi dilakukan hanya selama 6 minggu, sehingga belum dapat menggambarkan efek jangka panjang dari penerapan EHBM terhadap kadar gula darah dan kualitas hidup.

Perubahan perilaku dan pengendalian DM umumnya memerlukan waktu yang lebih lama untuk menunjukkan dampak yang berkelanjutan.

2. Jumlah sampel responden hanya 32 orang yang tentunya masih kurang untuk menggambarkan keadaan yang sesungguhnya.
3. Tidak mengontrol faktor luar, seperti dukungan keluarga, stress dan aktivitas fisik di luar sesi intervensi tidak dikontrol sepenuhnya, padahal dapat memengaruhi kadar gula darah maupun kualitas hidup penderita diabetes melitus.
4. Model EHBM tidak memberikan pengaruh langsung terhadap kadar gula darah dan kualitas hidup. Penelitian ini menggunakan pendekatan EHBM sebagai metode edukasi, namun model ini tidak secara langsung menurunkan kadar gula darah atau meningkatkan kualitas hidup. Pengaruh EHBM hanya dapat terjadi jika peserta secara aktif mengubah perilakunya, seperti memperbaiki pola makan dan meningkatkan aktivitas fisik. Karena itu, efektivitas intervensi sangat bergantung pada respon individu terhadap edukasi yang diberikan.

BAB VI

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan hasil pengolahan data maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Terdapat perbedaan kadar gula darah sewaktu sebelum dan sesudah edukasi EHBM pada penderita diabetes melitus.
2. Terdapat perbedaan kualitas hidup penderita diabetes melitus sebelum dan sesudah diberikan edukasi EHBM.
3. Terdapat pengaruh EHBM terhadap kadar gula darah sewaktu penderita diabetes melitus.
4. Terdapat pengaruh EHBM terhadap kualitas hidup penderita diabetes melitus.

B. SARAN

1. Bagi tenaga kesehatan, disarankan untuk menggunakan pendekatan edukasi berbasis EHBM dalam program manajemen pasien diabetes, karena terbukti dapat menurunkan kadar gula darah dan meningkatkan kualitas hidup.
2. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian dengan durasi yang lebih panjang dan melibatkan variabel seperti dukungan keluarga atau tingkat depresi untuk memperluas pemahaman mengenai efektivitas EHBM dalam pengelolaan DM.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, R. (2021). *Pengantar metodologi penelitian*. SUKA-Press.
- Afniratri, A. (2023). *Meta-Analisis: Efektivitas Pendidikan Kesehatan Berbasis Health Belief Model Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2*. Universitas Sebelas Maret.
- Alfreyzal, M., Paizer, D., Anggraini, D., Syahfitri, R. D., & Azhari, M. H. (2024). *Edukasi Kesehatan Pada Keluarga Diabetes Melitus Dengan Masalah Keperawatan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif*. 13(1).
- Alydrus, N. L., & Fauzan, A. (2022). *Pemeriksaan Interpretasi Hasil Gula Darah*. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Teknologi Kesehatan*, 3(2), 16–21.
- Amalia, M., Oktarina, Y., & Nurhusna, N. (2024). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Simpang IV Sipin Kota Jambi*. *Jik Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(1), 33. <https://doi.org/10.33757/jik.v8i1.808>
- Anggreni, D. (2022). *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kesehatan* (E. D. Kartiningrum (ed.)). STIKes Majapahit Mojokerto.
- Arifah, T. N. (2018). *Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Padasuka Kecamatan Cibeunyung Kidul Kota Bandung*. Universitas Pendidikan Indonesia.
- Azizah, N. (2018). *Gula Darah Puasa Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rsup Dr . Wahidin Sudirohusodo*. 12(December), 25–32.
- Dixa, M., Zalsabila, Y., & Pratiwi, A. A. (2024). *Pemberian Diet Diabetes Melitus B2 Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dan Gagal Ginjal Kronik (Ggk) : 5*, 4156–4169.
- Dwijayanti, Y. R. (2022). *Efektivitas Program Edukasi Pemberdayaan Diabetes Untuk Meningkatkan Health Belief Pada Pasien Diabetes Tipe 2*. Universitas Airlangga.
- Fatmawati, Stang, Ridwan Amiruddin, Muhammad Syafar, Asri, & Safruddin. (2022). *Qualitative study on cognitive distortion and negative behavior of patients with diabetes mellitus*. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 15(3), 059–064. <https://doi.org/10.30574/wjarr.2022.15.3.0895>
- Gaol, D. E. L. (2021). *Pengaruh Edukasi Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terhadap Perubahan Pengetahuan Sikap Dan Kadar Glukosa Darah Sewaktu Pada Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Lingkar Timur Kota Bengkulu Tahun 2019*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu.
- Halizah, A. N. (2023). *Meta Analisis: Aplikasi Health Belief Model Perilaku Preventif Tersier Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2*. Universitas Sebelas Maret.

- Hardani, Andriani, H., Ustiawaty, J., Utami, E. F., Istiqomah, R. R., Fardani, R. A., Sukmana, D. J., & Auliya, N. H. (2020). *Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif* (H. Abadi (ed.); Issue March). CV. Pustaka Ilmu Group Yogyakarta.
- Hasneli, Y., & Lestari, W. (2023). *Health Care Jurnal Kesehatan Hubungan Kontrol Gula Darah Dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Selama Pandemi Covid-19*. *Health Care : Jurnal Kesehatan*, 12(2), 414–421.
- Hikmawati, F. (2020). *Metodologi Penelitian*. PT Rajagrafindo Persada.
- Jaelani, M., Larasati, M. D., Rosidi, A., Semarang, P. K., Program, N. S., Sciences, H., & Semarang, U. M. (2024). *Edukasi Diet Diabetes Puasa untuk Mengendalikan Gula Darah Saat Menjalankan Puasa Ramadhan*. *Jurnal Riset Gizi*, 12(1), 41–46.
- Jalilian. (2020). *Program Promosi Pendidikan Self Management Pada Pasien Diabetes Di Iran Melalui Health Belief Model*.
- Jiang, L., Liu, S., Xie', L., & Jiang, Y. (2021). *The Role Of Health Beliefs In Affecting Patients' Chronic Diabetic Complication Screening: A Path Analysis Based On The Health Belief Model*.
- Jiwintarum, Y., Fauzi, I., Diarti, M. W., & Santika, I. N. (2019). *Penurunan Kadar Gula Darah Antara Yang Melakukan Senam Jantung Sehat Dan Jalan Kaki*. *Jurnal Kesehatan Prima*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.32807/jkp.v13i1.192>
- Kaluku, K. (2021). *Pengaruh Edukasi Gizi Terhadap Pengetahuan dan Sikap Pasien Diabetes Mellitus Tipe II*. *Global Health Science (Ghs)*, 5(3), 121. <https://doi.org/10.33846/ghs5305>
- Kemenkes RI. (2020). *Infodatin Diabetes Mellitus. Pusat Data Dan Informasi Kemenkes RI*. <https://doi.org/ISBN 2442-7699%0D>
- Kinwati. (2023). *Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Wanadadi 1 Banjarnegara*. Universitas Muhammadiyah Gombong.
- Laxmi, D., Kumala, S., Sarnianto, P., & Tarigan, A. (2021). *Pengaruh Edukasi Farmasis terhadap Hasil Terapi dan Kualitas Hidup Pasien Prolanis Diabetes Melitus Tipe 2*. *Syntax Literate ; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 6(1), 154. <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v6i1.2086>
- Lestari, N. Y. (2022). *Efek Efikasi Diri Dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Mlonggo Dan Puskesmas Bangsri 1 Kabupaten Jepara Jawa Tengah*. Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Lismayanti, L., & Sari, N. P. (2020). *Pengaruh Edukasi Health Belief Model Terhadap Kualitas Hidup Penderita Tuberkulosis Di Pkm Tamansari Kota Tasikmalaya*. Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya.
- Mohammadi. (2018). *Dampak Dari Pendidikan Self-Efficacy Berdasarkan Health*

Belief Model.

- Mohammadkhak, F., Pezeshki, B., Norouzrajabi, S., & Jeihooni, A. K. (2024). *The Effect of Training Intervention based on Health Belief Model on Selfcare Behaviors of Women with Gestational Diabetes Mellitus.*
- Mutmainnah, N., Ayubi, M. Al, & Widagdo, A. (2020). *Kepatuhan dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit di Jawa tengah.*
- Nilawati, & Fati, N. (2023). *Metodologi Penelitian* (D. Syukriani (ed.)). Politeknik Pertanian Negeri Payakumbuh.
- Noerpratomo, R. H. (2018). *Kualitas Hidup Orang Dengan HIV Positif, Pengguna NAPZA, Dan Masyarakat Miskin Kota Yang Mengikuti Aktivitas Street Soccer Di Rumah Cemara Bandung.* Universitas Pendidikan Indonesia.
- Nurbasari, N. A., Gondodiputro, S., & Dwipa, L. (2020). *The Elderly's Quality Of Life In The Panti Werdha And The Community Of Bandung City: WHOQOL-BREF And WHOQOL-OLD Indonesian Version.* Share : Social Work Journal, 9(2), 219. <https://doi.org/10.24198/share.v9i2.25611>
- Nurhidayah, Agustina, V., & Rayanti, R. E. (2020). *Penerapan Perilaku Pencegahan Penyakit Diabetes Mellitus Menggunakan Health Belief Model Di Puskesmas Sidorejo Lor – Salatiga.* Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 5(2), 61–69.
- Nuzula, I. F. (2020). *Hubungan Persepsi Sehat Berbasis Teori Health Belief Model Dengan Perilaku Menjaga Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Sumbersari.*
- Nuzula, I. F., Asmaningrum, N., & Afandi, A. T. (2023). *Prediktor Perilaku Menjaga Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Mellitus: Persepsi Sehat Berbasis Health Belief Model.* Bali Medika Jurnal, 10(2), 150–161. <https://doi.org/10.36376/bmj.v10i2.265>
- Oktafia, N. (2022). *Efektifitas Edukasi Diabetes Terpadu Terhadap Efikasi Diri Dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Wilayah Asemrowo Rw 01 Dan 03 Surabaya.* Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
- Oktaviana, E., Nadrati, B., & Supriatna, L. D. (2024). *Pengaruh Edukasi Diet Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Gunungsari.* MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 4(2), 439–454. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v4i2.13047>
- Pebryani, A., Amin, F. A., Arifin, V. N., Masyarakat, F. K., & Aceh, U. M. (2024). *Pengaruh Life Style Dengan Kejadian Penyakit Diabetes Puskesmas Ladang Rimba Kabupaten Aceh Selatan Tahun 2024.* 5, 10929–10940.
- Pramono, A. P. (2020). *Analisis Faktor Kepatuhan Pemenuhan Kebutuhan Gizi*

- Pada Klien Dengan Diabetes Melitus Berbasis Teori Health Belief Model.* Universitas Airlangga.
- Puspitasari, D. (2020). *Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kecamatan Sinjai Selatan Kabupaten Sinjai*. Univeritas Hasanuddin.
- Putri, H. Y. (2021). *Efektivitas Edukasi Dengan Metode Booklet Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Luka Wonoayu Sidoarjo*. Universitas Anwar Medika.
- Rahayu, E., Kamaluddin, R., & Made Sumarwat. (2022). *Pengaruh Program Diabetes Self Management Education Berbasis Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe Ii Di Wilayah Puskesmas Ii Baturraden*. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 2(1), 25–34. <https://doi.org/10.24198/jkp.v2i1.79>
- Riskesdas. (2013). *Riskedas Dalam Angka Provinsi Sulsel 2013*. In *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*.
- RISKESDAS. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156).
- Rismayanti, D. A., Sundayana, I. M., Ariana, P. A., & Heri, M. (2021). *Edukasi Diabetes Terhadap Penurunan Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3, 110–116.
- Rizqi, A. (2018). *Health Belief Model Pada Penderita Diabetes Melitus*.
- Rohmah, S. (2021). *Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Karangmulya*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesheatan Medistra Indonesia.
- Rokhman, A., & Supriati, L. (2018). *Pengaruh Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Kecemasan Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di RS Muhammadiyah Lamongan*.
- Rosares, V. E., & Boy, E. (2022). *Pemeriksaan Kadar Gula Darah untuk Screening Hiperglikemia dan Hipoglikemia*. *Jurnal Implementa Husada*, 3(2), 65–71. <https://doi.org/10.30596/jih.v3i2.11906>
- Safitri, R., & Ahmad Syafiq. (2022). *Hubungan Literasi Kesehatan dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus*. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(12), 1616–1625. <https://doi.org/10.56338/mppki.v5i12.2797>
- Safruddin, & Asri. (2022). *Buku Ajar Biostatistik Untuk Mahasiswa Kesehatan* (Ikhwan (ed.)). Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Stikes Panrita Husada.
- Safruddin, Muriyati, Siringoringo, E., & Asri. (2023). *Buku Ajar Besar Sampel Dan Uji Statistik Untuk Mahasiswa Kesehatan* (Asri (ed.)). Lembaga

- Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Stikes Panrita Husada.
- Santosa, F. L. (2024). *Pelaksanaan Proses Asuhan Gizi Terstandar Pemberian Diet Diabetes Melitus, Rendah Purin, dan Rendah Lemak terhadap Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan Suspect Cerebrovascular Accident: Sebuah Laporan Kasus. Media Gizi Kesmas*, 13(1), 21–29. <https://doi.org/10.20473/mgk.v13i1.2024.21-29>
- Sarwono, A. E., & Handayani, A. (2021). *Metode Kuantitatif*. UNISRI Press.
- Sasiarini, L. (2020). *Peran Edukasi Gaya Hidup Terhadap Status Gizi , Status Fungsional , Dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Lanjut Usia Laksmi Sasiarini * □ , Ika A . Puspitasari **, Sri Sunarti * Abstrak The Role Of Lifestyle Education Program On Nutritional S*. 42–49.
- Setianto, A., Maria, L., & Firdaus, A. D. (2023). *Diabetes Mellitus Usia Dewasa Dan Lansia*. 12(November), 98–106.
- Shabibi. (2020). *Efek Intervensi Pendidikan Berdasarkan Health Belief Model (HBM) Untuk Mempromosikan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes tipe 2*.
- Siagian, I. O., & Sarinasiti, T. (2022). *Interaksi Sosial Berhubungan dengan Kualitas Hidup Lansia*. *Jurnal Keperawatan*, 14, 1247–1252.
- Siringoringo, E., Asri, & Safruddin. (2021). *Pengaruh Rebusan Daun Kersen Terhadap Kadar Glukosa Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Bontobahari Prodi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba , Indonesia Alamat Koresponden : Asri BTN IIN Citra Lestari 2 Kabupaten B*. <https://doi.org/10.37362/jkph.v6i2.591>
- Soedarsono. (2019). *Bebas Diabetes Cara Alami & Natural* (Sandiantoro (ed.)). Ecosystem Publishing.
- Subiyanto, P. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Pustaka Baru Press.
- Sulistiani, I., Jamaludin, N., Fatimah Meylandri Arsal, S., Keperawatan, J., Kesehatan dan Olahraga, F., Negeri Gorontalo, U., Tanawali Takalar, Stik., & Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat, J. (2024). *Hubungan Physical Activity Berbasis Health Belief Model Dengan Sikap Dalam Mengontrol Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Kabupaten Takalar the Relationship of Physical Activity Based on the Health Belief Model With Attitude in Control*. 17(2), 2615–6954. <https://doi.org/10.20884/1.mandala.2024.17.2.12638>
- Sundari, S. N. S., & Sutrisno, R. Y. (2023). *Studi Kasus: Pengaruh Edukasi Penerapan Diet Diabetes Mellitus Terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II*. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 7(1), 61–69.

- Survei Kesehatan Indonesia (SKI). (2023). *Survei Kesehatan Indonesia (SKI) DALAM ANGKA (Data Akurat Kebijakan Tepat)*. 1–68.
- Surya Ningsih, M., & Hamdani. (2021). *Profil Kualitas Hidup Pada Siswa SMA Muhammadiyah 1 Taman Sidoarjo di Era Pandemi*. *Jurnal Kesehatan Dan Rekreasi, Fakultas Ilmu Olahraga, Universitas Negri Surabya*, 9(2), 103–107. <https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal-pendidikan-jasmani/issue/archivehttps://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal-pendidikan-jasmani>
- Suswani, A. (2025). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Dikombinasikan Dengan Terapi Zikir Terhadap Depresi Dan Kontrol Glikemik Penderita Diabetes Melitus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panrita Husada Bulukumba 2024*.
- Suswani, A., Arsin, A. A., Amiruddin, R., Syafar, M., & Palutturi, S. (2018). *Factors related quality of life among people living with HIV and AIDS in Bulukumba*. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 5(8), 3227. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20182966>
- Suswani, A., Asnidar, Asdinar, & Muriyati. (2022). *Efektifitas Media Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Pengetahuan, Self Efficacy, Indeks Massa Tubuh Remaja Overweight dan Obesitas*. *Jurnal Kesehatan Panrita*.
- Suswani, A., Fatmawati, A., & Aszrul, A. B. (2018). *Effect of Abcde Education To the Level of Adolescent Knowledge About Hiv and Aids in Sma Negeri 12 Bulukumba*. [Repository.Stikespanritahusada.Ac.Id](https://repository.stikespanritahusada.ac.id/assets/upload/items/21/fix_jurnal_acine_done.pdf), 2–6. https://repository.stikespanritahusada.ac.id/assets/upload/items/21/fix_jurnal_acine_done.pdf
- Tandra, H. (2018). *Dari Diabetes Menuju Jantung & Stroke*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Taranda, W., & Amurdi, Y. L. M. (2022). *Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan Berbasis Video Terhadap Pengetahuan Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Tikala Kabupaten Toraja Utara*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
- Umam, M. H., Solehati, T., & Purnama, D. (2020). *Gambaran Kualitas Hidup Pasien Dengan Diabetes Melitus*. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 70–80.
- Wardhani, E. K. (2022). *Manajemen Diabetes Pada Wanita Madya Penderita Diabetes Melitus (Tipe 2) Ditinjau Dari Teori Health Belief Model (HBM)*. Universitas Airlangga.
- Widhiastuti, N. M. A., & Candra, I. W. (2023). *Model Kepercayaan Kesehatan Pasien Diabetes Melitus Tipe II*. *Jurnal Gema Keperawatan*, 16(1), 33–45. <https://doi.org/10.33992/jgk.v16i1.2406>
- Yakub, A. S., Ekowatiningsih, D., Hartati, & Analia, L. R. (2020). *Pengaruh Program Diabetes Self Management Education Berbasis Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe Ii Di Wilayah Kerja*

- Puskesmas Mangasa Kota Makassar. Quarterly Journal Of Health Psychology, 8(32), 73–92. Http://Hpj.Journals.Pnu.Ac.Ir/Article_6498.Html*
- Yeni, F. (2021). *Pengaruh Edukasi Dengan Leaflet Dan Reminder Terhadap Kepatuhan Dan Kadar Glukosa Darah Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Lapai Padang.* Sekolah Tinggi Farmasi Indonesia Perintis Padang.
- Yetti, K., Novieastari, E., Gayatri, D., & Asriadi. (2024). *Model Edukasi Yang Digunakan Perawat Untuk Meningkatkan Literasi Kesehatan Pasien Diabetes Melitus Dalam Perspektif Manajemen: Systematic Review.* Jurnal Keperawatan, 16(1), 1–16. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan>
- Yumassik, A. M., Alfian, R., Kumalasari, E., Riski, A., Soraya, S., Ayu, W. D., & Rianto, L. (2022). *Korelasi Antara Kadar Gula Darah Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.* Jurnal Insan Farmasi Indonesia, 5(2), 167–174. <https://doi.org/10.36387/jifi.v5i2.989>
- Yuniarsih, T. (2022). *Application Of The Concept Of Behavior Change Theory Of Health Belief Model (HBM).* Universitas Muhammadiyah Gombong.

LAMPIRAN (JADWAL KEGIATAN)***INFORMED CONSENT*****(SURAT PERNYATAAN)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : _____

Umur : _____

Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Dengan ini bersedia dan tidak keberatan menjadi responden didalam penelitian yang dilakukan mahasiswa STIKes Panrita Husada Bulukumba. Atas nama Sri Ulva Fitriah, dengan judul “Pengaruh *Extended Health Belief Model* Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba”.

Demikian pernyataan ini saya buat sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan kiranya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Bulukumba, 2025

Peneliti

Responden

Sri Ulva Fitriah

LEMBAR KUESIONER KUALITAS HIDUP WHOQOL BERF

Petunjuk pengisian:

1. Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda.
2. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti.
3. Pilih jawaban yang menurut anda paling sesuai, jika anda tidak yakin tentang jawaban yang ada berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.
4. Isilah biodata berikut:

Nama : _____

Usia : _____

Jenis Kelamin : _____

Pendidikan : _____

Pekerjaan : _____

Ingatlah baik-baik dalam pikiran anda segala standar hidup, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda **pada empat minggu terakhir**.

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-Biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa- Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?					

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut ini **dalam empat minggu terakhir**.

		Tidak Sama Sekali	Sedikit	Dalam Jumlah Sedang	Sangat Sering	Dalam Jumlah Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?					
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal? (berkaitan dengan sarana dan prasarana)					

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alamai hal-hal berikut ini **dalam 4 minggu terakhir**?

		Tidak Sama Sekali	Sedikit	Sering	Sering Sekali	Sepenuhnya Dialami
10.	Apakah anda memiliki tenaga yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?					
13.	Seberapa jauh ketersediaan					

	informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?					
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?					

		Sangat Buruk	Buruk	Biasa-Biasa Saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					

		Sangat Tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa-Biasa Saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?					
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan sehari-hari?					
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal/sosial anda?					
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?					

23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat tinggal anda saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses pada layanan kesehatan?					
25.	Seberapakah puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?					

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut **dalam empat minggu terakhir**.

		Tidak Pernah	Jarang	Cukup Sering	Sangat Sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?					

**SOP PENYULUHAN KESEHATAN BERBASIS
*EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL***

A. Tujuan Penyuluhan

1. Meningkatkan pemahaman peserta mengenai penyakit dan pentingnya perubahan perilaku kesehatan.
2. Mengubah persepsi tentang kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, dan efikasi diri peserta terkait dengan masalah kesehatan pada penderita diabetes melitus tipe 2.

B. Persiapan Penyuluhan

Elemen Persiapan	Kegiatan
Identifikasi Sasaran	Menentukan audiens yang tepat untuk penyuluhan yaitu penderita diabetes melitus tipe 2.
Pengumpulan Data	Mengumpulkan informasi demografis peserta dan data kesehatan yang relevan.
Persiapan Materi	Siapkan materi yang mencakup elemen-elemen EHBM (kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan dan efikasi diri).
Pemilihan Metode	Tentukan metode penyuluhan (tatap muka, kelompok, multimedia) untuk memaksimalkan pemahaman dan interaksi peserta.

C. Tahapan Pelaksanaan Penyuluhan

Tahapan	Kegiatan
Pembukaan	<p>Perkenalkan tujuan penyuluhan dan bangun hubungan yang nyaman dengan peserta.</p> <p>Pastikan peserta memahami pentingnya topik yang akan dibahas.</p>
Penyampaian Materi	<p>Persepsi Kerentanan: Jelaskan tentang risiko atau kerentanan peserta terhadap penyakit diabetes.</p> <p>Persepsi Keparahan: Gambarkan dampak serius atau konsekuensi yang dapat terjadi jika penyakit tidak dikelola.</p> <p>Persepsi Manfaat: Tunjukkan manfaat yang akan diperoleh peserta jika mereka mengikuti rekomendasi yang diberikan.</p> <p>Persepsi Hambatan: Identifikasi hambatan yang mungkin dihadapi peserta dalam perubahan perilaku dan cara mengatasinya.</p> <p>Efikasi Diri: Berikan latihan atau simulasi untuk meningkatkan</p>

Lampiran 3 SOP *Extended Health Belief Model*

	rasa percaya diri peserta bahwa mereka dapat mengambil tindakan yang diperlukan.
Diskusi Interaktif	Ajak peserta berdiskusi tentang pengalaman mereka, hambatan yang dihadapi, dan solusi yang dapat diterapkan.
	Buat suasana yang terbuka untuk pertanyaan dan klarifikasi untuk mengatasi miskonsepsi.
Penutupan	Ringkas poin-poin penting yang telah dibahas.
	Berikan motivasi dan ajakan untuk mulai mengimplementasikan perubahan perilaku.

D. Evaluasi Penyuluhan

Jenis Evaluasi	Kegiatan
Evaluasi Pengetahuan	Lakukan <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> untuk mengukur peningkatan pemahaman peserta mengenai masalah kesehatan yang dibahas.
Evaluasi Perilaku	Pantau perubahan perilaku peserta setelah penyuluhan (misalnya melalui wawancara atau survei tindak lanjut).
Umpaman Balik	Kumpulkan umpan balik dari peserta untuk mengetahui tingkat kepuasan dan efektivitas materi penyuluhan.

E. Tindak Lanjut

Tindak Lanjut	Kegiatan
Penyuluhan Lanjutan	Jika diperlukan, lakukan sesi penyuluhan lanjutan untuk memperkuat pesan dan memberikan dukungan lebih lanjut.
Pemantauan Perilaku	Lakukan pemantauan berkala terhadap perilaku peserta melalui kunjungan atau pengisian survei untuk menilai keberhasilan.

"EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL"



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANRITA HUSADA

Diabetes melitus adalah salah satu penyakit kronis yang bisa dicegah dengan pola hidup sehat.



Persepsi Kerentanan

Seberapa besar saya terkena diabetes?

- Jika anda memiliki riwayat keluarga diabetes, obesitas, pola makan tidak sehat atau jarang berolahraga, maka resiko anda lebih tinggi.
- Diabetes bisa menyerang siapa saja, termasuk yang masih muda.

 Apa yang bisa saya lakukan?
Cek kesehatan secara rutin, ketahui kadar gula darah anda dan hindari faktor risiko.

Persepsi Keparahan

Seberapa berbahaya diabetes jika mengalaminya?

- Diabetes tidak hanya menyebabkan kadar gula darah tinggi tetapi juga berisiko menimbulkan komplikasi serius seperti penyakit gagal ginjal, stroke dan luka gangren.
- kualitas hidup dapat menurun jika diabetes tidak dikontrol dengan baik.

 Apa yang bisa saya lakukan?
Sadar bahwa diabetes adalah penyakit serius. Mengubah gaya hidup sejak dini bisa mencegah komplikasi di masa depan.

Kenali Risiko, Cegah Diabetes!



Lampiran 4 Leaflet Extended Health Belief Model

Persepsi Manfaat

→ Apa manfaat mencegah atau mengelola diabetes dengan baik?

- Menjaga kadar gula darah tetap normal.
- Mengurangi risiko komplikasi seperti penyakit stroke dan gagal ginjal.
- Meningkatkan energi dan kualitas hidup.
- Menghemat biaya pengobatan di masa depan.



Apa yang bisa saya lakukan?

Menjaga pola makan sehat, rutin berolahraga, dan periksa kesehatan secara teratur untuk hidup lebih sehat.

Persepsi Hambatan

→ Apa yang menghalangi saya untuk menjalani hidup sehat?

Beberapa orang merasa sulit menerapkan pola hidup sehat karena:

- ✗ Kurangnya waktu untuk olahraga.
- ✗ Sulit mengubah kebiasaan makan.
- ✗ Biaya makanan sehat yang lebih mahal.
- ✗ Merasa sehat sehingga mengabaikan risiko.



Solusi

- ✓ Mulai dengan langkah kecil seperti berjalan kaki 30 menit sehari.
- ✓ Pilih makanan sehat yang mudah dijangkau dan terjangkau.
- ✓ Cari dukungan keluarga atau teman untuk hidup sehat bersama.

**Ayo Jaga Kesehatanmu
Mulai Sekarang!!!**

Efikasi Diri

→ Apakah saya mampu menerapkan pola hidup sehat?

Tentu saja anda bisa memulai dari hal-hal kecil



Buat target yang realistik dan bertahap.



Catat progres kesehatan anda.



Beri penghargaan pada diri sendiri saat berhasil menerapkan kebiasaan sehat.



Jangan menyerah jika gagal, terus coba lagi!

Mulai sekarang, kendalikan pola hidup anda untuk masa depan yang lebih sehat!



Cek kesehatan secara rutin.



Pilih makanan sehat dan seimbang!



Lakukan aktivitas fisik secara teratur.



Jangan menunggu sampai terlambat.

MASTER TABEL

No.	Inisial Respon den	Usia	Ko de	Jenis Kela min	Ko de	Pendi dikan Terak hir	Ko de	Peker jaan	Ko de	Kadar Gula Darah sewaktu						Kualitas Hidup					
										Ming gu Ke-1	Ming gu Ke-2	Ming gu Ke-3	Ming gu Ke-4	Ming gu Ke-5	Ming gu Ke-6	Ming gu Ke-1	Ming gu Ke-2	Ming gu Ke-3	Ming gu Ke-4	Ming gu Ke-5	Ming gu Ke-6
1	Ny. R	55 tahun	2	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	198	201	130	347	124	119	32	50	52	64	69	74
2	Ny. R	46 tahun	1	Perempuan	2	Perguruan Tinggi	4	PNS	2	233	237	175	189	186	170	64	66	72	78	83	84
3	Ny. S	57 tahun	3	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	203	175	155	245	160	152	47	50	54	68	71	74
4	Ny. S	54 tahun	2	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	104	258	186	216	153	144	43	46	47	68	69	81
5	Tn. R	54 tahun	2	Laki-laki	1	Perguruan Tinggi	4	PNS	2	168	152	162	192	175	155	50	59	72	82	83	84
6	Ny. S	54 tahun	2	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	349	379	305	258	300	286	47	52	58	68	75	79
7	Ny. R	55 tahun	2	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	243	252	145	137	138	123	42	49	56	64	74	79

Lampiran 5 Master Tabel

8	Ny. N	59 tahun	3	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	200	152	243	208	251	186	47	53	55	58	71	74
9	Ny. N	50 tahun	1	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	162	153	295	195	301	154	47	52	53	69	75	72
10	Ny. A	56 tahun	3	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	175	200	217	191	220	172	41	49	53	66	71	78
11	Ny. H	59 tahun	3	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	220	201	235	250	244	195	42	49	55	66	69	71
12	Ny. H	56 tahun	3	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	164	105	125	152	135	129	56	56	59	68	74	84
13	Tn. A	59 tahun	3	Laki-laki	1	SMA	3	Pensiunan	4	196	152	167	168	154	138	47	59	61	69	71	74
14	Ny. S	57 tahun	3	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	510	482	330	341	322	301	46	49	52	66	71	75
15	Ny. A	45 tahun	1	Perempuan	2	Perguruan Tinggi	4	PNS	2	296	203	120	230	118	115	69	72	77	78	83	84
16	Ny. S	52 tahun	2	Perempuan	2	Perguruan Tinggi	4	PNS	2	260	202	182	212	175	165	63	61	63	69	75	83

17	Ny. P	56 tahun	2	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	178	205	245	317	244	250	38	46	38	41	41	42
18	Ny. T	46 tahun	1	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	268	272	304	174	312	311	41	37	42	42	37	47
19	Ny. Y	54 tahun	2	Perempuan	2	SMP	2	Ibu rumah tangga	1	260	262	276	280	281	276	47	56	56	56	41	42
20	Ny. R	54 tahun	2	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	151	142	110	132	135	128	49	50	50	50	47	47
21	Ny. F	55 tahun	2	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	552	567	445	566	465	460	25	37	37	42	41	57
22	Ny. K	50 tahun	1	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	133	236	187	180	135	138	49	49	55	53	49	56
23	Ny. N	50 tahun	1	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	419	400	421	442	443	410	32	38	37	42	41	41
24	Tn. B	56 tahun	3	Laki-laki	1	SMP	2	Wiraswasta	3	455	466	472	370	495	350	38	38	41	42	49	41
25	Ny. H	56 tahun	3	Perempuan	2	SMP	2	Ibu rumah tangga	1	145	147	246	200	252	240	49	50	50	56	49	41

26	Ny. H	51 tahun	2	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	178	389	178	134	180	181	32	41	37	38	41	38
27	Ny. H	52 tahun	2	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	460	374	443	400	460	431	47	49	50	47	41	42
28	Ny. H	46 tahun	1	Perempuan	2	SMP	2	Ibu rumah tangga	1	203	193	138	160	140	148	41	42	38	43	43	42
29	Ny. H	58 tahun	3	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	240	200	182	251	250	180	32	37	32	43	41	37
30	Ny. J	52 tahun	2	Perempuan	2	SMA	3	Ibu rumah tangga	1	523	512	324	517	305	310	39	37	37	32	32	37
31	Ny. H	52 tahun	2	Perempuan	2	SMP	2	Ibu rumah tangga	1	333	252	245	409	250	249	32	42	40	43	38	38
32	Ny. S	45 tahun	1	Perempuan	2	SD	1	Ibu rumah tangga	1	383	300	226	474	233	226	42	42	49	43	43	42

LEMBAR OBSERVASI KADAR GULA DARAH SEWAKTU

INISIAL RESPONDEN	KELOMPOK	KADAR GULA DARAH SEWAKTU					
		Minggu Ke-1	Minggu Ke-2	Minggu Ke-3	Minggu Ke-4	Minggu Ke-5	Minggu Ke-6
Ny. R	Intervensi	198	201	130	347	124	119
Ny. R	Intervensi	233	237	175	189	186	170
Ny. S	Intervensi	203	175	155	245	160	152
Ny. S	Intervensi	104	258	186	216	153	144
Tn. R	Intervensi	168	152	162	192	175	155
Ny. S	Intervensi	349	379	305	258	300	286
Ny. R	Intervensi	243	252	145	137	138	123
Ny. N	Intervensi	200	152	243	208	251	186
Ny. N	Intervensi	162	153	295	195	301	154
Ny. A	Intervensi	175	200	217	191	220	172
Ny. H	Intervensi	220	201	235	250	244	195
Ny. H	Intervensi	164	105	125	152	135	129
Tn. A	Intervensi	196	152	167	168	154	138
Ny. S	Intervensi	510	482	330	341	322	301
Ny. A	Intervensi	296	203	120	230	118	115
Ny. S	Intervensi	260	202	182	212	175	165
Ny. P	Kontrol	178	205	245	317	244	250

Lampiran 6 Lembar Observasi Kadar Gula Darah Sewaktu

Ny. T	Kontrol	268	272	304	174	312	311
Ny. Y	Kontrol	260	262	276	280	281	276
Ny. R	Kontrol	151	142	110	132	135	128
Ny. F	Kontrol	552	567	445	566	465	460
Ny. K	Kontrol	133	236	187	180	135	138
Ny. N	Kontrol	419	400	421	442	443	410
Tn. B	Kontrol	455	466	472	370	495	350
Ny. H	Kontrol	145	147	246	200	252	240
Ny. H	Kontrol	178	389	178	134	180	181
Ny. H	Kontrol	460	374	443	400	460	431
Ny. H	Kontrol	203	193	138	160	140	148
Ny. H	Kontrol	240	200	182	251	250	180
Ny. J	Kontrol	523	512	324	517	305	310
Ny. H	Kontrol	333	252	245	409	250	249
Ny. S	Kontrol	383	300	226	474	233	226

HASIL UJI STATISTIK

A. Karakteristik Responden

Kelompok * Usia_Responden Crosstabulation

			Usia_Responden			Total
			45-50 tahun	51-55 tahun	56-59 tahun	
Kelompok	Kelompok Intervensi	Count	3	7	6	16
		% within Kelompok	18.8%	43.8%	37.5%	100.0%
Total		Count	4	8	4	16
		% within Kelompok	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
		Count	7	15	10	32
		% within Kelompok	21.9%	46.9%	31.3%	100.0%

Kelompok * Jenis_Kelamin Crosstabulation

		Jenis_Kelamin		Total
		Laki-laki	Perempuan	
Kelompok	Kelompok Intervensi	Count	2	14
		% within Kelompok	12.5%	87.5%
Total		Count	1	15
		% within Kelompok	6.3%	93.8%
		Count	3	29
		% within Kelompok	9.4%	90.6%
				100.0%

Kelompok * Pendidikan_Terakhir Crosstabulation

		Pendidikan_Terakhir				Total
		SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi	
Kelompok	Kelompok	Count	0	0	11	5
		% within Kelompok	0.0%	0.0%	68.8%	31.3%
Total		Count	7	5	4	0
		% within Kelompok	43.8%	31.3%	25.0%	0.0%
		Count	7	5	15	5
		% within Kelompok	21.9%	15.6%	46.9%	15.6%
						100.0%

Kelompok * Pekerjaan Crosstabulation

			Pekerjaan				Total
			Tidak bekerja/IRT	PNS	Wiraswasta	Pensiunan	
Kelompok Intervensi	Kelompok Count	11	4	0	1	1	16
	% within Kelompok	68.8%	25.0%	0.0%	6.3%	6.3%	100.0%
Kontrol	Kelompok Count	15	0	1	0	0	16
	% within Kelompok	93.8%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%
Total	Count	26	4	1	1	1	32
	% within Kelompok	81.3%	12.5%	3.1%	3.1%	3.1%	100.0%

B. Normalitas Data**Tests of Normality**

Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
TRANS_GDS1	Kelompok Intervensi	.151	16	.200*	.951	16	.505
	Kelompok Kontrol	.130	16	.200*	.930	16	.247
TRANS_GDS2	Kelompok Intervensi	.194	16	.108	.929	16	.239
	Kelompok Kontrol	.120	16	.200*	.964	16	.727
TRANS_GDS3	Kelompok Intervensi	.143	16	.200*	.947	16	.450
	Kelompok Kontrol	.127	16	.200*	.956	16	.584
TRANS_GDS4	Kelompok Intervensi	.124	16	.200*	.960	16	.664
	Kelompok Kontrol	.149	16	.200*	.927	16	.215
TRANS_GDS5	Kelompok Intervensi	.144	16	.200*	.933	16	.267
	Kelompok Kontrol	.141	16	.200*	.918	16	.158
TRANS_GDS6	Kelompok Intervensi	.169	16	.200*	.893	16	.063
	Kelompok Kontrol	.098	16	.200*	.958	16	.624

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

C. Hasil Olah Data Dengan Menggunakan Uji T Tidak Berpasangan**Group Statistics**

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kadar_Gula_Darah6	Kelompok Intervensi	16	169.00	53.871	13.468
	Kelompok Kontrol	16	268.00	104.385	26.096
Kualitas_Hidup6	Kelompok Intervensi	16	78.13	4.745	1.186
	Kelompok Kontrol	16	43.13	5.976	1.494

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differe nce	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Kadar_Gula _Darah6	Equal variances assumed	7.345	.011	-3.371	30	.002	-99.000	29.367	-158.975	-39.025
	Equal variances not assumed			-3.371	22.461	.003	-99.000	29.367	-159.830	-38.170
Kualitas_Hi dup6	Equal variances assumed	.028	.869	18.34 6	30	.000	35.000	1.908	31.104	38.896
	Equal variances not assumed			18.34 6	28.534	.000	35.000	1.908	31.095	38.905

DOMAIN 1			DOMAIN 2			DOMAIN 3			DOMAIN 4		
Raw Score	Transformed scores										
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56	21	11	44	21	11	44
21	12	50	20	13	56	22	12	50	22	11	44
22	13	56	21	14	63	23	12	50	23	12	50
23	13	56	22	15	69	24	12	50	24	12	50
24	14	63	23	15	69	25	13	56	25	13	56
25	14	63	24	16	75	26	13	56	26	13	56
26	15	69	25	17	81	27	14	63	27	14	63
27	15	69	26	17	81	28	14	63	28	14	63
28	16	75	27	18	88	29	15	69	29	15	69
29	17	81	28	19	94	30	15	69	30	15	69
30	17	81	29	19	94	31	16	75	31	16	75
31	18	88	30	20	100	32	16	75	32	16	75
32	18	88				33	17	81	33	17	81
33	19	94				34	17	81	34	17	81
34	19	94				35	18	88	35	18	88
35	20	100				36	18	88	36	18	88

Lampiran 8 Tabel *Transformed Scores* WHOQOL-BERF



**YAYASAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANRITA HUSADA BULUKUMBA
TERAKREDITASI BAN-PT**



Jln. Pendidikan Pangrango Desa Taccorong Kec. Gantangan Kab. Bulukumba Tlp (0413) 2514721, e-mail :stikespnuritahusada@bulukumbatex@yahoo.co.id

Nomor : 005 /STIKES-PHB/03/01/XII/2024 Bulukumba, 19 Desember 2024
Lampiran : - Kepada
Perihal : Permohonan Izin Yth, Kepala Dinas Kesehatan
Pengambilan Data Awal Kabupaten Bulukumba
di_
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan tugas akhir mahasiswa pada program studi SI Keperawatan Stikes Panrita Husada Bulukumba Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami menyampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini akan melakukan pengambilan data awal dalam lingkup wilayah yang Bapak / Ibu pimpin. Mahasiswa yang dimaksud yaitu :

Nama : Sri Ulva Fitriah
Nim : A2113057
Alamat : Buhung Lantang, Desa Buhung Bundang, Kec. Bontotiro
Nomor HP : 085 696 788 175
Judul Penelitian : Pengaruh Extended Health Belief Model Terhadap Kadar Gula Darah dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Di Puskesmas Bontobangun

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dimohon kesediaan Bapak / Ibu untuk dapat memberikan izin pengambilan data awal kepada mahasiswa yang bersangkutan. Adapun data awal yang dimaksud adalah data Penderita Diabetes Mellitus di Wilayah Kerja dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba Selama 3 - 5 tahun terakhir

Demikian disampaikan atas kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.



Tembusan :

Lampiran 9 Surat Permintaan Data Untuk Dinas Kesehatan



YAYASAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANRITA HUSADA BULUKUMBA
TERAKREDITASI BAN-PT



Jln. Pendidikan Panggala Desa Taccorong Kec. Gantarang Kab. Bulukumba Tlp (0413) 2514721, e-mail : stikespanritahusadabulukumba@yahoo.co.id

Nomor	: 004 /STIKES-PHB/03/01/XII/2024	Bulukumba, 19 Desember 2024
Lampiran	: -	Kepada
Perihal	: <u>Permohonan Izin</u> <u>Pengambilan Data Awal</u>	Yth, Kepala Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba di_
		Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan tugas akhir mahasiswa pada program studi SI Keperawatan Stikes Panrita Husada Bulukumba Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami menyampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini akan melakukan pengambilan data awal dalam lingkup wilayah yang Bapak / Ibu pimpin. Mahasiswa yang dimaksud yaitu :

Nama	: Sri Ulva Fitriah
Nim	: A2113057
Alamat	: Buhung Lantang, Desa Buhung Bundang, Kec. Bontotiro
Nomor HP	: 085 696 788 175
Judul Penelitian	: Pengaruh Extended Health Belief Model Terhadap Kadar Gula Darah dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Mellitus Di Puskesmas Bontobangun

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dimohon kesediaan Bapak / Ibu untuk dapat memberikan izin pengambilan data awal kepada mahasiswa yang bersangkutan. Adapun data awal yang dimaksud adalah data Penderita Diabetes Mellitus di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba Selama 3 - 5 tahun terakhir

Demikian disampaikan atas kerjasama yang baik, kami ucapan terima kasih.



Tembusan :
1. Arsip

Lampiran 10 Surat Permintaan Data Untuk Puskesmas Bontobangun



**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU**

Jl. Ahmad Yani, Kelurahan Caile No. Hp. 082348675757, Kode Pos 92512

**SURAT IZIN PENELITIAN
NOMOR : 139/DPMPTSP/IP/III/2025**

Berdasarkan Surat Rekomendasi Teknis dari BAKESBANGPOL dengan Nomor: 074/0140/Bakesbangpol/III/2025 tanggal 24 Maret 2025, Perihal Rekomendasi Izin Penelitian maka yang tersebut dibawah ini :

Nama Lengkap	SRI ULVA FITRIAH
Nomor Pokok	A2113057
Program Studi	S1 KEPERAWATAN
Jenjang	S1
Institusi	STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA
Tempat/Tanggal Lahir	BULUKUMBA / 2002-11-28
Alamat	BUHUNG LANTANG, DESA BUHUNG BUNDANG, KECAMATAN BONTOTIRO.
Jenis Penelitian	KUANTITATIF
Judul Penelitian	Pengaruh Extended Health Belief Model Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba
Lokasi Penelitian	PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA
Pendamping/Pembimbing	Asri S.Kep.,Ns.,M.Kep. Dr. Andi Suswani S.Kep.,Ns.,M.Kes.
Instansi Penelitian	DINAS KESEHATAN BULUKUMBA, PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA
Lama Penelitian	tanggal 7 APRIL 2025 s/d 18 MEI 2025

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, pada prinsipnya kami mengizinkan yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan tersebut dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mematuhi semua Peraturan Perundang - Undangan yang berlaku dan mengindahkan adat - istiadat yang berlaku pada masyarakat setempat;
2. Tidak mengganggu keamanan/ketertiban masyarakat setempat
3. Melaporkan hasil pelaksanaan penelitian/pengambilan data serta menyerahkan 1(satu) eksamplar hasilnya kepada Bupati Bulukumba Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab.Bulukumba;
4. Surat izin ini akan dicabut atau dianggap tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut di atas, atau sampai dengan batas waktu yang telah ditentukan kegiatan penelitian/pengumpulan data dimaksud belum selesai.

Dikeluarkan di : Bulukumba
Pada Tanggal : 25 Maret 2025



Plt. Kepala DPMPTSP

Drs. MUHAMMAD DAUD KAHAL, M.Si
Pangkat : Pembina Utama Muda/IV.c
Nip : 19680105 199703 1 011



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN



**Komite Etik Penelitian
Research Ethics Committee**



**Surat Layak Etik
Research Ethics Approval**

No:000743/KEP Stikes Panrita Husada Bulukumba/2025

Peneliti Utama
Principal Investigator

: Sri Ulva Fitriah

Peneliti Anggota
Member Investigator

: Dr. Andi Suswani, S.Kep,Ns,M.Kes.
Asri, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Nama Lembaga
Name of The Institution

: STIKES Panrita Husada Bulukumba

Judul

: PENGARUH EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KADAR GULA DARAH SEWAKTU DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELLITUS DI PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA
THE EFFECT OF EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL ON BLOOD SUGAR LEVELS AND QUALITY OF LIFE OF DIABETES MELLITUS PATIENTS AT BONTOBANGUN COMMUNITY HEALTH CENTER, BULUKUMBA DISTRICT

Atas nama Komite Etik Penelitian (KEP), dengan ini diberikan surat layak etik terhadap usulan protokol penelitian, yang didasarkan pada 7 (tujuh) Standar dan Pedoman WHO 2011, dengan mengacu pada pemenuhan Pedoman CIOMS 2016 (lihat lampiran). *On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2016 CIOMS Guideline (see enclosed).*

Kelayakan etik ini berlaku satu tahun efektif sejak tanggal penerbitan, dan usulan perpanjangan diajukan kembali jika penelitian tidak dapat diselesaikan sesuai masa berlaku surat kelayakan etik. Perkembangan kemajuan dan selesaiannya penelitian, agar dilaporkan. *The validity of this ethical clearance is one year effective from the approval date. You will be required to apply for renewal of ethical clearance on a yearly basis if the study is not completed at the end of this clearance. You will be expected to provide mid progress and final reports upon completion of your study. It is your responsibility to ensure that all researchers associated with this project are aware of the conditions of approval and which documents have been approved.*

Setiap perubahan dan alasannya, termasuk indikasi implikasi etis (jika ada), kejadian tidak diinginkan serius (KTD/KTDS) pada partisipan dan tindakan yang diambil untuk mengatasi efek tersebut; kejadian tak terduga lainnya atau perkembangan tak terduga yang perlu diberitahukan; ketidakmampuan untuk perubahan lain dalam personel penelitian yang terlibat dalam proyek, wajib dilaporkan. *You require to notify of any significant change and the reason for that change, including an indication of ethical implications (if any); serious adverse effects on participants and the action taken to address those effects; any other unforeseen events or unexpected developments that merit notification; the inability to any other change in research personnel involved in the project.*

18 March 2025

Chair Person

FATIMAH

Masa berlaku:

18 March 2025 - 18 March 2026



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl.Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936
Website : <http://simap-new.sulseprov.go.id> Email : ptsp@sulseprov.go.id
Makassar 90231

Nomor	: 6022/S.01/PTSP/2025	Kepada Yth.
Lampiran	: -	Bupati Bulukumba
Perihal	: <u>Izin penelitian</u>	

di-
Tempat

Berdasarkan surat Kepala Prodi S1 Keperawatan STIKES PArita Husada Bulukumba Nomor : 288/STIKES-PH/SPm/03/III/2025 tanggal 13 Maret 2025 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

N a m a	: SRI ULVA FITRIAH
Nomor Pokok	: A2113057
Program Studi	: Keperawatan
Pekerjaan/Lembaga	: Mahasiswa (S1)
Alamat	: Jln. Pendidikan Poros Pappae Desa Taccorong Kec. Gantarang Kab. Bulukumba



PROVINSI SULAWESI SELATAN

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka menyusun SKRIPSI, dengan judul :

" PENGARUH EXTENDED HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KADAR GULA DARAH SEWAKTU DAN KUALITAS HIDUP PENDERITA DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS BONTOBANGUN KABUPATEN BULUKUMBA "

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **14 Maret s/d 14 Mei 2025**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami **menyetujui** kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar
Pada Tanggal 14 Maret 2025

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU
SATU PINTU PROVINSI SULAWESI SELATAN**



ASRUL SANI, S.H., M.Si.

Pangkat : PEMBINA TINGKAT I
Nip : 19750321 200312 1 008

Tembusan Yth

1. Kepala Prodi S1 Keperawatan STIKES PArita Husada Bulukumba;
2. Pertinggal.



**PEMERINTAH KABUPATEN BULUKUMBA
DINAS KESEHATAN
BLUD UPT PUSKESMAS BONTOBANGUN**

Jl. Andi Sultan Desa Bontobangun Kec. Rilau Ale Bulukumba Kode Pos 92553

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : 993/PKM-BTB/SKSP/V/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini, Pemimpin BLUD UPT Puskesmas Bontobangun Kecamatan Rilau Ale Kabupaten Bulukumba menerangkan bahwa :

Nama : Sri Ulva Fitriah
Nim : A2113057
Program Studi: S1. Keperawatan
Institusi : STIKes Panrita Husada Bulelukumba
Alamat : Buhung Lantang Desa Buhung Bundang
Kecamatan Bontotiro Kabupaten Bulukumba

Adalah benar telah selesai mengadakan Penelitian di Wilayah Kerja BLUD UPT Puskesmas Bontobangun Kecamatan Rilau Ale dalam rangka penyusunan Skripsi dengan Judul "*Pengaruh Extented Health Belief Model Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba*" yang berlangsung mulai tanggal 7 April 2025 s/d 18 Mei 2025.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bontobangun, 28 Mei 2025

Pemimpin BLUD UPT Puskesmas Bontobangun



Lampiran 15 Foto Dokumentasi Penelitian





DAFTAR RIWAYAT HIDUP
BIODATA MAHASISWA PRODI S1 KEPERAWATAN
STIKES PANRITA HUSADA BULUKUMBA
T.A 2024/2025



Nama	:	SRI ULVA FITRIAH
Nim	:	A2113057
Tempat Tanggal lahir	:	Bulukumba, 28 November 2002
Nama Orang Tua		
Ayah	:	Muh. Rusmang
Ibu	:	Bungania
Alamat	:	Buhung Lantang, Desa Buhung Bundang, Kecamatan Bontotiro
Email	:	sriulvafitriah2811@gmail.com
No. Hp	:	085 696 788 175
Program Studi	:	S1 Keperawatan
Judul Penelitian	:	Pengaruh <i>Extended Health Belief Model</i> Terhadap Kadar Gula Darah Sewaktu Dan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Bontobangun Kabupaten Bulukumba.
Pembimbing Utama	:	Asri, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Pembimbing Pendamping	:	Dr. Andi Suswani, S.Kep.,Ns.,M.Kes.