

Kepatuhan Pengelolaan Penyakit Diabetes mellitus Tipe II melalui *Peer Group Support* di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya

Yuyun Diantiningsih*, Kusnanto**, Abu Bakar**

*Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

** Staf Pengajar Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Email: diedie_yun@yahoo.co.id

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus is a chronic disease that cannot be cured so that compliance is required to manage the disease. Patient compliance is in accordance with the provisions of the behavior of health workers. The aimed of this study was to analyze the effect of peer group support on the compliance of type 2 Diabetes mellitus disease management. **Methods:** This research was used a quasy experiment pre post test designed. The selection of sample using a purposive sampling and was obtained 16 respondents from 77 population. The independent variable was a peer group support that carried out for two weeks while dependent variable was dietary compliance, exercise and drugs consumption which data was collected by observation sheet. The data were analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney U Test with significant value of $\alpha \leq 0.05$. **Result:** The results showed that there was increase of dietary compliance ($p=0.012$) but there was no effect of peer group support for dietary compliance ($p=0.14$), the increase of exercise compliance ($p=0.012$) and there was effect of peer group support for exercise compliance ($p=0.004$), and the increase of drugs consumption compliance ($p=0.027$) and there was effect of peer group support for drugs consumption compliance ($p=0.048$). **Discussion:** It can be concluded that peer group support had good effect to improve dietary compliance, exercise, and drugs consumption so that blood sugar could be controlled. Larger respondents, more proper instruments and longer duration of study will be needed to get a better result of the further research.

Keywords: Peer Group Support, Compliance, Diabetes mellitus

PENDAHULUAN

American Diabetes Assosiation [ADA] (2008) dalam PERKENI (2011) menyatakan bahwa Diabetes mellitus (DM) tipe 2 merupakan kelompok DM dengan resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif serta gejala yang tidak dapat dirasakan pada stadium awal dan tidak terdiagnosis sampai terjadinya komplikasi. Pengelolaan kadar glukosa darah penderita DM tipe 2 dengan melaksanakan 4 pilar pengelolaan penyakit DM tipe 2 yaitu pendidikan kesehatan (*education*), diet (rencana makan), latihan fisik (*exercise*) dan konsumsi obat hipoglikemi. Keberhasilan 4 pilar tersebut dapat diketahui dengan melakukan kontrol kesehatan secara rutin

khususnya kontrol glukosa darah (Misnadiarly, 2006).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti kepada 20 orang penderita DM dengan menggunakan kuisioner menyatakan bahwa 17 orang atau 85% tidak patuh terhadap diet, 10 orang atau 50% tidak patuh terhadap *exercise* dan 17 orang atau 85% tidak patuh dalam mengkonsumsi obat sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Ketidapatuhan ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain tidak ada waktu untuk kontrol kesehatan, tidak tahu informasi tentang penyakitnya, keadaan ekonomi yang masih rendah dan faktor sosial budaya. Selama ini usaha yang sudah dilakukan oleh Puskesmas Kebonsari Surabaya untuk meningkatkan kepatuhan penderita DM dalam mengatur

polamakan, *exercise* dan konsumsi obat adalah konseling individu, paguyuban DM dan penyuluhan yang dilakukan di ruang tunggu Puskesmas Kebonsari. Konseling individu dan penyuluhan yang dilakukan terhitung tidak efektif untuk meningkatkan pengetahuan penderita karena pemberian informasi yang diberikan tidak ada *follow up*-nya sehingga tidak ada perubahan peningkatan kepatuhan.

Pengelolaan DM tipe 2 membutuhkan partisipasi aktif dari tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat untuk mendampingi penderita dalam upaya peningkatan kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 dengan teratur dan terkontrol (Tjokroprawiro, 2011). *Support system* sangat berperan untuk meningkatkan kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 (Friedman, 1998). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Ilkafah (2011) tentang pengaruh *peer group support* terhadap *self-efficacy*, kontrol glukosa darah dan *self care activities* pada penderita DM dengan 29 responden menyatakan 45% atau 19 orang terjadi peningkatan kontrol glukosa darah, yang berarti penderita mengalami peningkatan kemandirian dalam pengelolaan penyakitnya.

Peer group support merupakan salah satu *support system* dari sekelompok orang yang menderita penyakit yang sama. *Peer group support* dapat mengurangi masalah perilaku kesehatan, mengurangi depresi dan mempunyai kontribusi untuk meningkatkan kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2. Pengaruh *peer group support* dalam meningkatkan kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 masih perlu dibuktikan lagi.

Berdasarkan data yang didapatkan dari balai pengobatan Puskesmas Kebonsari Surabaya, tahun 2009 terdapat penderita DM tipe 2 sebanyak 1071, tahun 2010 sebanyak 1572, tahun 2011 sebanyak 1581 dan sampai dengan akhir bulan Februari 2012 didapatkan 349 penderita yang terdiri atas 70 penderita laki-laki dan 279 penderita perempuan. Peningkatan penderita DM tipe 2 di wilayah tersebut, dari tahun ke tahun jumlahnya semakin meningkat. Hal ini disebabkan oleh pola hidup yang tidak sehat dan adanya mobilisasi penduduk serta penduduk musiman. Sebanding dengan meningkatnya jumlah penderita DM tipe 2, tingkat

kepatuhan pengelolaan DM tipe 2 semakin tidak terkontrol dan akan menyebabkan komplikasi (FKUI, 2009). Komplikasi penderita DM tipe 2 yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari sampai saat ini belum ditemukan tetapi penderita harus tetap meningkatkan kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 untuk menghindari kemungkinan komplikasi yang akan terjadi.

Tingkat kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pemahaman tentang instruksi, kualitas interaksi, dukungan sosial keluarga atau teman sebaya, serta keyakinan, sikap dan kepribadian pasien (Niven, 2005). Intervensi yang tepat untuk meningkatkan kepatuhan tersebut yaitu dengan memberikan informasi dan dukungan khususnya dukungan dari kelompok teman sebaya (*peer group support*). Menurut Randall (2010) *peer group support* merupakan tempat yang praktis bagi sekelompok orang yaitu penderita DM tipe 2 untuk memberikan dan menerima dukungan emosional serta pertukaran informasi.

Kelompok teman sebaya (*peer group*) dapat memenuhi kebutuhan pribadi penderita DM tipe 2, menghargai, menyediakan informasi, meningkatkan harga diri dan memberikan identitas bagi penderita DM tipe 2. Penderita akan lebih terbuka mengungkapkan permasalahannya dalam *peer group* ini. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nuryati (2010) tentang pelaksanaan *peer group support* untuk meningkatkan pengetahuan yang dilakukan 2 kali per minggu selama 2 minggu dengan durasi setiap pertemuan 60 menit menunjukkan hasil yang efektif yaitu 100% pengetahuan penderita meningkat. Ilkafah (2011) juga melakukan *peer group support* 2 kali per minggu selama 2 minggu dengan durasi 60 menit untuk meningkatkan kemandirian dalam pengelolaan penyakit DM tipe 2.

Penderita DM tipe 2 yang baru ataupun yang lama dianjurkan untuk bergabung dalam kelompok pendukung untuk mendapatkan partisipasi dari sesama anggota. Partisipasi seperti ini dapat membantu penderita dalam meningkatkan kepatuhan menjalankan diet (rencana makan), *exercise*, dan konsumsi obat serta dalam menghadapi perubahan gaya hidup

yang terjadi pada penderita DM baru dan mengatasi komplikasinya. Penderita DM yang ikut sertadalam *peer group support* sering mendapatkan berbagai informasi dan pengalaman yang berharga dari para penderita lainnya. Kelompok pendukung memberikan kesempatan untuk berdiskusi berbagai strategi dalam mengatasi penyakit dan pengelolaannya (Smeltzer & Bare, 2002). Dukungan yang diberikan melalui partisipasi antar kelompok pendukung dapat membantu penderita untuk meningkatkan kepatuhan menjalankan pilar pengelolaan penyakit DM tipe 2.

Berdasarkan uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa *peer group support* dapat diterapkan di Puskesmas Kebonsari Surabaya sebagai kontribusi dalam mengembangkan ilmu keperawatan khususnya dalam keperawatan komunitas untuk meningkatkan kepatuhan diet, *exercise*, dan konsumsi obat pada penderita DM tipe 2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menjelaskan pengaruh *peer group support* terhadap kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya.

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian eksperimen semu (*Quasy-Experiment*) dengan pendekatan *Non-Equivalen Control Group* atau *Non-Randomized Control Group Pretest-Postest Design*. Besar sampel dalam penelitian ini adalah masing-masing 14 responden baik untuk kelompok perlakuan maupun untuk kelompok kontrol yang ditentukan berdasarkan teknik *purposive sampling*. Penentuan responden pada kedua kelompok ini selanjutnya ditentukan dengan menggunakan teknik *matching* berdasarkan usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan agar kedua kelompok memiliki distribusi data yang sama. Variabel independen pada penelitian ini adalah *peer group support*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengelolaan DM tipe 2 berupa diet, *exercise*, dan konsumsi obat.

Pada penelitian ini, peneliti mengumpulkan data dari responden dengan meminta responden menjawab pertanyaan

secara tertulis dengan mengisi kuesioner penelitian. Kuesioner dalam penelitian ini adalah kuesioner tentang kualitas tidur yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) yang berisi *close-ended questions*. Keuntungan menggunakan PSQI karena memiliki validitas dan reliabilitas yang tinggi, namun metode PSQI ini juga memiliki kekurangan yaitu pengisian kuesioner PSQI dapat memperoleh hasil yang kurang akurat dikarenakan keterbatasan dan kesulitan klien untuk memahami pertanyaan sehingga perlu untuk dipandu dalam pengisian. Kuesioner ini terdiri dari 16 pertanyaan dengan nilai validitas 0,840. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *Spearman Rho* untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen dengan skala data ordinal dan tingkat kemaknaan $p=0,05$.

HASIL

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dengan teknik *matching* yang dilakukan maka distribusi responden pada kedua kelompok memiliki kesamaan. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama yaitu, 1 responden (12,5%) laki-laki dan 7 responden (87,5%) perempuan untuk masing-masing kelompok. Distribusi responden berdasarkan usia antar kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pun menunjukkan hasil yang sama yaitu, 2 orang responden (25%) berusia 41-50 tahun dan 6 orang responden (75%) berusia 51-60 tahun untuk masing-masing kelompok.

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan hasil yang sama yaitu terdapat 3 (37,5%) responden tidak lulus Sekolah Dasar, 2 (25%) responden lulus Sekolah Dasar, dan 3 (37,5%) responden lulus Sekolah Menengah Pertama. Distribusi responden berdasarkan lama responden menderita penyakit pada kelompok perlakuan terdapat 3 (37,5%) responden kurang dari 1 tahun, 1 (12,5%) responden 1-2 tahun, dan 4 (50%) responden 3-5 tahun. Pada kelompok kontrol terdapat 2 (25%) responden kurang dari 1 tahun,

1(12,5%) responden 1-2 tahun, 2 responden (25%) 3-5 tahun, dan 3 (37,5%) responden lebih dari 5 tahun.

Pada tabel 1 dapat dilihat bahwa hasil *pre test* kelompok perlakuan sebagian besar responden yaitu 7 (87,5%) mengalami tingkat kepatuhan kurang. Sebagian besar responden yaitu 7 (87,5%) setelah intervensi *peer group support* mengalami peningkatan kepatuhan cukup dan baik, kecuali responden 1 tetap dengan skalakurang dan responden 6 yang tidak mengalami perubahan kepatuhan. Hasil *post test* kelompok kontrol menyatakan sebagian besar responden juga mengalami peningkatan prosentase kepatuhan diet meskipun tidak mengubah tingkat kepatuhannya. Hasil *pre test* dan *post test* tingkat kepatuhan pada kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 1. Kelompok kontrol tidak diberikan intervensi *peer group support*, penderita mendapatkan perlakuan seperti biasa dan media informasi *booklet* dari peneliti.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perubahan tingkat kepatuhan diet pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *peer group support* yang ditunjukkan dengan hasil analisis statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* diperoleh nilai $p=0,012$. Pada kelompok kontrol hasil analisis statistik menunjukkan nilai $p=0,046$ yang berarti terdapat peningkatan kepatuhan diet dengan diberikan intervensi seperti biasa dan media informasi *booklet*. Hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh nilai $p=0,14$ yang menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, hal ini berarti tidak ada pengaruh intervensi *peer group support* terhadap peningkatan kepatuhan diet pada penderita DM.

Pada tabel 2 dapat dilihat bahwa hasil *pre test* pada kelompok perlakuan dalam menjalankan *exercise* terdapat 8 (100%) responden berada pada tingkat kepatuhan kurang. Semua responden (100%) setelah intervensi *peer group support* mengalami peningkatan kepatuhan menjadi cukup dan baik, kecuali responden 4 yang tidak mengalami perubahan tingkat kepatuhan tetapi mengalami peningkatan prosentase sebesar 19%. Peningkatan signifikan dialami oleh responden 3 sebesar 71,4% sedangkan peningkatan kepatuhan

paling rendah dialami oleh responden 7 sebesar 6,1%.

Hasil *pre test* pada kelompok kontrol terdapat 8 (100%) responden dengan tingkat kepatuhan kurang. Hasil *post test* didapatkan 6 (75%) responden tetap dengan tingkat kepatuhan kurang dan 2 (25%) responden mengalami peningkatan kepatuhan menjadi cukup yaitu responden 1 dan responden 8 dengan peningkatan prosentase rendah. Penurunan prosentase kepatuhan signifikan dialami oleh responden 6 sebesar 28,6%. Kelompok kontrol tidak diberikan intervensi *peer group support*, penderita mendapatkan perlakuan seperti biasa dan media informasi berupa *booklet* dari peneliti.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kepatuhan *exercise* DM yang signifikan dengan diberikan intervensi *peer group support* yang ditunjukkan dengan hasil analisis statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dimana diperoleh nilai $p=0,012$. Hasil analisis statistik pada kelompok kontrol diperoleh nilai $p=0,34$ yang berarti tidak terdapat peningkatan kepatuhan *exercise* dengan intervensi seperti biasa dan media informasi *booklet*. Hasil analisis statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh nilai $p=0,004$ yang menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang berarti ada pengaruh intervensi *peer group support* terhadap peningkatan kepatuhan *exercise* pada penderita DM.

Tabel 3 menunjukkan hasil *pre test* konsumsi obat kelompok perlakuan dimana terdapat 2 (25%) responden dengan tingkat kepatuhan kurang, 5 (62,5%) responden dengan tingkat kepatuhan cukup, dan 1 (12,5%) responden dengan tingkat kepatuhan baik. Sebagian besar yaitu 6 (75%) responden setelah intervensi berada pada tingkat kepatuhan baik (responden 1, 3, 4, 5, 6, dan 7). Hasil *pre test* pada kelompok kontrol terdapat 2 (25%) responden dengan kepatuhan kurang, 3 (37,5%) responden dengan kepatuhan cukup, dan 3 (37,5%) responden dengan kepatuhan baik. Hasil *post test* terdapat 3 (37,5%) responden mengalami penurunan kepatuhan dan penurunan signifikan terjadi pada responden 7 sebesar 57,1%.

Penelitian ini menunjukkan hasil bahwa terdapat peningkatan kepatuhan

konsumsi obat DM yang signifikan dengan diberikannya intervensi *peer group support*, hal ini ditunjukkan dengan hasil analisis statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai $p=0,027$. Pada kelompok kontrol tidak terdapat peningkatan kepatuhan konsumsi obat dengan intervensi seperti biasa dan media informasi *booklet*. Hasil analisis statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan nilai $p=0,18$.

Hasil analisis statistik *Mann Whitney U Test* diperoleh nilai $p=0,048$ yang berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang berarti terdapat pengaruh intervensi *peer group support* terhadap peningkatan kepatuhan konsumsi obat pada penderita DM.

Tabel 1. Hasil Analisis Statistik Tingkat Kepatuhan Diet pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya 3 Mei-29 Mei 2012

No.	Skor Tingkat Kepatuhan Diet(dalam Persen)					
	Perlakuan			Kontrol		
	Pre	Post	Selisih	Pre	Post	Selisih
1	20,6	21,4	0,8	12,7	27	14,3
2	28,8	65,9	37,1	55,6	51,6	-4
3	51,6	67,5	15,9	36,5	51,6	15,1
4	27,8	62,7	34,9	40	40	0
5	43	76,2	33,2	33,3	33,3	0
6	60,3	74,6	14,3	35	42	7
7	42,9	64,8	21,9	63,5	72	8,5
8	26,2	80	53,8	75,4	94	18,6
Mean	37,65	64,14		44,00	51,44	
SD	13,94	18,32		19,81	21,96	
	Wilcoxon Signed Rank Test ($p=0,012$)			Wilcoxon Signed Rank Test ($p=0,046$)		
	Mann Whitney U Test ($p=0,14$)					

Keterangan:

Mean = rerata

SD = Standar Deviasi

p = derajat kemaknaan

Skor tingkat kepatuhan diet

$\leq 55\%$: kurang patuh

$56\%-75\%$: cukup patuh

$\geq 76\%$: baik

Tabel 2. Hasil Analisis Statistik Tingkat Kepatuhan Exercise pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya 3 Mei-29 Mei 2012

No.	Skor Tingkat Kepatuhan Exercise(dalam Persen)					
	Perlakuan			Kontrol		
	Pre	Post	Selisih	Pre	Post	Selisih
1	42,9	66,7	23,8	52,4	57,1	4,7
2	14,3	76,2	61,9	52,4	52,4	0
3	14,3	85,7	71,4	42,9	47,6	4,8
4	28,6	47,6	19	42,9	42,9	0
5	14,3	71,4	57,1	28,6	42,9	1,3
6	42,9	76	33,1	42,9	14,3	-28,6
7	42,9	57,1	6,1	28,6	38,1	9,5
8	28,6	66,7	38,1	42,9	57,1	14,2
Mean	29,79	68,43		41,70	44,05	
SD	12,15	11,91		9,09	13,87	
	Wilcoxon Signed Rank Test ($p=0,012$)			Wilcoxon Signed Rank Test ($p=0,34$)		
	Mann Whitney U Test ($p=0,004$)					

Keterangan:

Mean = rerata

SD = Standar Deviasi

p	= derajat kemaknaan	≤ 55%	: kurang patuh
		56%-75%	: cukup patuh
Skor tingkat kepatuhan diet		≥ 76%	: baik

Tabel 3. Hasil Analisis Statistik Tingkat Kepatuhan Konsumsi Obat pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya 3 Mei-29 Mei 2012

No.	Skor Tingkat Kepatuhan Konsumsi Obat (dalam Persen)					
	Perlakuan			Kontrol		
	Pre	Post	Selisih	Pre	Post	Selisih
1	100	100	0	100	64,3	-35,7
2	0	0	0	75	50	-25
3	35,7	100	64,3	57,1	71,4	14,3
4	67,9	100	32,1	60,7	71,4	10,7
5	57,1	100	42,9	32,1	39,3	7,2
6	57,1	100	42,9	39,3	14,3	25
7	67,9	100	32,1	57,1	0	-57,1
8	60,7	64,3	3,6	100	100	0
Mean	56,05	83,04		65,16	51,34	
SD	28,57	35,80		25,17	32,72	
	Wilcoxon Signed Rank Test (p=0,027)			Wilcoxon Signed Rank Test (p=0,18)		
	Mann Whitney U Test (p=0,048)					

Keterangan:

Mean	= rerata	Skor tingkat kepatuhan diet
SD	= Standar Deviasi	≤ 55% : kurang patuh
p	= derajat kemaknaan	56%-75% : cukup patuh
		≥ 76% : baik

PEMBAHASAN

Mayoritas responden sebelum diberi intervensi *peer group support* pada kelompok perlakuan, mempunyai kepatuhan diet yang kurang. Hal ini sesuai dengan teori perubahan perilaku yang menyatakan bahwa terbentuknya tindakan (kepatuhan diet) seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan atau kognitif (Notoatmodjo, 2007). Sulitnya prosedur pelaksanaan diet serta didukung oleh belum maksimalnya informasi diet dari pihak puskesmas menyebabkan responden belum menjalankan diet dengan benar. Kurangnya dukungan (teman sebaya) yang bersedia mendengarkan keluhan dan membantu pemecahan masalah dalam menjalankan diet menjadi penyebab utama rendahnya kepatuhan terhadap diet. Hal ini sesuai dengan pernyataan Smet (1994) bahwa strategi untuk meningkatkan kepatuhan antara lain adalah adanya dukungan profesional kesehatan, dukungan sosial, perilaku kesehatan, dan

pemberian informasi. Rendahnya persepsi dan *selfefficacy* responden tentang manfaat diet juga menyebabkan responden enggan untuk mengatur pola makannya.

Peningkatan kepatuhan diet terjadi setelah diberikan intervensi *peer groupsupport* sehingga mayoritas responden memiliki kepatuhan cukup dan baik. Hasil observasi peneliti, dengan melihat buku catatan menunjukkan bahwa sebagian besar responden setelah intervensi mampu melakukan pengaturan pola makan dengan benar. Sehari tiga kali makan besar (pagi, siang, dan sore) serta tiga kali makan kecil yang dilakukan disela-sela jam makan besar atau selang waktu tiga jam setelah makan besar dengan memperhatikan prinsip 3J yaitu tepat jumlah, tepat jenis, dan tepat jam. Tepat dalam hal jumlah menunjukkan peningkatan paling rendah diantara tepat jenis dan jam. Hal ini disebabkan oleh faktor kebiasaan belum berhenti makan sebelum kenyang yang dilakukan oleh sebagian besar responden.

Terdapat satu responden yang tidak mengalami peningkatan kepatuhan diet setelah dilakukan intervensi *peer group support*. Menurut responden, hal ini disebabkan karena sulitnya prosedur pengaturan pola makan. Berdasarkan pengamatan peneliti, responden tersebut memang mengikuti *peer group support* secara teratur, namun kadang kurang memperhatikan dan menyelami informasi dengan baik serta dimungkinkan juga responden tidak menyimpan informasi dalam ingatan. Berdasarkan pengamatan tersebut, peneliti menilai bahwa kualitas lebih penting daripada kuantitas dalam mengikuti *peer group support*. Kuantitas *peer group support* dengan didukung oleh kualitas yang maksimal akan menghasilkan efek yang baik.

Hasil analisis data tentang pengaruh *peer group support* terhadap kepatuhan diet pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan. Sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Ilkafah (2011) yang menyatakan bahwa *peer group support* dapat meningkatkan *self efficacy* pengelolaan DM. *Self efficacy* yang tinggi akan meningkatkan *self care activities* sehingga kepatuhan penderita dalam menjalankan pilar pengelolaan DM salah satunya diet juga akan meningkat. Hasil tersebut didukung oleh teori belajar sosial Bandura (1997) yang menyatakan bahwa seseorang bertindak harus ada motivasi dan dorongan dari lingkungan. Motivasi dalam penelitian ini berasal dari teman sebaya dengan penyakit yang sama.

Menurut peneliti, perubahan kepatuhan diet pada kelompok perlakuan terjadi karena: pertama, adanya dukungan berupa informasi diet dan motivasi teman sebaya dalam pemecahan masalah diet sehingga responden dapat menjalankan prosedur diet sesuai informasi yang diperoleh. Robert Weiss (1974) dalam Peplau (2002) menyatakan bahwa hubungan sosial berupa dukungan dapat memberikan kesempatan bagi individu untuk menikmati berbagai kebersamaan. Kebersamaan dalam berbagai kegiatan, minat dan sikap mematuhi aturan diet diberikan oleh hubungan dalam kelompok teman sebaya.

Kedua, penderita merasa mempunyai kelompok sosial baru yang siap mendengarkan keluhan dan berbagi

strategi pemecahan masalah diet sertamembantu meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan diet. Hal tersebut terlihat saat tahap presentasi masalah, responden dengan no. kode 1 mengungkapkan tidak bisa tarak makanan, yang artinya tidak bisa menjalankan diet dengan benar. Responden tersebut menyatakan selalu ingin makan saat melihat makanan meskipun sudah merasa kenyang. Hal ini sesuai dengan gejala akut DM yaitu banyak makan, banyak minum, dan banyak kencing (Tjokroprawiro, 2011). Masalah tersebut mendapatkan strategi pemecahan masalah dari responden dengan no. kode 8 berupa meminum banyak air mineral saat timbul rasa ingin makan. Responden dengan no. kode 8 juga memberikan strategi pemecahan masalah yang diungkapkan oleh responden dengan no. kode 3. Responden dengan no. kode 3 merupakan tokoh masyarakat yang sering diundang saat acara pernikahan, syukuran dan lainnya, dimana setiap acara disediakan makanan yang harus dimakan untuk menghargai tuan rumah. Responden tersebut tidak bisa mengontrol jenis, jam serta jumlah makanan dan mendapatkan strategi pemecahan masalah berupa jangan mengambil makanan yang berisiko untuk meningkatkan glukosa darah dengan cepat seperti sirup, anggur, *cake* dan lainnya.

Ketiga, meningkatnya persepsi dan *self efficacy* tentang manfaat mematuhi diet akan membawa perbaikan pada kondisi kesehatan karena akan menstabilkan glukosa darah serta dapat mencegah komplikasi. Diet merupakan pilar utama pengendali glukosa darah pada penderita DM (Misnadiarly, 2006). Peningkatan persepsi diri terhadap pengelolaan glukosa darah dengan menjalankan diet akan menstimulus keyakinan penderita untuk hidup sehat (Greco *et al.* 2001).

Keempat, adanya fasilitas penunjang *booklet* yang memudahkan penderita untuk menyusun makanan yang harus dimakan karena didalamnya terdapat berbagai aturan, jammakan, jumlah makanan, jenis makanan beserta kandungan kalorinya dan makanan pengganti sehingga penderita dapat dengan mudah untuk melakukan perencanaan makan. Didukung pernyataan Kuerstein (1986) dalam Niven (2005) yang menyatakan bahwa penggunaan media informasi secara mandiri,

berupa buku (*booklet*) dan kaset dapat meningkatkan tindakan kepatuhan.

Menurut peneliti, peningkatan kepatuhan diet juga disebabkan oleh faktor usia, tingkat pendidikan, dan lamanya menderita penyakit. Seluruh responden pada kelompok perlakuan berada pada usia 40-60 tahun dimana usia tersebut mulai menunjukkan adanya penurunan fungsi fisiologis sehingga kemampuan penyerapan informasi juga menurun (Notoatmodjo, 2007). Hal ini menyebabkan sulitnya responden memahami informasi yang diberikan saat pertemuan *peer group support*. Besarnya kemauan responden untuk memahami informasi dan didukung dengan penyampaian informasi oleh peneliti secara berulang-ulang, menyebabkan responden memahami informasi yang diberikan dan mengaplikasikannya.

Tingkat pendidikan responden yang mayoritas tidak lulus SD dan SMP mempengaruhi proses belajar. Tingkat pendidikan berpengaruh pada saat penderita memperoleh pengalaman dari berbagai latihan maupun tugas. Berbekal pengalaman dalam belajar penderita akan cepat tanggap terhadap intervensi yang datang dan berusaha menyelesaikan masalah dengan cara adaptif. Notoatmodjo (2007) menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian data demografi mengenai tingkat pendidikan. Perubahan tingkat kepatuhan diet paling signifikan ditunjukkan oleh responden dengan tingkat pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Pertama.

Penderita yang telah lama menderita penyakit DM kemungkinan memiliki kemampuan adaptasi yang lebih baik dalam menjalankan diet daripada penderita yang baru terdiagnosa DM (Gitawati, 2007). Terbukti pada responden dengan no.kode 8 yang menderita DM lebih dari 5 tahun mengalami peningkatan kepatuhan diet paling signifikan. Lamanya seseorang menderita DM tidak selalu berbanding lurus dengan tingkat pengetahuannya. Keadaan lingkungan yang mendukung yaitu banyaknya penderita DM pada tempat tersebut menyebabkan penderita tidak sendiri dalam menghadapi penyakitnya. Semangat penderita untuk hidup sehat juga mempengaruhi kemampuan penderita untuk

menggali informasi lebih dalam dan mengaplikasikannya. Hal ini didukung oleh Notoatmodjo (2007) yang menyatakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat penyerapan informasi seseorang antara lain pendidikan, pengalaman, usia, lingkungan dan pekerjaan.

Hal senada ditunjukkan oleh responden pada kelompok kontrol. Hasil statistik kepatuhan diet pada kelompok kontrol menunjukkan terjadi peningkatan kepatuhan diet meskipun kelompok kontrol tidak mendapatkan intervensi *peer group support*. Kelompok kontrol mendapatkan intervensi seperti biasa dari puskesmas induk berupa konseling diet serta pemberian media informasi *booklet* oleh peneliti yang bisa meningkatkan pengetahuan responden tentang pengaturan pola makan. Konseling diet yang diberikan puskesmas induk belum maksimal hanya sebatas makanan yang boleh dikonsumsi dan tidak boleh dikonsumsi tetapi media informasi *booklet* mencantumkan berbagai aturan diet secara lengkap berdasarkan prinsip 3J, sehingga kedua media informasi tersebut bisa saling mendukung. Penggunaan media informasi secara mandiri berupa buku (*booklet*) dan kaset dapat meningkatkan tindakan kepatuhan (Niven, 2005). Pertanyaan yang dilontarkan responden saat peneliti melakukan evaluasi 3 hari sekali menyebabkan responden mengetahui apa yang sebelumnya tidak diketahuinya. Hal ini menyebabkan tanpa intervensi *peer group support* sebagian besar responden pada kelompok kontrol dapat meningkatkan kepatuhan dalam menjalankan diet.

Terdapat semua responden pada kelompok perlakuan sebelum diberi intervensi *peer group support* mempunyai kepatuhan *exercise* yang kurang. Sebagian besar responden memang sudah melakukan *exercise* sebelum adanya intervensi, tetapi *exercise* yang dilakukan tidak sesuai dengan standart yang telah ditentukan. Responden tidak menghitung denyut nadi sebelum *exercise*, tidak melakukan pemanasan dan pendinginan, serta tidak melakukan peregangan setelah *exercise* inti. Masih rendahnya kepatuhan dalam menjalankan *exercise* DM, dipengaruhi oleh kompleksnya prosedur *exercise* yang merupakan salah satu pilar pengelolaan DM (Heisler, 2007). Penderita DM harus mengikuti

berbagai aturan baru dalam menjalankan *exercise* yang dianggap sulit oleh sebagian besar responden. Menurut peneliti, rendahnya kepatuhan *exercise* pada kelompok perlakuan disebabkan karena 1) ketidaktahuan responden tentang informasi prinsip *exercise* DM yang benar, meliputi: frekuensi, lama, jenis, aktifitas yang dilakukan sebelum, selama dan sesudah *exercise* inti, dan 2) Kurangnya keinginan responden untuk mencari informasi *exercise* DM yang benar sehingga *exercise* yang dilakukan hanya sebatas menggerakkan anggota tubuh saja.

Mayoritas responden setelah dilakukan intervensi *peer group support* dapat melakukan *exercise* dengan benar sehingga mengalami peningkatan kepatuhan menjadi skala cukup dan baik. Responden melakukan pemanasan, pendinginan, dan peregangan selama kurang lebih 10 menit sesuai prinsip *exercise* DM. Tindakan menghitung denyut nadi sebelum *exercise* tidak pernah dilakukan responden karena dirasa sangat sulit. Responden kurang terampil dalam menentukan intensitas latihan yang harus dilakukan berdasarkan MHR dan THR.

Terdapat satu responden yang tidak mengalami perubahan kepatuhan *exercise* setelah intervensi *peer group support*, yaitu responden dengan no. kode 4. Responden tersebut bekerja sebagai penjual jamu. Responden tersebut berpendapat bahwa asalkan badan kita gerak, hal itu sudah termasuk *exercise*, tanpa harus melakukannya sesuai prinsip *exercise* DM. Hal ini memang benar bahwa menggerakkan anggota tubuh sudah termasuk olahraga, tetapi perlu dikaji ulang tentang gerak yang dilakukan seperti apa. Gerakan yang berlebihan atau hanya bertumpu pada satu anggota badan seperti menumbuk jamu justru membawa resiko bagi penderita DM seperti cedera muskuloskeletal (Barnes, 2012). *Exercise* yang dipilih pada penderita DM sebaiknya *exercise* yang dapat menggerakkan seluruh anggota badan seperti *jogging*, bersepeda dan berenang. *Exercise* yang disenangi juga mungkin untuk dilakukan oleh penderita, disamping dapat meningkatkan kesehatan juga dapat meningkatkan kebugaran (Tandra, 2008).

Hasil analisis data menunjukkan pada kelompok perlakuan terjadi peningkatan kepatuhan *exercise* yang signifikan setelah

intervensi *peer group support*. Keberhasilan dari *peer group support* berkaitan dengan adanya rasa kebersamaan dan berbagi pengalaman hidup dengan sesama penderita. Penderita DM dapat merasakan kebersamaan dengan orang-orang yang memiliki kondisi yang sama dengan dirinya dan mengetahui pemecahan masalah dari masalah *exercise* yang dialami dengan adanya *peer group support*, sehingga kepatuhan *exercise* dapat meningkat.

Hal di atas sesuai dengan hasil penelitian Heisler (2007) yang menyatakan dukungan teman sebaya dapat mengurangi masalah perilaku kesehatan termasuk perilaku yang berhubungan dengan meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, diet, *exercise*, dan monitor glukosa darah. Didukung oleh penelitian Gail *et al.* (2010) yang menyatakan bahwa intervensi *peer group support* dapat menurunkan depresi, meningkatkan aspek psikososial meliputi kualitas hidup dan *self efficacy*. Kepatuhan *exercise* merupakan kualitas hidup yang dapat menunjang kestabilan glukosa darah penderita DM. Hasil penelitian Heisler *et al.* (2010) lainnya yang membandingkan *peer group support* dengan *Nurse Care Management* (NCM) untuk mengukur perubahan kadar HbA1C pada penderita DM, menyatakan bahwa *peer group support* dapat menurunkan HbA1C sedangkan NCM justru meningkatkan HbA1C. Hal ini menunjukkan bahwa *peer group support* lebih efektif daripada NCM dalam meningkatkan kepatuhan menjalankan pilar pengelolaan DM salah satunya *exercise*.

Persahabatan yang dibentuk dalam kelompok dapat meningkatkan semangat responden dalam menjalankan *exercise*. Hal ini ditunjukkan saat tahap presentasi masalah, pelaksanaan *exercise* menjadi salah satu masalah yang dipresentasikan oleh responden dengan no. kode 1. Responden tersebut sulit melakukan *exercise* karena sebelumnya tidak pernah atau jarang berolahraga. Masalah *exercise* tersebut mendapatkan strategi pemecahan masalah oleh responden dengan no. kode 6 berupa olahraga bersama setiap 2 hari sekali di pagihari dengan anggota satu kelompok sehingga termotivasi untuk melakukan *exercise*. Responden dengan no. kode 8 juga memberikan strategi pemecahan masalah *exercise* berupa

melakukan *exercise* secara bertahap, perlahan dan setelah merasa tidak berat bisa ditingkatkan baik intensitas maupun durasinya.

Misalnya pagi hari dilakukan olahraga selama 15 menit dan 15 menit lagi dilakukan pada sore hari. Solusi tersebut didapatkan responden dengan no. kode 8 dari informasi yang tersedia pada *booklet*. Cepatnya penyerapan informasi yang diberikan pada kelompok perlakuan, dibuktikan dengan munculnya strategi pemecahan masalah yang bermanfaat bagi anggota lain. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan berapa lama responden menderita penyakit. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin cepat orang tersebut menyerap informasi (Notoatmodjo, 2007). Begitu juga semakin lama seseorang menderita penyakit, semakin baik pula kemampuan adaptasi orang tersebut dalam menjalankan terapi pengelolaan penyakit (Gitawati, 2007).

Menurut peneliti, perubahan kepatuhan *exercise* terjadi karena pertamanya persepsi dan keyakinan bahwa dengan berolahraga tubuh menjadi lebih sehat. Pada saat berolahraga, resistensi insulin berkurang, sebaliknya sensitivitas insulin meningkat. Hal ini menyebabkan kebutuhan insulin pada penderita DM saat berolahraga akan berkurang (Ilyas, 2009). Kedua, adanya dukungan teman sebaya yang mengusulkan untuk melakukan *exercise* bersama setiap 2 hari sekali pada pagi hari. Dukungan yang diberikan menyebabkan responden dapat melakukan tindakan *exercise* sesuai prinsipnya. Hal ini didukung oleh teori belajar sosial Bandura (1997) yang menyatakan perlunya motivasi dan dukungan lingkungan untuk bertindak sesuai informasi yang diperoleh. Tersedianya fasilitas *booklet* yang memberikan informasi *exercise* sesuai dengan frekuensi, intensitas, *time*, dan tipe juga menunjang peningkatan kepatuhan *exercise* responden kelompok perlakuan. Responden dapat memperoleh informasi *exercise* setiap saat dari media *booklet* tanpa harus bertatap muka dengan peneliti saat intervensi berlangsung. Hal ini menyebabkan cepatnya responden mengaplikasikan informasi yang diperoleh. Didukung pernyataan Kuerstein (1986)

dalam Niven (2005) bahwa penggunaan media informasi secara mandiri, berupa buku (*booklet*) dan kaset dapat meningkatkan tindakan kepatuhan.

Hal berbeda ditunjukkan responden kelompok kontrol. Hasil *post test* menunjukkan mayoritas responden tetap dalam keadaan skala kurang bahkan adayang mengalami penurunan kepatuhan. Niven (2005) menyatakan bahwa tidak ada seseorang yang dapat mematuhi instruksi yang diberikan jika orang tersebut salah memahami instruksi yang diberikan kepadanya. Pemberian media informasi *booklet* tanpa didukung penjelasan atau pemberian instruksi yang jelas, menyebabkan responden tidak maksimal dalam memperoleh informasi. Hal ini menyebabkan rendahnya perubahan tindakan kepatuhan *exercise* yang ditunjukkan oleh responden kelompok kontrol. Menurut peneliti, kurangnya kesadaran dan keyakinan responden akan pentingnya manfaat *exercise* juga menjadi alasan tidak stabilnya kepatuhan *exercise* yang dilakukan. Sesuai dengan Becker (1979) dalam Niven (2005) yang telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan.

Kepatuhan konsumsi obat pada kelompok perlakuan sebelum adanya intervensi sangat bervariasi yaitu kurang, cukup dan baik. Setengah dari jumlah responden tersebut berada pada skala kurang. Observasi peneliti sebelum dilakukan *peer group support* didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden tidak mengkonsumsi obat tepat waktu dan tepat dosis tetapi tepat dalam hal jenis. Hal ini disebabkan apabila responden sudah merasa tubuhnya dalam keadaan baik-baik saja, mereka akan mengurangi sendiri dosis obat hingga akhirnya tidak mengkonsumsi obat lagi. Faktor kebosanan karena konsumsi obat DM dilakukan terus menerus, juga menjadi penyebab ketidakpatuhan konsumsi obat responden.

Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa seseorang akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, dan mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui. Proses selanjutnya setelah penilaian inilah yang disebut praktek kesehatan, atau dapat

dikatakan perilaku kesehatan yaitu patuh mengkonsumsi obat.

Responden yang sebelumnya dengan skala kepatuhan kurang dan cukup setelah dilakukan intervensi *peer group support* sebagian besar menjadi skala baik dengan nilai atau prosentase maksimal. Sesuai hasil penelitian Heisler (2007) yang menyatakan *peer group support* dapat mengurangi masalah perilaku kesehatan dengan melakukan *self management* yang efektif. Ketidapatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan salah satu masalah kesehatan. Pengambilan obat yang diresepkan serta mengkonsumsinya sesuai instruksi yang diberikan, diperlihatkan responden dalam penelitian tersebut sehingga glukosa darah dapat terkontrol. Hal ini senada dengan penelitian Norris, Engelgau & Narayan (2001) yang menyatakan bahwa penderita yang menerima intervensi pendidikan serta melibatkan peran penderita lain berupa dukungan sosial menimbulkan manajemen DM yang lebih baik. Manajemen DM tersebut merupakan perubahan perilaku, termasuk perilaku kepatuhan konsumsi obat.

Menurut peneliti, peningkatan kepatuhan konsumsi obat pada kelompok perlakuan disebabkan karena responden telah mendapatkan instruksi konsumsi obat yang jelas dari peneliti. Pemberian informasi tentang manfaat konsumsi obat serta akibat yang ditimbulkan saat tubuh tidak mengkonsumsi obat, menyebabkan responden takut. Rasa bosan karena konsumsi obat DM dilakukan seumur hidup, yang awalnya diungkapkan responden sebelum intervensi *peer group support*, setelah intervensi rasa tersebut menghilang dan responden bersemangat untuk mengkonsumsi obat sesuai aturan. Derajat ketidapatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif, preventif, jangka panjang atau jangka pendek. Sackett & Snow dalam Niven (2005) menyatakan kegagalan untuk mengikuti program pengobatan jangka panjang, yang bukan dalam kondisi akut, dimana derajat kepatuhannya rata-rata 50% dan derajat tersebut bertambah buruk sesuai waktu.

Sebagian besar responden menyadari bahwa obat tidak hanya dikonsumsi saat tubuh membutuhkan saja, tetapi harus teratur untuk mendapatkan hasil yang maksimal.

Konsumsi obat harus dilakukan dengan tepat meliputi tepat waktu pemasukan, tepat jenis obat, tepat dosis dan apakah responden mengkonsumsi obat lain selain yang diresepkan oleh tenaga kesehatan (Niven, 2005). Terdapat satu responden pada kelompok perlakuan yang tetap dengan skala kurang bahkan tidak mengalami peningkatan prosentase kepatuhan konsumsi obat. Hal ini disebabkan responden tersebut ingin menstabilkan glukosa darah dengan mengatur pola makan dan *exercise* saja.

Pengaturan pola makan dapat mengurangi beban kerja kelenjar pankreas dalam memproduksi hormon insulin, sedangkan aktivitas fisik serta olahraga aerobik yang tepat dapat membantu meningkatkan kepekaan reseptor insulin pada sel-sel tubuh (Annisa, 2009). Hal ini menyebabkan penderita DM dapat hidup dengan penyakitnya tanpa harus menggunakan obat hipoglikemi oral atau insulin dengan dosis berlebihan. Soewondo & Subekti (2009) juga menyatakan bahwa konsumsi obat dilakukan penderita bila diperlukan saja. Pengendalian glukosa darah sebagian besar dipengaruhi oleh perencanaan makan dan aktifitas fisik.

Hasil berbeda ditunjukkan oleh responden pada kelompok kontrol dalam menjalankan konsumsi obat yaitu terdapat tiga responden yang mengalami penurunan kepatuhan. Seseorang tidak dapat mematuhi instruksi yang diberikan, jika orang tersebut salah memahami instruksinya (Niven, 2005). Pemberian media informasi *booklet* pada responden kelompok kontrol, tanpa didukung penjelasan atau pemberian instruksi yang jelas, menyebabkan responden tidak maksimal dalam memperoleh informasi, sehingga enggan untuk mengaplikasikannya. Sebagian besar responden menyatakan mengkonsumsi obat saat tubuh merasakankeluhan seperti pusing, mual, ataupun muntah. Responden yang dalam keadaan baik-baik saja memilih untuk tidak mengkonsumsi obat yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan. Kurangnya kemauan responden untuk mendapatkan informasi tentang manfaat obat dan akibat yang ditimbulkan apabila tidak mengkonsumsi obat menjadi alasan utama penurunan kepatuhan konsumsi obat pada 3 responden kelompok kontrol.

Menurut peneliti, tingkat pendidikan berpengaruh pada saat penderitamemperoleh pengalaman dari berbagai latihan maupun tugas. Notoatmodjo (2007) menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian mengenai tingkat pendidikan responden pada kelompok kontrol. Ketiga responden yang mengalami penurunan kepatuhan konsumsi obat tidak lulus Sekolah Dasar. Hal ini menyebabkan lamanya penyerapan informasi yang diberikan oleh pihak lain. Pada penelitian ini, pembagian responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan wilayah (sesuai prosedur pengumpulan data). Perbedaan wilayah antara responden kelompok perlakuan dan responden kelompok kontrol dilakukan peneliti untuk menghindari kemungkinan bias yang akan terjadi. Berbedanya wilayah tersebut, memungkinkan responden pada kedua kelompok tidak akan bertemu karena jaraknya yang cukup jauh. Bahkan saat peneliti menceritakan kepada beberapa responden kelompok kontrol bahwa di wilayah Pagesangan juga diadakan kunjungan atau penelitian yang sama, sertamenceritakan sedikit informasi data demografi responden kelompok perlakuan, responden kelompok kontrol tidak mengenal semua responden yang ada pada kelompok perlakuan. Hal ini mendukung kemungkinan bahwa tidak akan terjadipertukaran informasi antara responden kelompok kontrol dan responden kelompok perlakuan karena mereka tidak saling mengenal.

Hal ini tidak sepenuhnya bisa mencegah kemungkinan bias yang akan terjadi. Anggota keluarga (istri, suami, anak, saudara) responden bisa saja mengenal responden atau anggota keluarga responden kelompok lain sehinggamenyebabkan pertukaran informasi mengenai pilar pengelolaan DM. Kemungkinan pertukaran informasi antar kelompok tidak terkontrol oleh penelitian dijadikan sebagai keterbatasan peneliti dalam penelitian ini. Faktor pemberian informasi dengan kesamaan materi yang disajikan dalam media *booklet*, yang diberikan oleh peneliti pada kedua kelompok, menjadi penyebab utamakemungkinan bias yang akan terjadi. Seharusnya, pemberian media

informasi *booklet* pada kelompok kontrol diberikan setelah dilakukan *post test*. Solusi yang diterapkan peneliti untuk mengurangi bias tersebut adalah responden kelompok kontrol tidak diberi penjelasan mengenai isi *booklet* sedangkan responden kelompok perlakuan diberi penjelasan yang mendalam mengenai isi *booklet* saat intervensi *peer group support* berlangsung.

Responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dilakukan pengukuran kadar glukosa darah sebelum, selama dan sesudah intervensi. Pengukuran kadar glukosa darah tidak dikaji oleh peneliti karena hanya dilakukan sebagai daya tarik dalam penelitian. Distribusi kadar glukosa darah dalam penelitian ini dapat dilihat pada lampiran 23. Terdapat 3 responden pada kelompok perlakuan mengalami penurunan glukosa darah setelah dilakukan intervensi *peer group support*. Salah satu responden tersebut adalah respondendengan no. kode 3 yang merupakan responden dengan peningkatan kepatuhan diet, *exercise*, dan konsumsi obat paling signifikan. Seseorang yang menjalankankerangka utama pengelolaan DM, yang meliputi 4 pilar yaitu pendidikan kesehatan (*education*), diet, latihan fisik (*exercise*), serta terapi farmakologi dapat memperbaiki kelainan metabolik (Misnadiarly, 2006). Hal tersebut dapat menjaga agar kadar glukosa darah berada dalam batasan normal dan mencegah ataumeminimalkan kemungkinan terjadinya komplikasi DM (PERKENI, 2011).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan kepatuhan diet, *exercise*, dan konsumsi obat. Saat dilakukan pengukuran glukosa darah, hanya terdapat 3 responden yang mengalami penurunan, sedangkan responden lainnya mengalami peningkatan atau tetap. Seharusnya dengan intervensi *peer group support*, responden mengalami penurunan glukosa darah dan tidak ada yang mengalami peningkatan glukosa darah. Hal ini sesuai dengan terbuktinya hipotesis penelitian Ilkafah (2011) yang menyatakan bahwa *peer group support* bisa mengontrol glukosa darah penderita DM. Penelitian Greco *et al.* (2001) juga menyebutkan bahwa *peer group support*

mampu menurunkan stres emosional dan sosial sehingga mampu mengelola penyakitnya dan kestabilan glukosa darah bahkan menurunkan kerentangan normal.

Kedua hasil penelitian tersebut bertentangan dengan hasil penelitian ini. Diketahui bahwa hanya terdapat sebagian kecil yaitu 37,5% yang mengalami penurunan kadar glukosa darah. Pengontrolan kadar glukosa darah pada penderita DM memang fluktuatif. Hal ini disebabkan banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan glukosa darah pada penderita DM. Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kadar glukosa darah antara lain pola makan, olahraga dan aktivitas, obat, penyakit, usia, stres dan alkohol (Tandra, 2008).

Menurut peneliti, ketidakstabilan glukosa darah pada responden kelompok perlakuan disebabkan oleh kurangnya kemampuan responden dalam mengontrol emosi. Emosi yang berlebihan serta dalam jangka panjang akan menyebabkan stres. Beberapa hormon yang dilepaskan selama stres berlangsung dapat menghambat efek insulin yang dikeluarkan oleh sel β . Hal ini menyebabkan kadar glukosa darah tidak terkontrol meskipun telah menjalankan pilar pengelolaan penyakit DM berupa diet, *exercise*, dan konsumsi obat (Misnadiarly, 2006). Hal senada ditunjukkan responden pada kelompok kontrol. Responden kelompok kontrol setelah intervensi terdapat sebagian kecil yaitu 1 (12,5%) responden yang mengalami penurunan glukosa darah, yaitu responden dengan no. kode 8. Mengatur pola makan merupakan pilar utama pengendalian glukosa darah (Misnadiarly, 2006). Responden tersebut telah mengatur pola makannya dengan baik sebelum ataupun sesudah intervensi dengan tingkat kepatuhan baik. Hal ini menyebabkan terkontrolnya glukosa darah pada responden tersebut.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Simpulan pada penelitian ini sebagai berikut 1) *peer group support* dengan media informasi *booklet* tidak berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan dalam menjalankan diet pada penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari

Surabaya dimungkinkan karena responden masih leluasa mendapat informasi tentang diet sehingga bisa mengatur dietnya; 2) *peer group support* dengan media informasi *booklet* berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan dalam menjalankan *exercise* pada penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya dimungkinkan karena responden masih terbatas mendapatkan informasi tentang *exercise*; 3) *peer group support* dengan media informasi *booklet* berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan dalam menjalankan konsumsi obat pada penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari Surabaya dimungkinkan karena responden masih terbatas mendapatkan informasi tentang konsumsi obat sehingga belum bisa mengatur konsumsi obatnya; 4) *peer group support* dengan media informasi *booklet* tidak berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan diet karena penderita mendapatkan informasi tambahan dari pihak luar dan 5) *peer group support* berpengaruh terhadap peningkatan kepatuhan *exercise* dan konsumsi obat karena penderita tidak mendapatkan informasi tambahan dari pihak lain.

Saran

Peneliti menyarankan agar: 1) *peer group support* dijadikan wadah interaksi antar penderita DM tipe 2 dan saling memberikan dukungan baik berupa informasi maupun emosional; 2) pelayanan Puskesmas ditingkatkan dengan cara memberikan pelatihan kepada perawat/petugas kesehatan dalam upaya meningkatkan kepatuhan pengelolaan penyakit DM tipe 2 berupa diet, *exercise*, dan konsumsi obat dan cara memberikan kegiatan *peer group support* dengan benar karena melalui *peer group support* terbukti efektif dan efisien dalam memberikan informasi kesehatan; 3) petugas pelayanan kesehatan khususnya perawat dapat menggunakan intervensi *peer group support* sebagai salah satu intervensi pemberdayaan peningkatan kemampuan pemecahan masalah pada penderita DM tipe 2 sehingga penderita dapat meningkatkan kepatuhan dalam mengelola penyakitnya; 4) hasil maksimal dapat dicapai bila observasi diet, *exercise* dan konsumsi obat dilakukan lebih lama dengan observasi dua arah dan instrument yang sudah baku

KEPUSTAKAAN

- Annisa, F 2009, *Skripsi: Pengaruh Pemberian Jus Kacang Panjang (Vigna Sinensis L.) Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Pacar Keling Surabaya*, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Bandura, A 1997, *Self Efficacy: The Exercise Of Control*, Freeman, New York
- Barnes, DE 2012, *Program Olahraga Diabetes: Panduan untuk Mengendalikan Glukosa Darah* alih bahasa Aburiyati, PT. Citra Aji Parama, Yogyakarta
- FKUI 2009, *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu sebagai Panduan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus bagi Dokter dan Educator*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Friedman, MM 1998, *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktek*, EGC, Jakarta
- Gail, EB, Robert, LB, Fredric, MW, Karen, F 2010, The Effects of a Web-Based Intervention on Psychosocial Well-Being Among Adults Aged 60 and Older With Diabetes: A Randomized Trial. *Diabetes Educator*, Vol. 36, No. 11, Hal. 446-456
- Gitawati, DS 2007, *Skripsi: Pengaruh Peer Group Support terhadap Harga Diri Manula*, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Greco, P, Pendley, JS, McDonell, K, Reeves, G 2001, A Peer Group Intervention for Adolescents With Type 1 Diabetes and Their Best Friends, *Journal of Pediatric Psychology*, Vol.26, No.8, Hal.: 485-490
- Heisler, M 2007, Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes, *Diabetes Spectrum*, Vol. 20, No. 4, Hal.: 214-221
- Heisler, M, Vijan, S, Makki, F, Piette, JD, 2010, Diabetes Control With Reciprocal Peer Support Versus Nurse Care Management A Randomized Trial, *Annals of Internal Medicine*, Vol.153, No.8, Hal.: 507-515
- Ilkafah 2011, *Thesis: Pengaruh Peer Group Support Terhadap Self Efficacy Kontrol Gula Darah dan Self Care Activities pada Penderita Diabetes Mellitus Di Puskesmas Mantup Kabupaten Lamongan*, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Ilyas, EI 2009, "Olahraga bagi Diabetes". Dalam Soegondo, S., Soewondo, P., Subekti, I. (ed), *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu: Panduan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Bagi Dokter Dan Educator*, Balai Penerbit FKUI, Jakarta
- Misnadiarly 2006, *Ulcer, Gangren, Infeksi Diabetes Mellitus: Mengenali Gejala Menanggulangi Mencegah Komplikasi*, Pustaka Populer Obor, Jakarta
- Niven, N 2005, *Psikologi Kesehatan*, Penerbit Erlangga, Jakarta
- Norris, SL, Engelgau, MM, Narayan, KMV 2001, Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes A systematic review of randomized controlled trials, *Diabetes Care*, Vol. 24, No. 3, Hal.: 561-587
- Notoatmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Cetakan Pertama*, PT. Rineka Cipta, Jakarta
- Nuryati 2010, *Skripsi: Pengaruh Peer Group Support Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan Sikap dan Tindakan Keluarga dalam Merawat Penderita Skizofrenia*, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Peplau, LA 2002, *Social Psychology Edition 7*, Prentice Inc., New Jersey
- PERKENI, 2011. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Indonesia*. Jakarta.
- Randall, MC 2010, *Support Group: What They Are and What They Do*, Diakses 4 April 2012 dari <http://www.genetikhealth>
- Smeltzer, SC & Bare, CB 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 vol.2*, alih bahasa H.Y. Kuncara, Andry Hartono, Monica Ester, Yasmin Asih, Penerbit EGC, Jakarta
- Smet, B 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT. Grasindo, Jakarta
- Soegondo, S, Soewondo, P, & Subekti, I (ed) 2009, *Penatalaksanaan Diabetes*

Mellitus Terpadu: Panduan Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Bagi Dokter dan Educator, Balai Penerbit FKUI, Jakarta
Tandra, H 2008, *Segala Sesuatu yang Harus Diketahui Tentang Diabetes*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Tjokroprawiro, A 2011, *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes: Panduan Lengkap Pola Makan untuk Penderita Diabetes*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta