

MODEL PENDAMPINGAN MELALUI KELOMPOK PERPULUHAN DALAM MENINGKATKAN KEMAMPUAN PENGELOLAAN DIABETUS MELITUS DI RUMAH PADA PENYANDANG DIABETES MELLITUS TYPE II

Rosa Delima Ekwantini

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Email : rosadlm.delima@gmail.com

ABSTRACT

According to the Center for Data and Information PERSI (2003,) the prevalence of diabetes mellitus type II increased. WHO estimates that the global prevalence of type II diabetes will increase from 171 million in 2000 to 366 million in 2030, and Indonesia ranked fourth after the United States, China and India. Riskesdas (2013) showed that the prevalence of DM in Yogyakarta in 2013 was 2.6% and the diagnosis based on the diagnosis and symptoms of 3.0%. Results of a preliminary study conducted by researchers obtained data on the number raised DM 2014 in Puskesmas I Gamping Sleman many as 270 people. DM disease if left untreated can lead to complications or fatal complications such as coronary heart disease, kidney failure, blindness, infections due to ulcer until amputated the affected part ulcers and can lead to death. Dasawisma perpuluhan group is a group whose members consist of people or families with the same health problems who live nearby. This group is one way for fostering community participation in the health sector so that the public be aware of the health problems experienced thus participate in solving the problem. The purpose of this study to determine the effect through perpuluhan group mentoring model to DM management improvement at home in persons with diabetes mellitus type II. Type of this research is quasi experimental design with pretest-posttest design with control group. The number of samples in this study were 64 respondents that were divided into 32 groups of respondents with assistance through the perpuluhan group (treatment group) and 32 respondents with assistance through Elderly Posyandu (the comparison group). Sampling used consecutive sampling. Data were analyzed using Mc Nemar test and Chi square. Respondents who received assistance through the perpuluhan group capable of managing diabetes at home as much as 25 respondents (39.06%), while those getting assistance through Elderly Posyandu were 14 respondents (21.89%). Respondents who received assistance through perpuluhan groups that are unable to manage diabetes at home as much as 7 respondents (10.94%), while those getting assistance through Posyandu Elderly many as 18 respondents (28.11%) $p = 0.005 < 0.05$. It can be concluded that mentoring activities through a perpuluhan group is more effective than assistance through Posyandu Elderly in improving the ability of the management of DM at home in the DM type II patient.

Keywords : Diabetes Mellitus, Capabilities, Management of DM, Perpuluhan Group

ABSTRAK

Menurut Pusat Data dan Informasi PERSI (2003) bahwa prevalensi diabetes mellitus tipe II meningkat. WHO memperkirakan prevalensi global DM tipe II akan meningkat dari 171 juta orang pada tahun 2000 menjadi 366 juta orang di tahun 2030 dan Indonesia menduduki urutan keempat setelah Amerika Serikat, China dan India. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan prevalensi DM di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2013 berdasarkan diagnosis 2,6 % dan berdasarkan diagnosis dangejala 3,0%. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti diperoleh data jumlah penyandang DM tahun 2014 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman sebanyak 270 orang. Penyakit DM apabila dibiarkan tidak terkendali dapat menimbulkan penyulit atau komplikasi yang berakibat fatal seperti : penyakit jantung koroner, gagal ginjal, kebutaan, infeksi akibat ulkus sampai dengan diamputasi pada bagian yang terkena ulkus dan dapat mengakibatkan kematian. Kelompok perpuluhan merupakan salah satu wahana pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan agar masyarakat menyadari masalah kesehatan yang dialami sehingga ikut serta dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Tujuan penelitian ini Untuk mengetahui pengaruh Model pendampingan melalui kelompok perpuluhan terhadap peningkatan kemampuan pengelolaan DM di rumah pada penyandang DM tipe II. Jenis Penelitian ini adalah *Quasi eksperiment* dengan rancangan *pre test-post test design with control group*. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 64 responden yang terbagi dalam 32 responden kelompok dengan pendampingan melalui kelompok perpuluhan (kelompok perlakuan) dan 32 responden dengan pendampingan melalui posyandu Lansia (kelompok pembanding). Pengambilan sampel secara *consecutive sampling*. Analisa data menggunakan uji *Mc Nemar* dan *Chi square*. Hasil penelitian ini diketahui responden dengan pendampingan melalui kelompok perpuluhan yang mampu mengelola DM di rumah sebanyak 25 responden (39,06 %), sedangkan dengan pendampingan melalui posyandu Lansia sebanyak 14 responden (21,89 %). Responden dengan pendampingan melalui kelompok perpuluhan yang tidak mampu mengelola DM di rumah sebanyak 7 responden (10,94%), sedangkan dengan pendampingan melalui posyandu Lansia sebanyak 18 responden (28,11%) $p = 0,005 < 0,05$. Dapat disimpulkan bahwa kegiatan pendampingan melalui kelompok perpuluhan berpengaruh lebih efektif dibanding pendampingan melalui posyandu Lansia dalam meningkatkan kemampuan pengelolaan DM di rumah pada enyandang DM tipe II.

Kata Kunci : Diabetes Melitus, Kemampuan, Pengelolaan DM, Kelompok Perpuluhan

PENDAHULUAN

Menurut Pusat Data dan Informasi PERSI (2003) bahwa prevalensi diabetes mellitus tipe II meningkat. WHO memperkirakan prevalensi global DM tipe II akan meningkat dari 171 juta orang pada tahun 2000 menjadi 366 juta orang di tahun 2030, dan Indonesia menduduki urutan keempat setelah Amerika Serikat, China dan India. Pada tahun 2006 jumlah penyandang DM di Indonesia mencapai 14 juta orang, dengan 50 % penyandang yang sadar akan penyakitnya dan diantara mereka baru 30% yang datang berobat secara teratur¹.

Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi DM di 31 provinsi di Indonesia berdasarkan wawancara. Prevalensi DM meningkat dari 1,1% pada tahun 2007 menjadi 2,1 % pada tahun 2013, dan prevalensi DM di Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2013 berdasarkan diagnosis 2,6 % dan berdasarkan diagnosis dan gejala 3,0%. Angka tersebut tertinggi berdasarkan diagnosis diantara 33 propinsi di Indonesia. Prevalensi DM cenderung meningkat dengan bertambahnya umur sampai dengan umur 64 tahun (0,1% berdasarkan diagnosis, 0,6% berdasarkan diagnosis dan gejala pada kelompok umur 15 – 24 tahun; 4,8% berdasarkan diagnosis, 5,5% berdasarkan diagnosis dan gejala pada kelompok umur 55 – 64 tahun) dan menurun pada umur 65 tahun ke atas (4,2% berdasarkan diagnosis, 4,8% berdasarkan diagnosis dan gejala pada kelompok umur 65–74 tahun) serta prevalensinya lebih tinggi di daerah perkotaan (2,0% berdasarkan diagnosis, 2,5% berdasarkan diagnosis dan gejala) dibanding pedesaan (1,0% berdasarkan diagnosis, 1,7% berdasarkan diagnosis dan gejala)². Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti diperoleh data jumlah penyandang DM tahun 2014 di wilayah kerja Puskesmas Gamping I Sleman sebanyak 270 orang. Penyakit DM apabila dibiarkan tidak terkendali dapat menimbulkan penyulit atau komplikasi yang berakibat fatal seperti : penyakit jantung koroner, gagal ginjal, kebutaan, infeksi akibat ulkus sampai dengan diamputasi pada bagian yang terkena ulkus dan dapat mengakibatkan kematian. WHO merekomendasikan bahwa strategi yang efektif perlu dilakukan secara integrasi, berbasis masyarakat melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor termasuk swasta. Pengembangan kemitraan dengan berbagai unsur di masyarakat dan lintas sektor yang terkait dengan DM di setiap wilayah merupakan kegiatan yang penting dilakukan³ Pengembangan kemitraan dengan masyarakat dapat dilakukan melalui dasawisma atau kelompok perpuluhan.

METODE

Jenis Penelitian ini adalah Quasi eksperimen dengan rancangan pre test-post test design with control group. Pada rancangan ini kelompok perlakuan dilakukan seleksi awal berupa pre test yaitu

penilaian kemampuan pengelolaan DM di rumah sebelum dilakukan intervensi yaitu pendampingan melalui kelompok perpuluhan kemudian dilakukan post – test yang serupa. Kelompok pembandingan dilakukan seleksi awal berupa pre test yaitu penilaian kemampuan pengelolaan DM di rumah kemudian mengikuti pendampingan atau penyuluhan yang dilakukan di posyandu Lansia setelah satu bulan dilakukan post test dengan penilaian kemampuan pengelolaan DM di rumah. Populasi dalam penelitian ini adalah semua penyandang DM tipe II yang berada di wilayah Puskesmas Gamping I dan II. Teknik sampling yang digunakan adalah consecutive sampling dengan subjek penelitian 64 orang. Variabel penelitian ini meliputi variabel terikat dan variabel bebas. Variabel bebas yaitu pendampingan melalui kelompok perpuluhan. Variabel terikatnya adalah kemampuan pengelolaan DM di rumah pada penyandang DM tipe II. Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner kemampuan pengelolaan DM di rumah. Analisis data menggunakan uji Mc Nemar dan Chi Square.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, lama menyandang DM, pada tabel 1. Berdasarkan pada tabel 1 karakteristik responden, umur responden sebagian besar pada umur > 45 – 65 tahun baik pada kelompok perlakuan (40,6%) maupun kelompok pembandingan (37,5%), jenis kelamin responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan (42,19%) pada kelompok perlakuan (37,5%) pada kelompok pembandingan. Berdasarkan lama menderita DM sebagian besar responden sudah menderita DM antara 1 - 5 tahun (29,69 %) pada kelompok perlakuan dan (32,81%) kelompok pembandingan.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Lama Menyandang DM, (n = 64)

Karakteristik	Perlakuan		Pembandingan		p
	f	%	f	%	
Usia					
< 45 tahun	1	1,56	4	6,25	0,370
> 45 – 65 tahun	26	40,63	24	37,5	
> 65 tahun	5	7,81	4	6,25	
Jenis Kelamin					
Perempuan	27	42,19	24	37,50	0,351
Laki - laki	5	7,81	8	12,50	
Lama menderita DM					
< 1 tahun	3	4,70	5	7,81	0,457
1 – 5 tahun	19	29,69	21	32,81	
> 5 - 10 tahun	4	6,25	4	6,25	
> 10 tahun	6	9,36	2	3,13	

Kemampuan Pengelolaan DM di rumah pada kelompok perlakuan

Kemampuan pengelolaan DM di rumah meliputi kemampuan perencanaan makan, kemampuan aktivitas fisik, kemampuan terhadap perawatan kaki,

keampuandalam kontrol gula darah, kemampuan pengelolaan pengobatan dan kemampuan pengelolaan secara keseluruhan. Berdasarkan tabel 2 diperoleh data bahwa responden yang mampu mengelola DM di rumah sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan ada 15 responden, sebelum pendampingan mampu mengelola DM di rumah sesudah pendampingan tidak mampu ada 1 orang. Responden dengan kemampuan pengelolaan DM di rumah kategori tidak mampu sebelum pendampingan melalui kelompok perpuluhan dan sesudah pendampingan mampu mengelola ada 10 responden, sebelum pendampingan tidak mampu dan setelah pendampingan tidak mampu 6 responden. Hasil uji Mc Nemar diperoleh $\alpha 0,012 < 0,05$ yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan DM di rumah sebelum pendampingan melalui kelompok perpuluhan dan sesudahnya berbeda secara bermakna.

Responden yang mampu mengelola perencanaan makan sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan ada 18 responden, sebelum pendampingan mampu mengelola perencanaan makan sesudah pendampingan tidak mampu ada 2 orang. Responden dengan kemampuan mengelola perencanaan makan kategori tidak mampu sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan mampu ada 11 responden, sebelum pendampingan tidak mampu dan setelah pendampingan tidak mampu 1 responden. Hasil uji Mc Nemar diperoleh $\alpha 0,022 < 0,05$ yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan perencanaan makan sebelum pendampingan melalui kelompok perpuluhan dan sesudahnya berbeda secara bermakna. Responden yang mampu mengelola aktivitas sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan ada 14 responden, sebelum pendampingan mampu mengelola aktivitas sesudah pendampingan tidak mampu ada 4 orang. Responden dengan kemampuan mengelola aktivitas kategori tidak mampu sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan mampu ada 4 responden, sebelum

pendampingan tidak mampu dan setelah pendampingan tidak mampu 10 responden. Hasil uji Mc Nemar diperoleh $\alpha 1 > 0,05$ yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan aktivitas sebelum pendampingan melalui kelompok perpuluhan dan sesudahnya tidak berbeda secara bermakna.

Responden yang mampu mengelola kontrol gula darah sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan ada 6 responden, sebelum pendampingan mampu mengelola kontrol gula darah sesudah pendampingan tidak mampu ada 2 orang. Responden dengan kemampuan mengelola mengontrol gula darah kategori tidak mampu sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan mampu ada 11 responden, sebelum pendampingan tidak mampu dan setelah pendampingan tidak mampu 13 responden. Hasil uji Mc Nemar diperoleh $\alpha 0,022 < 0,05$ yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan kontrol gula darah sebelum pendampingan melalui kelompok perpuluhan dan sesudahnya berbeda secara bermakna.

Responden yang mampu mengelola perawatan kaki sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan ada 14 responden, sebelum pendampingan mampu mengelola perawatan kaki sesudah pendampingan tidak mampu ada 5 orang. Responden dengan kemampuan mengelola perawatan kaki kategori tidak mampu sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan mampu ada 9 responden, sebelum pendampingan tidak mampu dan setelah pendampingan tidak mampu 4 responden. Hasil uji Mc Nemar diperoleh $\alpha 0,424 > 0,05$ yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan perawatan kaki sebelum pendampingan melalui kelompok perpuluhan dan sesudahnya tidak berbeda secara bermakna. Responden yang mampu mengelola pengobatan sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan ada 7 responden, sebelum pendampingan mampu mengelola pengobatan sesudah pendampingan tidak mampu ada 3 orang.

Tabel 2. Kemampuan Pengelolaan DM Di Rumah Pada Kelompok Perlakuan Pre – Post Pendampingan Melalui Kelompok Perpuluhan (n = 32)

Variabel	Kategori	Post tes		Total	p
	Pre tes	Mampu	Tidak mampu		
Kemampuan pengelolaan perencanaan makan	Mampu	18	2	20	0,022
	Tidak mampu	11	1	12	
	Jumlah	29	3	32	
Kemampuan pengelolaan aktivitas	Mampu	14	4	18	1,00
	Tidak mampu	4	10	14	
	Jumlah	18	14	32	
Kemampuan dalam kontrol gula darah	Mampu	6	2	8	0,022
	Tidak mampu	11	13	24	
	Jumlah	17	15	32	
Kemampuan dalam perawatan kaki	Mampu	14	5	19	0,424
	Tidak mampu	9	4	13	
	Jumlah	23	9	32	
Kemampuan dalam pengelolaan pengobatan	Mampu	7	3	10	0,001
	Tidak mampu	21	1	22	
	Jumlah	28	4	32	
Kemampuan pengelolaan di rumah	Mampu	15	1	16	0,012
	Tidak mampu	10	6	16	
	Jumlah	25	7	32	

Responden dengan kemampuan mengelola pengobatan kategori tidak mampu sebelum pendampingan dan sesudah pendampingan mampu ada 21 responden, sebelum pendampingan tidak mampu dan setelah pendampingan tidak mampu 4 responden. Hasil uji Mc Nemar diperoleh α 0,001 < 0,05 yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan pengobatan sebelum pendampingan melalui kelompok perpuhan dan sesudahnya berbeda secara bermakna.

Kemampuan pengelolaan DM di rumah setelah pendampingan melalui kelompok perpuhan dengan pendampingan melalui posyandu Lansia

Kemampuan pengelolaan DM di Rumah antara responden setelah mendapatkan pendampingan melalui kelompok perpuhan dengan responden yang mendapatkan pendampingan melalui posyandu Lansia pada tabel 3.

Berdasarkan tabel 3 didapatkan data bahwa

responden yang mendapat pendampingan melalui kelompok perpuhan yang mampu mengelola DM di rumah sebanyak 25 responden (39,06 %), sedangkan yang mendapatkan pendampingan melalui posyandu Lansia sebanyak 14 responden (21,89 %). Responden yang mendapat pendampingan melalui kelompok perpuhan yang tidak mampu mengelola DM di rumah sebanyak 7 responden (10,94 %), sedangkan yang mendapatkan pendampingan melalui posyandu Lansia sebanyak 18 responden (28,11 %). Hal ini berarti bahwa kelompok dengan pendampingan melalui kelompok perpuhan prosentase kemampuan pengelolaan DM di Rumah lebih besar dibandingkan dengan yang mendapatkan pendampingan melalui posyandu Lansia.

Hasil uji Chi Square diperoleh α 0,005 < 0,05 yang berarti bahwa kemampuan pengelolaan DM di Rumah pada kelompok dengan pendampingan melalui kelompok perpuhan dibandingkan dengan kelompok mendapat pendampingan melalui posyandu Lansia berbeda secara bermakna.

Tabel 3. Kemampuan Pengelolaan DM Di Rumah Antara Kelompok Perlakuan Dan Pembanding Setelah Pendampingan Melalui Kelompok Perpuhan

Variabel	Kategori	Perlakuan		Pembanding		Jumlah (%)	p
		f	%	f	%		
Kemampuan pengelolaan di rumah	Mampu	25	39,06	14	21,89	60,95	0,005
	Tidak mampu	7	10,94	18	28,11	39,05	
	Jumlah	32	50	32	50	100	

PEMBAHASAN

Usia responden dari penelitian ini sebagian besar pada rentang usia > 45 – 65 tahun. Seseorang dengan usia lebih dari 45 tahun adalah masuk dalam golongan lanjut usia awal³ sehingga mulai mengalami penurunan fungsi dari organ termasuk pankreas. DM tipe II biasanya terjadi setelah usia 30 tahun dan semakin sering terjadi setelah usia 40 tahun, selanjutnya terus meningkat pada usia lanjut¹. Usia lanjut yang mengalami gangguan toleransi glukosa mencapai 50-92%. Penelitian ini didukung penelitian dari Iram M *et all* yang menyatakan usia responden (pasien DM) berkisar antara usia 50 – 59 tahun⁴ dan juga penelitian Eman M *et all* yang menyatakan rata – rata usia respoden 54 ± 6,3 tahun⁵, serta penelitian Adikusuma W dkk yang menyatakan umur responden ≥ 55 tahun (60,71%)⁶ dengan demikian berarti penyandang DM tipe II kebanyakan adalah usia lanjut. Hal ini terjadi karena adanya penurunan fungsi dari organ pankreas dan penurunan fungsi sel sehingga sensitivitas sel terhadap insulin menurun. P e n u a a n mempengaruhi banyak hormon yang mengatur metabolisme, reproduksi, dan fungsi tubuh lain. Penuaan mempengaruhi sensitivitas sel beta pankreas terhadap glukosa dan menunda pengambilan glukosa yang dimediasi oleh insulin. Resistensi insulin pada penuaan terkait dengan kerusakan pada post reseptor⁶

Jenis kelamin responden pada penelitian ini sebagian besar adalah perempuan. Perempuan memproduksi hormon estrogen yang menyebabkan meningkatnya pengendapan lemak pada jaringan sub kutis sehingga perempuan cenderung memiliki status gizi yang lebih dari normal (> 110% BBI). Jenis kelamin mempengaruhi jumlah lemak tubuh sehingga mempengaruhi terjadinya DM tipe II. Pada laki-laki jumlah lemak tubuh >25% sedangkan pada perempuan jumlah lemak tubuh >35%, sehingga insiden DM tipe II lebih banyak pada perempuan dibandingkan pada laki-laki¹. Penelitian ini didukung penelitian Iram M *et all* yang menyatakan responden sebagian besar perempuan 64,2% (dari 53 responden) kelompok intervensi dan kelompok kontrol 55,6% (dari 45 responden)⁴ dan penelitian Adikusuma W dkk yang menyatakan jenis kelamin responden sebagian besar perempuan 62,5% (dari 108 responden)⁵

Lama menderita DM sebagian besar antara 1 – 5 tahun 29,69% pada kelompok dengan pendampingan melalui kelompok perpuhan dan 32,81% pada kelompok pendampingan melalui posyandu Lansia. Lama menderita DM sering dihubungkan dengan terjadinya komplikasi akibat penyakit DM. Faktor utama pencetus komplikasi pada diabetes melitus adalah durasi dan tingkat keparahan diabetes. Komplikasi akan timbul setelah seseorang menderita

DM 10 tahun. Hal ini berarti sebagian besar responden belum mempunyai resiko mengalami komplikasi, sehingga apabila pengelolaan penyakit dilakukan dengan baik maka kejadian komplikasi dapat ditunda.

Pada penelitian ini kemampuan pengelolaan di rumah pada kelompok yang mendapatkan pendampingan melalui kelompok perpuluhan mengalami peningkatan dan secara statistik ada perbedaan secara bermakna antara sebelum dengan setelah mengikuti pendampingan pada kemampuan terhadap perencanaan makan, kontrol gula darah, pengobatan dan kemampuan pengelolaan DM di rumah secara keseluruhan. Kemampuan pengelolaan aktivitas dan perawatan kaki secara statistik tidak ada perbedaan secara bermakna, hal ini terjadi karena jalan – jalan pada pagi hari dan mengikuti senam lansia seminggu sekali merupakan aktivitas yang sudah lama dilakukan responden dan tidak ada responden yang mengalami masalah dengan kakinya selama ini.

Penyakit DM merupakan penyakit kronis yang membutuhkan pengelolaan dan perawatan lama dan secara terus – menerus serta memerlukan *self management* bagi penyandanginya. Pengetahuan, motivasi dan dukungan dari orang – orang terdekat atau yang berkompeten sangat diperlukan untuk keberlanjutan pengelolaan penyakitnya. Kemampuan dalam pengelolaan DM sangat dipengaruhi oleh pengetahuan dan pemahaman penyandang terhadap 4 pilar pengelolaan DM yaitu edukasi terhadap penatalaksanaan penyakit dan pencegahan komplikasi, perencanaan makan, aktivitas fisik, perawatan kaki dan pengobatan. Pengetahuan dan pemahaman seseorang terhadap pengelolaan DM diperoleh dari pendidikan kesehatan atau konseling yang diberikan oleh petugas kesehatan baik dokter, perawat atau kader kesehatan yang sudah dilatih. Pengetahuan yang baik mengenai pengelolaan DM di rumah akan meningkatkan motivasi penyandang DM dalam merawat diri mempertahankan kondisinya agar tetap terkendali sehingga kejadian komplikasi dapat ditunda. Motivasi manusia didasarkan pada pengetahuan yang dimiliki oleh individu⁷. Pendampingan melalui kelompok perpuluhan merupakan kegiatan penyuluhan atau pendidikan kesehatan yang bisa dilakukan oleh kader atau petugas kesehatan secara kelompok dengan permasalahan kesehatan yang sama sehingga mereka saling bertukar pengalaman terhadap masalah dan penyelesaiannya yang selama ini dialami terkait dengan penyakit DM yang disandang. Hal ini diharapkan dengan saling bertukar pengalaman dan pendampingan akan meningkatkan pengetahuan dan memotivasi penyandang DM untuk mengelola penyakitnya.

Diabetes tipe II umumnya terjadi pada saat pola

gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan kokoh. Keberhasilan pengelolaan diabetes mandiri membutuhkan partisipasi aktif pasien, keluarga, dan masyarakat. Tim kesehatan harus mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif, pengembangan keterampilan dan motivasi, Edukasi secara individual maupun kelompok atau pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil. Pendampingan adalah suatu bentuk edukasi, konseling dan motivasi untuk membantu penyelesaian permasalahan yang dihadapi dalam pengelolaan penyakitnya di rumah.

Penyakit DM adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup atau perilaku¹. Perubahan perilaku hampir sama dengan proses edukasi yang memerlukan penilaian, perencanaan, implementasi, dokumentasi, dan evaluasi, sehingga proses edukasi bagi pasien DM sebaiknya dilakukan secara terus menerus dan perlu adanya evaluasi keberhasilan penanganan dengan melihat adanya perubahan – perubahan dari kriteria pengendalian seperti, kadar gula darah, tekanan darah, IMT, kadar HbA1c, dan kadar kolesterol.

Pengelolaan dan pengendalian diri bagi penyandang DM dilakukan seumur hidup, maka sangatlah perlu bagi mereka mendapatkan pengetahuan secara terus menerus mengenai pengelolaan sehari – hari dirinya, mempunyai kesempatan untuk berkonsultasi tentang permasalahan yang terkait dengan penyakit yang diderita dan mendapatkan pembenaran dari tindakan – tindakan yang telah dilakukan dalam pengelolaan dirinya, sehingga meningkatkan motivasi dalam melakukan penyesuaian gaya hidup terkait dengan penyakit DM yang diderita. Dengan kata lain pendampingan akan membantu meningkatkan pengetahuan dan motivasi penderita DM dalam melakukan penyesuaian atau perubahan gaya hidup yang sehat.

Pada penelitian ini 32 responden (97%) setelah mengikuti kegiatan pendampingan baik melalui kelompok perpuluhan (kelompok perlakuan) maupun posyandu Lansia (kelompok pembandingan) mampu merencanakan makan ($p = 0,022$ kelompok perlakuan ; $p = 0,004$ kelompok pembandingan) dan terjadi perubahan yang bermakna antara sebelum dan setelah mengikuti kegiatan. Kemampuan terhadap perencanaan makan pada penyandang DM sangat penting. Perencanaan makan bagi penyandang DM bertujuan untuk memperbaiki kebiasaan makan sehingga dapat mempertahankan kadar gula darah dan lipid serum sekitar normal, mempertahankan berat badan normal yang akan berdampak pada peningkatan sensitivitas reseptor insulin. Kemampuan perencanaan makan bagi penyandang

DM harus dipertahankan dalam jangka waktu yang lama agar komplikasi dapat ditunda. Hal ini adalah tantangan terbesar bagi penyandang DM untuk itu diperlukan motivasi dan dukungan secara terus – menerus agar tetap dapat dipertahankan. Kader kesehatan dan keluarga merupakan orang terdekat yang dapat memberikan motivasi.

Pada penelitian ini kemampuan pengelolaan aktivitas tidak ada perbedaan antara sebelum dan sesudah mengikuti pendampingan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Penelitian ini mirip dengan penelitian yang dilakukan Santhanakrisman di India bahwa 62,9% penyandang DM tidak patuh terhadap aktivitas fisik. Hal ini tidak sejalan dengan pendapat PERKEN bahwa latihan jasmani atau olahraga membantu pengendalian gula darah dan dapat menurunkan berat badan. Latihan jasmani juga dapat mengurangi resistensi insulin dan memperbaiki sensitivitas terhadap insulin. Latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes. Pada saat melakukan latihan jasmani, terjadi peningkatan pemakaian glukosa oleh otot yang aktif sehingga secara langsung dapat menurunkan glukosa darah⁸.

Pada penelitian ini kemampuan pengelolaan terhadap perawatan kaki tidak ada perbedaan secara bermakna sebelum dan sesudah mengikuti kegiatan pendampingan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Santhanakrisman yang menyatakan 54% penderita DM patuh terhadap perawatan kaki. Kemampuan pengelolaan perawatan kaki bagi penyandang DM akan membantu dalam pencegahan timbulnya luka di kaki sehingga mencegah terjadinya ulkus DM. Perawatan kaki meliputi penggunaan alas kaki ketika beraktivitas, memeriksa dan membersihkan kaki, melakukan senam kaki agar vaskularisasi lancar.

Pada penelitian ini kemampuan responden terhadap kontrol gula darah ada perbedaan secara bermakna antara sebelum dan sesudah mengikuti kegiatan pendampingan baik melalui kelompok perpuluhan maupun melalui posyandu Lansia. Kontrol gula darah secara teratur merupakan salah satu bagian dari pengelolaan DM untuk mengetahui keberhasilan penyandang dalam pengendalian penyakitnya. Pemantauan kadar gula darah secara teratur minimal 1 bulan sekali akan membantu penyandang dalam menilai kesesuaian pengelolaan yang dilakukan.

Kemampuan pengelolaan terhadap pengobatan, pada penelitian ini terdapat perbedaan secara bermakna antara sebelum dan sesudah mengikuti kegiatan pendampingan baik melalui kelompok perpuluhan maupun melalui posyandu Lansia. Kontrol glikemik dapat dikendalikan jika pasien DM disiplin

dan patuh dalam menjalani terapi farmakologi. Ketidapatuhan dalam terapi farmakologis.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa : pendampingan melalui kelompok perpuluhan berpengaruh lebih efektif dibanding pendampingan melalui posyandu Lansia dalam meningkatkan kemampuan pengelolaan DM di rumah pada penyandang DM tipe II.

SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan pembahasan untuk membantu pengendalian penyakit DM dan meningkatkan kemampuan pengelolaan DM di rumah pada penyandang DM tipe II maka :

1. Kepada penyandang DM tipe II hendaknya tetap mempertahankan pola makan yang sudah sesuai, melakukan aktivitas fisik minimal 3 kali seminggu selama 30 menit, merawat kaki, kontrol gula darah setiap bulan dan meminum obat atau menyuntikan insulin sesuai program dokter dan tidak menghentikan pengobatan sebelum dokter menghentikan
2. Perawat/ Perawat Pembina wilayah binaan di wilayah kerja Puskesmas Gamping I dan II
 - a. Mengembangkan pendidikan kesehatan kepada masyarakat dengan membentuk kelompok perpuluhan (dasa wisma) pada keluarga yang mempunyai penyandang DM dan melakukan pendampingan atau memfasilitasi kegiatan sharing antar penyandang dalam pengelolaan DM
 - b. Mengadakan pelatihan atau refreasing kader untuk meningkatkan pengetahuan kader tentang perencanaan makan, aktivitas fisik, merawat kaki, senam kaki dan kontrol gula darah pada penyandang DM sehingga kader mempunyai kepercayaan diri sehingga keaktifan Posyandu tetap terjaga.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sudoyo S, Waspadji S, Soegondo S, dkk, *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*, FK-UI, Jakarta, 2007
2. Kementerian Kesehatan RI, (2013) *Hasil Riskesdas 2013*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jakarta
3. Dep.Kes. RI, 2009, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta
4. Mahvash Iram, Shobha Rani. R.H, Nalini Pais, 2010, *Impact Of Patient Counseling And Education Of Diabetic Patients In Improving Their Quality Of*

- Life*, Archive of Pharmacy Practice, Vol 1 Issue 2 p (18–22)
5. Eman M. Mahfouz, Hala I. Awadalla, 2011, *Compliance to diabetes self - Management in rural El-Mina, Egypt*, Cent Eur J Public Health, 2011, 19:35–41
 6. Adikusuma W, Perwitasari DA, Supadmi W, 2014, *Evaluasi Kepatuhan pasien diabetes melitus tipe II di rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul* Yogyakarta, Media Farmasi, Vol. 11 No.2 September 2014 : 208-220
 7. Bandura, A (1986) *Social Foundation of Thought and Action, A social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice - Hall. Inc
 8. Perkeni, (2011), *Konsensus Pengelolaan dan pencegahan DM tipe II di Indonesia* accessed 19 Februari 2015 from www.academia.edu