

**LAPORAN PENELITIAN
HIBAH BERSAING
POLTEKKES KEMENKES MALANG
TAHUN 2018**

**MODEL EDUKASI PADA KADER DAN IBU RUMAH TANGGA TERHADAP
PERUBAHAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM UPAYA
PENCEGAHAN KOMPLIKASI DM TIPE II DI DESA BUNUT WETAN
KABUPATEN MALANG**



**Disusun Oleh :
Fiashriel Lundy, M.Kes**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKKES KEMENKES MALANG
2018**

**LAPORAN PENELITIAN
HIBAH BERSAING
POLTEKKES KEMENKES MALANG
TAHUN 2018**

**MODEL EDUKASI PADA KADER DAN IBU RUMAH TANGGA TERHADAP
PERUBAHAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM UPAYA
PENCEGAHAN KOMPLIKASI DM TIPE II DI DESA BUNUT WETAN
KABUPATEN MALANG**



**Disusun Oleh :
Fiashriel Lundy, M.Kes**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKKES KEMENKES MALANG
2018**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian dengan Judul:

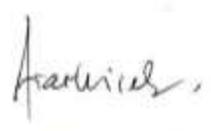
“MODEL EDUKASI PADA KADER DAN IBU RUMAH TANGGA TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM UPAYA PENCEGAHAN KOMPLIKASI DM TIPE II DI DESA BUNUT WETAN KABUPATEN MALANG”

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal Desember 2018

**Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Kepada Masyarakat
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**


**Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP. 19640407 198803 1004**

Ketua Tim Pelaksana Penelitian


**Finshriel Lundy, S.Kep.Ns,M.Kes
NIP. 197302191995032001**

Mengetahui

**Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang**



**Budi Susdita, S.Kp, M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002**

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat-Nyalah penulis dapat menyusun Laporan Kemajuan Penelitian Risbinakes Hibah Bersaing Tahun 2018 dengan judul ” **Model Edukasi Pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan Dan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II Di Bunut Wetan Malang** “ tepat waktu.

Atas terselesaikannya laporan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
2. Ketua Jurusan Kesehatan Terapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Kepala Desa Bunut Wetan Kec.Pakis Kabupaten Malang
4. Semua pihak yang telah memberikan dorongan dan bantuannya selama pelaksanaan penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan ini masih ada kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak sehingga dapat membantu perbaikan selanjutnya.

Malang, Desember 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Hal

HALAMAN SAMPUL

ABSTRAK

PRAKATA

DAFTAR ISI

BAB I : PENDAHULUAN

- 1.1 Latar Belakang
- 1.2 Rumusan Masalah Penelitian
- 1.3 Tujuan Penelitian
- 1.4 Manfaat Penelitian

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

- 2.1 Konsep Diabetes Mellitus
- 2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan
- 2.3 Konsep Model Edukasi Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Perilaku
- 2.4 Kerangka Konsep
- 2.5 Hipotesis Penelitian

BAB III : METODE PENELITIAN

- 3.1 Desain Penelitian
- 3.1** Tempat dan Waktu
- 3.2** Populasi dan Sampel
- 3.3** Definisi Operasional
- 3.4** Cara Pengumpulan Data
- 3.5** Instrumen Penelitian
- 3.6** Analisis data

BAB IV : HASIL YANG DICAPAI

BAB V : RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang Masalah

Diabetes mellitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) yang diakibatkan oleh kelainan dalam sekresi insulin, aksi insulin atau keduanya. (American Diabetes Association (ADA), 2004 dalam Smeltzer & Bare, 2008). Saat ini DM merupakan penyakit yang prevalensinya terus meningkat dua kali lipat tiap tahunnya. Sekitar 1,3 juta kasus baru DM didiagnosa tiap tahun di Amerika Serikat. DM diestimasikan diderita sebanyak 18,2 juta orang; 13 juta telah terdiagnosa dan sekitar 5,2 juta belum terdiagnosa. Terjadi peningkatan prevalensi DM khususnya tipe 2 pada dewasa tua (Lemone & Burke, 2008). Data DM di Indonesia pada tahun 1995 terdapat 8,4 juta pasien yang menderita DM. Tahun 2006 meningkat menjadi 14,7 juta. Diperkirakan akan terus meningkat pada tahun 2030 menjadi 21,3 juta (Sudoyo, 2006). DM dapat menyebabkan komplikasi pada berbagai sistem tubuh. Komplikasi DM bersifat jangka pendek dan jangka panjang. Komplikasi jangka pendek meliputi hipoglikemia, diabetik ketoasidosis (DKA), dan hiperglikemia hiperosmolar nonketosis (HHS). Sedangkan komplikasi jangka panjang dapat berupa kerusakan makroangiopati dan mikroangiopati. Sehingga Upaya Deteksi Dini Komplikasi pada penyakit ini sangat diperlukan. Agar dapat terlaksananya deteksi dini untuk penyakit Diabetes Mellitus tersebut diperlukan upaya promotive dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif maupun rehabilitatif.

Upaya promotif dan preventif pencegahan komplikasi tersebut dapat dilakukan melalui edukasi pada keluarga. Edukasi keluarga melalui ibu rumah tangga oleh kader maupun tenaga kesehatan akan menghasilkan kemandirian keluarga sehingga dengan keluarga diharapkan masing-masing anggota keluarga bisa mengenali sendiri masalah kesehatannya, mampu mengatasi masalahnya, serta mampu menggunakan potensi yang ada dalam keluarga dan memanfaatkan peluang yang ada dilingkungannya semaksimal mungkin untuk mengatasi masalah mereka terutama masalah kesehatannya.

Dari latar belakang tersebut peneliti ingin mengaplikasikan Model Edukasi Pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II Melalui Monitoring Kestabilan Gula Darah di Desa Bunut Wetan Malang.

2. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum dalam penelitian ini adalah mengetahui Pengaruh Model Edukasi Pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Terhadap Perubahan Pengetahuan Dan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II Melalui Monitoring Kestabilan Gula Darah di Desa Bunut Wetan Malang.

Tujuan Khusus :

1. Mengidentifikasi Pengetahuan, Mekanisme Koping (Family Coping Indeks) dan perilaku keluarga dalam pencegahan komplikasi DM tipe II melalui monitoring kestabilan gula darah pada Kader, Ibu Rumah Tangga dan keluarga sebelum dan sesudah perlakuan di Desa Bunut Wetan Malang
2. Menganalisa Pengaruh Model Edukasi terhadap pengetahuan, mekanisme koping (Family Coping Indeks) dan perilaku keluarga dalam upaya pencegahan komplikasi DM tipe II melalui monitoring kestabilan gula darah dan pada Kader, Ibu Rumah Tangga dan keluarga sebelum dan sesudah perlakuan di Desa Bunut Wetan Malang

3. Rumusan Masalah

Bagaimana Pengaruh Model Edukasi pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Mekanisme Koping Dan Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II melalui monitoring Kestabilan Gula Darah di Desa Bunut Wetan Malang.

4. Manfaat Penelitian

1. Sebagai sumber informasi bagi responden maupun warga Desa Bunut Wetan Malang dalam upaya pencegahan komplikasi penyakit Diabetes Mellitus Tipe II melalui monitoring kestabilan gula darah
2. Sebagai strategi bagi kader maupun petugas kesehatan dalam penggunaan metode promosi kesehatan dalam pencegahan komplikasi penyakit Diabetes mellitus Tipe II
3. Mencegah komplikasi penderita Diabetes Mellitus Tipe II sedini mungkin

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Militus

2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. (ADA, 2005 dalam Sidartawan, 2009:19).

Diabetes Melitus (DM) adalah suatu kumpulan problema anatomik dan kimiawi yang merupakan akibat dari sejumlah faktor diantaranya defisiensi insulin absolut atau relatif dan gangguan fungsi insulin (WHO, 1980 dalam PERKENI 2006).

2.1.2 Klasifikasi Etiologi Diabetes Melitus

Klasifikasi etiologi DM menurut Sidartawan (2009) yaitu :

- a. Tipe 1:
Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut, yaitu
1) Autoimun, 2) Idiopati
- b. Tipe 2:
Dominan resistensi insulin disertai insulin relatif, defek sekresi insulin disertai resistensi insulin
- c. Tipe lain:
Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin Penyakit eksokrin pankreas Endokrinopati, Karena obat atau zat kimia, Infeksi Sebab imunologi yang jarang, 6) Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
- d. Diabetes Melitus kehamilan (Gestasional DM)

2.1.3 Patofisiologi Diabetes Melitus

- a. Keadaan Normal

Dalam keadaan normal (kadar insulin cukup) ,insulin akan ditangkap oleh reseptor insulin yang ada pada permukaan sel otot, kemudian membuka pintu masuk sel hingga glukosa dapat masuk sel kemudian dibakar menjadi energi /tenaga. Sehingga kadar glukosa dalam darah normal.

b. DM tipe 1

Pada keadaan DM tipe 1,insulin yang dikeluarkan oleh sel beta diibaratkan sebagai anak kunci yang dapat membuka pintu masuknya glukosa ke dalam sel, kemudian dimetabolisme menjadi tenaga. Jika insulin tidak ada,maka glukosa dalam darah meningkat.

c. DM tipe 2

Pada keadaan DM tipe 2, jumlah insulin bisa normal atau kurang tetapi kualitasnya kurang baik (resistensi insulin). Meski anak kunci (insulin) banyak, tetapi jumlah lubang kuncinya (reseptor) kurang, maka glukosa yang masuk ke dalam sel sedikit. Akibatnya glukosa darah tetap berada diluar sel dan kadar glukosa darah meningkat.

(Sidartawan 2009)

2.1.4 Diagnosis Diabetes Melitus

Kriteria Diagnosis DM (PERKENI, 2006)

- a. Gejala klasik DM+glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L)
Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir, atau
- b. Gejala klasik DM
Kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L)
Puasa diartikan pasien tak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam, atau
- c. Kadar glukosa plasma 2 jam pada TTGO ≥ 200 mg/dL (11.1mmol/L)
TTGO dilakukan dengan standart WHO,menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75g glukosa yang dilarutkan kedalam air 250ml.

Tabel 2.1: Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dL)

	Bukan DM	Belum pasti	DM
--	----------	-------------	----

		DM		
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-199	≥200
	Darah kapiler	<90	90-199	≥200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena	<100	100-125	≥126
	Darah kapiler	<90	90-99	≥100

Sumber: Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia, PERKENI, 2006

Tabel tersebut di atas, menunjukkan kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnostik DM (mg/dl).

2.1.5 Faktor Risiko Diabetes Melitus

PERKENI (2006) membagi faktor resiko DM menjadi 3 yaitu:

a. Faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi:

1) Ras dan etnik

Prevalensi DM meningkat pada kelompok etnis tertentu

2) Genetik

Prevalensi DM tinggi pada anak-anak yang orang tuanya menderita DM

3) Umur

Risiko untuk menderita intoleransi glukosa meningkat seiring dengan meningkatnya usia. usia ≥45 tahun harus dilakukan pemeriksaan DM.

4) Riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi 4000g atau riwayat pernah menderita DM Gestasional

5) Riwayat lahir dengan BB rendah, kurang dari 2,5kg

b. Faktor risiko yang bisa dimodifikasi :

1) Obesitas

Obesitas merupakan prediktor yang kuat untuk timbulnya DM tipe 2

Intervensi dilakukan untuk mengurangi obesitas dan insiden DM tipe 2.

Pada study longitudinal menunjukkan bahwa ukuran lingkaran pinggang atau rasio pinggang-pinggul (*waist to hip ratio*) mencerminkan keadaan lemak visceral (abdominal), merupakan indikator yang lebih baik dibanding IMT sebagai faktor risiko prediabetes. Data tersebut memastikan bahwa distribusi lemak lebih penting dibanding dengan jumlah total lemak.

Sedangkan didalam juknis pengukuran faktor risiko DM (2008) dijelaskan bahwa obesitas atau BB lebih terjadi akibat dari makanan yang dimakan mengandung energi melebihi kebutuhan tubuh sebagai cadangan energi dalam bentuk lemak yang mengakibatkan seseorang menjadi gemuk hingga obesitas karena setelah berlangsung dalam jangka waktu yang lama cadangan lemak yang ditimbun menjadi lebih banyak lagi, cara sederhana untuk mengetahui kelebihan berat badan adalah dengan mengukur Indeks Masa Tubuh (IMT)

2) Aktifitas fisik

Dalam dekade-dekade akhir ini, berkurangnya intensitas aktivitas jasmani di berbagai populasi memberikan kontributor yang besar terhadap peningkatan obesitas di dunia. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kurangnya aktifitas fisik merupakan prediktor bebas terjadinya diabetes mellitus tipe 2 pada pria atau wanita.

3) Hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg)

4) Dislipidemia (HDL ≤ 35 mg/dL ,trigliserida ≥ 250 mg/dL)

5) Diet tak sehat/nutrisi

Diet dengan tinggi gula dan rendah serat akan meningkatkan risiko menderita prediabetes dan DM tipe 2.

2.1.6 Gejala dan Tanda Awal Diabetes Melitus

Atun (2010:11) menggolongkan gejala DM menjadi 2 yaitu gejala akut dan gejala kronis.

a. Gejala Akut

Pada fase awal BB terus meningkat, karena pada saat itu jumlah insulin masih mencukupi. Gejala pada tahap ini ditunjukkan dengan adanya 3P: Polidipsi, poliuri, polifagi. Pada fase selanjutnya timbul gejala yang disebabkan oleh kurangnya insulin. Penderita masih mengalami polidipsia dan poliuria, namun tak lagi banyak makan (polifagia). Nafsu makan mulai berkurang, bahkan kadang-kadang timbul rasa mual jika kadar glukosa darah >500 mg/dl berat badan mengalami penurunan dengan cepat (bisa 5-10kg dalam waktu 2-4

minggu). Badan terasa mudah lelah. Jika dibiarkan penderita akan jatuh koma (tidak sadarkan diri) yang biasa disebut koma diabetik.

b. Gejala kronis

Penderita DM tidak selalu menunjukkan gejala yang sifatnya mendadak (akut) namun baru timbul gejala sesudah beberapa waktu, mungkin dalam beberapa bulan atau tahun.

Gejala kronik yang muncul:

- 1) Sering mengalami kesemutan
- 2) Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum
- 3) Rasa tebal dikulit
- 4) Sering kram
- 5) Cepat merasa lelah, mudah mengantuk
- 6) Pandangan kabur, biasanya sering berganti kacamata
- 7) Rasa gatal disekitar kemaluan, terutama pada wanita
- 8) Gigi mudah goyah dan mudah lepas
- 9) Menurunnya kemampuan seksual, atau bahkan impoten
- 10) Keguguran atau kematian janin dalam kandungan pada ibu hamil, atau melahirkan dengan BB bayi > 4000gr

1.1.7 Pencegahan Diabetes Melitus

PERKENI (2006) menjelaskan Pencegahan Diabetes Melitus adalah sebagai berikut:

a. Pencegahan primer

Ditujukan pada kelompok yang memiliki faktor resiko DM.

Tindakan yang dilakukan adalah penyuluhan. Pencegahan primer adalah upaya yang ditujukan pada kelompok yang memiliki faktor resiko, yakni mereka yang belum terkena, tetapi berpotensi untuk mendapat DM dan kelompok intoleransi glukosa.

Tindakan yang dilakukan untuk usaha pencegahan primer meliputi : penyuluhan mengenai perlunya pengaturan gaya hidup sehat sedini mungkin dengan memberikan pedoman sebagai berikut :

- 1) Mempertahankan pola makan sehari-hari yang sehat dan seimbang,
- 2) Meningkatkan konsumsi sayuran dan buah.
- 3) Membatasi makanan tinggi lemak dan karbohidrat sederhana.

- 4) Mempertahankan berat badan normal / idaman sesuai dengan umur dan tinggi badan.
- 5) Melakukan kegiatan jasmani yang cukup sesuai dengan umur dan kemampuan
- 6) Menghindari obat yang bersifat diabetogenik

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit pada pasien yang telah menderita DM.

Tujuan pengelolaan diabetes Melitus :

Jangka pendek : hilangnya keluhan dan tanda DM.

Jangka panjang : tercegah dan terhambatnya progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati.

c. Pencegahan Tersier

- 1) Pencegahan tersier adalah usaha mencegah agar tidak terjadi kecacatan lebih lanjut walaupun sudah terjadi penyulit.
- 2) Upaya rehabilitasi pada pasien dilakukan sedini mungkin sebelum kecacatan menetap.

Tetap dilakukan penyuluhan pada pasien dan keluarga, serta berkolaborasi antar para ahli diantaranya radiologi, bedah ortopedi, jantung, ginjal, mata dan lain-lain.

Berikut ini adalah beberapa anjuran gizi seimbang yang ada kaitannya dengan pencegahan diabetes menurut Fitria (2007) antara lain:

a. Makanlah aneka ragam makanan

Tidak ada satupun jenis makanan yang mengandung semua zat gizi yang mampu membuat seseorang untuk hidup sehat dan produktif. Oleh karena itu setiap orang termasuk penyandang DM perlu mengonsumsi aneka ragam makanan. Makan makanan yang beraneka ragam akan menjamin terpenuhinya kecukupan sumber zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur.

- b. Makanlah untuk memenuhi kecukupan energi (tercapai dan pertahankan berat badan normal). Agar dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari, seperti bekerja, belajar, berolahraga dan kegiatan lain, setiap orang perlu makan makanan yang cukup energi, tidak kekurangan dan tidak berlebihan. Kecukupan energi ditandai dengan berat badan yang normal. Oleh karena itu, capai dan pertahankan berat badan yang normal. Kelebihan gizi terutama makanan tinggi lemak dan rendah karbohidrat dapat menimbulkan kegemukan yang berujung timbulnya DM. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penurunan berat badan yang sedang dilakukan pada orang gemuk dan kemudian dipertahankan dapat menurunkan risiko timbulnya DM tipe 2.
- c. Makanlah makanan sumber karbohidrat, sebagian dari kebutuhan energi (pilihlah karbohidrat kompleks dan serat, batasi karbohidrat sederhana yang *(refined)*)
Terdapat 3 kelompok karbohidrat yaitu kompleks, sederhana dan serat.

1) Karbohidrat Kompleks (tepung-tepungan)

makanan sumber karbohidrat kompleks adalah padi-padian (beras, jagung, gandum), umbi-umbian (singkong, ubi jalar, kentang), sagu dll. Makanan tersebut mengandung zat gizi lain selain karbohidrat.

Proses pencernaan dan penyerapan karbohidrat kompleks di dalam tubuh berlangsung lebih lama dari karbohidrat sederhana, sehingga dengan mengonsumsi karbohidrat kompleks, orang tidak segera lapar.

2) Karbohidrat Sederhana

Karbohidrat sederhana alamiah terdapat pada buah, sayuran dan susu. Bahan makanan tersebut selain mengandung karbohidrat, mengandung zat gizi lain yang sangat bermanfaat.

Karbohidrat sederhana yang diproses seperti gula, madu, sirup, bolu, selai, dll langsung diserap dan digunakan tubuh sebagai energi, sehingga cepat menimbulkan rasa lapar. Gula tidak mengandung zat

gizi lain, hanya karbohidrat. Konsumsi gula yang berlebih dapat mengurangi peluang terpenuhinya zat gizi lain.

Menurut penelitian, tidak ada hubungan langsung antara asupan gula dengan timbulnya DM tipe 2. Namun, demikian, makanan dengan kandungan gula tinggi sering juga mengandung lemak yang tinggi sehingga dapat mengakibatkan kegemukan.

3) Serat

Serat adalah bagian karbohidrat yang tak dapat dicerna. Kelompok ini banyak terdapat pada buah, sayuran, padi-padian dan produk sereal. Susu, daging dan lemak tidak mengandung serat.

d. Gunakan garam beryodium

Konsumsi natrium dalam garam dapur (natrium klorida) yang berlebihan dapat memicu terjadinya penyakit darah tinggi. Anjuran asupan natrium untuk penduduk biasanya tidak lebih dari 3000 mg perhari yaitu kira-kira 1 sendok teh yang digunakan dalam memasak.

e. Berikan ASI saja pada bayi minimal sampai umur 4 bulan.

ASI adalah makan terbaik untuk bayi. Pada usia 0-4 bulan, bayi cukup diberi ASI (ASI eksklusif) karena ASI pada periode tersebut sudah mencukupi kebutuhan bayi untuk tumbuh kembang yang sehat. Kurang gizi selama awal kehidupan atau bahkan saat di dalam kandungan juga memainkan peranan penting pada timbulnya DM tipe 2 di kemudian hari setelah dewasa, melalui mekanisme resistensi insulin.

f. Lakukan kegiatan fisik dan olahraga secara teratur

Kegiatan fisik dan olahraga bermanfaat bagi setiap orang karena dapat meningkatkan kebugaran, mencegah kelebihan berat badan, meningkatkan fungsi jantung, paru dan otot serta memperlambat proses penuaan.

Olahraga harus dilakukan secara teratur. Macam dan takaran olahraga berbeda menurut usia, jenis kelamin, jenis pekerjaan dan kondisi kesehatan. Kurang gerak atau hidup santai merupakan faktor pencetus diabetes.

2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003), Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Pendidikan kesehatan adalah proses yang direncanakan dengan sadar untuk menciptakan peluang bagi individu-individu untuk senantiasa belajar memperbaiki kesadaran serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya demi kepentingan kesehatannya (Nursalam & Efendi, 2008: 196)

Peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Dengan kata lain pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok, atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Akhirnya pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Dengan kata lain, dengan adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran.

2.2.1 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Menurut Duryea (1983) dalam Nursalam & Efendi (2008), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan perilaku sehat individu maupun masyarakat, pengetahuan yang relevan dengan intervensi dan strategi pemeliharaan derajat kesehatan, pencegahan penyakit, serta mengelola (memberikan perawatan) penyakit kronis di rumah. Pendidikan kesehatan pada dasarnya untuk meningkatkan derajat kesehatan (kesejahteraan) dan menurunkan ketergantungan serta memberikan kesempatan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas untuk mengaktualisasikan dirinya dalam mempertahankan keadaan sehat yang optimal. Pendidikan kesehatan tidak hanya memberikan informasi saja, tetapi yang penting

adalah menciptakan kegiatan yang dapat memandirikan seseorang untuk mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi.

2.2.2 Prinsip Pendidikan Kesehatan

Berikut adalah beberapa prinsip pendidikan kesehatan.

1. Pendidikan kesehatan bukan hanya pelajaran di kelas, tetapi merupakan kumpulan pengalaman dimana saja dan kapan saja sepanjang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan sasaran pendidikan.
2. Pendidikan kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan oleh seseorang kepada orang lain, karena pada akhirnya sasaran pendidikan itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri.
3. Bahwa yang harus dilakukan oleh pendidik adalah menciptakan sasaran agar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dapat mengubah sikap dan tingkah lakunya sendiri.
4. Pendidikan kesehatan dikatakan berhasil bila sasaran pendidikan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

2.2.3 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari 3 dimensi :

1. Dimensi sasaran
 - a. Pendidikan kesehatan individu dengan sasaran individu
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok masyarakat tertentu.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.
2. Dimensi tempat pelaksanaan
 - a. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dengan sasaran pasien dan keluarga
 - b. Pendidikan kesehatan di sekolah dengan sasaran pelajar.

- c. Pendidikan kesehatan di masyarakat atau tempat kerja dengan sasaran masyarakat atau pekerja.
3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan
- a. Pendidikan kesehatan promosi kesehatan (*Health Promotion*), misal : peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan, gaya hidup dan sebagainya.
 - b. Pendidikan kesehatan untuk perlindungan khusus (*Specific Protection*) misal : imunisasi
 - c. Pendidikan kesehatan untuk diagnosis dini dan pengobatan tepat (*Early diagnostic and prompt treatment*) misal : dengan pengobatan layak dan sempurna dapat menghindari dari resiko kecacatan.
 - d. Pendidikan kesehatan untuk rehabilitasi (*Rehabilitation*) misal : dengan memulihkan kondisi cacat melalui latihan-latihan tertentu.

2.2.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Input dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakang. Yang dimaksud dengan proses belajar adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Sedangkan yang dimaksud dengan output pendidikan kesehatan adalah hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar. Proses pendidikan kesehatan dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Proses Pendidikan Kesehatan

2.3 KONSEP MODEL EDUKASI TERHADAP PERUBAHAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU

2.3.1 Konsep Pengetahuan

2.3.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya menurut Notoatmodjo (2010). dibagi dalam 6 ting-kat pengetahuan, yaitu :

1. Tahu (*know*)

Diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan- pertanyaan.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekadar tahu terhadap objek tersebut, tidak seka-dar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisa (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen - komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau me-letakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen- komponen pengetahuan yang dimiliki.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang menurut Notoatmodjo (2010) yaitu :

1. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup.

2. Media masa / sumber informasi

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, internet, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

3. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk.

4. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial.

5. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

Kategori pengetahuan Menurut Notoatmodjo (2010) :

Pengukuran pengetahuan penulis menggunakan pengkategorian menurut Machfoedz (2009) yaitu:

1. Baik, bila subyek mampu menjawab dengan benar 76-100% dari seluruh pernyataan.
2. Cukup, bila subyek mampu menjawab dengan benar 56-75% dari seluruh pernyataan.

3. Kurang, bila subyek mampu menjawab dengan benar <56% dari seluruh pernyataan.

.2. KONSEP PERILAKU

Terbentuknya perilaku dapat terjadi karena proses kematangan dan dari proses interaksi dengan lingkungan. Perilaku yang berlaku pada individu atau organisme tidak timbul dengan sendirinya. Berikut ini adalah beberapa definisi perilaku menurut sudut pandang para ahli.

- a. Perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan respon (Skinner, cit. Notoatmojo 1993). Perilaku tersebut dibagi lagi dalam 3 domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap psikomotor dan tindakan (ketrampilan). Pengetahuan diperoleh dari pengalaman, selain guru, orangtua, teman, buku, media massa (WHO 1992). Menurut Notoatmojo (1993), pengetahuan merupakan hasil dari tabu akibat proses penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan tersebut terjadi sebagian besar dari penglihatan dan pendengaran. Pengetahuan yang cakap dalam kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu : mengetahui, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan dan evaluasi.
- b. *Dari sudut biologis*, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai dari tumbuh – tumbuhan, binatang sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktifitas masing – masing.
- c. *Secara operasional*, perilaku dapat diartikan sebagai suatu respons organisme atau seseorang terhadap rangsangan dari luar subjek tersebut (Soekidjo,1993).
- d. *Ensiklopedi Amerika*, perilaku diartikan sebagai sebagai suatu aksi-reaksi organisme terhadap lingkungannya. Perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Berarti rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu (Notoatmodjo,1997).
- e. *Robert Kwick (1974)*, perilaku adalah tindakan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari.

- f. *Drs. Leonard F. Polhaupessy, Psi.* dalam sebuah buku yang berjudul “*Perilaku Manusia*”, menguraikan perilaku adalah sebuah gerakan yang dapat diamati dari luar, seperti orang berjalan, naik sepeda, dan mengendarai motor atau mobil. Untuk aktifitas ini mereka harus berbuat sesuatu, misalnya kaki yang satu harus diletakkan pada kaki yang lain. Jelas, ini sebuah bentuk perilaku. Cerita ini dari satu segi. Jika seseorang duduk diam dengan sebuah buku ditangannya, ia dikatakan sedang berperilaku. Ia sedang membaca. Sekalipun pengamatan dari luar sangat minimal, sebenarnya perilaku ada dibalik tirai tubuh, di dalam tubuh manusia.
- g. *Skinner (1938)* seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori Skinner disebut teori “S-O-R” atau *Stimulus – Organisme – Respon*. Skinner membedakan adanya dua proses, yaitu:
- **Respondent respon atau reflexive**, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *electing stimulation* karena menimbulkan respon – respon yang relative tetap. Misalnya : makanan yang lezat menimbulkan keinginan untuk makan, cahaya terang menyebabkan mata tertutup, dan sebagainya. Respondent respon ini juga mencakup perilaku emosional misalnya mendengar berita musibah menjadi sedih atau menangis, lulus ujian meluapkan kegembiraannya dengan mengadakan pesta, dan sebagainya.
 - **Operant respon atau instrumental respon**, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforce*, karena memperkuat respon. Misalnya apabila seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik (respon terhadap uraian tugasnya atau job skripsi) kemudian memperoleh penghargaan dari atasannya (stimulus baru), maka petugas kesehatan tersebut akan lebih baik lagi dalam melaksanakan tugasnya.

2.3. KONSEP PERUBAHAN PERILAKU

Dalam perkembangannya, perilaku seseorang dapat berubah-ubah sesuai dengan hal-hal yang memungkinkan perubahan itu terjadi. Dalam perkembangannya di kehidupan, perilaku manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor intern dan ekstern

yang memungkinkan suatu perilaku mengalami perubahan. Berikut diuraikan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku pada manusia.

1) **Faktor Internal**

Tingkah laku manusia adalah corak kegiatan yang sangat dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam dirinya. Faktor-faktor intern yang dimaksud antara lain jenis ras/keturunan, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, bakat, dan intelegensia. Faktor-faktor tersebut akan dijelaskan secara lebih rinci seperti di bawah ini.

a. Jenis Ras/ Keturunan

Setiap ras yang ada di dunia memperlihatkan tingkah laku yang khas. Tingkah laku khas ini berbeda pada setiap ras, karena memiliki ciri-ciri tersendiri.

b. Jenis Kelamin

Perbedaan perilaku berdasarkan jenis kelamin antara lain cara berpakaian, melakukan pekerjaan sehari-hari, dan pembagian tugas pekerjaan. Perbedaan ini bisa dimungkinkan karena faktor hormonal, struktur fisik maupun norma pembagian tugas. Wanita seringkali berperilaku berdasarkan perasaan, sedangkan orang laki-laki cenderung berperilaku atau bertindak atas pertimbangan rasional.

c. Sifat Fisik

Kretschmer Sheldon membuat tipologi perilaku seseorang berdasarkan tipe fisiknya. Misalnya, orang yang pendek, bulat, gendut, wajah berlemak adalah tipe piknis. Orang dengan ciri demikian dikatakan senang bergaul, humoris, ramah dan banyak teman.

d. Kepribadian

Kepribadian adalah segala corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsang baik yang datang dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya, sehingga corak dan kebiasaan itu merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas untuk manusia itu. Dari pengertian tersebut, kepribadian seseorang jelas sangat berpengaruh terhadap perilaku sehari-harinya.

e. Intelegensia

Intelegensia adalah keseluruhan kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah dan efektif. Bertitik tolak dari pengertian tersebut, tingkah laku

individu sangat dipengaruhi oleh intelegensia. Tingkah laku yang dipengaruhi oleh intelegensia adalah tingkah laku intelegen di mana seseorang dapat bertindak secara cepat, tepat, dan mudah terutama dalam mengambil keputusan.

f. Bakat

Bakat adalah suatu kondisi pada seseorang yang memungkinkannya dengan suatu latihan khusus mencapai suatu kecakapan, pengetahuan dan keterampilan khusus, misalnya berupa kemampuan memainkan musik, melukis, olah raga, dan sebagainya.

2) Faktor Eksternal

a. Pendidikan

Inti dari kegiatan pendidikan adalah proses belajar mengajar. Hasil dari proses belajar mengajar adalah seperangkat perubahan perilaku. Dengan demikian pendidikan sangat besar pengaruhnya terhadap perilaku seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan berbeda perilakunya dengan orang yang berpendidikan rendah.

b. Agama

Agama akan menjadikan individu bertingkah laku sesuai dengan norma dan nilai yang diajarkan oleh agama yang diyakininya.

c. Kebudayaan

Kebudayaan diartikan sebagai kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia. Tingkah laku seseorang dalam kebudayaan tertentu akan berbeda dengan orang yang hidup pada kebudayaan lainnya, misalnya tingkah laku orang Jawa dengan tingkah laku orang Papua.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh untuk mengubah sifat dan perilaku individu karena lingkungan itu dapat merupakan lawan atau tantangan bagi individu untuk mengatasinya. Individu terus berusaha menaklukkan lingkungan sehingga menjadi jinak dan dapat dikuasainya.

e. Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi perilaku seseorang.

2.4. TEORI-TEORI PERUBAHAN PERILAKU

2.4.1. TEORI S-O-R

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (stimulus) yang berkomunikasi dengan organisme. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (sources) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat. Hosland, et al (1953) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakekatnya sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- 1) Stimulus (rangsang) yang diberikan pada organisme dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu dan berhenti disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organisme berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.
- 2) Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari organisme (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya. Setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).
- 3) Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

2.4.2. TEORI “DRIVING FORCES”

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (driving forces) dan kekuatan-kekuatan penahan (restrining forces). Perilaku ini dapat berubah apabila terjadi ketidakseimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang.

Sehingga ada 3 kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang itu, yakni

- 1) Kekuatan-kekuatan pendorong meningkat. Hal ini terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang mendorong untuk terjadinya perubahan-perubahan perilaku. Stimulus ini berupa informasi-informasi sehubungan dengan perilaku yang bersangkutan.
- 2) Kekuatan-kekuatan penahan menurun. Hal ini akan terjadi karena adanya stimulus-stimulus yang memperlemah kekuatan penahan tersebut.
- 3) Kekuatan pendorong meningkat, kekuatan penahan menurun. Dengan keadaan semacam ini jelas juga akan terjadi perubahan perilaku

2.4.3. TEORI FUNGSI

Perubahan perilaku terjadi karena adanya kebutuhan. Oleh sebab itu stimulus atau obyek perilaku harus sesuai dengan kebutuhan orang (subyek). Prinsip teori fungsi:

- 1) Perilaku merupakan fungsi instrumental (memenuhi kebutuhan subyek)
- 2) Perilaku merupakan pertahanan diri dalam menghadapi lingkungan (bila hujan, panas)
- 3) Perilaku sebagai penerima obyek dan pemberi arti obyek (respons terhadap gejala sosial)
- 4) Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dalam menjawab situasi.(marah, senang)

2.4.4. TEORI HEALTH BELIEF MODEL (MODEL KEPERCAYAAN KESEHATAN)

Model perilaku ini dikembangkan pada tahun 50an dan didasarkan atas partisipasi masyarakat pada program deteksi dini tuberculosis. Analisis terhadap berbagai faktor yang mempengaruhi partisipasi masyarakat pada program tersebut kemudian dikembangkan sebagai model perilaku. Health belief Model didasarkan atas 3 faktor esensial ;

- 1) Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
- 2) Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku.

3) Perilaku itu sendiri.

Ketiga faktor diatas dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepribadian dan lingkungan individu, serta pengalaman berhubungan dengan sarana & petugas kesehatan.

Kesiapan individu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti persepsi tentang kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, motivasi untuk memperkecil kerentanan terhadap penyakit, potensi ancaman, dan adanya kepercayaan bahwa perubahan perilaku akan memberikan keuntungan. Faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku adalah perilaku itu sendiri yang dipengaruhi oleh karakteristik individu, penilaian individu terhadap perubahan yang di tawarkan, interaksi dengan petugas kesehatan yang merekomen-dasikan perubahan perilaku, dan pengalaman mencoba merubah perilaku yang serupa.

Menurut Rosenstock (1974,1977), model ini dekat dengan Pendidikan Kesehatan. Perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan dan sikap. Secara khusus bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku kesehatannya Aspek-aspek pokok perilaku kesehatan menurut Rosenstock:

1) Ancaman

- Persepsi tentang kerentanan diri terhadap penyakit (atau kesediaan menerima diagnosa penyakit)
- Persepsi tentang keparahan penyakit/kondisi kesehatannya

2) Harapan

- Persepsi tentang keuntungan suatu tindakan
- Persepsi tentang hambatan-hambatan untuk melakukan tindakan itu

3) Pencetus tindakan

- Media
- Pengaruh orang lain
- Hal-hal yang mengingatkan (reminders)

4) Faktor-faktor Sosio-demografi (pendidikan, umur, jenis kelamin/gender, sukubangsa)

5) Penilaian diri (Persepsi tentang kesanggupan diri untuk melakukan tindakan itu)

2.4.5. TEORI DISSONANCE

Perilaku seseorang pada saat tertentu karena adanya keseimbangan antara sebab atau alasan dan akibat atau keputusan yang diambil (consonance). Apabila terjadi stimulus dari luar yang lebih kuat, maka dalam diri orang tersebut akan terjadi ketidak seimbangan (dissonance). Kalau akhirnya stimulus tersebut direspons positif (menerima dan melakukannya) maka berarti terjadi perilaku baru (hasil perubahan), dan akhirnya kembali terjadi keseimbangan lagi (consonance).

Rumus perubahan perilaku menurut Festinger: terjadinya perubahan perilaku karena adanya perbedaan elemen kognitif yang seimbang dengan elemen tidak seimbang. Contoh: Seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya terjadi karena ketidak seimbangan antara keuntungan dan kerugian stimulus (anuran periksa hamil).

2.5. BENTUK-BENTUK PERUBAHAN PERILAKU

1) Perubahan Alamiah (Natural Change)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Contoh : perubahan perilaku yang disebabkan karena usia seseorang.

2) Perubahan terencana (Planned Change)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. contoh : perubahan perilaku seseorang karena tujuan tertentu atau ingin mendapatkan sesuatu yang bernilai baginya

3) Kesiapan untuk berubah (Readiness to Change)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam organisasi, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut, dan ada sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut. Contoh : perubahan teknologi pada suatu lembaga organisasi, misal dari mesin ketik manual ke mesin komputer, biasanya orang yang usianya tua sulit untuk menerima perubahan pemakaian teknologi tersebut.

2.6. STRATEGI PERUBAHAN PERILAKU

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku, dikelompokkan menjadi tiga :

- 1) Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan
Misal : dengan adanya peraturan-peraturan / perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Strategi ini dapat berlangsung cepat akan tetapi belum tentu berlangsung lama karena perubahan perilaku terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.
- 2) Pemberian informasi
Dengan memberikan informasi-informasi tentang sesuatu hal yang berkaitan dengan hal tertentu.
- 3) Diskusi partisipasi
Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua di atas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang peraturan baru organisasi tidak bersifat searah saja tetapi dua arah.

2.7. CARA-CARA PERUBAHAN PERILAKU

Untuk mencapai perubahan perilaku, ada beberapa cara yang bias ditempuh, yaitu :

- 1) Dengan Paksaan.
Cara ini bisa dilakukan dengan:
 - a. Mengeluarkan instruksi atau peraturan, dan ancaman hukuman kalau tidak mentaati instruksi atau peraturan tersebut. Misalnya : instruksi atau peraturan tidak membuang sampah disembarang tempat, dan ancaman hukuman atau denda jikatidak mentaatl.
 - b. Menakut-nakuti tentang bahaya yang mungkin akan diderita kalau tidak mengerjakan apa yang daniurkan Misal: menyampaikan kepada ibu-ibu bahwa anaknya bisa mati kalau tidak diberi oralit waktu mencret
- 2) Dengan memberi imbalan.
Imbalan bisa berupa materi seperti uang atau barang, tetapi bisa juga imbalan yang tidak berupa materi, seperti pujian, dan sebagainya. Contoh: kalau ibu-ibu membawa anaknya ke Posyandu untuk ditimbang dan diimunisasi, maka anaknya akan sehat,

(ini juga imbalan non materi). Dalam hal ini orang berbuat sesuatu karena terdorong atau tertarik oleh imbalan tersebut, bukan karena kesadaran atau keyakinan akan manfaatnya.

3) Dengan membina hubungan baik.

Kalau kita mempunyai hubungan yang baik dengan seseorang atau dengan masyarakat. biasanya orang tersebut atau masyarakat akan mengikuti anjuran kita untuk berbuat sesuatu, karena ingin memelihara hubungan baiknya dengan kita. Misal: Pak Lurah membuat jamban karena tidak ingin mengecewakan petugas kesehatan yang sudah dikenalnya dengan baik Jadi bukan karena kesadarannya akan pentingnya jamban tersebut.

4) Dengan menunjukkan contoh-contoh.

Salah satu sifat manusia ialah ingin meniru Karena itu usahakanlah agar Puskesmas dengan lingkungannya bersih, para petugas nampak bersih, rapi dan ramah. Selain itu, para petugas juga berperilaku sehat. misalnya tidak merokok, tidak meludah disembarang tempat, tidak membuang sampah sembarangan, dan sebagainya. Dibeberapa tempat disediakan tempat sampah agar orang juga tidak membuang sampah sembarangan. Dengan contoh seperti ini biasanya orang akan ikut berbuat yang serupa yaitu berperilaku sehat

5) Dengan memberikan kemudahan.

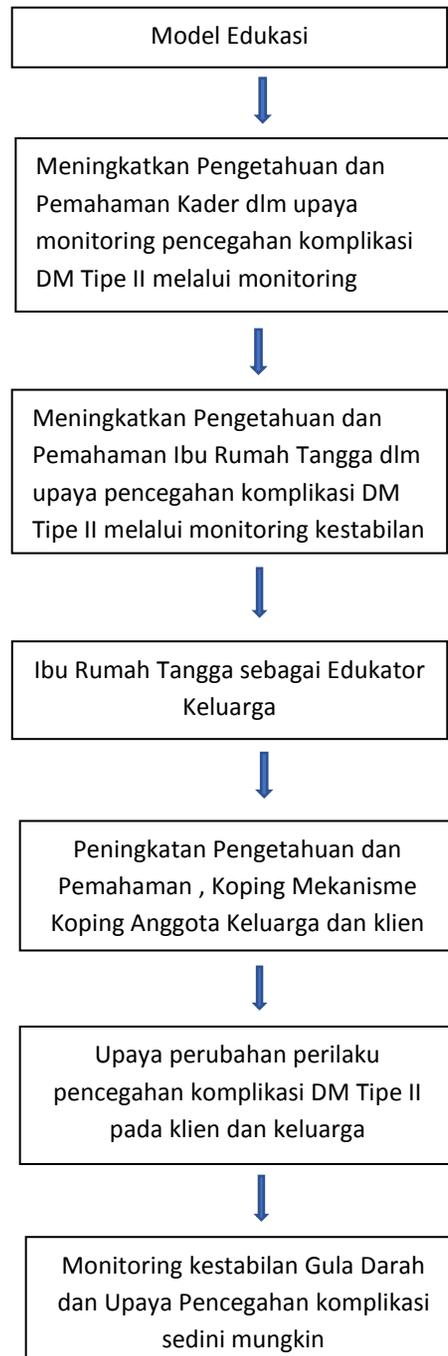
Misalnya kita ingin agar masyarakat memanfaatkan Puskesmas, maka Puskesmas didekatkan kepada masyarakat, pembayarannya dibuat sedemikian hingga masyarakat. mampu membayar pelayanannya yang baik dan ramah, tidak usah menunggu lama. dan sebagainya. Semua ini merupakan kemudahan bagi masyarakat, maka diharapkan masyarakat akan tergerak untuk memanfaatkan Puskesmas. Itulah sebabnya mengapa Puskesmas berlokasi dekat dengan masyarakat, ditambah pula dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas keliling.

6) Dengan menanamkan kesadaran dan motivasi

Dalam hal ini individu, kelompok, maupun masyarakat, diberi pengertian yang benar tentang kesehatan. Kemudian ditunjukkan kepada mereka baik secara langsung

ataupun tidak langsung, yaitu misalnya melalui film, slide, photo, gambar, atau ceritera, bagaimana bahayanya perilaku yang tidak sehat, dan apa untungnya kalau berperilaku sehat. Hal ini diharapkan akan bisa membangkitkan keinginan mereka untuk berperilaku hidup sehat. Selanjutnya berkali-kali disampaikan ataupun ditunjukkan kepada mereka bahwa telah makin banyak orang yang berperilaku sehat tersebut dan sekaligus ditunjukkan atau disampaikan pula keuntungan-keuntungannya, hingga mereka akan tergerak untuk berperilaku sehat.

Kerangka Pikir :



Keterangan :

-  : Diteliti
-  : Tidak Diteliti

Hipotesa Penelitian :

Model Edukasi berpengaruh terhadap Pengetahuan, Mekanisme Koping dan perubahan Perilaku Pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II melalui Monitoring Kestabilan Gula Darah dan di Kec. Bunut Wetan Malang.

BAB III METODE PENELITIAN

a. Desain Penelitian :

Quasy eksperiment

b. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Juni – Agustus 2018 di Wilayah Kerja Kec.Bunut Wetan Malang

c. Populasi dan Sampel

Populasi :

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah kader dan semua ibu rumah tangga di wilayah kerja Kec.Bunut Wetan Malang

Sampel :

Sampel dalam penelitian ini adalah Ibu Rumah tangga di wilayah kerja Kec Kec.Bunut Wetan Malang berjumlah 30 orang. Yang terbagi 2 kelompok. Kelompok perlakuan 1 adalah ibu rumah tangga yang di beri pelatihan oleh kader, kelompok perlakuan 2 adalah ibu rumah tangga yang diberi perlakuan dengan pelatihan dari tenaga kesehatan
Tehnik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling

d. Variabel Penelitian

1. Variabel Independent : Model Edukasi Keluarga

2. Variabel Dependent : Pengetahuan , Mekanisme Koping Dan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II melalui Monitoring Kestabilan Gula Darah

e. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil pengukuran	Cara pengukuran	Skala
1	Model Edukasi	adalah segala upaya, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan ,merencanakan dan melakukan pemecahan	-	-	-

		masalahnya melalui pelatihan dan pemberian buku saku monitoring pencegahan komplikasi DM tipe 2			
2	Pengetahuan dan Pemahaman Keluarga dalam monitoring dan Upaya pencegahan DM Tipe 2	Informasi yang diperoleh keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan mulai mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya, tanpa atau dengan bantuan pihak lain, dengan memanfaatkan potensi keluarga dan fasilitas yang ada di masyarakat dalam pencegahan komplikasi penyakit DM Tipe 2	1. A: Sangat Baik 2. B: Baik 3. C: Kurang	Kuesioner	Ordinal A : (81 – 100 %) B : (61 – 80 %) C : (0 – 60 %)
	Mekanisme Koping Keluarga dalam Upaya pencegahan komplikasi DM Tipe 2	upaya keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan mulai mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya, tanpa atau dengan bantuan pihak lain, dengan memanfaatkan potensi keluarga dan fasilitas yang ada di masyarakat dalam pencegahan komplikasi penyakit DM Tipe 2 yang diukur dengan (Family coping Indeks) selama sebulan		Kuesioner (Instrumen koping keluarga diadopsi dari Family Coping Indeks (FCI) City Nursing Servis and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Berisikan kemampuan / kompetensi keluarga dalam melakukan perawatan keluarga dalam upaya pencegahan penyakit) dengan penilaian :	

				<p>1. Mekanisme Koping rendah (nilai 9-20) keluarga tidak menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan perawatan klg dlm upaya pencegahan komplikasi DM</p> <p>2. Mekanisme Koping sedang (nilai 21-32): bila keluarga menunjukkan sebagian kemampuan keluarga baik yang berkaitan dengan asuhan /perawatan keluarga dlm pencegahan komplikasi DM</p> <p>3. Mekanisme koping baik / Kompeten utuh (nilai 33-45) bila keluarga menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan perawatan keluarga dalam upaya pencegahan komplikasi penyakit DM tipe 2</p>	
--	--	--	--	--	--

	Monitoring kestabilan kadar gula darah	Hasil Evaluasi pemeriksaan kadar gula darah secara acak klien DM dalam upaya pencegahan komplikasi		Hasil pemeriksaan laboratorium kadar gula darah selama 3 bulan	Ordinal Meningkat : Bila hasil pengukuran kadar gula darah lebih dari sebelumnya Tetap : Bila hasil pengukuran kadar gula darah sama dengan sebelumnya Menurun : Bila hasil pengukuran kadar gula darah lebih rendah dari sebelumnya
--	--	--	--	--	--

f. Cara Pengumpulan Data

1. Tehnik pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan observasi hasil pemeriksaan gula darah
2. Responden di berikan Informed consent
3. Diberikan kuesioner untuk mengukur tingkat Pengetahuan dan mekanisme coping sebelum perlakuan
4. Responden diberi pelatihan tentang Pengertian DM dan Monitoring Kestabilan Gula Darah serta upaya pencegahan komplikasi DM Tipe II selama 2 hari kemudian diukur tingkat pengetahuan
5. Selanjutnya mengukur Tingkat Pengetahuan, Coping Mekanisme dan Perilaku responden sesudah perlakuan. Perubahan Perilaku diukur dengan menggunakan Family coping Indeks sebelum dan sesudah perlakuan.
6. Setelah kedua kelompok diberi perlakuan kemudian mengobservasi upaya keluarga dalam monitoring kestabilan gula darah dan pencegahan komplikasi penyakit DM tipe 2 setelah perlakuan dengan mengukur Family Copping Indeks serta mengidentifikasi hasil pemeriksaan kadar gula darah klien dalam 1 bulan

g. Instrumen Penelitian :

1. Kuesioner Untuk Mengukur Pengetahuan Dan Instrumen coping keluarga diadopsi dari Family Coping Indeks (FCI) City Nursing Servis and the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health. Berisikan kemampuan / kompetensi keluarga dalam melakukan perawatan keluarga dalam upaya pencegahan penyakit dengan penilaian :

1. Tidak kompeten (nilai 9-20) bila keluarga tidak menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan perawatan klg dlm upaya pencegahan DM
2. Kompeten sedang (nilai 21-32) bila keluarga menunjukkan sebagian kemampuan keluarga baik yang berkaitan dengan asuhan /perawatan keluarga dlm pebncegahan DM
3. Kompeten utuh (nilai 33-45) bila keluarga menunjukkan kemampuan yang baik berkaitan dengan perawatan keluarga dalam upaya pencegahan penyakit DM tipe 2

Pengumpulan data pre test dan post tes dilakukan dengan kunjungan rumah dan mengukur coping keluarga dengan menggunakan indeks coping keluarga dengan waktu 40 menit untuk setiap responden.

2. Hasil pemeriksaan laboratorium kadar gula darah dalam sebulan

h. Analisa Data

1. Tabulasi data dengan cara pengelompokan data.
2. Penghitungan hasil kuesioner dengan distribusi frekuensi.
3. Mengidentifikasi hasil pemeriksaan gula darah dalam 1 bulan.
4. Untuk mengetahui signifikansi pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat dianalisis dengan menggunakan rumus menggunakan Uji Wilcoxon pada program SPSS.

Jika Sig > 0,05 maka Ho diterima (Tidak ada Pengaruh)

Jika Sig < 0,05 maka Ho ditolak (Ada Pengaruh)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Desa Bunut Wetan merupakan salah satu desa di Kecamatan Pakis Kabupaten Malang yang mempunyai 8 RW dan 65 RT dengan 516 KK dengan jumlah penduduk yang besar yaitu sekitar 9630 orang dan diantara jumlah penduduk tersebut terdapat warga lansia (55 tahun keatas) yaitu sekitar 500 orang, dan 200 diantaranya menderita DM.

Kader Posyandu DI Desa Bunut Wetan mempunyai peran dalam kegiatan posyandu lansia sebagai pelaku dari sebuah sistem kesehatan. Kader diharapkan bisa memberikan berbagai pelayanan yang meliputi pengukuran tinggi dan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengisian lembar KMS, memberikan penyuluhan atau penyebarluasan informasi kesehatan, menggerakkan serta mengajak usia lanjut untuk hadir dan berpartisipasi dalam kegiatan posyandu lansia, melakukan penyuluhan (kesehatan, gizi, sosial, agama dan karya) sesuai dengan minatnya (Komnas Lansia, 2010).

Posyandu lansia di wilayah tersebut selama ini pelaksanaannya bergabung dengan kegiatan Poskesdes Desa Bunut Wetan yang dilaksanakan oleh seorang perawat yang ditugaskan oleh puskesmas Pakis, jadi belum tampak kegiatan posyandu lansia secara terpisah yang dilaksanakan oleh setiap RW. Secara keseluruhan terdapat 15 orang kader untuk desa Bunut Wetan, dan mengadakan kegiatan rutin Posyandu Lansia 1 kali dalam sebulan.

4.1.2 Gambaran Responden Penelitian

4.1.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Tingkat pendidikan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No	Karakteristik	Perlakuan 1		Perlakuan 2		Kontrol	
		f	%	f	%	f	%
1	Umur						
	31-40 tahun	6	40 %	2	13.3%	2	13.3%
	41-50 tahun	8	53.3%	12	80 %	12	80 %
	51-60 tahun	1	6.7%	1	6.7%	1	6.7%
2	Pendidikan						
	SD	2	13.3 %	4	26.67 %	5	33.33 %
	SMP	8	53.3 %	7	46.67 %	7	46.67%
	SMA	5	33.3 %	4	26.67 %	3	20.0 %
3	Jumlah Anak						
	1 orang	0	0 %	0	0 %	1	6.7 %
	2 orang	9	60 %	8	53.3%	6	40 %
	3 orang	5	33.3%	6	40 %	6	40 %
	4 orang	1	6.7%	1	6.7%	2	13.3%
	5 orang	0	0%	0	0%	0	0%

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Berdasarkan table 1 dapat diketahui 53.3 % berusia 31-40 Tahun pada kelompok perlakuan I dan 80% berusia 41-50 th pada kelompok perlakuan 2 .

Sedangkan Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada kelompok perlakuan 1 53.3% tingkat pendidikannya SMP dan pada kelompok perlakuan 2 tingkat pendidikan 46.67 % SMP

4.1.2.2 Data Khusus

Berikut disajikan hasil gambaran identifikasi pengetahuan, family coping index (FCI), dan gula darah pada Ibu rumah tangga yang berikan edukasi oleh tenaga kesehatan (kelompok perlakuan 1) dan Ibu Rumah Tangga yang diedukasi oleh Kader (kelompok perlakuan 2) dan kelompok kontrol yang diamati sebelum dan sesudah perlakuan.

1. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga

Tabel 1. Hasil Deskripsi Pengetahuan Ibu Rumah Tangga

	Sebelum Perlakuan (Pre test)		Sesudah Perlakuan (Post test)	
	Mean	SD	Mean	SD
Kelompok Perlakuan 1	63.27	8.64	82.47	5.15
Kelompok Perlakuan 2	57.13	6.79	77.60	5.74
Kelompok Kontrol	48.20	9.40	51.33	11.27
Kader	63.27	8.64	83.67	4.10

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi pengetahuan ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 63,27 dan standar deviasi sebesar 8,64, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 82,47 dan standar deviasi sebesar 5,15.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi pengetahuan ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 57,13 dan standar deviasi sebesar 6,79, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 77,60 dan standar deviasi sebesar 5,74.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi pengetahuan ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 48,20 dan standar deviasi sebesar 9,40, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 51,33 dan standar deviasi sebesar 11,27.

d. Kader

Hasil deskripsi pengetahuan ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 63,27 dan standar deviasi sebesar 8,64, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 83,67 dan standar deviasi sebesar 4,10.

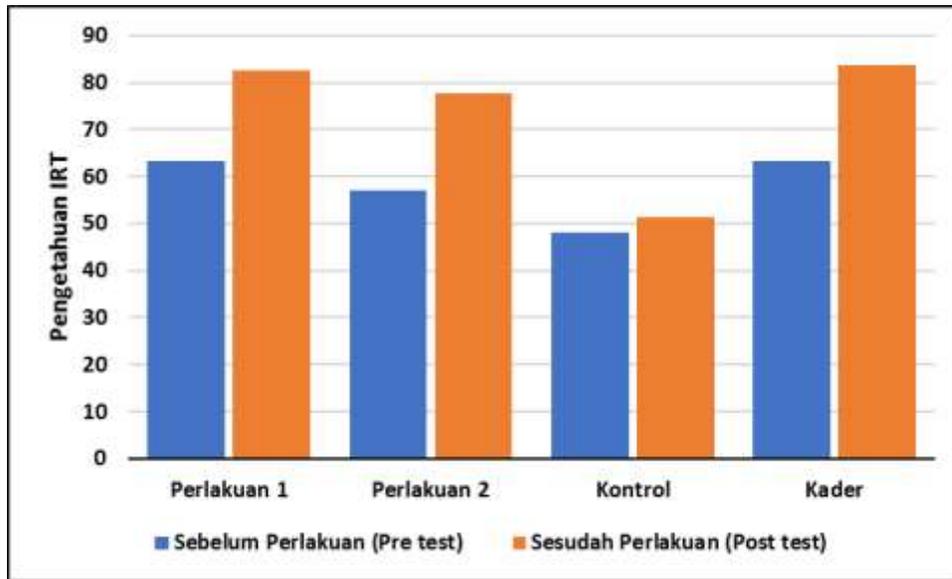


Diagram 4.1 Tingkat Pengetahuan Kader, Ibu Rumah Tangga pada Kelompok Perlakuan I dan II serta Kelompok Kontrol

Dari hasil diatas menunjukkan Tingkat pengetahuan Ibu Rumah Tangga pada Kelompok perlakuan 1 sebelum perlakuan diperoleh rata-rata sebesar 63,27 pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 82,47 Sedangkan Tingkat Pengetahuan Ibu Rumah Tangga pada kelompok perlakuan 2 menunjukkan sebelum perlakuan diperoleh rata-rata tingkat pengetahuan sebesar 57,13 dan setelah perlakuan diperoleh rata-rata 77,60.

Dan tingkat pengetahuan pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata 48,20 dan saat post test didapatkan rata-rata 51,33

2. Pengetahuan Keluarga (Penyandang DM)

Tabel 3. Hasil Deskripsi Pengetahuan Kepala keluarga

	Sebelum Perlakuan (Pre test)		Sesudah Perlakuan (Post test)	
	Mean	SD	Mean	SD
Kelompok Perlakuan 1	40.00	5.54	66.73	7.93
Kelompok Perlakuan 2	42.07	7.48	63.67	4.94
Kelompok Kontrol	41.93	7.46	50.33	13.61

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi pengetahuan keluarga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 40,00 dan standar deviasi sebesar 5,54, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 66,73 dan standar deviasi sebesar 7,93.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi pengetahuan kepala keluarga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 42,07 dan standar deviasi sebesar 7,48, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 63,67 dan standar deviasi sebesar 4,94.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi pengetahuan kepala keluarga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 41,93 dan standar deviasi sebesar 7,46, kemudian pengetahuan sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 50,33 dan standar deviasi sebesar 13,61.

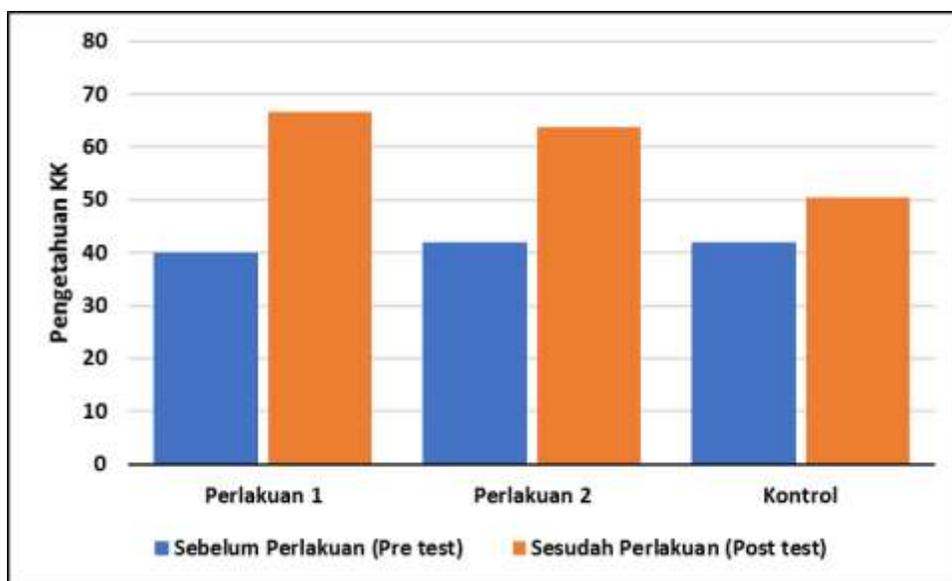


Diagram 4.2 Tingkat Pengetahuan anggota keluarga (penyanggand DM) sebelum dan Sesudah Perlakuan serta Kelompok Kontrol

3. Family Coping Index Ibu Rumah Tangga

Tabel 2. Hasil Deskripsi Family Coping Index Ibu Rumah Tangga

	Sebelum Perlakuan (Pre test)		Sesudah Perlakuan (Post test)	
	Mean	SD	Mean	SD
Kelompok Perlakuan 1	18.47	4.12	29.40	4.85
Kelompok Perlakuan 2	21.07	6.98	26.40	4.75
Kelompok Kontrol	13.00	2.17	13.87	3.16
Kader	18.87	3.48	29.40	4.85

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi family coping index ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 18,47 dan standar deviasi sebesar 4,12, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 29,40 dan standar deviasi sebesar 4,85.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi family coping index ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 21,07 dan standar deviasi sebesar 6,98, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 26,40 dan standar deviasi sebesar 4,75.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi family coping index ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 13,00 dan standar deviasi sebesar 2,17, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 13,87 dan standar deviasi sebesar 3,16.

d. Kader

Hasil deskripsi family coping index ibu rumah tangga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 18,67 dan standar deviasi sebesar 3,48, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 29,40 dan standar deviasi sebesar 4,85.

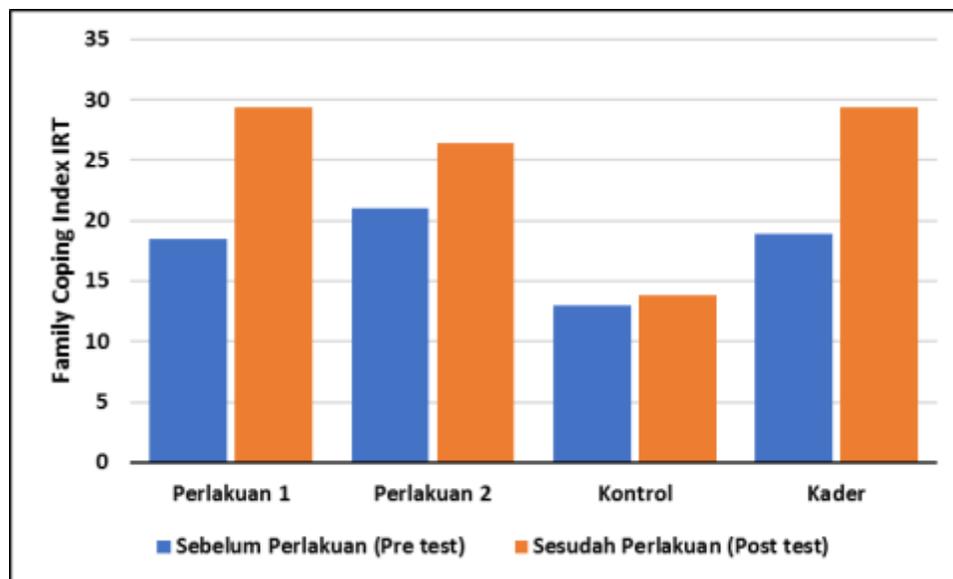


Diagram 4.3 Gambaran Family Coping Indeks Ibu Rumah Tangga yang diedukasi oleh Tenaga Kesehatan (perlakuan I) dan Family Coping Indeks Ibu Rumah Tangga yang diedukasi oleh kader (perlakuan II)

3. Family Coping Index Keluarga (Penyandang DM)

Tabel 2. Hasil Deskripsi Family Coping Index Keluarga

	Sebelum Perlakuan (Pre test)		Sesudah Perlakuan (Post test)	
	Mean	SD	Mean	SD
Kelompok Perlakuan 1	17.20	4.19	25.27	4.57
Kelompok Perlakuan 2	14.93	3.69	23.20	4.16
Kelompok Kontrol	14.60	3.54	14.73	3.67

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi family coping index keluarga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 17,20 dan standar deviasi sebesar 4,19, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 25,27 dan standar deviasi sebesar 4,57.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi family coping index keluarga sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 14,93 dan standar deviasi sebesar 3,54, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 23,20 dan standar deviasi sebesar 4,16.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi family coping index kepala sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 14,60 dan standar deviasi sebesar 3,54, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 14,73 dan standar deviasi sebesar 3,67.

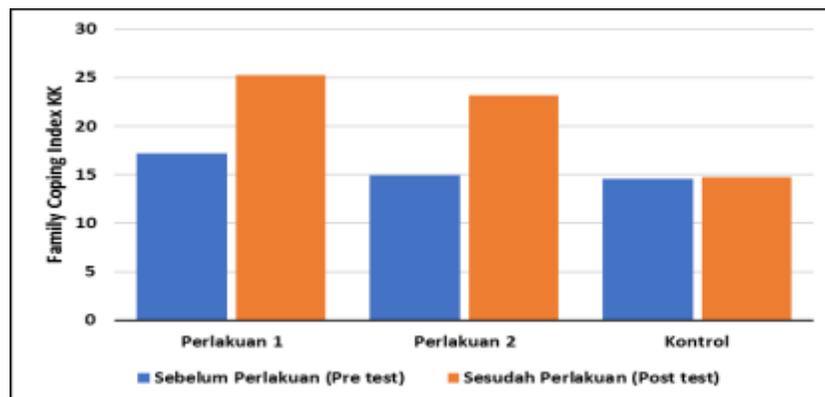


Diagram 4.4 Gambaran Family Coping Indeks Keluarga yang didukasi oleh Tenaga Kesehatan (perlakuan I) dan Family Coping Indeks Keluarga yang didukasi oleh kader (perlakuan II) serta kelompok kontrol.

4. MONITORING GULA DARAH

Tabel 6. Hasil Deskripsi Monitoring Gula Darah Sebelum Perlakuan

	Teratur		Tidak Teratur		Total	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kelompok Perlakuan 1	7	46.7%	8	53.3%	15	100%
Kelompok Perlakuan 2	9	60.0%	6	40.0%	15	100%
Kelompok Kontrol	3	20.0%	12	80.0%	15	100%

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi monitoring gula darah diperoleh 7 orang atau 46,7 persen memonitor secara teratur dan 8 orang atau 53,3 persen memonitor secara tidak teratur.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi monitoring gula darah diperoleh 9 orang atau 60,0 persen memonitor secara teratur dan 6 orang atau 40,0 persen memonitor secara tidak teratur.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi monitoring gula darah diperoleh 3 orang atau 20,0 persen memonitor secara teratur dan 12 orang atau 80,0 persen memonitor secara tidak teratur.

Tabel 6. Hasil Deskripsi Monitoring Gula Darah Sesudah Perlakuan

	Teratur		Tidak Teratur		Total	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kelompok Perlakuan 1	13	86.7%	2	13.3%	15	100%
Kelompok Perlakuan 2	12	80.0%	3	20.0%	15	100%
Kelompok Kontrol	4	26.7%	11	73.3%	15	100%

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi monitoring gula darah diperoleh 13 orang atau 86,7 persen memonitor secara teratur dan 2 orang atau 13,3 persen memonitor secara tidak teratur.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi monitoring gula darah diperoleh 12 orang atau 80,0 persen memonitor secara teratur dan 3 orang atau 20,0 persen memonitor secara tidak teratur.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi monitoring gula darah diperoleh 4 orang atau 26,7 persen memonitor secara teratur dan 11 orang atau 73,3 persen memonitor secara tidak teratur.

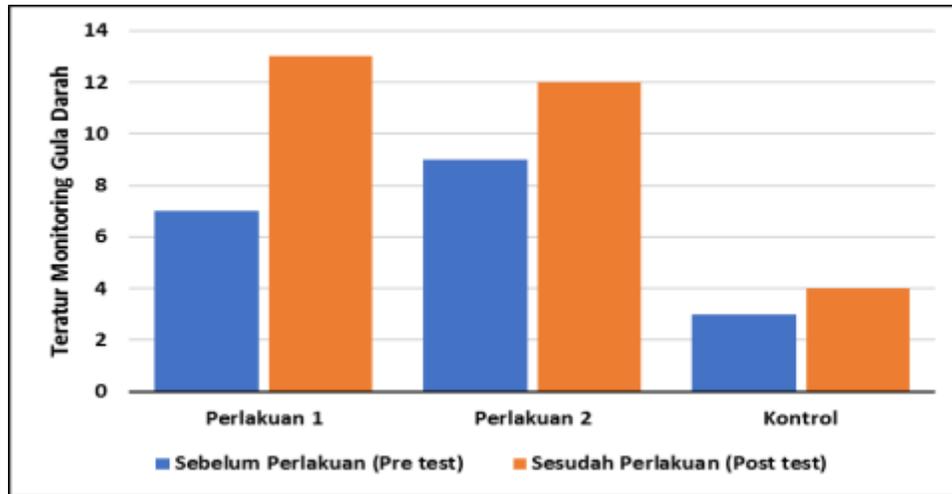


Diagram 4.5 Gambaran Monitoring Gula Darah anggota klg dgn DM yg diedukasi oleh Tenaga Kesehatan (perlakuan I) dan Family Coping Indeks Keluarga yang diedukasi oleh kader (perlakuan II) serta kelompok kontrol

Bila dilihat dari nilai gula darah dari ketiga kelompok baik perlakuan I, II maupun kontrol adalah :

Tabel 5. Hasil Deskripsi Gula Darah

	Sebelum Perlakuan (Pre test)		Sesudah Perlakuan (Post test)	
	Mean	SD	Mean	SD
Kelompok Perlakuan 1	213.73	19.81	198.73	24.40
Kelompok Perlakuan 2	217.93	19.57	201.53	23.71
Kelompok Kontrol	214.27	35.96	218.67	27.58
Kader	121.47	15.07	115.53	10.90

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil deskripsi gula darah sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 213,73 dan standar deviasi sebesar 19,81, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 198,73 dan standar deviasi sebesar 24,40.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil deskripsi gula darah sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 217,93 dan standar deviasi sebesar 19,57, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 201,53 dan standar deviasi sebesar 23,71.

c. Kelompok Kontrol

Hasil deskripsi gula darah sebelum perlakuan (pre test) diperoleh rata-rata sebesar 214,27 dan standar deviasi sebesar 35,96, kemudian family coping index sesudah perlakuan (post test) diperoleh rata-rata 218,67 dan standar deviasi sebesar 27,58.

Untuk membandingkan antara hasil sebelum dan sesudah perlakuan terhadap hasil pengetahuan, family coping index (FCI), dan gula darah pada kelompok perlakuan 1, kelompok perlakuan 2, dan kelompok control dan mengetahui pengaruh Model Edukasi terhadap Perubahan pengetahuan dan Perilaku (Indeks Mekanisme Koping) keluarga sebelum dan sesudah perlakuan dilakukan Uji **Paired Sample t-test sebagai berikut :**

1. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga

Tabel 7. Hasil Paired sample t-test terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga

Kelompok	t	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan 1	13.198	0.000	Signifikan
Perlakuan 2	22.765	0.000	Signifikan
Kontrol	2.873	0.012	Signifikan
Kader	9.696	0.000	Signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 13,198 dan signifikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan ibu rumah tangga.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 22,765 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan ibu rumah tangga.

c. Kelompok Kontrol

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan ibu rumah tangga pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 2,873 dan signfikansi sebesar 0,012. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan ibu rumah tangga.

d. Kader

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan ibu rumah tangga pada kelompok kader diperoleh nilai t sebesar 9,696 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan ibu rumah tangga.

2. Family Coping Index Ibu Rumah Tangga

Tabel 8. Hasil Paired sample t-test terhadap Family Coping Index Ibu Rumah Tangga

Kelompok	t	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan 1	13.442	0.000	Signifikan
Perlakuan 2	7.603	0.000	Signifikan
Kontrol	1.713	0.109	Tidak signifikan
Kader	12.078	0.000	Signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 13,442 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 7,603 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga.

c. Kelompok Kontrol

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index ibu rumah tangga pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 1,713 dan signfikansi sebesar 0,109. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga.

d. Kader

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index ibu rumah tangga pada kelompok kader diperoleh nilai t sebesar 12,078 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga.

3. Pengetahuan Kepala Keluarga

Tabel 9. Hasil Paired sample t-test terhadap Pengetahuan Kepala Keluarga

Kelompok	t	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan 1	12.125	0.000	Signifikan
Perlakuan 2	9.981	0.000	Signifikan
Kontrol	3.681	0.002	Signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan kepala keluarga pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 12,125 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan kepala keluarga.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan kepala keluarga pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 9,981 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan kepala keluarga.

c. Kelompok Kontrol

Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan kepala keluarga pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 3,681 dan signfikansi sebesar 0,012. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan kepala keluarga.

4. Family Coping Index Kepala Keluarga

Tabel 10. Hasil Paired sample t-test terhadap Family Coping Index Kepala Keluarga

Kelompok	t	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan 1	11.000	0.000	Signifikan
Perlakuan 2	12.563	0.000	Signifikan
Kontrol	1.468	0.168	Tidak signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index kepala keluarga pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 11,000 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index kepala keluarga.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index kepala keluarga pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 12,563 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index kepala keluarga.

c. Kelompok Kontrol

Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index kepala keluarga pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 1,468 dan signfikansi sebesar 0,168. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index kepala keluarga.

5. Hasil Pemeriksaan Gula Darah

Tabel 11. Hasil Paired sample t-test terhadap Gula Darah

Kelompok	t	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan 1	5.121	0.000	Signifikan
Perlakuan 2	5.347	0.000	Signifikan
Kontrol	0.618	0.547	Tidak signifikan
Kader	3.543	0.003	Signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil uji paired sample t-test terhadap gula darah pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 5,121 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil gula darah.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil uji paired sample t-test terhadap gula darah pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 5,347 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil gula darah.

c. Kelompok Kontrol

Hasil uji paired sample t-test terhadap gula darah pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 0,618 dan signfikansi sebesar 0,547. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil gula darah.

6. Monitoring Gula Darah

Tabel 11. Hasil Wilcoxon terhadap Monitoring Gula Darah

Kelompok	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan 1	2.449	0.014	Signifikan
Perlakuan 2	1.732	0.083	Tidak signifikan
Kontrol	1.000	0.317	Tidak signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan 1

Hasil uji Wilcoxon terhadap monitoring gula darah pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 2,449 dan signifikansi sebesar 0,014. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil monitoring gula darah.

b. Kelompok Perlakuan 2

Hasil uji Wilcoxon terhadap monitoring gula darah pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 1,732 dan signifikansi sebesar 0,083. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil monitoring gula darah.

c. Kelompok Kontrol

Hasil uji Wilcoxon terhadap monitoring gula darah pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 1,000 dan signifikansi sebesar 0,317. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil monitoring gula darah.

C. Pembahasan

Berdasarkan hasil kegiatan, penyampaian materi pengetahuan kader sebelum pelatihan dengan nilai rata rata dan setelah pelatihan meningkat dari 63,27 menjadi 82.47, demikian juga kelompok perlakuan II sebelum pelatihan dengan nilai 57.13 dan setelah pelatihan meningkat menjadi 77.60.

Dengan pelatihan kader dan Ibu rumah tangga tentang penyakit DM, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kader dan ibu rumah tangga tentang penyakit DM, sehingga dapat menyampaikan kepada klien penyandang DM, keluarga maupun masyarakat diwilayahnya sehingga penyakit DM serta komplikasi dari penyakit ini dapat dicegah secara dini.

Pelatihan Kader dan Ibu Rumah Tangga pada keluarga yang anggota keluarga penyandang DM sangat diperlukan mengingat manajemen DM sangat tergantung pada pola dan gaya hidup terutama penyediaan makanan. Kegiatan ini sangat berguna membantu petugas kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan di masyarakat terutama dalam hal mendeteksi dini dan pencegahan komplikasi secara dini penyakit DM Tipe 2 dimasyarakat.

Pengaruh Model Edukasi Dalam Upaya Pencegahan komplikasi Penyakit

Diabetes Mellitus Tipe II Di Wilayah Desa Bunut Wetan Pada kelompok perlakuan I diperoleh adanya hubungan positif signifikan antara pengetahuan ibu dengan FCI Klg artinya semakin tinggi pengetahuan ibu semakin tinggi FCI Klg. Dari Hal tersebut diatas menunjukkan bahwa Model Edukasi sangat diperlukan sebagai modal Pemberdayaan keluarga . Pemberdayaan Keluarga adalah segala upaya fasilitas yang bersifat noninstruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahan masalahnya, tanpa atau dengan bantuan pihak lain, dengan memanfaatkan potensi keluarga dan fasilitas yang ada di masyarakat. Dengan adanya peningkatan pengetahuan diharapkan keluarga dapat menetapkan masalah dan mengetahui sebab masalah serta dapat mengidentifikasi potensi individu dan keluarga, merumuskan langkah-langkah intervensi melalui pendekatan keluarga dengan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan kemandirian keluarga.

Pemberdayaan keluarga terutama di arahkan pada upaya promotive dan preventif (Paradigma Sehat), tanpa mengesampingkan kuratif dan rehabilitative . Jika Keluarga sudah dapat mengidentifikasi masalah kesehatannya dan mampu merencanakan pemecahan masalahnya akan mengurangi dampak stress pada keluarga. Koping Keluarga akan menjadi semakin positif karena dapat mengatasi masalah kesehatannya dan mengenal potensi-potensi yang ada dalam keluarga untuk mengatasi masalah kesehatannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pelatihan Kader dan Ibu Rumah Tangga sangat berguna, selain dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit DM juga ketrampilan dalam monitoring pemeriksaan gula darah secara mandiri diharapkan selanjutnya dapat melakukan edukasi kepada anggota keluarganya maupun klien DM di wilayahnya. Apabila dilihat Idenntifikasi dari ketiga kelompok adalah sebabagi berikut :

1. Perubahan Pengetahuan dan Perilaku (Family Coping indeks)
 - a. Perubahan Pengetahuan Pada Kelompok Perlakuan I yaitu Ibu Rumah Tangga yang diberi model Edukasi oleh Tenaga Kesehatan memperoleh hasil yang lebih baik dibandingkan kelompok Perlakuan II (ibu Rumah Tangga yang diberi edukasi oleh kader didapatkan rata-rata dari 63.27 menjadi 82.47
 - b. Perubahan Pengetahuan Pada Anggota Keluarga yang dilakukan perlakuan oleh Kelompok Perlakuan I memperoleh hasil yang lebih baik dibandingkan kelompok Perlakuan II (ibu Rumah Tangga yang diberi edukasi oleh kader) didapatkan rata-rata dari 40.00 menjadi 66.73
 - c. Perubahan (Family Coping indeks) pada Kelompok Perlakuan I didapatkan hasi yang lebih besar yaitu dari 18,47 menjadi 29,40 sedangkan pada kelompok perlakuan 2 dari rata-rata 21.07 menjadi 26.40
 - d. Keteraturan dalam Monitoring Gula Darah pada Kelompok Perlakuan I didapatkan hasi yang lebih baik yaitu dari 46.7 % menjadi 86.7 % sedangkan pada kelompok perlakuan 2 dari rata-rata 60 % menjadi 80 %

2. Pengaruh Model Edukasi terhadap Perubahan Pengetahuan dan Perilaku Upaya Pencegahan DM Tipe II dapat dilihat sebagai berikut :
- a. Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 13,198 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan ibu rumah tangga. Sedangkan Hasil uji paired sample t-test terhadap pengetahuan ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 2 diperoleh nilai t sebesar 22,765 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan ibu rumah tangga.
 - b. Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index ibu rumah tangga pada kelompok perlakuan 1 diperoleh nilai t sebesar 13,442 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga. Sedangkan pada kelompok perlakuan 2 didapatkan family coping index ibu rumah tangga diperoleh nilai t sebesar 7,603 dan signfikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga. Dan pada **Kelompok Kontrol** Hasil uji paired sample t-test terhadap family coping index ibu rumah tangga pada kelompok kontrol diperoleh nilai t sebesar 1,713 dan signfikansi sebesar 0,109. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil family coping index ibu rumah tangga.

B. Saran

- a. Model Edukasi dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan coping keluarga penyandang DM Tipe II. Untuk meningkatkan coping keluarga dengan DM Tipe 2 ini diperlukan peningkatan kemampuan keluarga pada aspek kemandirian dan pengetahuan tentang kondisi kesehatan dan Ibu rumah tangga merupakan komponen yang berpengaruh sehingga dapat dioptimalkan dalam upaya pemberdayaan keluarga.

- b. Dukungan kepala desa, Puskesmas dan masyarakat serta berbagai pihak sangat membantu dalam pemberdayaan keluarga, sehingga pelaksanaan lebih baik dan efektif.

- c. Intervensi model Edukasi dapat digunakan untuk meningkatkan koping keluarga untuk merubah perilaku dalam upaya pencegahan penyakit DM Tipe 2 tetapi diperlukan peningkatan pengetahuan tentang kondisi kesehatan sehingga pemahaman terhadap intervensi keperawatan keluarga dapat meningkat dan kemampuan keluarga pada aspek kemandirian keluarga, kompetensi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya dapat tercapai secara optimal. Dan Ibu Rumah Tangga merupakan sumber daya yang dapat digunakan dalam Pemberdayaan Keluarga sehingga derajat kesehatan dapat meningkat secara Optimal.

Daftar Pustaka

- Adam. 13 September 2008. *Perawatan Kaki Diabetes*, (Online), (<http://www.Perawatan Kaki Diabetes smallCrab online.mht>, diakses tanggal 11/6/2015 pukul 20:38 WIB)
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi 6. Jakarta: Rineksa Cipta
- Askandar. 2001. (Online), (<http://abhique.blogspot.com/2008/06/ulkus-diabetikum.html>, diakses tanggal 6/6/2015)
- Brunner and Suddart. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Canadian Family Physycian. 2001. *Diabetic Foot Ulcer, Pathophysiology, Assessment, and Therapy*. Can Family Physycian
- Depkes RI. 9 Juni 2005. *Diabetes Mellitus Masalah Kesehatan Masyarakat yang Luas*, (Online), (<http://med.depkes.ac.id/DataJurnal/tahun2005vol26/vol26No.3Supplemen/9-John%20>, diakses tanggal 31/9/2015 pukul 21:38 WIB)
- Hasan, Fuad. 2010. *Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Diabetesi Tentang Perawatan Kaki Dalam Mencegah Terjadinya Ulkus Diabetikum Di Wilayah Kerja Janti Malang*. Malang: Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
- International Diabetes Federation. 2009. *International Consensus on the Management and the Prevention of the Diabetic Foot*, (Online), (<http://www.diabetic-foot-consensus.com>, diakses tanggal 25/8/2015 pukul15:09 WIB)
- Ira, 17 Oktober 2008. *Diabetes Serang Malang*. (Online), (<http://malangraya.web.id/2008/10/17dibetes-serang-malang>, diakses tanggal 31/7/2009 pukul 14.33 WIB)
- Mansjoer. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Martinus. 2005. 1001. *Tentang Diabetes*. Bandung: Media Inc
- Notoatmodjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2003. *Konsep & Proses Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Price, A.2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit Edisi 6*. Jakarta: EGC
- Smeltzer and Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi8 Volume 2*. Jakarta: EGC
- Sugiyono. 1999. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta
- Tandra, Hans. 2008. *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes Tanya Jawab Lengkap Dengan Ahlinya*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama

Tjokronegoro. 1997. *Ilmu Penyakit Dalam Jilid 1*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI

WHO. 2000. *Pencegahan Diabetes Melitus, laporan kelompok studi WHO*. Jakarta: Hipokrateas

http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVIN_SI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf diakses pada tanggal 5 April 2017.

----- <http://dinkes.malangkab.go.id/berita-32.html> diakses pada tanggal 5 April 2017.

----- <http://kominfo.jatimprov.go.id/read/umum/masih-tinggi-prevalensi-diabetes-di-jatim-> diakses pada tanggal 5 April 2017.

----- <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf> diakses pada tanggal 5 April 2017.

----- <http://www.suara.com/health/2015/04/25/200000/jumlah-penderita-diabetes-indonesia-terbanyak-ke-5-di-dunia> diakses pada tanggal 5 April 2017.

Lampiran :

1. Jadwal kegiatan

No	Uraian kegiatan	Bulan									
		2018									
		Mar	April	Mei	Juni	Juli	Agt	Sept	Okt	Nop	Des
1	Menyusun proposal	√									
2	Presentasi Proposal dan Revisi		√								
3	Membuat Instrumen Penggali Data			√							
4	Mengurus Etik Penelitian			√							
5	Mengurus Ijin Penelitian				√						
6	Pengambilan Data					√	√	√			
7	Tabulasi Data						√	√	√		
7	Analisis Data								√	√	
8	Penulisan Laporan Hasil Penelitian									√	√
9	Presentasi Hasil										√
10	Revisi Laporan Hasil										√
11	Penyerahan Laporan Hasil Penelitian										√

2. Publikasi Ilmiah

1. Hubungan antara Tingkat Stres Fisiologis dan Obesitas dengan kejadian Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Grati Pasuruan. Laporan Penelitian Rispoltekes Tahun 2008.
2. Pengaruh pemberian cairan fisiologis terhadap proses penyembuhan Dermatitis Atopik. Laporan Penelitian Rispoltekes Tahun 2008.
3. Hubungan pengetahuan tentang bahaya merokok dan motivasi berhenti merokok pada mahasiswa jurusan Keperawatan Poltekkes kemenkes Malang Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2009.
4. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap adekuasi hemodialisis dan kualitas hidup pasien GGK di RSSA Malang. Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2011.
5. Pelatihan Penggunaan Jarum Facial Untuk mencegah Penularan HIV/AIDS Di Kota Malang. Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2011.
6. Efektifitas Metode Pembelajaran *Bed Side Teaching* Terhadap Perubahan Kemampuan Psikomotor Dalam Perawatan Luka Mahasiswa Prodi D III Keperawatan Malang. Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2012.
7. Hubungan Peran Kds (Kelompok Dukungan Sebaya) Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada ODHA. Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2014.
8. Pengembangan Media Pembelajaran Video Interaktif Pada Softskill Penggunaan APD Dalam Keperawatan HIV AIDS Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang. Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2014.
9. Hubungan Tingkat Riwayat Penggunaan Alkohol Dengan Waktu Pemulihan Kesadaran Pada Pasien Post Op Dengan Anestesi Umum Di RSUD Ngudi Waluyo Wlingi. Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2015.
10. Pengaruh Aktifitas Fisik Jalan Kaki, Senam Kaki, Senam DM Dan Senam Kaki Terhadap Neuro Vaskuler Perifer Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe II Di Klinik Dokter Keluarga Grati Pasuruan, Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2016
11. Pengaruh Model Edukasi *Knowledge Management* Terhadap Pencegahan Komplikasi DM Di Masyarakat Desa Kalipare Kabupaten Malang, Laporan Penelitian Risbinakes Tahun 2017.



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. (0341) 366260
Email: bakesbangpol@malangkab.go.id – Website: <http://www.malangkab.go.id>
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 072/ 516 /35.07.207/2018

Untuk melakukan Survey/Research/Penelitian/KKN/PKL/Magang

Menunjuk : Surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Nomor:
LB.02.01/1.4/4973/2018 Tanggal: 4 Oktober 2018 Perihal: Ijin Penelitian

Dengan ini Kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakan **Ijin Penelitian** oleh;

Nama / Instansi : Fiashriel Lundy, S.Kep.Ns.,M.Kes
Alamat : Jl. Besar Ijen No. 77 Malang
Thema/Judul/Survey/Research : Model Edukasi Pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Terhadap Peningkatan Mekanisme Koping Dan Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Monitoring Kestabilan Gula Darah Dan Pencegahan Komplikasi Dm Tipe

Daerah/tempat kegiatan : Di Desa Bunut Wetan, Kecamatan Pakis

Lamanya : Oktober - November 2018

Pengikut :

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati Ketentuan - Ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat Setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas

Malang, 8 November 2018

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN MALANG

Sekretaris



GATOT YUDHA SETIAWAN, AP., MM

Pegawai Tingkat I
NIP. 19740526 199311 1 001

Tembusan :

Yth. Sdr.

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang;
2. Dinas Kesehatan Kab. Malang;
3. Camat Pakis Kab. Malang;
4. Kepala Desa Bunut Wetan Kec. Pakis Kab. Malang;
5. Mhs/Ybs;
6. Arsip.



**KOMISI ETIK PENELITIAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL RECOMMENDATION
Reg.No.:578 / KEPK-POLKESMA/ 2019**

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Malang telah menyelenggarakan Pertemuan pada tanggal 4 Oktober 2018 untuk membahas protokol penelitian

The Ethic Committee of Polytechnic of Health The Ministry of Health in Malang has convened a meeting on 4 October 2018 to discuss the research protocol

Judul Peneliti
Entitled

Model Edukasi Pada Kader Dan Ibu Rumah Tangga Terhadap Peningkatan Pengetahuan, Mekanisme Koping Dan Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Komplikasi Dm Tipe II Melalui Monitoring Kestabilan Gula Darah Didesa Bunut Wetan Kec.Pakis Kabupaten Malang

Educational Model on Kader and Housewives Against Knowledge Enhancement, Coping Mechanisms and Changes in Family Behavior in Efforts to Prevent Complications of Type II DM Through Monitoring of Blood Sugar Stability in Bunut Wetan Malang

Peneliti
Researcher Fiashriel Lundy,SKep.Ns.M.Kes

Dan menyimpulkan bahwa protokol tersebut **telah memenuhi semua persyaratan etik**
And concluded that the protocol has fulfilled all ethical requirements



Malang, 4 Oktober 2018

Dr. ANNASARI MUSTAFA, MSc.
Head of Committee

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian dengan Judul:

**“MODEL EDUKASI PADA KADER DAN IBU RUMAH TANGGA TERHADAP
PERUBAHAN PENGETAHUAN DAN PERILAKU KELUARGA DALAM UPAYA
PENCEGAHAN KOMPLIKASI DM TIPE II DI DESA BUNUT WETAN
KABUPATEN MALANG”**

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal Desember 2018

**Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Kepada Masyarakat
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

Ketua Tim Pelaksana Penelitian

**Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP. 19640407 198803 1004**

**Fiashriel Lundy, S.Kep.Ns.M.Kes
NIP. 197302191995032001**

**Mengetahui
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang**

**Budi Susatia, S.Kp. M.Kes.
NIP. 19650318 198803 1 002**

