

**LAPORAN HASIL PENELITIAN
RISBINAKES
POLTEKKES KEMENKES MALANG
TAHUN 2018**

**PENGARUH PEMBERDAYAAN MASYARAKAT TERHADAP
PELAKSANAAN MANAJEMEN DIABETES MELLITUS
DI DESA MALANGSUKO TUMPANG
KABUPATEN MALANG**



**Disusun Oleh :
Tavip Dwi Wahyuni, M.Kes**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKKES KEMENKESMALANG
2018**

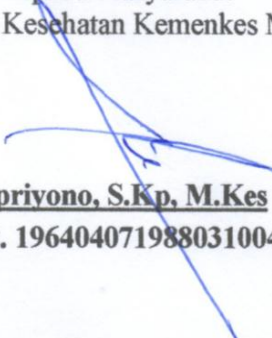
LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian Dengan Judul

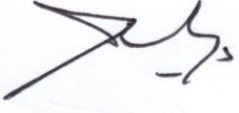
**“PENGARUH PEMBERDAYAAN MASYARAKAT TERHADAP
PELAKSANAAN MANAJEMEN DIABETES MELLITUS DI DESA
MALANGSUKO TUMPANG KABUPATEN MALANG”**

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal.....Nopember 2018

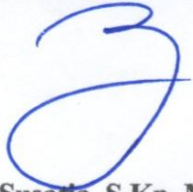
Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Kepada Masyarakat
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang


Jupriyono, S.Kp, M.Kes
NIP. 196404071988031004

Ketua Tim Pelaksana Penelitian


Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M.Kes
NIP. 19650220 198703 2 001

Mengetahui,
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang


Budi Susatna, S.Kp, M.Kes
NIP. 196503181988031002

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat-Nyalah penulis dapat menyusun Laporan Hasil Penelitian Risbinakes Hibah Bersaing Tahun 2018 dengan judul “Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang” tepat waktu.

Atas terselesaikannya laporan ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
2. Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Kepala Desa Malangsuko Tumpang 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, Nopember 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
ABSTRACT	iii
ABSTRAK	iv
PRAKATA	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB 1 : PENDAHULUAN	
2.1 Latar Belakang	1
2.2 Rumusan Masalah Penelitian	3
BAB 2 : TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	4
BAB 3 : TINJAUAN PUSTAKA	
1.1 Pemberdayaan Masyarakat	5
1.2 Konsep Kader Kesehatan	8
1.3 Konsep Pengetahuan	14
1.4 Konsep DM	16
1.5 Pengaruh Pemberdayaan masyarakat terhadap Pelaksanaan Manajemen DM	22
1.6 Kerangka Konsep	23
1.7 Hipotesis Penelitian	24
BAB 4 : METODE PENELITIAN	
1.1 Desain Penelitian	25
1.2 Tempat dan Waktu	25
1.3 Populasi dan Sampel	25
1.4 Definisi Operasional	25
1.5 Cara Pengumpulan Data	25
1.6 Instrumen Penelitian	26
1.7 Analisis data	26
BAB 5 : HASIL DAN PEMBAHASAN	28
5.1 Hasil Penelitian	36
5.2 Pembahasan	
BAB 6 : KESIMPULAN DAN SARAN	39
DAFTAR PUSTAKA	40

ABSTRACT

"The Effect of Community Empowerment on the Implementation of Diabetes Mellitus Management in Malangsuko Village Overlapping Malang Regency" Research on Risbinakes for Grants Competing in the Health Ministry of Health Malang 2018. Main Researcher: Tavip Dwi Wahyuni, M.Kes.,

Efforts to deal with DM are needed support from various parties, especially the community and families other than themselves. The community in an effort to reduce the risk of DM disease includes providing knowledge and understanding to families and sufferers directly, including community empowerment. In this study conducted by empowering health cadres by training knowledge and skills in health checks, starting with blood pressure checks, anthropometry (TB, BB and abdominal circumference) and blood sugar. The purpose of this study was to analyze the effect of community empowerment on the implementation of diabetes mellitus management in Malangsuko Tumpang Village, Malang Regency. The design of this study is Quasi Experiment. The number of samples was 30 cadres and divided into 15 respondents in the control group and 15 respondents in the treatment group. The sampling technique uses Total Sampling. The independent variable is Community Empowerment and the dependent variable is the implementation of DM management. The method of data collection uses interviews and observations with instruments in the form of Pre Test and Post Test questionnaires and skill observation observation sheets. Data analysis using frequency distribution and Wilcoxon Test with $\alpha = 0.05$. The results showed the value of the knowledge of the control group test post most of the respondents (73.3%) were quite good. Whereas in the treatment group knowledge the test posts were mostly respondents (73.3%) good. The results of observations of the test post skills of the control group were almost all respondents (80%) were not good. while the skills of the test post in the treatment group were all respondents (100%) good. The conclusion of this study is that the Empowerment of Malangsuko Village Health Cadre is effective because it has a positive impact on knowledge and skills in early detection of DM disease.

Keywords: Knowledge Management DM Education Model, Complication Prevention of DM, type 2 diabetes mellitus

ABSTRAK

“Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang”

Penelitian Risbinakes Hibah Bersaing Poltekkes Kemenkes Malang 2018. Peneliti Utama : Tavip Dwi Wahyuni, M.Kes.,

Upaya penanganan penyakit DM diperlukan dukungan dari berbagai pihak terutama masyarakat dan keluarga selain dari diri penderita sendiri. Masyarakat dalam upaya penurunan risiko penyakit DM antara lain dengan memberikan pengetahuan dan pengertian kepada keluarga dan penderita secara langsung, antara lain pemberdayaan masyarakat tersebut. Pada penelitian ini dilakukan dengan cara pemberdayaan kader kesehatan dengan cara pelatihan pengetahuan dan ketrampilan dalam pemeriksaan kesehatan, mulai pemeriksaan tekanan darah, antropometri (TB, BB dan lingkar perut) dan gula darah. Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang. Desain penelitian ini adalah *Quasi Eksperimen*. Jumlah Sampel sebanyak 30 orang Kader dan dibagi dalam 15 responden kelompok control dan 15 responden kelompok perlakuan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*.. Variabel independen adalah Pemberdayaan masyarakat dan variabel dependen adalah pelaksanaan manajemen DM. Metode pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi dengan instrumen berupa lembar kuesioner *Pre Test* dan *Post Test* dan lembar observasi hasil ketrampilan. Analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan Uji Wilcoxon dengan $\alpha = 0.05$. Hasil penelitian menunjukkan nilai pengetahuan pos tes kelompok control sebagian besar responden (73,3%) cukup baik. Sedangkan pada kelompok perlakuan pengetahuan pos tes sebagian besar responden (73,3%) baik. Hasil observasi pos tes ketrampilan kelompok control hampir seluruh responden (80%) kurang baik. sedangkan ketrampilan pos tes kelompok perlakuan seluruh responden (100%) baik. Kesimpulan penelitian ini adalah Pemberdayaan Kader Kesehatan Desa Malangsuko efektif dilakukan karena berdampak positif terhadap pengetahuan dan ketrampilan dalam mendeteksi secara dini terhadap penyakit DM.

Kata Kunci : Model Edukasi *Knowledge Management* DM , Pencegahan Komplikasi DM , diabetes mellitus tipe 2

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Diabetes Mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (ADA 2010 dalam Perkeni, 2011). Diabetes Melitus (DM) merupakan salah satu penyakit tidak menular yang terus mengalami peningkatan prevalensi dan berkontribusi terhadap peningkatan angka kematian akibat penyakit tidak menular (Soegondo, 2009). Penyakit DM telah menjadi masalah kesehatan di dunia. Insidens dan prevalens penyakit ini terus bertambah terutama di negara sedang berkembang dan negara yang telah memasuki budaya industrialisasi (Arisman, 2013).

American Diabetes Association (ADA, 2014) menyatakan, prevalensi penderita DM di Amerika adalah sebesar 9,3%, meningkat dari tahun 2010 yaitu sebanyak 25,8 juta jiwa, dimana 8,1 juta orang penderita tersebut tidak terdiagnosa. Insidens DM pada tahun 2012 adalah sebanyak 1,7 juta jiwa. Penyakit ini merupakan ke tujuh penyebab utama kematian di Amerika pada tahun 2010.

Prevalensi penderita DM di Indonesia semakin meningkat sesuai bertambahnya umur namun mulai umur ≥ 65 tahun prevalensi DM cenderung menurun. Prevalensi DM berdasarkan diagnosa dan gejala tertinggi berada pada kelompok umur 55-64 tahun yaitu 5,5%. Prevalensi DM berdasarkan diagnosa dan gejala cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan kuintil indeks penghasilan tinggi atau teratas (3,0%), semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan prevalensi DM semakin meningkat jumlah penderita DM. Prevalensi DM lebih banyak pada daerah perkotaan (2,5%) dari pada pedesaan (1,7%) (Balitbangkes, 2013). Disini terlihat ada perbedaan antara urban dan rural yang menunjukkan bahwa gaya hidup mempengaruhi kejadian penyakit DM (Soegondo, 2009).

Peningkatan prevalensi DM dipengaruhi oleh faktor risiko yang dapat di modifikasi/ diubah khususnya akibat kurangnya aktivitas fisik, berat badan

berlebih dan obesitas (WHO, 2014). Gaya hidup merupakan variabel utama penyebab berbagai masalah kesehatan khususnya masalah DM. Sembilan puluh delapan persen dari keseluruhan faktor risiko penyakit DM tipe 2 adalah gaya hidup. Gaya hidup yang terkait dengan pola makan yang tidak seimbang dan pola aktivitas fisik yang tidak optimal menjadi kontributor utama timbulnya penyakit DM (Hotma, 2014). Peningkatan prevalensi DM di beberapa negara berkembang dipengaruhi oleh peningkatan kemakmuran, peningkatan pendapatan perkapita, dan perubahan gaya hidup terutama di kota-kota besar (Soegondo, 2009).

Komplikasi diabetes mellitus yang dapat terjadi yaitu komplikasi akut maupun komplikasi kronik yang meliputi hipoglikemia, hiperglikemia nonketotik, neuropati, nefropati, retinopati, penyakit jantung koroner, stroke, hipertensi, penyakit pembuluh darah perifer, gangguan pada hati, penyakit paru, gangguan saluran cerna, dan infeksi. Salah satu komponen yang cukup penting untuk mengurangi risiko terjadinya komplikasi dan kekambuhan pada diabetes mellitus yaitu dengan melakukan pencegahan dan pengelolaan yang tepat. Kelangsungan hidup penderita diabetes lebih panjang dan diabetes dapat dikontrol lebih lama. Tujuan tersebut dapat tercapai dengan menjalankan 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus yaitu, edukasi, latihan jasmani, intervensi farmakologis, dan terapi gizi medis (Ndraha, 2014).

Upaya penanganan penyakit DM diperlukan dukungan dari berbagai pihak terutama masyarakat dan keluarga selain dari diri penderita sendiri. Masyarakat dalam upaya penurunan risiko penyakit DM antara lain dengan memberikan pengetahuan dan pengertian kepada keluarga dan penderita secara langsung, antara lain pemberdayaan masyarakat tersebut. Melalui kader kesehatan diharapkan penderita DM lebih mudah terkontrol. Kader kesehatan adalah kader yang bertugas di posyandu lanjut usia (lansia) dengan kegiatan rutin setiap bulannya membantu petugas kesehatan saat pemeriksaan kesehatan pasien lansia (Cahyo, 2010).

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau

proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Pengetahuan dalam manajemen diabetes mellitus memiliki peran penting karena tingkat pengetahuan yang rendah dapat mempengaruhi perubahan gaya hidup seseorang dan mempengaruhi tingkat kesehatannya. Tingkat pengetahuan tersebut dapat membentuk cara hidup seseorang terutama dalam mencegah, mengenali, serta mengelola penyakit diabetes mellitus yang dimilikinya. Menurut Notoadmodjo (2010), pengetahuan yang tinggi akan meningkatkan derajat kesejahteraan seseorang dengan melaksanakan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi dirinya sendiri.

Hasil penelitian Purwanto (2013), didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang diet diabetes mellitus dengan kepatuhan pelaksanaan diet pada penderita diabetes mellitus yang dirawat di ruang inap. Pada pasien diabetes mellitus, selain memperhatikan makanan yang dikonsumsi, pasien juga harus patuh menjalankan terapi diet untuk menstabilkan kadar gula darah menjadi normal dan mempertahankan rasa nyaman dan sehat (Sarwono, 2011).

Pengetahuan tentang penyakit DM sangat diperlukan oleh penderita agar risiko terjadinya komplikasi, maka dari itu diperlukan bantuan kader posyandu lansia sebagai perpanjangan tangan dari petugas kesehatan. Kader posyandu dapat secara langsung berinteraksi dengan penderita DM, sehingga upaya dinas kesehatan untuk menurunkan risiko komplikasi penyakit DM dapat segera terlaksana. Kader posyandu lebih mudah berkoordinasi dengan keluarga dan penderita DM di wilayahnya.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, peneliti ingin meneliti tentang pengaruh pelatihan melalui edukasi terhadap tingkat pengetahuan tentang penyakit DM pada kader posyandu lansia.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian :

Adakah Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang ?

BAB 2

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

2.1 Tujuan Penelitian :

1) Tujuan Umum

Menganalisis Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang.

2) Tujuan Khusus

- a. Menganalisis tingkat pengetahuan kader kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat pada kelompok kontrol.
- b. Menganalisis tingkat pengetahuan kader kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat pada kelompok perlakuan.
- c. Menganalisis ketrampilan pemeriksaan deteksi dini penyakit DM kader kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat pada kelompok kontrol.
- d. Menganalisis ketrampilan pemeriksaan deteksi dini penyakit DM kader kesehatan melalui pemberdayaan masyarakat pada kelompok perlakuan.

2.2 Manfaat Penelitian :

1) Bagi Kader Kesehatan

Kader Kesehatan memperoleh manfaat mendapatkan pengetahuan tentang penyakit DM dan ketrampilan pemeriksaan deteksi dini penyakit DM berupa pengukuran tinggi badan (TB), berat badan (BB), lingkar perut (LP), pemeriksaan tekanan darah dan gula darah (GD), sehingga dapat memberikan penyuluhan kepada masyarakat dan penderita DM secara langsung.

2) Bagi Masyarakat

Masyarakat dapat bertanya langsung kepada Kader Kesehatan tentang penyakit DM, sehingga penderita DM dapat terkontrol.

3) Bagi Peneliti

Mengetahui tingkat pengetahuan dan ketrampilan Kader Kesehatan dalam pelaksanaan pemeriksaan DM.

BAB 3

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 Pemberdayaan Masyarakat

3.1.1 Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Pemberdayaan masyarakat adalah suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri. Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan adalah upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran kemauan dan kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Memampukan masyarakat, “dari, oleh, dan untuk” masyarakat itu sendiri.

Berdasarkan tinjauan istilah, konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community-based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat) dan tahap selanjutnya muncul istilah pembangunan yang digerakkan masyarakat. Pemberdayaan didefinisikan sebagai suatu proses sengaja yang berkelanjutan, berpusat pada masyarakat lokal, dan melibatkan prinsip saling menghormati, refleksi kritis, kepedulian, dan partisipasi kelompok dan melalui proses tersebut orang-orang yang kurang memiliki bagian yang setara akan sumber daya berharga memperoleh akses yang lebih besar dan memiliki kendali akan sumber daya tersebut .

Community development (CD) intinya adalah bagaimana individu, kelompok atau komunitas berusaha mengontrol kehidupan mereka sendiri dan mengusahakan untuk membentuk masa depan sesuai keinginan mereka. Pemberdayaan masyarakat juga diartikan sebagai upaya yang disengaja untuk

memfasilitasi masyarakat lokal dalam merencanakan, memutuskan, dan mengelola sumberdaya lokal yang dimiliki melalui *collective action* dan *networking* sehingga pada akhirnya mereka memiliki kemampuan dan kemandirian secara ekonomi, ekologi dan sosial.

Gerakan pemberdayaan masyarakat merupakan suatu upaya dalam peningkatan kemampuan masyarakat guna mengangkat harkat hidup, martabat dan derajat kesehatannya. Peningkatan keberdayaan berarti peningkatan kemampuan dan kemandirian masyarakat agar dapat mengembangkan diri dan memperkuat sumber daya yang dimiliki untuk mencapai kemajuan.

Gerakan pemberdayaan masyarakat juga merupakan cara untuk menumbuhkan dan mengembangkan norma yang membuat masyarakat mampu untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Strategi ini tepatnya ditujukan pada sasaran primer agar berperan serta secara aktif.

Bidang pembangunan biasanya meliputi 3 (tiga) sektor utama, yaitu ekonomi, sosial (termasuk di dalamnya bidang pendidikan, kesehatan dan sosial-budaya), dan bidang lingkungan. Sedangkan masyarakat dapat diartikan dalam dua konsep yaitu masyarakat sebagai sebuah tempat bersama, yakni sebuah wilayah geografi yang sama. Sebagai contoh, sebuah rukun tetangga, perumahan di daerah pertokoan atau sebuah kampung di wilayah pedesaan.

Pemberdayaan dalam wacana pembangunan selalu dihubungkan dengan konsep mandiri, partisipasi, jaringan kerja, dan keadilan. Pada dasarnya, pemberdayaan diletakkan pada kekuatan tingkat individu dan sosial. Dalam arti sempit istilah pengembangan masyarakat di Indonesia sering dipadankan dengan pembangunan masyarakat desa dengan mempertimbangkan desa dan kelurahan berada pada tingkatan yang setara sehingga pengembangan masyarakat (desa) kemudian menjadi dengan konsep pengembangan masyarakat lokal (*locality development*).

Peremberdayaan terkait dengan kesehatan adalah konsep dan wacana UKBM (upaya kesehatan bersumberdaya manusia) adalah salah satu wujud nyata peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Kondisi ini ternyata mampu memacu munculnya berbagai bentuk UKBM lainnya seperti Polindes,

POD (pos obat desa), pos UKK (pos upaya kesehatan kerja), TOGA (taman obat keluarga), dana sehat, indek tatanan sehat masjid atau rumah ibadah, dan lain-lain.

3.1.2 Karakteristik Pemberdayaan Masyarakat dalam kontek kesehatan

Suatu kegiatan atau program dapat dikategorikan ke dalam pemberdayaan masyarakat apabila kegiatan tersebut tumbuh dari bawah dan non-instruktif serta dapat memperkuat, meningkatkan atau mengembangkan potensi masyarakat setempat guna mencapai tujuan yang diharapkan. Bentuk-bentuk pengembangan potensi masyarakat tersebut bermacam-macam, antara lain sebagai berikut :

- Pertama, tokoh atau pimpinan masyarakat (*Community leader*)

Di sebuah masyarakat apapun baik pedesaan, perkotaan maupun pemukiman elite atau pemukiman kumuh, secara alamiah akan terjadi kristalisasi adanya pimpinan atau tokoh masyarakat. Pemimpin atau tokoh masyarakat dapat bersifat formal dan informal. Pada tahap awal pemberdayaan masyarakat, maka petugas atau provider kesehatan terlebih dahulu melakukan pendekatan-pendekatan kepada para tokoh masyarakat.

- Kedua, organisasi masyarakat (*community organization*)

Dalam suatu masyarakat selalu ada organisasi-organisasi kemasyarakatan baik formal maupun informal, misalnya PKK, karang taruna, majelis taklim, koperasi-koperasi dan sebagainya.

- Ketiga, pendanaan masyarakat (*Community Fund*)

Sebagaimana uraian pada pokok bahasan dana sehat, maka secara ringkas dapat digaris bawahi beberapa hal sebagai berikut: “Bahwa dana sehat telah berkembang di Indonesia sejak lama (tahun 1980-an) Pada masa sesudahnya (1990-an) dana sehat ini semakin meluas perkembangannya dan oleh Depkes diperluas dengan nama program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)

- Keempat, material masyarakat (*community material*)

Seperti telah diuraikan sebelumnya sumber daya alam adalah merupakan salah satu potensi masyarakat. Masing-masing daerah mempunyai sumber daya alam yang berbeda yang dapat dimanfaatkan untuk pembangunan.

- Kelima, pengetahuan masyarakat (*community knowledge*)

Semua bentuk penyuluhan kepada masyarakat adalah contoh pemberdayaan masyarakat yang meningkatkan komponen pengetahuan masyarakat.

- Keenam, teknologi masyarakat (*community technology*)

Dibeberapa komunitas telah tersedia teknologi sederhana yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan. Misalnya penyaring air bersih menggunakan pasir atau arang, untuk pencahayaan rumah sehat menggunakan genteng dari tanah yang ditengahnya ditaruh kaca. Untuk pengawetan makanan dengan pengasapan dan sebagainya.

3.2. Konsep Kader Kesehatan

3.2.1 Pengertian Kader Kesehatan

Kader kesehatan yaitu tenaga yang berasal dari masyarakat, yang dipilih oleh masyarakat sendiri dan bekerja secara sukarela untuk menjadi penyelenggara di Desa siaga (Fallen & Budi, 2010). Kader merupakan tenaga masyarakat yang dianggap paling dekat dengan masyarakat. Department kesehatan membuat kebijakan mengenai pelatihan untuk kader yang dimaksudkan untuk meningkatkan pengetahuan, menurunkan angka kematian ibu dan anak kematian bayi. Pada kader kesehatan masyarakat itu seyogyanya memiliki latar belakang pendidikan yang cukup sehingga memungkinkan karena untuk membaca, menulis, dan menghitung secara sederhana (Nugroho, 2011).

Kader kesehatan masyarakat bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan. Para kader kesehatan masyarakat itu mungkin saja bekerja secara *full time* atau *part time* dalam bidang pelayanan kesehatan, dan mereka tidak dibayar dengan uang atau bentuk lainnya. oleh masyarakat setempat atau oleh puskesmas (Meilani, 2009).

3.2.2 Tugas Kader

Tugas kegiatan kader akan di tentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkanhanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan. Nugroho (2008) menyebutkan adapun kegiatan pokok yang perlu diketahui oleh dokter dan semua pihak dalam rangka melaksanakan kegiatan-kegiatan baik yang menyangkut didalam maupun di luar posyandu antara lain:

- 1) Kegiatan yang dilakukan kader Posyandu adalah a) melaksanakan pendaftaran; b) melaksanakan penimbangan bayi dan balita; c) melaksanakan pencatatan hasil penimbangan; d) memberikan penyuluhan; e) memberi dan membantu pelayanan; f) merujuk.
- 2) Kegiatan yang dapat dilakukan diluar Posyandu KB-kesehatan adalah a) bersifat yang menunjang pelayanan KB, KIA, Imunisasi, Gizi dan penanggulangan diare; b) mengajak ibu-ibu untuk datang pada hari kegiatan Posyandu; c) kegiatan yang menunjang upaya kesehatan lainnya yang sesuai dengan permasalahan yang ada: pemberantasan penyakit menular; penyehatan rumah; pembersihan sarang nyamuk; pembuangan sampah; penyediaan sarana air bersih; menyediakan sarana jamban keluarga; pembuatan sarana pembuangan air limbah; pemberian pertolongan pertama pada penyakit; P3K; dana sehat; kegiatan pengembangan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan.

2.2.3 Karakteristik Kader Posyandu

Kader posyandu dipilih secara sukarela dari anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan posyandu secara sukarela. Kriteria kader posyandu antara lain diutamakan berasal dari anggota masyarakat setempat, dapat membaca dan menulis huruf latin, mempunyai jiwa pelopor, pembaharu dan penggerak masyarakat, serta bersedia bekerja secara sukarela, memiliki kemampuan dan waktu luang (Depkes RI, 2008).

Karakteristik kader posyandu adalah keterangan mengenai diri kader posyandu yang meliputi umur, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, pengalaman,

pengetahuan, perilaku, sikap, status kesehatan dan status sosial ekonomi (Depkes RI, 2008).

2.2.4 Keaktifan Kader Kesehatan

Kader kesehatan adalah perwujudan peran aktif masyarakat dalam pelayanan terpadu (Depkes RI (2007)). Keaktifan merupakan suatu kegiatan atau kesibukan (Depkes RI 2007). Keaktifan kader kesehatan dapat diasumsikan bahwa kader kesehatan yang aktif melaksanakan tugasnya dengan baik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, maka kader kesehatan tersebut termasuk dalam kategori yang aktif. Namun, apabila kader kesehatan tidak mampu melaksanakan tugasnya maka mereka tergolong yang tidak aktif (Rochmawati (2010)).

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar.

Upaya peningkatan peran dan fungsi Posyandu bukan semata-mata tanggungjawab pemerintah saja, namun semua komponen yang ada di masyarakat, termasuk kader. Peran kader dalam penyelenggaraan Posyandu sangat besar karena selain sebagai pemberi informasi kesehatan kepada masyarakat juga sebagai penggerak masyarakat untuk datang ke Posyandu dan melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat.

Posyandu Lansia merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di desa-desa yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya bagi warga yang sudah berusia lanjut.

2.2.5 Tujuan Posyandu Lansia :

Meningkatnya peran masyarakat dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan penurunan angka kesakitan lansia. Meningkatnya peran lintas sektor dalam penyelenggaraan Posyandu, terutama berkaitan dengan penurunan penyakit pada lansia. Meningkatnya cakupan dan jangkauan pelayanan kesehatan dasar, terutama yang berkaitan dengan kesehatan lansia.

2.2.6 Fungsi Posyandu Lansia :

Sebagai wadah pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan keterampilan dari petugas kepada masyarakat dan antar sesama masyarakat dalam rangka mempercepat penurunan angka kesakitan lansia. Sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, terutama berkaitan dengan penurunan angka kesakitan lansia. Kader Posyandu adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela.

Kader Posyandu Lansia adalah kader yang bertugas di posyandu lanjut usia (lansia) dengan kegiatan rutin setiap bulannya membantu petugas kesehatan saat pemeriksaan kesehatan pasien lansia (Cahyo, 2010).

2.2.7 Kriteria Kader Lansia adalah sebagai berikut :

1. Bertempat tinggal di wilayah RT/RW yang bersangkutan/ di wilayah posyandu.
2. Berpenampilan ramah dan simpatik.
3. Memiliki cukup waktu untuk melaksanakan tugas sebagai kader.
4. Mau bekerja secara sukarela.
5. Dapat membaca dan menulis
6. Diterima oleh masyarakat setempat.
7. Mengetahui adat-istiadat serta kebiasaan masyarakat.
8. Mengikuti pelatihan-pelatihan sebelum menjadi kader posyandu.

2.2.8 Peran Kader Posyandu Lansia

1. Melakukan kegiatan bulanan posyandu
2. Mempersiapkan pelaksanaan posyandu
3. Menyiapkan peralatan dan materi posyandu
4. Mengundang dan menggerakkan masyarakat, yaitu memberitahu para lansia untuk datang ke posyandu.
5. Menghubungi pokja posyandu, yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan petugas sektor.

6. Melaksanakan pembagian tugas, yaitu menentukan pembagian tugas kader posyandu selama persiapan dan pelaksanaan posyandu.

2.2.9 Pelaksanaan kegiatan bulanan posyandu

Tugas kader pada hari buka posyandu disebut juga sebagai tugas pelayanan 3 atau 5 meja (d disesuaikan dengan sistim yang digunakan).

- 1) Kegiatan setelah pelayanan bulanan posyandu. Memindahkan catatan dalam KMS (Kartu Menuju Sehat) kedalam buku register atau buku bantu kader.
- 2) Menilai (mengevaluasi) hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari posyandu pada bulan berikutnya.
- 3) Kegiatan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan) merupakan tindak lanjut dan mengajak para lansia datang ke posyandu pada kegiatan bulan berikutnya.
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk menghadiri dan ikut serta dalam kegiatan posyandu langsung ke tengah masyarakat melalui tokoh masyarakat atau pemuka agama atau adat.
- 5) Membantu petugas kesehatan dalam pendaftaran, penyuluhan dan berbagai usaha kesehatan masyarakat lainnya, termasuk pelaksanaan sena lansia

2.2.10 Fungsi Kader Lansia

- 1) Kader mengenal masalah yang ada di masyarakat secara nyata. Kader dapat mencari alternatif pemecahana masalah kesehatan sesuai dengan kondisi yang ada di masyarakat.
- 2) Kader merencanakan kegiatan sesuai dengan potensi yang ada
- 3) Kader melaksanakan pembinaan dan kegiatan yang telah direncanakan.

2.2.11 Tugas-Tugas Kader Posyandu Lansia

Tugas-Tugas Kader Secara umum tugas-tugas kader lansia adalah :

- 1) Tugas sebelum hari buka Posyandu (H - Posyandu) yaitu berupa tugastugas persiapan oleh kader agar kegiatan pada hari buka Posyandu berjalan dengan baik.

- 2) Tugas pada hari buka Posyandu (H Posyandu) yaitu berupa tugas-tugas untuk melaksanakan pelayanan 5 meja.
- 3) Tugas sesudah hari buka posyandu (H + Posyandu) yaitu berupa tugastugas setelah hari Posyandu.

Tugas-Tugas Kader Pada Pelaksanaan Posyandu Lansia

- a. Tugas-tugas kader Posyandu pada H - atau pada saat persiapan hari Posyandu, meliputi :
 - 1) Menyiapkan alat dan bahan : timbangan, tensimeter, stetoskop, KMS, alat peraga, obat-obatan yang dibutuhkan, bahan/materi penyuluhan dan lain-lain.
 - 2) Mengundang dan menggerakkan masyarakat, yaitu memberi tahu para lansia untuk datang ke Posyandu, serta melakukan pendekatan tokoh yang bisa membantu memotivasi masyarakat (lansia) untuk datang ke Posyandu
 - 3) Menghubungi kelompok kerja (Pokja) Posyandu yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa dan meminta memastikan apakah petugas sector bisa hadir pada hari buka Posyandu
 - 4) Melaksanakan pembagian tugas : menentukan pembagian tugas di antara kader Posyandu baik untuk persiapan untuk pelaksanaan

- b. Tugas-tugas kader pada hari buka Posyandu disebut juga dengan tugas pelayanan 5 meja, meliputi :

Meja 1: Pendaftaran Mendaftarkan lansia, kemudian kader mencatat lansia tersebut. Lansia yang sudah terdaftar di buku register langsung menuju meja selanjutnya.

Meja 2: Kader melakukan pengukuran tinggi badan dan berat badan dan pengukuran tekanan darah .

Meja 3: Pencatatan (Pengisian Kartu Menuju Sehat) Kader melakukan pencatatan di KMS lansia meliputi : Indeks Massa Tubuh, tekanan darah, berat badan dan tinggi badan.

Meja 4: Penyuluhan: Penyuluhan kesehatan perorangan berdasarkan KMS dan pemberian makanan tambahan.

Meja 5: Pelayanan medis Pelayanan oleh tenaga professional yaitu petugas dari Puskesmas/kesehatan meliputi kegiatan : pemeriksaan dan pengobatan ringan.

c. Tahap setelah hari buka posyandu (H+ Posyandu)

- 1) Memindahkan catatan-catatan pada KMS lansia ke dalam buku register atau buku bantu kader.
- 2) Melakukan evaluasi hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan hari posyandu lansia pada bulan berikutnya.
- 3) Melakukan diskusi kelompok (Penyuluhan Kelompok) bersama lansia (Paguyuban Lansia).
- 4) Melakukan kunjungan rumah untuk Penyuluhan Perorangan / sekaligus tindak lanjut untuk mengajak lansia untuk datang ke Posyandu lansia pada kegiatan bulan berikutnya

3.2. Konsep Pengetahuan

3.2.1 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 tingkat 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 sekadar 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 meletakkan 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.

3.2.2..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:

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

3.3 Konsep Diabetes Mellitus

3.3.1 Definisi DM

DM merupakan kelainan metabolik dengan etiologi *multifaktorial*. Penyakit ini ditandai oleh hiperglikemia kronis dan mempengaruhi metabolisme karbohidrat, protein serta lemak. Patofisiologi DM berpusat pada gangguan sekresi insulin. Penyandang DM akan ditemukan dengan berbagai gejala seperti *poliuria* (banyak berkemih), *polidipsia* (banyak minum), dan *polifagia* (banyak makan). DM jangka panjang menimbulkan rangkaian gangguan metabolik yang menyebabkan kelainan patologis makrovaskuler dan mikrovaskuler (Gibney, 2009).

American Diabetes Association (ADA) 2010 menyatakan bahwa DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi

karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Perkeni, 2011). DM adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin yang progresif yang dilatar belakangi oleh resistensi insulin (Soegondo, 2011).

3.3.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi diabetes mellitus dari WHO (2000:12) membagi diabetes mellitus menurut jenis-jenis klinis dan resiko statistiknya

a. Jenis-jenis klinis DM

1) Diabetes Melitus

1.1) *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM)

1.2) *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) terdapat dua jenis yaitu: non obese dan obese

1.3) *Malnutrition Related Diabetes Mellitus* (MRDM)

1.4) Jenis-jenis lain dari diabetes yang ada hubungan dengan kondisi-kondisi dan sindrom-sindrom tertentu seperti: penyakit pankreas, penyakit dengan etiologi hormonal, kondisi-kondisi yang disebabkan oleh obat atau *chemical* abnormalitas dari insulin atau reseptor-reseptornya, sindrom-sindrom genetik tertentu, jenis-jenis lain (*miscellaneous*).

2) *Impaired Glukose Tolerance* (IGT)

2.1) Non Obese

2.2) Obese

2.3) Berhubungan dengan kondisi-kondisi dan sindrom tertentu

3) *Gestational Diabetes Mellitus* (GDM)

b. *Statistical Risk Clases*

Penderita dengan toleransi glukosa normal tetapi pada dasarnya mempunyai resiko tinggi berkembang menjadi diabetes.

1) Sebelumnya pernah ada abnormalitas dari toleransi gula

2) Mempunyai abnormalitas potensial dari toleransi gula

3.3.3 Diagnosa Diabetes Melitus

Diagnosis DM ditegakan berdasar hasil pemeriksaan glukosa darah. Untuk menetapkan diagnosis, dapat dilakukan pemeriksaan glukosa darah puasa, 2 jam setelah beban glukosa, maupun glukosa darah sewaktu.

Kriteria diagnosis DM menurut *American Diabetes Association (ADA)*, adalah sebagai berikut:

- a. Didapatkan gejala klasik DM (banyak kencing, banyak minum, banyak makan, berat badan menurun) + glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl
- b. Gejala klasik DM + glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl
- c. Gejala klasik DM + glukosa darah 2 jam setelah beban ≥ 200 mg/dl

Cara pelaksanaan tes beban glukosa (tes toleransi glukosa oral-TTGO) untuk diagnosis DM (WHO, 1994).

- a. 3 hari sebelum tes pasien tetap makan seperti kebiasaan sehari-hari, dengan jumlah karbohidrat yang cukup dan beraktifitas seperti kebiasaan sehari-hari.
- b. Berpuasa sedikitnya 8 jam dimulai malam hari sebelum pemeriksaan. Minum air putih tawar tetap diperkenankan.
- c. Diambil darah vena untuk pemeriksaan glukosa darah puasa.
- d. Diberikan glukosa 75 gram untuk dewasa, dan 1,75 gram/kgBB untuk anak-anak. Dilarutkan dalam 250 cc diminum dalam jangka waktu 5 menit (untuk menghindari mual dapat diberikan dalam larutan yang dingin).
- e. Pasien berpuasa kembali selama 2 jam, kemudian diambil lagi darah vena untuk pemeriksaan glukosa darah 2 jam setelah beban.
- f. Selama proses pemeriksaan, pasien tetap dalam keadaan istirahat, dan tidak merokok.
- g. Untuk menegakkan diagnosis DM kehamilan (gestational DM) beban yang diberikan berupa glukosa 100 gram, dan diperiksakan glukosa darah puasa, 1, 2 dan 3 jam setelah beban, dengan kriteria diagnosis yang berbeda.

Tabel 2.1 Pengelompokan hasil pemeriksaan TTGO

Tes	Sumber	Normal	Diabetes
Kadar gula darah puasa (mg/dL)	Plasma vena	< 110	≥126
	Darah kapiler	< 90	≥110
Kadar gula darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	< 110	≥200
	Darah kapiler	< 90	≥200

Sumber : Martinus, 2005: 44

Tabel 2.2 Klasifikasi penyebab DM yaitu: (Soegondo, 2011)

Tipe 1	<p>Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Autoimun</i> ▪ <i>Idiopatik</i>
Tipe 2	Bervariasi mulai yang terutama dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang terutama defek sekresi insulin disertai resistensi insulin.
Tipe Lain :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Defek genetik fungsi sel beta ▪ Defek genetik kerja insulin ▪ Penyakit <i>eksokrin pankreas</i> ▪ <i>Endokrinopati</i> ▪ Karena obat dan zat kimia ▪ Infeksi ▪ Sebab imunologi yang jarang <p><i>Sindrom</i> genetik lain yang berkaitan dengan DM</p>

Diabetes Mellitus Gestasional

3.3.4 Patofisiologi

Badan memerlukan bahan untuk membentuk sel baru dan mengganti sel yang rusak, seperti halnya suatu mesin. Badan juga memerlukan energi supaya sel badan dapat berfungsi dengan baik. Energi pada mesin berasal dari bahan bakar yaitu bensin. Pada manusia bahan bakar itu berasal dari bahan makanan yang kita makan sehari-hari yang terdiri dari karbohidrat (gula dan tepung-tepungan), protein (asam amino), dan lemak (asam lemak).

Pengolahan bahan makanan dimulai dari mulut kemudian ke lambung dan selanjutnya ke usus. Didalam saluran pencernaan itu makanan dipecah menjadi bahan dasar dari makanan itu. Karbohidrat menjadi glukosa, protein menjadi asam amino, dan lemak menjadi asam lemak. Ketiga zat makanan itu akan diserap oleh usus kemudian masuk kedalam pembuluh darah dan diedarkan ke seluruh tubuh untuk dipergunakan oleh organ-organ didalam tubuh sebagai bahan bakar. Zat makanan itu harus masuk dulu ke dalam sel supaya dapat diolah. Di dalam sel, zat makanan terutama glukosa dibakar melalui proses kimia yang rumit, yang hasil akhirnya adalah timbulnya energi. Proses ini disebut metabolisme. Dalam proses metabolisme itu insulin memegang peran yang sangat penting yaitu bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel, untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan bakar.

Dalam keadaan normal, kadar insulin cukup dan sensitif. Insulin akan ditangkap oleh reseptor insulin yang ada pada permukaan sel otot, kemudian membuka pintu masuk sel hingga glukosa dapat masuk kedalam sel untuk kemudian dibakar menjadi energi/ tenaga. Akibatnya kadar didalam darah normal. Pada diabetes, dimana didapatkan jumlah insulin yang kurang atau pada keadaan kualitas insulinnya tidak baik (resistensi insulin), meskipun insulin ada dan reseptor juga ada, tapi karena ada kelainan di dalam sel itu sendiri sehingga pintu masuk sel tetap tidak dapat terbuka dan tetap tertutup sehingga glukosa tidak dapat masuk kedalam sel untuk dibakar (dimetabolisme). Akibatnya glukosa tetap berada di luar sel, hingga kadar glukosa dalam darah meningkat.

(Soegondo, 2011).

3.3.5 Pencegahan Komplikasi Diabetes Melitus

Mengingat besarnya jumlah pasien dan besarnya resiko komplikasi pada penderita diabetes, maka upaya paling baik adalah pencegahan. Menurut WHO tahun 1994 (Tjokronegoro, 1997:580), upaya pencegahan pada diabetes ada tiga jenis atau tahap yaitu:

a. Pencegahan Primer

Semua aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya hiperglikemia pada individu yang beresiko untuk jadi diabetes atau pada populasi umum.

b. Pencegahan Sekunder

Kegiatannya menemukan DM sedini mungkin, misalnya dengan tes penyaringan pada populasi resiko tinggi. Dengan demikian pasien diabetes yang sebelumnya tidak terdiagnosa dapat terjaring, sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan komplikasi atau walaupun sudah ada komplikasi masih reversibel.

c. Pencegahan Tersier

Semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan akibat komplikasi itu. Usaha itu meliputi: mencegah timbulnya komplikasi, mencegah progresi dari komplikasi itu agar tidak menjadi kegagalan organ, dan mencegah kecacatan tubuh.

Melihat bahwa gangguan keseimbangan kadar gula darah dapat dipengaruhi oleh pola makan yang salah dan gaya hidup yang penuh tekanan, maka diabetes sebenarnya dapat dicegah dengan cara-cara berikut:

- a. Bila kegemukan, turunkan berat badan.
- b. Melakukan olahraga secara teratur (bersepeda, jalan cepat, jalan santai, berenang dll) paling tidak 3x seminggu, setiap kali 15-60 menit atau sampai berkeringat.
- c. Mengonsumsi gula seperlunya dan tidak berlebihan. Kebutuhan zat gula darah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh dapat dipenuhi dari karbohidrat yang berasal dari beras, sereal, roti, atau kentang dalam menu sehari-hari, namun dikonsumsi dalam jumlah yang tidak berlebihan.
- d. Melakukan refreshing di sela-sela aktivitas yang penuh tekanan sehingga dapat mengurangi terjadinya stres.

Beberapa program yang dapat dilakukan untuk menanggulangi terjadinya diabetes melitus antara lain:

- 1) Pola makan yang teratur dan disiplin
- 2) Olahraga yang teratur dan disiplin
- 3) Istirahat cukup dan tidur teratur
- 4) Konsumsi obat yang telah diberikan dokter, baik pengobatan secara oral maupun injeksi
- 5) Memeriksa kadar gula darah secara berkala

3.4. Konsep Pelatihan Kader Posyandu Lansia

Salah satu pendekatan pada lansia dan kelompok lansia dilakukan dengan cara mengoptimalkan program posyandu lansia, memberikan upaya promotif dan preventif melalui penyuluhan kesehatan pada lansia serta kunjungan rumah. Pada keluarga dilakukan dengan memberikan dukungan keluarga untuk merawat dan memberi support pada lansia. Pada petugas dengan pendekatan memberdayakan kader posyandu lansia.

Seorang calon kader wajib mengikuti pelatihan-pelatihan sebelum menjadi kader posyandu. Hal ini dikarenakan sebelum menjadi seorang kader dalam tugasnya akan sering melakukan berbagai penyuluhan.

Bentuk Pelatihan Kader Posyandu Lansia :

- a. Edukasi langsung melalui media penyuluhan dengan media power point
- b. Edukasi tak langsung melalui media leaflet, brosur dsb.

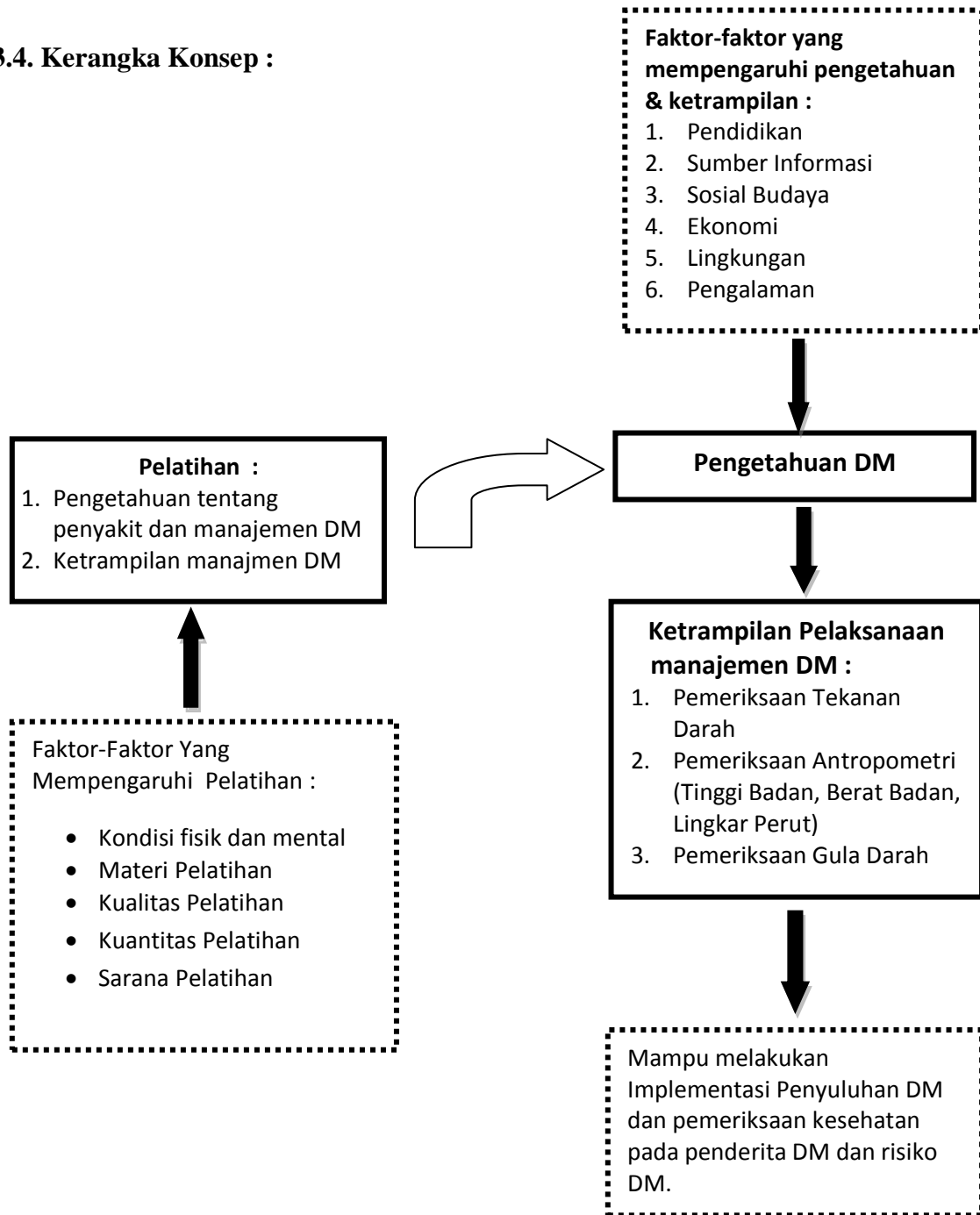
3.5. Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus.

Pemberdayaan masyarakat desa sangat dibutuhkan pemerintah dan sebagai perpanjangan tangan tenaga kesehatan dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat terutama dalam bidang kesehatan. Tenaga kesehatan bersama kader desa bersama dalam melayani masyarakat dalam kegiatan posyandu lansia terutama pada masyarakat yang menderita DM.

Salah satu bentuk kegiatan ini adalah penyuluhan kesehatan merupakan kegiatan penambahan pengetahuan yang diperutukkan bagi masyarakat melalui penyebaran pesan. Tujuan kegiatan penyuluhan kesehatan yaitu untuk mencapai tujuan hidup sehat dengan cara mempengaruhi perilaku masyarakat baik itu secara individu atau pun kelompok dengan menyampaikan pesan.


Dengan pelatihan kader kesehatan tentang penyakit DM, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kader posyandu tentang penyakit DM. Setelah pengetahuan kader posyandu meningkat, maka diharapkan dapat menyampaikan kepada penderita di masyarakat wilayahnya, karena kader lebih dekat dan dapat secara langsung serta lebih mudah berkoordinasi dengan masyarakat secara langsung, terutama jika masyarakat atau keluarga mengalami masalah kesehatan.

3.4. Kerangka Konsep :



Keterangan :

 : diteliti

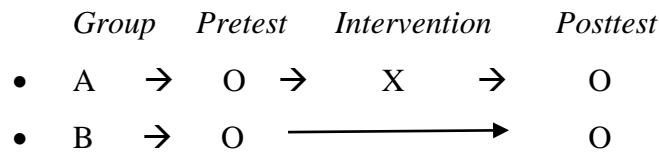
 : tidak diteliti

3.5 Hipotesis Penelitian :

H1 : Ada Pengaruh Pemberdayaan Masyarakat Terhadap Pelaksanaan Manajemen Diabetes Mellitus Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang

BAB 4 METODE PENELITIAN

a. Desain : *Quasi Eksperimen*



b. Tempat dan waktu : Di Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang

c. Populasi Penelitian adalah Kader Kesehatan Desa Malangsuko Tumpang Kabupaten Malang, pada bulan Januari sampai dengan Maret 2018 berjumlah 30 orang.

d. Sampel penelitian adalah 30 responden, dengan rincian sebagai berikut :

- 1) 15 responden kelompok perlakuan
- 2) 15 responden kelompok kontrol

Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*.

e. Variabel dan definisi operasional variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Hasil pengukuran	Skala
1	Independen Pemberdayaan Masyarakat	Memberikan pelatihan kader kesehatan tentang penyakit DM dan ketrampilan pemeriksaan DM	Baik, jika nilai 76-100% Cukup, jika nilai 56-75% Kurang, jika nilai < 56%	Ordinal
2	Dependen Pelaksanaan Manajemen DM	Pengukuran pengetahuan dan ketrampilan kader kesehatan sebelum dan sesudah pelatihan	Baik, jika nilai 76-100% Cukup, jika nilai 56-75% Kurang, jika nilai < 56%	Ordinal

f. Cara pengumpulan data :

a. Proses Inti Pelaksanaan Penelitian

1. Pertemuan seluruh kader (Hari 1), tanggal 29 Oktober 2018.

Pertemuan dihadiri oleh Bapak Kepala Desa dan 30 orang kader kesehatan yang diundang. Kegiatan ini diawali dengan registrasi seluruh peserta,

kemudian sambutan dan penjelasan ketua peneliti tentang kegiatan penelitian yang dilaksanakan selama 2 minggu, dan selanjutnya dibuka secara resmi oleh Kepala Desa Malangsuko Tumpang. Selanjutnya membagi 2 kelompok pada 2 tempat yang berbeda. Kemudian memberikan lembar *informed consent* kepada seluruh kader.

2. Pre Tes (Pengetahuan)

Melakukan pre tes kepada seluruh peserta kader kesehatan kelompok perlakuan dan kontrol, sebelum memulai penyampaian materi DM.

3. Penyampaian materi dan penyuluhan tentang penyakit DM.

Pada kegiatan ini diberikan penyuluhan tentang penyakit DM dan cara melakukan deteksi dini penyakit DM pada kelompok perlakuan.

Setelah itu dijelaskan cara melakukan pemeriksaan dini pada klien DM dengan pemeriksaan Tekanan Darah, TB, BB, lingkaran perut dan Gula Darah. Dilanjutkan dengan diskusi dan pembentukan kelompok dan penjelasan rencana pelatihan untuk besok pagi. Semua peserta mengikuti acara kegiatan sampai selesai dan tampak antusias.

Untuk kelompok kontrol diisi dengan rapat pelaksanaan posyandu dan ketertiban administrasi.

4. Pertemuan seluruh kader (Hari 2), tanggal 5 Nopember 2018

Sesuai jadwal, kegiatan hari ke 2 dimulai dengan pengaturan alat dan kelompok dan dilanjutkan demonstrasi cara pengukuran TB & BB, pemeriksaan tekanan darah dan gula darah.

Pada kegiatan praktik, setelah fasilitator memberikan demonstrasi, semua peserta secara bergantian melakukan semua jenis tindakan pemeriksaan yang telah diajarkan dengan cara saling memeriksa antar peserta. Fasilitator mendampingi dan melakukan penilaian (sebagai nilai pre tes ketrampilan).

Setelah acara praktik selesai dan semua melakukan isihoma, kemudian acara dilanjutkan dengan diskusi hasil praktikum. Semua peserta mengikuti acara kegiatan sampai selesai dan terasa antusias.

5. Pertemuan Evaluasi Tanggal 13 Nopember 2018.

Pada pertemuan evaluasi pada kedua kelompok pada tempat yang berbeda, dilaksanakan kegiatan diskusi dan Pos Test (Pengetahuan) tentang materi kognitif penyakit DM dan cara deteksi dini penyakit DM. Kemudian dilaksanakan evaluasi ketrampilan pemeriksaan TB, BB, Lingkar perut dan tekanan darah serta pemeriksaan gula darah oleh fasilitator dengan lembar observasi yang telah disiapkan (sebagai hasil post tes ketrampilan) Setelah kegiatan evaluasi selesai, dilanjutkan acara penutup dilaksanakan oleh Kepala Desa Malangsuko Tumpang.

6. Penelitian melakukan kegiatan administrasi dan kelengkapan data di desa Malangsuko tanggal 16 Nopember 2018 .
 - 1) Teknik pengumpulan data dengan wawancara
 - 2) Peneliti memberikan *Informed consent* semua kelompok.
 - 3) Peneliti membagi 1 kelompok perlakuan dan 1 kelompok kontrol.
 - 4) Peneliti memberikan pre tes pada semua kelompok
 - 5) Peneliti melakukan pelatihan kepada kelompok perlakuan
 - 6) Peneliti memberikan kesempatan pada kelompok untuk melakukan latihan
 - 7) Peneliti memberikan pos tes kepada kelompok perlakuan setelah 2 minggu pelatihan.
 - 8) Peneliti memberikan pos tes kepada kelompok kontrol setelah 2 minggu tanpa pelatihan.
 - 9) Peneliti melakukan pendataan dan membuat tabulasi sesuai kelompok.

g. Instrumen Penelitian

- 1) Lembar Kuesioner
- 2) Lembar Observasi
- 3) SOP : - Pemeriksaan Tekanan Darah
 - Pemeriksaan Antropometri (TB, BB, Lingkar Perut)
 - Pemeriksaan Gula Darah
- 4) SAP Penyuluhan
- 5) Kit Pelatihan, *Booklet* DM, Leaflet, Note Book, Ball Point
- 6) *Power Point materi DM*

- 7) LCD Proyektor set
- 8) Glukometer set
- 9) Alat Timbang Badan
- 10) Microtoa
- 11) Metlen

h. Analisis data

- 1) Pengukuran Pengetahuan sebelum dan sesudah pelatihan
- 2) Pengukuran Ketrampilan sebelum dan sesudah pelatihan

Menggunakan rumus distribusi frekuensi.

$$N = \frac{Sp}{Sm} \times 100 \%$$

Sm

Keterangan :

N = nilai total

Sp = skor pencapaian

Sm = skor maksimal

Setelah dilakukan skoring, maka hasil seluruh responden diinterpretasikan menjadi sebagai berikut:

100%	= seluruhnya
76% - 99%	= hampir seluruhnya
51% - 75%	= sebagian besar
50%	= setengahnya
25% - 49%	= hampir setengahnya
1% - 24%	= sebagian kecil
0%	= tidak satupun

- 3) Untuk mengetahui signifikansi pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat dari hasil tabulasi kita analisis dengan menggunakan rumus menggunakan “ Uji Wilcoxon” dengan $\alpha = 0.05$ pada program SPSS.

Jika Sig > 0,05 maka Ho diterima (tidak ada pengaruh)

Jika Sig < 0,05 maka Ho ditolak (ada pengaruh)

- 4) Untuk membandingkan hasil sesudah perlakuan terhadap hasil pengetahuan dan hasil observasi antara kelompok perlakuan dan kelompok control, menggunakan “Uji Mann-Whitney” dengan $\alpha = 0.000$ pada program SPSS.

Jika Sig < 0,05 maka ada perbedaan signifikan

Jika Sig > 0,05 maka tidak ada perbedaan signifikan

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Malangsuko Kecamatan Tumpang Kabupaten Malang. Desa Malangsuko terletak di kecamatan Tumpang sekitar 25 km dari pusat kota Malang dan merupakan wilayah kerja Puskesmas Tumpang, dengan batas-batas sebagai berikut :

Sebelah Utara : Desa Jeru Kecamatan Tumpang
Sebelah Selatan : Desa Tumpang Kecamatan Tumpang
Sebelah Barat : Desa Wringinsongo Kecamatan Tumpang
SEbelah Timur : Desa Benjor Kecamatan Tumpang

Penduduknya sebagian besar adalah keturunan suku jawa. Jumlah penduduknya sekitar 4000 orang jiwa. Mata pencaharian penduduknya sebagian besar adalah petani. Jumlah Kader Kesehatan sebanyak 30 orang dengan kegiatan sehari-hari adalah melayani kegiatan posyandu balita dan lansia yang terletak di beberapa RW dan dusun.

5.1.2 Gambaran Umum Pelaksanaan Peneleitian

a. Proses Perijinan:

Ijin penelitian sudah terbit dari Kantor Bakesbangpol Kota Malang, tertanggal 17 Oktober 2018, dilanjutkan ke Kepala Desa Malangsuko Tumpang untuk kontrak pelaksanaan pengambilan data. Dan pelaksanaan penelitian dilakukan selama 5 minggu mulai tanggal 19 Oktober 2018 sampai dengan tanggal 27 Nopember 2018.

b. Proses Persiapan Penelitian

Peneliti mempersiapkan bahan-bahan yang digunakan dalam kegiatan pengabdian masyarakat berupa pembelian ATK, fotocopy proposal dan penjilidan, pemesanan spanduk, pembelian alat dan bahan laboratorium untuk pemeriksaan gula darah yang digunakan pada penelitian.

Peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Desa Malangsuko tentang mekanisme pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat dan penyediaan tempat untuk

kegiatan pelatihan kader selama dua hari dan kegiatan penelitian. Menyepakati dengan Kepala Desa Malangsuko tentang Kader Kesehatan yang akan diikuti sebagai peserta dalam kegiatan penelitian tersebut serta tanggal dan jam pelaksanaan kegiatan yang dapat dilaksanakan oleh kader tersebut. Dalam pertemuan koordinasi ini juga dijelaskan kepada Kepala Desa Malangsuko tentang tujuan, manfaat dan luaran yang diharapkan dari kegiatan tersebut.

Hasil pertemuan koordinasi tersebut ditetapkan tanggal pelaksanaan kegiatan penelitian dimulai dengan sosialisasi penelitian tanggal 29 Oktober 2018, pelatihan selama 2 hari yaitu tanggal 5 dan 13 Nopember, dilanjutkan monitoring dan evaluasi dilaksanakan pada tanggal 16 Nopember 2018. Peneliti melengkapi data di desa dan kader sampai dengan tanggal 27 Nopember 2018.

Mempersiapkan materi Modul dan leaflet kemudian menggandakan, membuat soal pretest dan posttest, membuat SOP dan checklist lembar observasi untuk kegiatan praktik pemeriksaan TB, BB, Lingkar Perut, Tekanan Darah dan Gula Darah.

Mengadakan rapat dengan Tim yang membantu penelitian, mempersiapkan pelaksanaan pelatihan kader kesehatan serta mempersiapkan administrasi pertanggungjawaban keuangan kegiatan penelitian.

5.1.3 Deskripsi Karakteristik Responden

Responden penelitian berjumlah 30 orang dan terdiri dari 2 kelompok, yaitu 1 kelompok kontrol dan 1 kelompok perlakuan. Masing-masing kelompok terdiri dari 15 orang, dengan karakteristik pada tabel 5. 1 dan 5.2 sebagai berikut :

Tabel 5.1. Karakteristik Responden Kelompok Kontrol

Karakteristik	Distribusi Responden	Jumlah	
		Orang	Prosentase (%)
Jenis Kelamin	Perempuan	15	100
	Laki-laki	0	0
	Jumlah	15	100
Usia	29 - 35	1	7
	36 - 42	7	47
	43 - 49	1	7
	50 - 56	2	14
	57 - 63	4	26
	Jumlah	15	100
Tingkat Pendidikan	SD	6	40
	SMP	5	33
	SMA	3	20
	S1	1	7
	Jumlah	15	100
Pelatihan	Pernah	13	86
	Tdk Pernah	2	14
	Jumlah	15	100

Sumber: Hasil data primer diolah, 2018

Berdasarkan Tabel 5.1 dapat diketahui bahwa dari 15 responden, seluruh responden (100%) berjenis kelamin perempuan, hampir setengah responden (47%) berusia antara 36 - 42 tahun, hampir setengah responden (40%) berpendidikan SD dan hampir seluruh responden (86%) pernah mengikuti pelatihan.

Tabel 5.2. Karakteristik Responden Kelompok Perlakuan

Karakteristik	Distribusi Responden	Jumlah	
		Orang	Prosentase (%)
Jenis Kelamin	Perempuan	15	100
	Laki-laki	0	0
	Jumlah	15	100
Usia	29 - 35	1	7
	36 - 42	6	40
	43 - 49	3	20
	50 - 56	2	13
	57 - 63	3	20
	Jumlah	15	100

Karakteristik	Distribusi Responden	Jumlah	
		Orang	Prosentase (%)
Tingkat Pendidikan	SD	1	7
	SMP	7	47
	SMA	7	47
	S1	0	0
	Jumlah	15	100
Pelatihan	Pernah	15	100
	Tdk Pernah	0	0
	Jumlah	15	100

Sumber: Hasil data primer diolah, 2018

Berdasarkan Tabel 5.1 dapat diketahui bahwa dari 15 responden, seluruh responden (100%) berjenis kelamin perempuan, hampir setengah responden (40%) berusia antara 36 - 42 tahun, hampir setengah responden (47%) berpendidikan SD dan SMP, serta seluruh responden (100%) pernah mengikuti pelatihan.

5.1.4 Hasil Analisis Pemberdayaan Masyarakat

A. Tingkat Pengetahuan Kader Kesehatan melalui Pemberdayaan Masyarakat pada kelompok kontrol

Nilai pengetahuan berdasarkan hasil pre tes dan pos tes. Sedangkan hasil observasi praktik ketrampilan cara deteksi dini penyakit DM, yaitu cara pengukuran TB & BB, pemeriksaan tekanan darah dan gula darah berdasarkan nilai observasi kegiatan praktik pada waktu evaluasi.

Berikut disajikan hasil deskripsi statistik yaitu hasil pengetahuan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang diamati sebelum dan sesudah perlakuan.

Tabel 5.3. Hasil Deskripsi Pengetahuan Kelompok Kontrol

Pengetahuan	Kelompok Kontrol			
	Pre tes		Pos tes	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kurang baik	15	100%	4	26.7%
Cukup baik	-	-	11	73.3%
Baik	-	-	-	-
Total	15	100%	15	100%

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

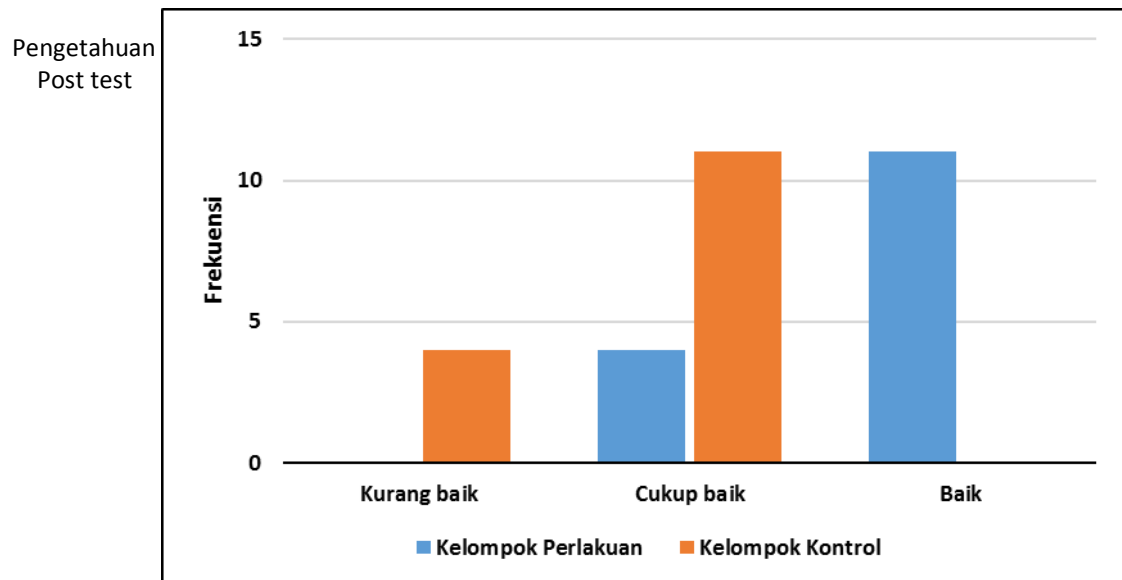
Berdasarkan Tabel 5.3 dapat diketahui bahwa dari 15 responden, pengetahuan pre tes seluruh responden (100%) kurang baik, sedangkan pengetahuan pos tes sebagian besar responden (73,3%) cukup baik.

Tabel 5.4 Hasil Deskripsi Pengetahuan Kelompok Perlakuan

Pengetahuan	Kelompok Perlakuan			
	Pre tes		Pos tes	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kurang baik	15	100%	-	-
Cukup baik	-	-	4	26.7%
Baik	-	-	11	73.3%
Total	15	100%	15	100%

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Berdasarkan Tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 15 responden, pengetahuan pre tes seluruh responden (100%) kurang baik, sedangkan pengetahuan pos tes sebagian besar responden (73,3%) baik.



Gambar 5.1 Grafik Pengetahuan Kader Sebelum dan Sesudah Perlakuan

2. Observasi Ketrampilan

Tabel 5.5 Hasil Deskripsi Observasi Ketrampilan Pada Kelompok Kontrol

Observasi	Kelompok Kontrol			
	Pre Tes		Pos Tes	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kurang baik	12	80,0%	12	80,0%
Cukup baik	3	20,0%	3	20,0%
Baik	-	-	-	-
Total	15	100%	15	100%

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

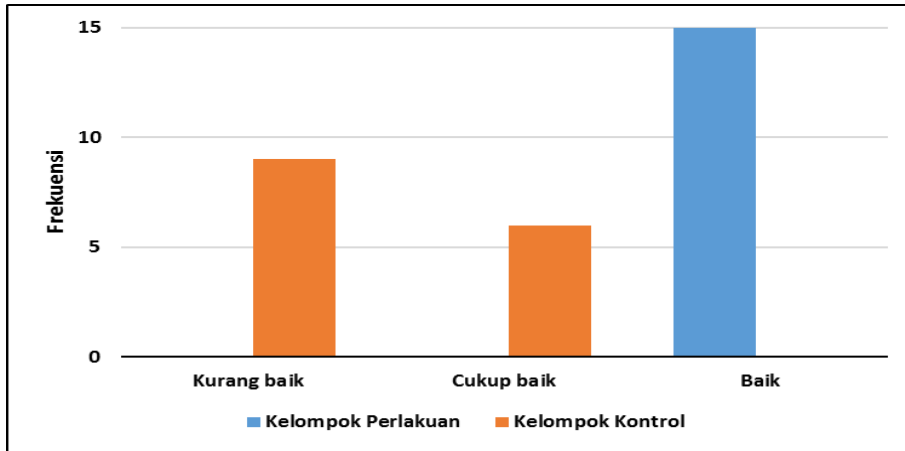
Berdasarkan Tabel 5.5 dapat diketahui bahwa dari 15 responden, ketrampilan pre tes hampir seluruh responden (80%) kurang baik, sedangkan ketrampilan pos tes hampir seluruh responden (80%) kurang baik.

Tabel 5.6 Hasil Deskripsi Observasi Ketrampilan Pada Kelompok Perlakuan

Observasi	Kelompok Perlakuan			
	Pre tes		Pos tes	
	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Kurang baik	12	80,0%	-	-
Cukup baik	3	20,0%	-	-
Baik	-	-	15	100,0%
Total	15	100%	Jumlah	Persentase

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

Berdasarkan Tabel 5.6 dapat diketahui bahwa dari 15 responden, ketrampilan pre tes hampir seluruh responden (80%) kurang baik, sedangkan ketrampilan pos tes seluruh responden (100%) baik.



Gambar 5.2 Grafik Ketrampilan Kader Sebelum dan Sesudah Perlakuan

B. Uji Wilcoxon

Berikut disajikan hasil uji Wilcoxon untuk membandingkan antara hasil sebelum dan sesudah perlakuan terhadap hasil pengetahuan dan hasil observasi pada masing-masing kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

1. Pengetahuan

Tabel 5. 7 Hasil Uji Wilcoxon terhadap Pengetahuan

Kelompok	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan	-3,578	0,000	Signifikan
Kontrol	-3,317	0,001	Signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan

Hasil uji Wilcoxon terhadap pengetahuan pada kelompok perlakuan diperoleh nilai Z sebesar -3,578 dan signifikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan.

b. Kelompok Kontrol

Hasil uji Wilcoxon terhadap pengetahuan pada kelompok kontrol diperoleh nilai Z sebesar -3,317 dan signifikansi sebesar 0,001. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil pengetahuan.

2. Observasi Keterampilan

Tabel 5.8 Hasil Uji Wilcoxon terhadap Observasi

Kelompok	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
Perlakuan	-3,626	0,000	Signifikan
Kontrol	-1,732	0,083	Tidak signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

a. Kelompok Perlakuan

Hasil uji Wilcoxon terhadap observasi keterampilan pada kelompok perlakuan diperoleh nilai Z sebesar -3,626 dan signifikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan adanya pengaruh signifikan ($p < 0,05$) untuk meningkatkan hasil observasi.

b. Kelompok Kontrol

Hasil uji Wilcoxon terhadap observasi keterampilan pada kelompok kontrol diperoleh nilai Z sebesar -1,732 dan signifikansi sebesar 0,083. Hal tersebut menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan ($p > 0,05$) untuk meningkatkan hasil observasi.

C. Uji Mann-Whitney

Berikut disajikan hasil uji Mann-Whitney untuk membandingkan hasil sesudah perlakuan terhadap hasil pengetahuan dan hasil observasi keterampilan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 5.9 Hasil Uji Mann-Whitney

	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
Pengetahuan	-4,135	0,000	Signifikan
Observasi	-5,089	0,000	Signifikan

Sumber: Data Penelitian Diolah (2018)

1. Pengetahuan

Hasil uji Mann-Whitney terhadap pengetahuan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diperoleh nilai Z sebesar -4,135 dan signifikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$) antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap hasil pengetahuan sesudah perlakuan.

2. Observasi Ketrampilan

Hasil uji Mann-Whitney terhadap observasi ketrampilan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diperoleh nilai Z sebesar -5,089 dan signifikansi sebesar 0,000. Hal tersebut menunjukkan ada perbedaan signifikan ($p < 0,05$) antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terhadap hasil observasi sesudah perlakuan.

5.2. Pembahasan

5.2.1 Tingkat Pengetahuan tentang penyakit DM pada kader kesehatan sebelum dan sesudah pelatihan.

Berdasarkan hasil penelitian pengetahuan kader pada kelompok perlakuan, sebelum pelatihan dengan nilai kurang dan setelah pelatihan meningkat menjadi baik, tetapi pada kelompok control yang semula kurang dan setelah 2 minggu hasilnya menjadi cukup

Pengetahuan kader tentang penyakit DM dan cara mendeteksi DM meningkat, hal ini dipengaruhi oleh ketekunan kader dalam mengikuti dan menerima materi dari fasilitator. Selama pelatihan, kader sangat aktif dan banyak bertanya tentang penyakit DM yang belum diketahuinya. Booklet dan leaflet serta semua materi yang diberikan padanya dipelajari dengan rajin.

Kader desa Malangsuko sangat aktif dalam mengikuti pelatihan, dapat dilihat dari data kehadiran selama pelatihan, dan hasilnya sangat memuaskan. Mereka juga menghimbau jika diadakan pelatihan lagi pada topik yang berbeda, karena sebelumnya tidak pernah mendapatkan pelatihan sejenis, sehingga pelatihan ini sangat membantu kader memperoleh pengetahuan tentang DM.

Pelatihan Kader Desa Malangsuko sangat efektif dilakukan mengingat letaknya jauh dari kota dan sangat berguna membantu petugas kesehatan dalam mengatasi masalah kesehatan di masyarakat terutama dalam hal mendeteksi dini penyakit DM.

Dengan pelatihan kader desa Malangsuko tentang penyakit DM, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan kader tentang penyakit DM, sehingga pengetahuan kader meningkat, maka dapat menyampaikan kepada penderita di masyarakat wilayahnya, karena kader dapat secara langsung dan lebih mudah berkoordinasi dengan masyarakat secara langsung. Dengan demikian distribusi pengetahuan dan pencegahan penyakit DM menjadi lebih efektif dan efisien.

Penghematan waktu dan biaya. Dengan adanya sumber pengetahuan yang terstruktur dengan baik, maka organisasi akan mudah untuk menggunakan pengetahuan tersebut untuk konteks yang lainnya, sehingga organisasi akan dapat menghemat waktu dan biaya. Peningkatan aset pengetahuan. Sumber pengetahuan akan memberikan kemudahan kepada setiap karyawan untuk memanfaatkannya, sehingga proses pemanfaatan pengetahuan di lingkungan organisasi akan meningkat, yang akhirnya proses kreatifitas dan inovasi akan terdorong lebih luas dan setiap karyawan dapat meningkatkan kompetensinya (Davenport, 2000).

Pelatihan kader kesehatan berdampak positif terhadap pengetahuan dan ketrampilan tentang manajemen DM, hal ini sesuai menurut Notoatmodjo (2010) bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan, sumber informasi dan pengalaman.

Dengan pelatihan, maka kader mendapat ilmu pengetahuan dan informasi yang akurat tentang penyakit DM dan pengalaman cara melakukan deteksi dini dengan melakukan pengukuran TB & BB, pemeriksaan tekanan darah dan gula darah.

Dengan demikian dapat diketahui pelatihan kader sangat dibutuhkan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan kader dalam melayani masyarakat terutama pada daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan.

5.2.2. Observasi ketrampilan pelaksanaan manajemen DM pada kader kesehatan sebelum dan sesudah pelatihan.

Hasil penilaian observasi ketrampilan kader pada kelompok perlakuan, sebelum pelatihan dengan nilai kurang dan setelah pelatihan meningkat menjadi baik. Sedangkan pada kelompok control, yang semula nilainya kurang dan setelah 2 minggu dilakukan observasi tetap mendapatkan nilai kurang.

Kader desa Malangsuko pada kelompok perlakuan, sangat aktif dalam mengikuti pelatihan, dapat dilihat dari data kehadiran selama pelatihan, dan hasilnya sangat memuaskan. Semua jenis ketrampilan dalam mendeteksi penyakit DM yang diajarkan oleh fasilitator, misalnya pengukuran TB dan BB, lingkaran perut, tekanan darah dan pemeriksaan glukosa darah yang sebelum pelatihan dengan nilai kurang, dan setelah 2 minggu pelatihan didapatkan nilai meningkat menjadi baik.

Hal tersebut diketahui, kader kesehatan desa Malangsuko tidak mendapatkan kesulitan pada waktu saling memeriksa antar peserta pelatihan. Mereka mengikuti pelatihan dengan aktif dan sesuai dengan SOP ketrampilan tersebut.

Pada pemeriksaan TB dan BB serta tekanan darah, hampir semua kader dapat melakukan, tetapi pengukuran lingkaran perut, kader mengalami kesulitan, karena jarang melakukan pengukuran tersebut.

Pelatihan kader kesehatan berdampak positif terhadap pengetahuan dan ketrampilan tentang manajemen DM, hal ini sesuai menurut Notoatmodjo (2010) bahwa faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan, sumber informasi dan pengalaman.

Dengan pelatihan, maka kader mendapat ilmu pengetahuan dan informasi yang akurat tentang penyakit DM dan pengalaman cara melakukan deteksi dini dengan melakukan pengukuran TB & BB, pemeriksaan tekanan darah dan gula darah.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

- 6.1.1 Pemberdayaan Kader Kesehatan Desa Malangsuko efektif dilakukan, dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit DM cara deteksi dini penyakit DM.
- 6.1.2 Pemberdayaan Kader Kesehatan Desa Malangsuko efektif dilakukan, dapat meningkatkan ketrampilan cara deteksi dini penyakit DM dengan ketrampilan dalam pemeriksaan kesehatan, mulai pemeriksaan tekanan darah, antropometri (TB. BB dan lingkaran perut) dan gula darah.
- 6.1.3 Pemberdayaan Kader Kesehatan Desa Malangsuko efektif dilakukan karena berdampak positif terhadap pengetahuan dan ketrampilan dalam mendeteksi secara dini terhadap penyakit DM dengan melakukan kegiatan ketrampilan cara pengukuran dan pemeriksaan tekanan darah, antropometri (TB. BB dan lingkaran perut) dan gula darah.

6.2 Saran

- 6.2.1 Untuk peningkatan pengetahuan dan ketrampilan cara mendeteksi dini penyakit DM, diperlukan penyuluhan dan redemonstrasi terutama bagi kader kesehatan yang tidak mendapatkan pelatihan, agar mereka sama-sama mengerti dan cakap.
- 6.2.2 Alat-alat yang dibutuhkan dalam menunjang kegiatan tersebut perlu diusahakan dengan cara memperoleh bantuan atau pemberdayaan masyarakat atau pihak lain.
- 6.2.3 Untuk penelitian selanjutnya dapat meneruskan penelitian ini sampai melakukan pemeriksaan kesehatan bagi warga desa Malangsuko yang sakit DM, sehingga dapat mengukur populasi penyakit DM di desa Malangsuko. Penelitian dapat dilakukan di daerah yang lain.

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.3Supple-men/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_PROVINSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf diaksee pada tanggal 5 April 2017.

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

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

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

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

Lampiran 2 :

Biodata Ketua Penelitian

A. Identitas Diri

Ketua Peneliti		
1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M. Kes
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
4	NIP	19650220 198703 2 001
5	NIDN	4020026501
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Malang, 20 Pebruari 1965
7	E-mail	tavipdwiwahyuni@gmail.com
8	Nomor Telepon/HP	08125210202
9	Alamat Kantor	Jl. Besar Ijen no 77 C Malang
10	Nomor Telepon/Faks	0341 551893
11	Mata Kuliah Yang Diampu	2. Promosi Kesehatan 3. Kebutuhan Dasar Manusia I - II 4. Keperawatan Medikal Bedah I – III 5. Keperawatan Perioperatif

B. Riwayat Pendidikan

Ketua Peneliti			
	S-1	S-2	S-3
Nama Perguruan Tinggi	Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang	Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta	-
Bidang Ilmu	Keperawatan	Magister Kedokteran Keluarga Minat PDPK	-
Tahun Masuk-Lulus	1999 - 2001	2009 – 2010	-

C. Publikasi Ilmiah

Publikasi Artikel dalam 5 Tahun Terakhir

Ketua Peneliti			
No	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Vol/Nomor/ Tahun
1.	Pengetahuan Tentang Merokok Dan Motivasi Berhenti Merokok	Jurnal Pendidikan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang	ISSN 2301-4024 Vol. 1 No.1 April 2012
2.	Stres Fisiologis Dan Obesitas Klien Hipertensi	Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang	ISSN 1693-4903 Vol. 10 No. 1 Mei 2012
3.	Pendidikan Kesehatan Terhadap Adekuasi Hemodialisis Dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSSA Malang	Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang	ISSN 1693-4903 Vol. 10, No. 2 November 2012
4.	Pelatihan Pencegahan Penularan HIV/AIDS dan Perubahan Perilaku Petugas Salon <i>Facial</i> di Kota Malang	Jurnal Pendidikan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang	ISSN 2301-4024 Vol. 2, No.1 April 2013
5.	<i>Metode Bed Side Teaching</i> Perawatan Luka Pada Mahasiswa di Prodi DIII Keperawatan Malang	Jurnal Pendidikan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang	ISSN 2301-4024 Vol. 2, No.1 April 2013
6.	<i>Ankle Brachial Index (ABI)</i> Sesudah Senam Kaki Diabetes pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2	Jurnal Keperawatan	P-ISSN 2086-3071 E-ISSN 2443-0900 Vol. 4, No. 2 Juli 2013
7.	Pembersihan Luka Dermatitis Atopik dengan Cairan Normal Salin	Jurnal Keperawatan	ISSN 2086-3071 Vol. 5, No. 1, Januari 2014
8.	Pendidikan Kesehatan dan Penurunan Kejadian Hipoglikemia pada Penderita DM Tipe 2	Jurnal Pendidikan Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang	ISSN 2301-4024 Vol. 3, No.1 April 2014
9.	Proceedings Mid-ICPH 2018 “ Revitalizing Family Planning and Women’s Empowermentfor Improvement of Population Well-Being and Economi Development”	Hotel Best Western Premier Hotel Solo	ISBN: 978-602-71484-5-1. First Printing: 2018

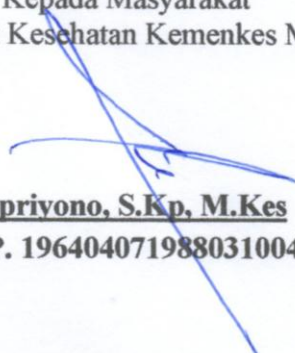
LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Kegiatan Penelitian Dengan Judul

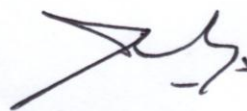
“PENGARUH PEMBERDAYAAN MASYARAKAT TERHADAP PELAKSANAAN MANAJEMEN DIABETES MELLITUS DI DESA MALANGSUKO TUMPANG KABUPATEN MALANG”

Telah disetujui dan disahkan pada tanggal.....Nopember 2018

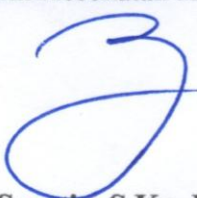
Kepala Unit Penelitian dan Pengabdian
Kepada Masyarakat
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang


Juprivono, S.Kp, M.Kes
NIP. 196404071988031004

Ketua Tim Pelaksana Penelitian


Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M.Kes
NIP. 19650220 198703 2 001

Mengetahui,
Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang


Budi Susatna, S.Kp, M.Kes
NIP. 196503181988031002