

## MASYARAKAT AKTIF BERPERAN MEMPERSIAPKAN DESA ADAPTIF DIABETES

### COMMUNITY ACTIVELY PLAYS A ROLE IN PREPARING DIABETES ADAPTIVE VILLAGES

Cornelia D.Y Nekada<sup>1\*</sup>, Desty Ervira Puspaningtyas<sup>2</sup>, Adi Sucipto<sup>3</sup>, Puspita Mardika Sari<sup>4</sup>, Ametkabal K. Luturmas<sup>5\*</sup>

<sup>1, 3, 5</sup>Program Studi Keperawatan Program Sarjana, FIKES, UNRIYO

<sup>2, 4</sup>Program Studi Gizi Program Sarjana, FIKES, UNRIYO

lia.nekada@gmail.com

**\*penulis korespondensi**

#### Abstrak

Pilar penanganan diabetes mellitus (DM) salah satunya adalah pendidikan kesehatan. Masyarakat merupakan sasaran utama dalam pemberian pendidikan kesehatan. Materi pendidikan kesehatan yang dapat diberikan antara lain pengertian DM, komplikasi dan prognosa DM, pengelolaan pasien DM (pilar penanganan DM) dan pengelolaan diet DM, pengertian *carbining* (*carbohidrat caunting*), SMBG (*Self Monitoring Blood Glucos*) dan pelatihan mengambil GDS dengan glukometri. Prinsip kegiatan pendidikan kesehatan adalah memberikan informasi kepada masyarakat. Masyarakat yang mengikuti kegiatan antara lain kader kesehatan, warga pengidap DM dan keluarga dengan pengidap DM. Peran serta aktif dari kader kesehatan dan keluarga pengidap DM, diharapkan dapat menciptakan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Hasil pengkajian tim pengabdian menunjukkan bahwa kader kesehatan, warga pengidap DM, dan keluarga pengidap DM di Padukuhan Sawahan Kidul, Desa Wedomartani belum pernah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang mengelola pasien DM. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisa hubungan karakteristik dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Penelitian kuantitatif dengan metode uji coba semu, yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada responden. Teknik pengambilan sample menggunakan total sampling, dengan jumlah responden 23 orang. Analisa yang digunakan adalah uji Gamma. Hasil dari penelitian bahwa terdapat hubungan antara pekerjaan dan pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan pengetahuan setelah dilakukan tindakan pendidikan kesehatan.

**Kata kunci: Adaptif; Aktif; Desa; Diabetes; Masyarakat**

#### Abstract

One of the pillars of diabetes mellitus (DM) management is health education. The community is the main target in providing health education. Health education materials that can be provided include the understanding of DM, complications and prognosis of DM, management of DM patients (pillars of DM management) and DM diet management, understanding of *carbining* (*carbohydrate caunting*), SMBG (*Self Monitoring Blood Glucos*) and training to take GDS with glucometry. The principle of health education activities is to provide information to the public. People who take part in the activity include health cadres, residents with DM and families with DM. The active participation of health cadres and families of people with DM is expected to create and improve the health status of the community. The results of the service team's assessment showed that health cadres, residents with DM, and families with DM in Padukuhan Sawahan Kidul, Wedomartani Village had never received health education about managing DM patients. Objective: to analyze the relationship

between the characteristics and the level of knowledge after being given health education. Methods: Quantitative research with quasi-trial method, namely providing health education to respondents. The sampling technique used total sampling, with the number of respondents 23 people. The analysis used is the Gamma test. Results: there is a relationship between occupation and recent education with the level of knowledge after health education actions have been carried out. There is no relationship between gender and gender after health education measures are carried out.

**Keywords: Adaptive; Active; Village; Diabetes; Community**

## 1. PENDAHULUAN

Masyarakat adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu wilayah yang sama, berinteraksi satu dengan yang lain dan membentuk suatu kebudayaan dari hasil interaksi tersebut [1]. Karakteristik dalam sebuah masyarakat antara lain terdiri lebih dari 1 orang yang saling berkomunikasi, ada aktivitas bersama yang dilakukan, dan ada tujuan-tujuan tertentu baik secara pribadi maupun bersama. Interaksi ini berlangsung dalam rentang waktu yang cukup lama, sehingga dapat meningkatkan kedekatan secara emosional. Kedekatan diantara satu individu dengan individu yang lain dalam masyarakat akan meningkatkan kesejahteraan dalam masyarakat itu sendiri, terutama untuk bersama-sama membangun daerah tempat tinggalnya [2]. Fokus utama pembangunan pada kelompok masyarakat paling pokok adalah meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat yang tinggal dalam satu wilayah tersebut. Berbagai metode usaha dikembangkan untuk meningkatkan kesejahteraan sosial ekonomi, misalnya dengan mengembangkan diri dalam membentuk suatu usaha mikro, kecil dan menengah. Contohnya dengan mengembangkan desa tempat tinggalnya sebagai tempat wisata. Fokus utama pembangunan yang lain yaitu meningkatkan derajat kesehatan di masyarakat [3]. Usaha meningkatkan status kesehatan di masyarakat dapat ditujukan ke berbagai kalangan usia mulai dari bayi, ibu hamil, anak-anak, bahkan kepada lanjut usia. Kegiatan yang dilakukan antara lain dengan memberikan pelayanan Pos Yandu, Pos Bindu, maupun edukasi kesehatan lainnya

Upaya pembangunan yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan diperlukan seorang penggerak. Penggerak ini adalah motor bagi masyarakat untuk menjalankan visi misi mencapai status kesehatan yang diharapkan. Penggerak ini disebut dengan kader kesehatan. Kader kesehatan adalah individu yang tinggal di tengah-tengah masyarakat tersebut [4]. Seorang Kader Kesehatan diharapkan bersedia memberikan pelayanan kesehatan dengan setulus hati dan sungguh individu yang memiliki jiwa relawan, karena kader kesehatan tidak diberikan kompensasi honor apapun dari masyarakat. Kegiatan yang dilakukan oleh kader kesehatan merupakan aktivitas sosial yang ditujukan untuk membangun tempat tinggal dan masyarakat di sekitarnya. Kader kesehatan ini dapat dipilih oleh masyarakat maupun suka rela mengajukan diri kepada masyarakat untuk siap memberikan pelayanan kesehatan. Kader kesehatan harus memiliki bekal pendidikan baik formal maupun non formal di bidang kesehatan. Pendidikan non formal didapatkan dengan cara mengikuti pendidikan kesehatan maupun pelatihan yang diselenggarakan oleh tenaga kesehatan profesional, baik yang bersertifikat maupun tidak bersertifikat [5].

Tenaga kesehatan memiliki peran penting untuk membantu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya yang harus dilakukan secara rutin sebagai bentuk kegiatan promotive dan preventif, untuk mencegah suatu kondisi kesakitan, mengelola suatu kondisi kesakitan maupun permasalahan kesehatan yang lain, sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat meningkat [4,5]. Pendidikan kesehatan juga merupakan kegiatan yang dapat meningkatkan peran aktif masyarakat, khususnya kader kesehatan untuk peka terhadap kondisi kesehatan masyarakat [5]. Tema dari pendidikan

kesehatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat ataupun tenaga kesehatan. Informasi baru yang ada di pelayanan kesehatan dan mungkin belum pernah diterima oleh masyarakat, dapat menjadi tema menarik untuk disampaikan saat pendidikan kesehatan. Salah satu dari tema pendidikan kesehatan tersebut adalah tentang pengelolaan pasien diabetes mellitus [6].

Diabetes mellitus (DM) merupakan gangguan fisiologis yang berdampak pada mekanisme metabolisme tubuh, kondisi ini bersifat lama dan harus dilakukan pengelolaan dengan rutin dalam jangka waktu seumur hidup [7]. Kondisi DM mengakibatkan tingginya angka glukosa dalam darah. Keadaan ini dapat mengakibatkan berbagai macam keluhan seperti sering lapar, sering haus, maupun rasa sering miksi (buang air kecil) [8]. Ketiga tanda ini merupakan tanda yang khas sering terjadi pada pasien DM, yang disebut dengan trias DM. Selain tanda-tanda tersebut, masih ada beberapa tanda yang lain antara lain penurunan berat badan secara drastis dan tiba-tiba, luka sukar sembuh, mudah lelah dan mengantuk, penglihatan kabur, penurunan libido, infeksi vagina, dan rasa kesemutan di sekitar ekstremitas [9]. Penanganan pasien DM harus melibatkan peran aktif dari pasien, keluarga, maupun support system yang lain di dalam masyarakat yaitu kader kesehatan. Dukungan kesehatan yang baik bagi para pengidap DM diharapkan dapat membantu pasien DM menjaga status kesehatannya. Tata laksana pasien DM di rumah maupun di masyarakat perlu mendapatkan pemantauan dari tenaga kesehatan profesional, yaitu dengan kegiatan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu pilar penanganan DM, selain perencanaan makanan aktivitas dan juga obat [10].

Hasil studi pendahuluan di lokasi penelitian, didapatkan data bahwa ketua kader kesehatan dan kepala padukuhan menyampaikan bahwa di Padukuhan Sawahan Kidul belum pernah ada kegiatan pendidikan kesehatan yang menyampaikan tentang pengelolaan atau penanganan pasien Diabetes Mellitus. Masyarakat hanya mengenal DM dengan istilah penyakit kencing manis. Berdasarkan data tersebut, maka tim peneliti melakukan kegiatan penelitian dengan pendidikan kesehatan kepada masyarakat yang bertema pengelolaan pasien DM di ranah masyarakat.

## 2. MATERIAL DAN METODOLOGI

Kegiatan pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan secara kuantitatif, dengan metode uji coba semu, dengan memberikan pendidikan kesehatan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat karakteristik dari peserta kegiatan pendidikan kesehatan dan juga tingkat pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Materi pendidikan kesehatan yang diberikan adalah pengertian dan tanda gejala DM, pilar penanganan dan aktivitas bagi pengidap DM, pengaturan makanan dan penghitungan karbohidrat, serta SMBG (*Self Monitoring Blood Glucose*). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 23 orang, dengan menggunakan teknik sampling total sample. Peserta dalam kegiatan ini adalah kader kesehatan, pengidap DM, dan keluarga yang tinggal dengan pengidap DM. Data dalam penelitian ini dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner, dengan jumlah pertanyaan 20, yang berfungsi untuk mengevaluasi materi-materi yang telah disampaikan. Data tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan dikategorikan dengan menggunakan nilai median (95). Data yang menunjukkan skor  $\geq 95$  baik, sedangkan  $< 95$  cukup. Uji dalam penelitian ini menggunakan uji univariat, untuk melihat distribusi frekuensi pada data jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, data pengetahuan setelah diberikan pendidikan. Penelitian ini juga melakukan analisa bivariat untuk melihat korelasi antara data karakteristik dengan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Uji bivariat yang digunakan adalah uji *Gamma*.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pelaksanaan kegiatan ini berjalan dengan lancar, dengan jumlah peserta adalah 23. Kegiatan dimulai tepat waktu. Ketika memasuki lokasi acara, peserta diminta cuci tangan menggunakan handsanitizer, mengganti masker. Acara diawali dengan doa dan sambutan dari Bapak Sumarna selaku Kepala Padukuhan Sawan Kidul, dilanjutkan dengan pemberian materi-materi pendidikan kesehatan, dan diakhiri dengan pengisian kuesioner pengetahuan. Uraian hasil dapat dilihat dari tabel-tabel analisa data berikut.

#### 3.1 Karakteristik Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Tingkat Pendidikan, Pengetahuan Setelah diberikan Pendidikan Kesehatan

Tabel 1 Karakteristik Peserta Berdasarkan Jenis Kelamin, Pekerjaan, Tingkat Pendidikan, Pengetahuan Setelah diberikan Pendidikan Kesehatan

Variabel	Frekuensi (23)	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	2	8.7
Perempuan	21	91.3
<b>Pekerjaan</b>		
Buruh	3	13
Guru	1	4.3
IRT	9	39.1
Pedagang	4	17.4
Petani	2	8.7
Karyawan Swasta	4	17.4
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
SD	2	8.7
SMP	1	4.3
SMA	14	60.9
Pendidikan Tinggi	6	26.1
<b>Pengetahuan Post Pendidikan Kesehatan</b>		
Cukup	5	21,74
Baik	18	78,26

#### 3.2 Korelasi Karakteristik Responden Dengan Tingkat Pengetahuan

Tabel 2 Korelasi Karakteristik Responden dengan Tingkat Pengetahuan Setelah Pendidikan Kesehatan

Karakteristik	Tingkat Pengetahuan Setelah Pendidikan Kesehatan		Total n (%)	Nilai p
	Cukup n (%)	Baik n (%)		
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	0 (0)	2 (100)	2 (100)	0,168
Perempuan	5 (23,8)	16 (76,2)	23 (100)	
<b>Pekerjaan</b>				
Buruh	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	0,030*
Guru	0 (0)	1 (100)	1 (100)	
IRT	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100)	

Karakteristik	Tingkat Pengetahuan Setelah Pendidikan Kesehatan		Total n (%)	Nilai p
	Cukup n (%)	Baik n (%)		
Pedagog	0 (0)	4 (100)	4 (100)	
Petani	0 (0)	2 (100)	2 (100)	
Karyawan Swasta	0 (0)	4 (100)	4 (100)	
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
SD	1 (50)	1 (50)	1 (100)	
SMP	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0,021*
SMA	3 (21,4)	11 (78,6)	14 (100)	
Pendidikan Tinggi	0 (0)	6 (100)	6 (100)	

Uji korelasi Gamma. \*p < 0,05

Tabel 1 menjelaskan karakteristik peserta kegiatan sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 91,3%, untuk pekerjaan mayoritas adalah ibu rumah tangga yaitu sebanyak 39,1%, dengan pendidikan terakhir paling banyak adalah SMA yaitu sebanyak 60,9%, dan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan paling banyak berada pada kategori baik yaitu 78,26%. Peserta kegiatan pendidikan kesehatan ini diikuti oleh kader kesehatan, pengidap diabetes mellitus, serta warga masyarakat yang memiliki anggota keluarga pengidap diabetes mellitus. Jika dilihat dari Tabel 1 sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan pekerjaan utama adalah sebagai ibu rumah tangga. Seorang kader kesehatan biasanya adalah seorang perempuan. Perempuan memiliki ketekunan dan kedekatan hati yang lebih sering dengan masyarakat sekitar, sehingga memudahkan pendekatan mereka untuk mengajak masyarakat untuk ikut beraktivitas mengembangkan diri [11]. Peserta kegiatan ini juga paling banyak memiliki pekerjaan ibu rumah tangga, jika dilihat dari aktivitasnya ibu rumah tangga memiliki waktu yang cukup leluasa dan dapat dikelola secara mandiri, sehingga memudahkan dirinya ketika hendak mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan masyarakat [12]. Keikutsertaan perempuan dalam membangun kehidupan masyarakat sangat membantu perkembangan suatu daerah. Kualitas perempuan dapat menjadi salah satu tolak ukur kemajuan suatu bangsa [13]. Peran serta perempuan yang peduli terhadap lingkungan sangat terlihat jelas pada keikutsertaan kegiatan ini, yang mana pesertanya paling banyak adalah perempuan dan memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga [14].

Pendidikan terakhir para peserta dalam kegiatan ini paling banyak adalah sekolah menengah atas. Pada jenjang pendidikan ini, masyarakat sudah cukup memiliki modal pengetahuan secara formal untuk kemudian dikembangkan secara mandiri. Masyarakat dapat mengambil keputusan apakah akan melanjutkan ke jenjang pendidikan tinggi maupun tidak [15]. Pada sebagian besar masyarakat pendidikan terakhir SMA, sudah dirasa cukup untuk dapat digunakan mencari lapangan pekerjaan, dengan harapan dapat meningkatkan kesejahteraan ekonomi. Keikutsertaan masyarakat dalam berbagai kegiatan pendidikan maupun pelatihan informal, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat, seperti kegiatan pendidikan kesehatan ini [16].

Kader kesehatan di daerah sawahan kidul ini sangat aktif, kompak dan solutif dalam mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan status kesehatan yang ada di masyarakat. Hal ini terbukti dengan keberhasilan kegiatan pendidikan kesehatan dan pelatihan yang dilakukan oleh tim pengabdian. Hasil tersebut dapat dilihat dari lebih banyaknya peserta dengan tingkat pengetahuan yang baik setelah dilakukannya pendidikan kesehatan, pada Tabel 1. Kegiatan ini merupakan pendidikan non formal yang sangat bermanfaat dalam menambahkan pengetahuan bagi warga masyarakat. Jika dilihat kembali para peserta kegiatan ini, sebagian besar memiliki pendidikan

formal adalah SMA, namun ternyata jika dilihat dari hasil pengetahuannya, menunjukkan bahwa para kader berserta warga masyarakat yang mengikuti kegiatan ini memiliki semangat yang bagus dalam menyimak setiap materi yang diberikan, sehingga tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatanpun paling banyak berada pada kategori baik.

Hasil pengamatan tim pengabdian selama proses kegiatan, memperlihatkan bahwa warga masyarakat peserta acara ini, selalu fokus dan memperhatikan dengan baik setiap kali narasumber menyampaikan tema-tema dalam pendidikan kesehatan. Dari ketepatan waktu dalam kehadiran 100% peserta datang tepat waktu, ketika pelaksanaan kegiatan, juga tidak ada peserta yang ijin untuk pulang terlebih dahulu, padahal kegiatan ini cukup lama. Perwakilan dari kader kesehatan juga menjelaskan bahwa di awal kegiatan mereka sudah menjelaskan bahwa acara ini cukup lama dan barang siapa yang bersedia hadir, diharapkan mengikutinya sampai selesai. Hal ini menunjukkan pengaruh kader kesehatan di desa tersebut sangat dihargai dan terlihat bahwa kader kesehatan memiliki peran penting di masyarakat. Selama proses edukasi, para peserta juga aktif bertanya pada setiap sesi pemaparan materi, baik ketika pendidikan kesehatan maupun ketika pelatihan pengambilan gula darah. Acara ini juga diikuti oleh bapak dukuh, beliau juga mengikuti acara sampai dengan selesai, dan mengikuti semua proses dengan aktif bertanya dan berkenan mengisi kuesioner yang dibagikan oleh tim pengabdian. Dukungan dari kepala dukuh, juga merupakan salah satu bentuk bahwa warga masyarakat di desa ini cukup kompak, untuk bersama-sama membangun kesejahteraan dan kesehatan di padukuhan mereka.

Hasil utama dalam penelitian ini disajikan pada tabel 2. Penelitian ini mengidentifikasi hubungan karakteristik dari peserta, yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan, dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil analisa tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara jenis pekerjaan dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan, dengan nilai  $p$  0,03, terdapat hubungan antara pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai  $p$  0,021, dan tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai  $p$  0,168. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain adalah pendidikan dan pekerjaan [17]. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan peserta setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang DM juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pekerjaan. Pendidikan terakhir dalam hal ini ini adalah proses pembelajaran resmi yang dilakukan pada suatu kelembagaan pendidikan [15]. Pendidikan ini diberikan sesuai dengan tahap tumbuh kembang individu. Pendidikan dan pengetahuan seseorang akan mempengaruhi persepsi dan pola hidup individu tersebut [15-18]. Peserta dari kegiatan pendidikan kesehatan ini paling banyak adalah SMA. Sekolah Menengah atas merupakan jenjang pendidikan formal yang sudah cukup memberikan dasar pendidikan dengan kategori menengah bagi masyarakat. Jenjang pendidikan cukup menjadi bekal individu untuk melakukan pekerjaan secara umum dan belum bersifat profesional [15]. Jenjang pendidikan ini juga sudah cukup bagi masyarakat dalam memahami sumber informasi yang ada di tengah masyarakat, khususnya materi pendidikan kesehatan yang diberikan tim peneliti [19]. Pada kegiatan pendidikan kesehatan tentang DM yang dilakukan oleh tim peneliti, semua peserta mendapatkan materi tentang pengertian dan tanda gejala DM, pilar penanganan dan aktivitas bagi pengidap DM, pengaturan makanan dan penghitungan karbohidrat, serta SMBG (*Self Monitoring Blood Glucose*). Hasil pengamatan yang dilakukan oleh tim peneliti menunjukkan bahwa sebagian besar peserta sangat aktif dalam mengikuti kegiatan, diantaranya memberikan pertanyaan-pertanyaan dari hasil pengalaman maupun hasil bacaan dari media sosial. Hasil evaluasi dengan kuesioner juga sudah terbukti bahwa ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan. Peserta pendidikan kesehatan ini menunjukkan komitmen yang cukup baik dalam mengikuti kegiatan yang bertujuan untuk membangun desa

mereka menjadi adaptif terhadap penyakit DM, dengan karakteristik pendidikan terakhir yang dimiliki oleh peserta serta keaktifan peserta dalam mengikuti pendidikan nonformal tentang pengelolaan pasien DM, dapat menjadi modal yang cukup untuk membangun sebuah desa yang adaptif terhadap DM. Para peserta ini dapat menjadi agen pembaharu di daerahnya untuk menciptakan masyarakat yang sehat dan memiliki kendali yang baik terhadap DM. Salah satu pilar penanganan pasien DM adalah memberikan pendidikan kesehatan, baik di tatanan klinis maupun di masyarakat. Masyarakat merupakan tonggak utama dalam keberhasilan sebuah proses edukasi yang telah dilakukan [20]. Potensi masyarakat yang dimiliki padukuhan Sawahan Kidul cukuplah menunjang keberhasilan sebuah proses edukasi. Masyarakat Sawahan Kidul memiliki kepala padukuhan dan juga kader kesehatan yang kompak, aktif, dan sangat kooperatif dengan masyarakat. Hal ini sudah dapat digunakan oleh padukuhan sebagai salah satu sumber daya manusia, dengan demikian dapat dikembangkan pendidikan kesehatan dengan ruang lingkup yang lebih besar, sebagai contoh di pertemuan-pertemuan rutin yang mungkin diadakan di padukuhan tersebut, dapat diberikan kegiatan pendidikan kesehatan terutama tentang pengelolaan pasien DM. Beberapa keluarga yang tinggal dengan pasien DM dan mengikuti kegiatan ini, mengutarakan bahwa sering mengalami kebingungan ketika harus mengelola makanan yang tepat pada pasien DM. Beberapa peserta juga menyampaikan sempat khawatir jika memberikan makanan, dapat berdampak meningkatkan kadar gula darah secara berlebihan. Pada kegiatan pendidikan kesehatan ini, materi yang diberikan cukup mudah untuk dipahami dan diaplikasi oleh masyarakat dengan karakteristik pendidikan terakhir SMA, seperti pada peserta kegiatan ini.

Karakteristik pekerjaan juga memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Peserta pada kegiatan ini, paling banyak memang memiliki pekerjaan ibu rumah tangga, seperti yang kita ketahui bersama ibu rumah tangga memiliki waktu yang lebih leluasa untuk mengatur aktivitas kesehariannya, termasuk dalam mendapatkan sumber informasi nonformal. Perkembangan media sosial melalui internet saat ini, sangat memudahkan ibu rumah tangga untuk dapat mengakses berbagai sumber informasi, khususnya terkait pengelolaan pasien DM [21]. Ibu rumah tangga adalah sebuah pekerjaan yang dimiliki oleh seorang Perempuan yang aktivitas kesehariannya adalah mengurus seluruh keperluan keluarga di rumah [22]. Ada beberapa stereotipe yang menyampaikan bahwa ibu rumah tangga adalah Perempuan pengangguran, yang tidak memiliki penghasilan finansial secara mandiri. Stereotipe ini berdampak ibu rumah tangga menjadi tidak mendapatkan penghargaan yang maksimal di tengah masyarakat [11-14]. Anggapan seperti ini sesungguhnya tidak semuanya dapat dibenarkan, perempuan yang memiliki aktivitas utama sebagai ibu rumah tangga adalah seorang Perempuan yang juga memiliki keahlian-keahlian khusus seperti merawat keluarga layaknya pengasuh, pengatur perekonomian keluarga layaknya seorang akuntan, tempat bercerita dan mencurahkan seluruh keluh kesah anggota keluarga layaknya seorang psikolog, merawat anggota keluarga yang sedang sakit layaknya dokter atau perawat, mendampingi anak-anak belajar layaknya seorang guru, mengantar dan menjaga anak-anak layaknya bodyguard atau sopir pribadi, yang tentu saja jika semua jasa tersebut disetarakan sebagai tenaga profesional maka akan mahal dan tak ternilai sekali penghargaan finansial yang harus diberikan kepada ibu rumah tangga [12,23]. Di tengah kesibukan dalam mengurus rumah dan keluarganya, seorang ibu rumah tangga memiliki kewajiban untuk bersosialisasi di tengah masyarakat, seperti yang dilakukan oleh para ibu di kegiatan ini. Pada kegiatan ini tergambar dengan jelas, luar biasanya peran seorang Perempuan yang memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, ternyata dari mereka banyak berperan dalam membangun kehidupan masyarakat untuk mencapai kondisi kesehatan yang diharapkan khususnya dalam pengelolaan DM. Pekerjaan mereka sebagai ibu rumah tangga justru menjadi kelebihan dari mereka untuk peduli dengan lingkungan sosial di mana mereka tinggal, dengan suka rela tanpa menerima

imbangan apapun mereka bersedia mengikuti kegiatan pengembangan diri, untuk belajar bersama tentang pengelolaan pasien DM [11-14]. Karena sudah terbiasa dalam mengurus keluarga dengan sepenuh hati, maka mereka pun bekerja menjadi kader kesehatan dengan setulus hati, mempedulikan sesama yang membutuhkan, dengan tenaga dan waktu yang mereka berikan dapat menjadi awal terbentuknya masyarakat yang sehat.

Penelitian ini menunjukkan bahwa karakteristik jenis kelamin peserta tidak ada hubungan dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Jenis kelamin adalah pengelompokan secara fisiologis berdasarkan kesepakatan masyarakat yang bertujuan untuk membedakan laki-laki dan Perempuan [11-12]. Jenis kelamin sesungguhnya berbeda dengan gender. Gender adalah uraian-uraian gramatikal dalam system sosial masyarakat yang menyangkut status sosial, hak, peran, dan tanggung jawab kedua jenis kelamin tersebut [12,14]. Pada masyarakat tradisional seorang laki-laki memiliki peran tanggung jawab yang lebih dari pada Perempuan, semua hal terkait pekerjaan yang mengutamakan fisik lebih diutamakan untuk laki-laki, begitu juga dengan sebuah kepemimpinan laki-laki dianggap lebih mampu berperan daripada Perempuan [12,13]. Namun hal tersebut tidak selamanya dilakukan pada masyarakat modern, seperti contoh peran kedua karakteristik jenis kelamin tersebut dalam mengikuti kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh tim peneliti. Jika dilihat dari jumlah pesertanya saja memang peserta Perempuan lebih banyak daripada laki-laki, namun jika dianalisa lebih lanjut ternyata jenis kelamin tidak ada hubungan dengan tingkat pengetahuan setelah pendidikan kesehatan. Kedua karakteristik jenis kelamin menunjukkan hasil pengetahuan pada kategori yang baik. Uraian analisa ini hendak menunjukkan bahwa baik laki-laki maupun perempuan sesungguhnya memiliki peranan yang penting di masyarakat, terutama untuk menciptakan masyarakat yang sehat dan memiliki pengelolaan yang baik terhadap DM. Kader kesehatan terkadang sering dianggap sebagai aktivitas yang hanya untuk perempuan saja, namun sesungguhnya dengan adanya peran laki-laki di sini, maka penyampaian komunikasi kepada sesama laki-laki yang juga mengalami DM diharapkan menjadi lebih efektif. Peran serta masyarakat tanpa memandang apa jenis kelaminnya, justru diharapkan dapat memberikan support system yang baik untuk mencapai tujuan status kesehatan masyarakat yang diharapkan.

#### **4. KESIMPULAN**

Karakteristik responden dalam penelitian ini paling banyak adalah perempuan, pendidikan terakhir paling banyak adalah SMA, dan pekerjaan paling banyak adalah ibu rumah tangga. Hasil analisa karakteristik responden terhadap tingkat pengetahuan menunjukkan ada hubungan antara pendidikan terakhir dan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan, serta tidak ada hubungan jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan. Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu tidak mengidentifikasi tingkat pengetahuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan.

Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan referensi untuk melanjutkan pendidikan kesehatan dengan berbagai tema di masyarakat, yang ditujukan ke berbagai kalangan masyarakat, dengan beraneka ragam karakteristik.

#### **UCAPAN TERIMAKASIH**

Tim peneliti menghaturkan terimakasih kepada PPPM Universitas Respati Yogyakarta atas pendanaan yang telah diberikan. Tim peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada kepala dukuh, kader kesehatan, bapak Thomas Aquino Erjinyuare Amigo, S.Kep, Ns, M.Kep dan Tirza Frelly Anita atas dukungan pemikiran dan tenaga, sehingga kegiatan penelitian ini dapat terlaksana, kepala padukuhan dan kader kesehatan Padukuhan Sawahan Kidul Wedomartani, Ngemplu, Sleman.

**DAFTAR PUSTAKA**

- [1] Adam, M., McMahon, S. A., Prober, C., & Bärnighausen, T. (2019). Human-Centered Design of Video-Based Health Education: An Iterative, Collaborative, Community-Based Approach. *Journal of Medical Internet Research*, 21(1), e12128. <https://doi.org/10.2196/12128>
- [2] Lai, E. T., Yu, R., & Woo, J. (2020). The Associations of Income, Education and Income Inequality and Subjective Well-Being among Elderly in Hong Kong-A Multilevel Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), E1271. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041271>
- [3] Sharma, A. E., Frederiksen, B. N., Malcolm, N. M., Rollison, J. M., & Carter, M. W. (2018). Community Education and Engagement in Family Planning: Updated Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(5), 747–758. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.022>
- [4] Carter, M. W., Tregear, M. L., & Moskosky, S. B. (2015). Community Education for Family Planning in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), S107–S115. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.030>
- [5] Cesaroni, G., Venturini, G., Paglione, L., Angelici, L., Sorge, C., Marino, C., Davoli, M., & Agabiti, N. (2020). [Mortality inequalities in Rome: The role of individual education and neighbourhood real estate market]. *Epidemiologia E Prevenzione*, 44(5-6 Suppl 1), 31–37. <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S1.P031.071>
- [6] Chong, M. T. (2016). Clinical outcomes of a diabetes education program for patients with diabetes mellitus in the Micronesian community in Hawaii. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 5(3), 205–211. <https://doi.org/10.4103/2279-042X.185740>
- [7] Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. (2002). The Diabetes Prevention Program (DPP): Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care*, 25(12), 2165–2171. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.12.2165>
- [8] Kalra, S., Verma, K., & Singh Balhara, Y. P. (2017). Management of diabetes distress. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(10), 1625–1627.
- [9] Ibrahim, M., Davies, M. J., Ahmad, E., Annabi, F. A., Eckel, R. H., Ba-Essa, E. M., El Sayed, N. A., Hess Fischl, A., Houeiss, P., Iraqi, H., Khohtali, I., Khunti, K., Masood, S. N., Mimouni-Zerguini, S., Shera, S., Tuomilehto, J., & Umpierrez, G. E. (2020). Recommendations for management of diabetes during Ramadan: Update 2020, applying the principles of the ADA/EASD consensus. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 8(1), e001248. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001248>
- [10] Holt, R. I. G. (2017). Diabetes education, education and education. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 34(8), 1023–1024. <https://doi.org/10.1111/dme.13399>
- [11] Evans, E. M., Schweingruber, H., & Stevenson, H. W. (2002). Gender Differences in Interest and Knowledge Acquisition: The United States, Taiwan, and Japan. *Sex Roles*, 47(3/4), 153–167. <https://doi.org/10.1023/A:1021047122532>
- [12] Hayes, B. C. (2001). Gender, Scientific Knowledge, and Attitudes toward the Environment: A Cross-National Analysis. *Political Research Quarterly*, 54(3), 657. <https://doi.org/10.2307/449275>
- [13] McCright, A. M. (2010). The Effects Of Gender On Climate Change Knowledge And Concern In The American Public. *Population and Environment*, 32(1), 66–87. JSTOR.

- [14] Simon, R. M. (2010). Gender Differences In Knowledge And Attitude Towards Biotechnology. *Public Understanding of Science*, 19(6), 642–653. <https://doi.org/10.1177/0963662509335449>
- [15] Hinata, A., Kabasawa, K., Watanabe, Y., Kitamura, K., Ito, Y., Takachi, R., Tsugane, S., Tanaka, J., Sasaki, A., Narita, I., & Nakamura, K. (2021). Education, household income, and depressive symptoms in middle-aged and older Japanese adults. *BMC Public Health*, 21(1), 2120. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12168-8>
- [16] Hillyer, G. C., Schmitt, K. M., Reyes, A., Cruz, A., Lizardo, M., Schwartz, G. K., & Terry, M. B. (2020). Community education to enhance the more equitable use of precision medicine in Northern Manhattan. *Journal of Genetic Counseling*, 29(2), 247–258. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1244>
- [17] Erku, D. A., Belachew, S. A., Mekuria, A. B., Haile, K. T., Gebresillassie, B. M., Tegegn, H. G., & Ayele, A. A. (2017). The role of community pharmacists in patient counseling and health education: A survey of their knowledge and level of involvement in relation to type 2 diabetes mellitus. *Integrated Pharmacy Research & Practice*, 6, 137–143. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S140777>
- [18] Lambrinou, E., Hansen, T. B., & Beulens, J. W. (2019). Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. *European Journal of Preventive Cardiology*, 26(2\_suppl), 55–63. <https://doi.org/10.1177/2047487319885455>
- [19] Li, J., Duan, X.-L., Zhong, H.-Q., Chen, W., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2021). Cross-sectional study of mental health related knowledge and attitudes among care assistant workers in Guangzhou, China. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00441-7>
- [20] Machado, A. P., Lima, B. M., Laureano, M. G., Silva, P. H. B., Tardin, G. P., Reis, P. S., Santos, J. S., Jácomo, D., & D'Artibale, E. F. (2016). Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity. *Revista Da Associacao Medica Brasileira (1992)*, 62(8), 800–808. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.08.800>
- [21] Sabourin, B. C., & Pursley, S. (2013). Psychosocial issues in diabetes self-management: Strategies for healthcare providers. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(1), 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.01.002>
- [22] Liu, J., Lu, Q., Pang, D., Yang, P., Jin, S., Yuan, G., Qi, X., Wen, B., Ding, Y., & Guo, X. (2020). Foot Care Education Among Patients With Diabetes Mellitus in China: A Cross-sectional Study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 47(3), 276–283. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000653>
- [23] Almeida, V. de C. F. de, Zanetti, M. L., Almeida, P. C. de, & Damasceno, M. M. C. (2011). Occupation and risk factors for type 2 diabetes: A study with health workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 476–484. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300005>