



## PEMBERDAYAAN KADER KESEHATAN DALAM PROGRAM “SELF CARE MANAGEMENT” PENDERITA DIABETES MELITUS

Weni Sartiwi<sup>1\*</sup>, Indah Komala Sari<sup>2</sup>

<sup>1,2,3</sup>Program Studi S1 Keperawatan, Stikes Syedza Saintika

Email : [wenisartiwi16@gmail.com](mailto:wenisartiwi16@gmail.com)

### ABSTRAK

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronik yang angka kejadiannya terus meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan pola pertumbuhan penduduk seperti saat ini, diperkirakan pada tahun 2020 nanti akan ada sejumlah 178 juta penduduk berusia di atas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM sebesar 4,6% akan didapatkan 8,2 juta pasien diabetes. American Diabetes Association melaporkan pada tahun 2013 angka prevalensi diabetes di Amerika Serikat adalah 8.3 % dari total populasi. Suatu angka yang luar biasa dan merupakan tantangan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat. Solusi dari permasalahan ini adalah meningkatkan pengetahuan kader kesehatan dalam program *self care management* pada penderita diabetes melitus. Kegiatan dilaksanakan di Puskesmas Andalas dengan jumlah kader yang hadir sebanyak 16, peserta berperan aktif dalam kegiatan, selama kegiatan berlangsung peserta dapat mengikuti dengan baik, tidak ada peserta yang meninggalkan tempat selama kegiatan berlangsung. Kegiatan penyuluhan diakhiri dengan sesi tanya jawab dimana respon kader cukup baik terlihat dari beberapa pertanyaan yang disampaikan kepada penerbit. Saran yang diharapkan kader bisa mensosialisasikan kepada penderita diabetes melitus.

**Kata Kunci:** Diabetes Melitus, *Safe Care Management*

### ABSTRACT

*Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease whose incidence continues to increase from year to year. Based on the current population growth pattern, it is estimated that in 2020 there will be 178 million people aged over 20 years and assuming a DM prevalence of 4.6% will get 8.2 million diabetic patients. The American Diabetes Association reports in 2013 the prevalence of diabetes in the United States is 8.3% of the total population. An extraordinary number and a challenge for health workers, especially nurses. The solution to this problem is to increase the knowledge of health cadres in self care management programs for people with diabetes mellitus. The activity was carried out in Andalas Community Health Center with 16 cadres present, participants took an active role in the activity, during which the participants were able to participate well, no participants left the venue during the activity. The counseling activity ended with a question and answer session where the cadre response was quite good, as seen from a number of questions submitted to the speakers. Suggestions that cadres are expected to be able to socialize to people with diabetes mellitus.*

**Keywords:** Diabetes Mellitus, *Safe Care Management*



## PENDAHULUAN

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronik yang angka kejadiannya terus meningkat dari tahun ke tahun. Organisasi Kesehatan dunia Perserikatan Bangsa-Bangsa (WHO) membuat perkiraan bahwa tahun 2000 jumlah penderita diabetes di atas umur 20 tahun berjumlah 150 juta orang dan dalam kurun waktu 25 tahun kemudian, pada tahun 2025, jumlah itu akan meningkat menjadi 300 juta orang.

Berdasarkan pola pertambahan penduduk seperti saat ini, diperkirakan pada tahun 2020 nanti akan ada sejumlah 178 juta penduduk berusia di atas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM sebesar 4,6% akan didapatkan 8,2 juta pasien diabetes. American Diabetes Association melaporkan pada tahun 2013 angka prevalensi diabetes di Amerika Serikat adalah 8.3 % dari total populasi. Suatu angka yang luar biasa dan merupakan tantangan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat.

Menurut *American Diabetes Association* (2013), diabetes melitus tipe 2 merupakan kelainan ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi insulin yang cukup atau sel-sel tubuh tidak memberikan respon terhadap insulin. Insulin diperlukan oleh tubuh agar dapat menggunakan glukosa sebagai energi. Smeltzer dan Bare (2010) mendefinisikan DM adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Diabetes melitus (DM) tipe 2 adalah jenis yang paling banyak ditemukan (lebih dari 90%). Timbul makin sering setelah umur 40 tahun (Buku Pentalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu FKUI, 2005).

Menurut BAB ICD-X, distribusi pasien baru DM yang berobat jalan ke rumah sakit di Indonesia berjumlah 45.368 orang dan jumlah kunjungan sebanyak 180.926 orang dengan *admission rate* sebesar 3.99 sedangkan distribusi pasien baru yang rawat inap berjumlah 83.045 orang dan jumlah pasien yang meninggal berjumlah 5.585 orang dengan angka *Case Fatality Rate* (CFR) sebesar 6.73% (Ditjen Yanmed Depkes RI, 2009).

Menurut American Diabetes Association (ADA, 2015), DM dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tipe yakni, DM tipe 1, DM tipe 2, DM Gestasional dan DM tipe lain. Beberapa tipe yang ada, DM Tipe II merupakan salah satu jenis yang paling banyak ditemukan yaitu lebih dari 90-95%. Dimana faktor pencetus DM tipe II yakni berupa obesitas, mengkonsumsi makanan instan, terlalu banyak makanan karbohidrat, merokok dan stres, kerusakan pada sel pankreas dan kelainan hormonal (Smeltzer & Bare, 2008).

Berdasarkan data Diabetes Atlas Edisi ke-8 tahun 2017 yang dikeluarkan oleh *International Diabetes Federation* (IDF) Jumlah penderita diabetes melitus diseluruh dunia adalah 425 juta penduduk, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an dan di prediksi pada tahun 2045 prevalensi diabetes melitus akan menjadi 693 juta penduduk sedangkan di wilayah Asia Tenggara terdapat 103,2 juta orang dewasa dengan diabetes pada tahun 2017, prevalensi ini diperkirakan akan meningkat menjadi 189,2 juta pada tahun 2045. Kemudian pada kasus diabetes melitus tipe 2 terdapat 577,3 juta orang didunia yang menderita diabetes melitus tipe 2



dengan kematian mencapai 5,0 juta orang (IDF, 2017)

Pada tahun 2017 Indonesia menempati peringkat ke enam di dunia untuk prevalensi penderita diabetes tertinggi setelah China, India, Amerika Serikat, Brazil dan Meksiko dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes sebesar 10,3 juta dan presentase kematian akibat diabetes di Indonesia merupakan yang tertinggi kedua setelah Srilanka (IDF, 2017). Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, prevalensi orang dengan diabetes di Indonesia menunjukkan kecenderungan meningkat yaitu dari 5,7% pada tahun 2007 menjadi 6,9% pada tahun 2013. Prevalensi berat badan berlebih atau overweight 13,5% dan obesitas 15,4% yang merupakan salah satu faktor resiko terbesar diabetes yang meningkat terus dibandingkan Riskesdas 2007 dan 2010 dan dengan Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) mencapai 29,9% atau sekitar 52 juta penderita. Hal ini berarti akan semakin banyak penduduk yang beresiko tinggi untuk menderita DM Tipe II.

Terdapat tiga komplikasi akut pada diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan sindrom HHNK (koma hiperglikemik hiperosmoler non ketotik). Komplikasi ini apabila tidak ditangani dengan baik akan memperburuk keadaan pasien bahkan menyebabkan kematian. Kemudian, hiperglikemia kronik pada diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, disfungsi atau kegagalan beberapa organ tubuh, terutama mata, ginjal,

syaraf, jantung dan pembuluh darah (Smelzer dan Bare, 2005). Diabetes merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup (Konsesus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia, 2006), sehingga pengelolaan penyakit ini menjadi begitu penting dilakukan untuk dapat meningkatkan kualitas hidup serta mencegah komplikasi bahkan kematian pada penderita diabetes melitus.

Keadaan hiperglikemia ini dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti ketoasidosis diabetik (KAD) (Sudoyo, 2006). KAD dilaporkan lebih dari 100.000 pasien yang dirawat per tahun di Amerika Serikat (Umpierrez GE, Murphy MB, Kitabachi AE, 2002). KAD dapat diderita oleh penderita Diabetes Melitus (DM), baik tipe 1 maupun tipe 2. Ketoasidosis diabetik (KAD) adalah keadaan yang ditandai dengan asidosis metabolik akibat pembentukan keton yang berlebihan. Terdapat sekitar 20% pasien KAD yang baru diketahui menderita DM untuk pertama kalinya biasanya tergolong pada DM tipe 2 dikarenakan masa awitan dapat berjalan tanpa terdeteksi. Adapun beberapa faktor pencetus terjadinya KAD; diketahui bahwa lebih dari 50% faktor pencetus dari terjadinya KAD adalah infeksi (Umpierrez GE, Murphy MB, Kitabachi AE, 2002; Albert KG, 2004).

Infeksi yang diketahui paling sering mencetuskan KAD adalah infeksi saluran kemih, sepsis, abses, pankreatitis dan pneumonia. Selain itu adanya penyakit vaskular akut seperti infark miokard akut, emboli paru, serta adanya luka bakar dan hematoma subdural yang secara garis besar mengakibatkan terjadinya krisis hiperglikemia



(Umpierrez GE, Murphy MB, Kitabachi AE, 2002; Yehia BR, Epps KC, Golden SH, 2008).

Faktor lainnya adalah obat-obatan yang mempengaruhi metabolisme karbohidrat dan lemak seperti kortikosteroid, thiazid, pentamidine, dan obat simpatomimetik (seperti dobutamin dan dopamine), dapat mencetuskan KAD (Chiasson JL, 2003). Faktor lainnya yaitu pada penderita DM tipe 1 yang diketahui diskontinuitas atau terapi insulin inadekuat. Apabila penderita tidak melakukan terapi insulin secara efektif, maka glukosa akan terus meningkat dan tidak dapat terukur oleh hati akibatnya kadar glukosa dalam darah cukup tinggi, dan akan terjadi pemecahan asam lemak menjadi badan keton (Smeltzer, 2008).

Kunci utama untuk menunda bahkan mencegah terjadinya komplikasi DM adalah dengan pengendalian (regulasi) gula darah. Apabila penyakit terkontrol dengan baik akan menghambat atau mencegah keluhan fisik akibat komplikasi akut maupun kronis. Berbagai intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita DM berupa *diabetes mellitus self care* maupun *diabetes self management education*.

Dari hasil penelitian ditemukan dimana dari 52 penderita DM tipe 2 yang berobat jalan di Poli Klinik Penyakit Dalam RSUD Jombang didapatkan hasil 65,4% *self care* kurang dan 48,1% dengan kualitas hidup kurang. Hasil penelitian yang dilakukan pada 15 penderita DM tipe 2 yang dirawat di Ruang Pavillium Bougenville RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso didapatkan hasil; 9 penderita (60%) tingkat *self care behaviour* dalam kategori rendah, 5 penderita

(33,33%) tingkat *self care behaviour* dalam kategori sedang dan 1 penderita (6,67) tingkat *self care behaviour* dalam kategori baik. Lorig dan Holman (2000) menyatakan bahwa pada dasarnya penderita bertanggung jawab atas pengelolaan *day-to-day care* atas penyakitnya. Oleh karena itu untuk dapat mengelola penyakitnya secara efektif, penderita harus memiliki pengetahuan, keterampilan dan keyakinan diri dalam melakukan tindakan medis tertentu seperti tes gula darah, serta pemahaman akan pengelolaan emosi (Adam, 2004 dalam Atak, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Alik (2017) dengan judul Upaya pemberdayaan kader kesehatan dalam meningkatkan *self efficiency and management* pada penderita diabetes mellitus terdapat adanya pengaruh *self care* sebelum intervensi dengan setelah intervensi dengan nilai *p-value* 0,000. dan menurut penelitian Yessy (2016), dengan judul tingkat self pasien rawat jalan diabetes mellitus di puskesmas kalirungkut Surabaya tahun bahwa sudah cukup baik yaitu pada aktivitas *self care* mengenai peraturan pola makan (diet), olahraga, dan dalam terapi.

Hal utama dalam mengelola penyakit DM selalu berkenaan dengan manajemen gaya hidup di antaranya perencanaan makan, latihan jasmani, penggunaan obat hipoglikemik secara teratur, pengontrolan berat badan, pemantauan kadar glukosa darah atau urin dan perawatan luka mandiri. Beberapa penelitian mencatat bahwa 50–80% penderita DM memiliki pengetahuan dan keterampilan yang kurang dalam mengelola penyakitnya



(Norris, 2001; Palestin, 2005 dalam Bondan, 2008).

Rendahnya pengetahuan penderita DM akan berdampak pada rendahnya *self care behavior* dan kemungkinan akan menyebabkan terjadinya peningkatan komplikasi penyakit baik akut maupun kronik dan juga menyebabkan penurunan kualitas hidup (Atak, 2010). Hasil optimal dari perawatan DM membutuhkan manajemen mandiri sehari-hari, meliputi pengontrolan makanan sesuai diet, olah raga secara teratur, dan monitoring glukosa yang teratur. *Self-management* penderita bergantung pada edukasi, pemberdayaan dan *self monitoring* mereka dalam usaha mengevaluasi hasil dari *self care* yang telah dilakukan. Berbagai intervensi telah dilakukan namun masih terfragmentasi sehingga penderita diabetes masih sulit mengontrol kadar glukosa darah, sering terjadi komplikasi dan jumlah penderita semakin meningkat. Kondisi seperti ini membutuhkan strategi baru yang terintegrasi agar penderita dapat mengelola penyakitnya secara mandiri, untuk meningkatkan kondisi kesehatan, mencegah komplikasi, dan menurunkan prevalensi.

Salah satu strategi yang dilakukan adalah dengan memberdayakan penderita secara mandiri, untuk meningkatkan pengetahuan memperbaiki sikap serta merubah perilaku. Melalui pengembangan modul pengelolaan diabetes mandiri yang diaplikasikan dalam pengembangan model *Self care management* dengan melibatkan kader kesehatan yang dapat memfasilitasi peningkatan

pengetahuan penderita tentang DM dan pengelolaannya secara komprehensif, membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), dan merubah perilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya dalam menghadapi penyakit kronis sehingga akan berpengaruh pada perbaikan kondisi kesehatan secara optimal. Selain itu modul pengelolaan DM mandiri dapat menjembatani komunikasi antara tenaga kesehatan (dokter, perawat, ahli gizi, dan lain-lain) dengan penderita DM.

Pengembangan model *Self care management* merupakan konsep yang dikembangkan peneliti dengan bentuk intervensi keperawatan berupa pemberian modul pengelolaan DM mandiri yang komprehensif dengan penekanan pada aspek psikologis dan spiritual. Strategi ini diharapkan dapat memperbaiki kondisi pikiran emosi dan perilaku penderita DM yang pada akhirnya glukosa darah dapat teregulasi dengan baik sehingga *self care behaviour* meningkat yang pada akhirnya penderita mampu merawat dirinya sendiri secara mandiri, dapat berperan sebaiknya secara aktif di masyarakat, karena komplikasi dapat dicegah serta penderita dapat lebih produktif dan kualitas hidup penderita akan meningkat.

Data Dinas Kesehatan Kota Padang 2016 diketahui jumlah penderita DM Tipe II menempati urutan ke-5 yaitu sebanyak 846 orang DM Tipe II dengan jumlah terbesar sebanyak 680 orang DM Tipe II berada di wilayah kerja puskesmas andalas. (Data Medical Record Puskesmas Andalas Padang, 2017). Berdasarkan hasil pendahuluan tersebut maka tim pengurus ingin membantu mengatasi





tersebut dengan membuat sosialisasi tentang pemberdayaan kader kesehatan dalam program *self care management* penderita diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas.

## METODE

Tujuan kegiatan	Meningkatkan pengetahuan kader dalam program <i>self care management</i> penderita diabetes melitus
Isi kegiatan	Sosialisasi Pemberdayaan kader kesehatan dalam program <i>self care management</i> penderita diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Andalas
Sasaran	Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas sebanyak 16 orang
Strategi	Metode kegiatan yang dilakukan berupa: a. Games (permainan) b. Simulasi c. Ceramah/penyuluhan d. Diskusi/sarasehan

Berdasarkan identifikasi masalah, tim pengusul melakukan langkah-langkah pendekatan yang telah disepakati untuk menyelesaikan masalah tersebut. Adapun langkah-langkah dalam menyelesaikan masalah tersebut adalah :

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pengabmas dilaksanakan hari Senin tanggal 29 Oktober 2018 pukul 10.00 Wib, tempat pelaksanaan di Aula Puskesmas Andalas. Peserta yang menghadiri kader berjumlah 16 orang. Tim penyuluh terdiri dari presenter dan moderator.

Pelaksanaan kegiatan penyuluhan dilakukan dengan 3 tahap yaitu

### 1. Tahap Perkenalan

Sebelum kegiatan dimulai tim pengabmas melakukan salam pembuka dan perkenalan dan dilanjutkan menjelaskan maksud dan tujuan dari materi yang diberikan dan kontrak pelaksanaan yang akan dilakukan diantaranya adalah kontrak waktu, tempat dan bahasa. Disepakati bahwa penyuluhan dilaksanakan selama 60 menit di aula puskesmas andalas dengan menggunakan bahasa indonesia dan minang.

### 2. Tahap Penyajian

Sebelum materi diberikan pemateri melakukan penggalan pengetahuan kepada peserta untuk mengetahui pengetahuan peserta dengan materi yang diberikan / pretest dan post.

Materi yang diberikan menggunakan powerpoint dengan menggunakan media infokus. Disaat pemateri memberikan penyuluhan peserta memperhatikan dan antusias dalam materi yang diberikan selama penyuluhan berlangsung. Dan tidak ada peserta menyinggalkan tempat selama penyuluhan berlangsung.

### 3. Tahap Akhir

Sebelum materi diakhiri moderator memberikan kesempatan kepada peserta untuk memberikan pertanyaan. Kegiatan penyuluhan diakhiri dengan sesi tanya jawab dimana respon peserta cukup baik terlihat dari beberapa pertanyaan yang disampaikan kepada pemateri. Berbagai pertanyaan tersebut merefleksikan keingintahuan masyarakat mengenai pengelolaan obat yang baik dan benar. dan juga moderator mengevaluasi lagi dari materi yang diberikan. Peserta penyuluhan bisa memberikan jawaban sesuai dengan materi yang diberikan.



## Distribusi Frekuensi Pengetahuan kader Pre-test dan Post-Test Pendidikan Kesehatan N (16)

PRE TEST	POST TEST
Tinggi $\geq$ 50 : 30%	Tinggi $\geq$ 50 : 90%
Rendah $<$ 50 : 70%	Rendah $<$ 50 : 10%

Berdasarkan tabel diatas membuktikan bahwa adanya peningkatan pengetahuan kader pre test dan posttest, terlihat bahwa pengetahuan pretest dengan pengetahuan rendah 30% dan setelah post test didapatkan pengetahuan kader mencapai tinggi 90%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan pemberian penyuluhan ini dapat terukur pengetahuan kader tentang self care management penderita Diabetes Melitus. Sehingga harapannya penyuluhan ini dapat dilanjutkan oleh kader di wilayah kerja puskesmas mensosialisasikan kepada masyarakat diwilayah kerjanya

### SIMPULAN

Berdasarkan hasil kegiatan tersebut terjadinya peningkatan pengetahuan kader dalam *self care management*. Diharapkan kader bisa mensosialisasikan kepada penderita diabetes melitus.

### DAFTAR PUSTAKA

- Price, Sylvia Anderson. 2005. Patofisiologi: *Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Ed.6 Jakarta: EGC
- Smeltzer and Bare. 2010. *The tenth edition of Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*.
- Tjokroprawiro, Askandar. 1996. *Diabetes Mellitus, Klasifikasi, Diagnosis, dan Terapi*. Ed. 3. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Atak. (2010). Standards of Medical Care in Diabetes 2010. *Journal of Diabetes Care*, Vol. 33.
- Azwar, S. (2010). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Bandura, A., (1994). *Self Efficacy: Toward Unifying Theory*. *Psychological Review* 1977, Vol. 84. Number. 2. 195,
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy*. Diperoleh dari <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Boedisantoso, R. (2009). *Komplikasi Akut Diabetes Melitus*. Dalam Soegondo et al (Ed.). *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Carey, Barbara J. Maschak. (2002). *Pengkajian dan Penatalaksanaan Pasien Diabetes Melitus*. Dalam Smeltzer dan Bare (Ed.) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Sudarth. Edisi 8. Vol 2. Alih Bahasa : Kuncara, dkk. Jakarta : EGC.
- Funnel, M.M., et al., (2010). *National Standards for Diabetes Self Management Education*. *Journal of Diabetes Care*, Vol 33, Supp. 1, 89-96,
- Glasgow, R.E., Tobbert D.J., Gillet C.D. (2001). *Psychosocial Barrier to Diabetes Self Management and Quality of Life*. *Journal of Diabetes Spectrum*. Volume 14. Number 1. 33-47.
- Kuntoro. (2008). *Metode Sampling dan Penentuan Besar Sampel*. Surabaya : Pustaka Melati
- Kuntoro. (2008). *Metode Statistik*. Surabaya : Pustaka Melati
- Levine, M.E (1966). *Adaptation and Assesment, a rationale for nursing information*. Los Angeles: Davis.
- Levine, M.E ( 1973). *Introduction to Clinical Nursing* Los Angeles. Davis.(2nd edition). Los Angeles: Davis
- Perry, A.G and Potter P.A. (2005). *Buku Ajar Fundamental*



Keperawatan : Konsep, Proses, dan  
Praktik. Volume 1. Edisi 4. Jakarta :  
EGC.

- PERKENI. (2011). Konsensus  
Pengelolaan Diabetes Mellitus Tipe  
2 di Indonesia 2011.
- Shi, Q., S. K Ostwald, and S. Wang  
(2010). Improving glycaemic  
control self-efficacy and glycaemic  
control behaviour in Chinese  
patients with Type 2 diabetes  
mellitus: randomised controlled  
trial. *Journal of Clinical Nursing*.  
398–404.
- Sugiyono (2000). *Metodologi Penelitian  
Administrasi*. Bandung : Alfa Beta
- Suyono, S. (2009). Kecenderungan  
Peningkatan Jumlah Penyandang  
Diabetes. Dalam Soegondo et al  
(Ed.). *Penatalaksanaan Diabetes  
Melitus Terpadu*. Edisi ke-2.  
Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Tomey A.M. dan Alligood M. R. (2006).  
*Nursing Theorists and Their Work*.  
6th ed. USA: Mosby Elsevier.