

## **Perbedaan Efektivitas Metode PKM-RS dengan Diskusi dan Problem Solving dalam Peningkatan Pengetahuan dan Sikap dari Pasien DM Tipe II di RSUD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak**

**Sukardjo** \*)

\*) RSUD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak

### **ABSTRACT**

**Background :** *Diabetes mellitus (DM) disease needs to be well managed in order to obtain normal range of blood glucose level. If the patients could control their glucose level, they would have a better quality of life and prevent from other disease complications. Health education is very important action to improve awareness and attitudes of the diabetes patients in terms of how to manage their diabetes. The aim of this study is to identify the effectiveness between discussion and problem solving techniques in improving knowledge and attitudes of diabetes out-patients for managing their disease.*

**Method :** *This study is a quasy experimental with three-group pretest-posttest design. Group one was treated using group discussion method and group two with problem solving technique. Whereas the other group as a control group. Each group contains 30 respondents.*

**Result :** *The study shows that t-test value indicated the level of knowledge of patients in group one was lower than group two (t-test 5,726). However, the attitudes of patients in group two (2,472) also higher than group one (2,055). This study concludes that health education using problem solving was more effective than discussion technique to increase knowledge and attitudes of diabetes patients type II in Sunan Kalijaga Hospital Demak.*

**Keywords:** Health education, knowledge, attitudes, diabetes mellitus, discussion and problem solving tehniqe.

---

## **PENDAHULUAN**

Pembangunan nasional yang telah dilaksanakan oleh bangsa Indonesia selama ini, telah berhasil meletakkan landasan dan kerangka dasar untuk lebih meningkatkan upaya pembangunan kesehatan nasional. Di sisi lain, pembangunan kesehatan nasional juga telah menghasilkan perubahan-perubahan yang mengakibatkan timbulnya permasalahan-permasalahan baru yang terlihat dalam transisi demografi dan transisi epidemiologi. Transisi epidemiologi berpengaruh terhadap pola penyakit dan pola penyebab kematian. Permasalahan kesehatan akan bergeser dari masalah-masalah yang berbasis organobiologis, menjadi masalah yang berbasis perilaku. (Depkes RI, 2003)

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit yang terlihat meningkat sebagai dampak transisi epidemiologi. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 1995 menunjukkan adanya peningkatan pasien metabolik seperti kanker, diabetes melitus, serta penyakit degeneratif lainnya sejak dekade 90-an. Survei tersebut menginformasikan bahwa pasien DM di Indonesia diperkirakan 16 per 1000 penduduk. (Depkes RI, 2003)

Hasil penelitian epidemiologi di Indonesia mengungkapkan bahwa prevalensi (kekerapan) Diabetes melitus sebesar 1,5 – 2,3 % tahun 1995 pada penduduk usia lebih dari 15 tahun (Konsensus Perkemi, 1998). Prevalensi DM di Manado 6,1%, di Surabaya sebesar 1,43% tahun 1991, prevalensi diabetes melitus di Jakarta terjadi peningkatan untuk daerah urban 1,7% pada tahun 1982 menjadi 5,7% pada tahun 1993. Sedangkan prevalensi DM di daerah Tasikmalaya terhitung rendah yaitu 1,1.

Diabetes adalah salah satu penyakit yang paling sering diderita dan penyakit kronik yang serius di Indonesia saat ini. Setengah dari kasus DM tidak terdiagnosa karena pada umumnya diabetes tidak disertai gejala sampai terjadinya komplikasi. Penyakit ini menyerang semua lapisan sosio ekonomi dan umur. Prevalensi diabetes juga

meningkat karena terjadi perubahan gaya hidup, tingginya kalori yang dikonsumsi dan kurangnya aktifitas fisik.

Secara tradisional DM dianggap sebagai penyakit orang kaya. Sebagai implikasinya, negara dunia ketiga kurang memperhatikan penyakit ini, karena dianggap sebagai penyakit negara-negara maju. Saat ini penyakit DM di Indonesia belum mendapatkan prioritas pelayanan karena masih berorientasi pada penyakit menular dan penyakit tropik yang paling banyak menimbulkan kematian. (Moningkey, 2000) Sementara itu berdasarkan hasil penelitian Pusat Diabetes Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Dr. Sutomo Surabaya dan data dari berbagai poliklinik Diabetes di seluruh Indonesia, diperoleh jumlah pasien DM di Indonesia paling sedikit 2,5 juta dengan prevalensi 1,45% dari jumlah penduduk 200 juta. (Tjokroprawiro, 1998)

Data yang ada di Rumah Sakit Daerah Sunan Kalijaga Kabupaten Demak menunjukkan bahwa jumlah pasien DM yang melakukan rawat jalan adalah sebagai berikut. Lihat tabel 1.

Berdasarkan data pada di atas diketahui bahwa angka kunjungan pasien rawat jalan penyakit DM tipe-1 dan tipe-2 semakin tahun semakin meningkat. Sedangkan data jumlah pasien DM RSD Sunan Kalijaga Demak untuk 3 bulan terakhir (Mei s/d Juli 2006) data pasien DM tipe-2 rawat jalan adalah sebagai berikut. Lihat tabel 2.

Data pasien DM tipe-2 di Instalasi rawat jalan yang melakukan kontrol rutin sebulan sekali pada Mei, Juni, Juli 2006 rata-rata sebanyak 120 (100%) pasien dengan pengelompokan : pasien DM tipe-2 kontrol teratur dengan hasil pemeriksaan kadar gula darah rata-rata normal berjumlah 42 (35%) dan pasien DM kontrol teratur dengan hasil pemeriksaan gula darah rata-rata lebih dari normal berjumlah 78 (65%) pasien (Rekam Medis Pasien). Data inilah yang akan digunakan sasaran penelitian dan melakukan intervensi pendidikan kesehatan.

Karena DM tipe-2 adalah penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup, yang dapat menyerang masyarakat segala lapisan umur dan lapisan sosial dan menimbulkan berbagai penyulit menahun, seperti retinopati diabetic, nefropati, polineuropati, jantung koroner, sehingga berdampak terhadap penurunan kualitas sumber daya manusia (Perkemi, 2000). Pengobatan yang intensif dapat menambah umur harapan hidup pasien DM tipe-2 rata-rata 2,5 tahun, dengan tambahannya biaya sekitar *US \$ 430.000*, sedangkan biaya perawatan pasien DM tipe-2 sangat tinggi. Biaya perawatan DM dengan gangren di Indonesia berkisar 1,3 – 1,6 juta rupiah setiap pasien per bulan, ini biaya yang relatif mahal bagi masyarakat Indonesia. Berdasarkan data tersebut di atas perlu dilakukan langkah-langkah yang bersifat promotif untuk penanganan penyakit tersebut. Penanganan yang bersifat promotif seperti penyuluhan / pendidikan

kehatan mengenai DM tipe-2 ini akan membantu penderita tentang bagaimana menjalani kehidupan mereka dengan mengidap DM tipe-2.

Pengelolaan DM tipe-2 yang baik perlu dilakukan agar dapat mengendalikan kadar glukosa darah dalam kisaran normal, sehingga pasien DM tipe-2 dapat mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup serta dapat mencegah terjadinya komplikasi. Konsensus Perkeni (1998) merumuskan empat pilar utama pengelolaan DM tipe-2, yaitu penyuluhan kesehatan (pendidikan kesehatan), perencanaan makanan, latihan jasmani dan obat berkasiat hipoglikemik. Penyuluhan DM tipe-2 adalah bentuk pendidikan kesehatan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan bagi pasien DM tipe-2, yang bertujuan merubah perilaku dengan mengingatkan pemahaman pasien mengenai penyakitnya agar mencapai keadaan yang optimal dan penyesuaian keadaan

Tabel 1 : Data Kunjungan 10 Besar Penyakit di Instalasi Rawat Jalan RSD Sunan Kalijaga Demak Tahun 2003-2005

No.	Penyakit	Tahun 2003	Tahun 2004	Tahun 2005
1	Tuberkulosis Paruh	1801	2424	2684
2	Infeksi saluran Nafas Akut	1786	2106	2553
3	Diabetes Mellitus	1086	1613	2150
4	Penyakit Gigi	1031	1521	1643
5	Hipertensi	870	1031	1074
6	Bronchitis	535	643	746
7	Tonsilitis	431	549	564
8	Penyakit Kulit	312	410	490
9	Diare	290	299	387
10	Demam Thypoid	231	196	142

Sumber : Unit Rekam Medis RSD Sunan Kalijaga Demak, 2006.

Tabel 2 : Data Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus Tiga Bulan Terakhir (Mei s/d Juli) Tahun 2006

No	Pasien Diabetes melitus	Mei	Juni	Juli	rata- rata
1	Rawat Jalan	116	124	118	120

Sumber : Unit Rekam Medis RSD Sunan Kalijaga Demak, Agustus 2006

psikologis serta kualitas hidup yang lebih baik. (Perkemi, 2000)

Kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak telah dilaksanakan terhadap penderita DM tipe-2, namun hanya metode ceramah dan konseling gizi tentang diet yang dilakukan di klinik gizi pada satu tahun terakhir. Data konsultasi gizi pada rekam medis pasien DM tipe-2 menunjukkan pada tahun 2003 bagi 6 pasien, tahun 2004 dilakukan konseling bagi 12 pasien dan tahun 2005 dilakukan konseling bagi 10 pasien DM tipe-2 di instalasi rawat inap dan rawat jalan RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak.

Kegiatan penyuluhan dengan metode ceramah terhadap pasien DM tipe-2, menurut data pada Koordinator PKMRS RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak, selama tahun 2004 baru dilakukan sebanyak 2 (dua) kali, itupun masih sebatas tanya jawab, selanjutnya sampai Juli 2006 ceramah penyuluhan terhadap pasien DM tipe-2 belum dilakukan oleh rumah sakit. Kegiatan ceramah yang dilakukan rentang waktu tersebut materinya berkisar pada penyuluhan mengenai penyakit-penyakit menular, isu-isu masalah kesehatan seperti lumpuh layu, flu burung, penyakit *leptospirosis*.

Dalam hal antisipasi dalam perkembangan DM tipe-2 ini, yang sangat perlu diperhatikan adalah upaya pemberian penyuluhan kesehatan kepada penderita. Penyuluhan kesehatan kepada penderita DM tipe-2 merupakan suatu hal yang amat penting dalam regulasi gula darah penderita DM tipe-2 dan mencegah atau setidaknya menghambat munculnya penyakit kronik maupun akut yang ditakuti oleh penderita. Dalam hal ini diperlukan kerjasama yang baik antara penderita DM tipe-2 dan keluarganya dengan para pengelola / penyuluh yang dapat terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi dan tenaga lain.

Data pasien DM tipe-2 yang kontrol teratur di Instalasi Rawat Jalan RSD Sunan Kalijaga

Kabupaten Demak menunjukkan hasil gula darah tak terkontrol atau gula darah lebih dari normal walaupun sudah minum obat teratur sebesar 78 (65%), maka peneliti berkeinginan untuk melakukan pendekatan PKMRS lewat metode diskusi dan pemecahan masalah terhadap pasien DM tipe-2.

Alasan pemilihan metode penyuluhan kesehatan metode diskusi dan pemecahan masalah karena dalam kedua metode tersebut pasien diberi kesempatan untuk mengungkapkan pengalaman, kesulitan, serta dapat bertukar pikiran tentang pencegahan, pengobatan dan usaha mengatasi masalah terhadap penyakit yang diderita oleh peserta. Disamping itu sehubungan dengan penyakit DM tipe-2 ini, metode penyuluhan yang dilakukan oleh petugas PKMRS RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak selama ini hanya memberikan *folder*, *leaflet* tanpa diajak mendiskusikan tentang penyakitnya sehingga pasien kurang merasa diperhatikan, selain itu metode ceramah belum menunjukkan efektivitasnya ditunjukkan pada rekam medik pasien hasil pemeriksaan gula darah yang tak terkontrol masih tinggi. Pernyataan ini sesuai yang dikemukakan oleh Soegondo dalam konsensus pengelolaan DM tipe 2 di Indonesia tentang cara efektif belajar orang dewasa. (Sugondo, 2004)

Selain alasan di atas, penelitian tentang manfaat dari penyuluhan kesehatan terutama bagi penderita DM tipe-2 di Rumah Sakit Daerah Sunan Kalijaga belum pernah dilakukan, sehingga faktor-faktor yang mempengaruhi kendala pengobatan setelah pasien pulang dari rumah sakit, antara lain tempat tinggal yang jauh, putus obat karena tidak mampu dan taraf pendidikan yang rendah, menyebabkan kesulitan dalam memantau keadaan klinik pasien selanjutnya. Dari pasien yang terobati tersebut 45% diantaranya tidak dapat diobati dengan baik dikarenakan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Ketidakpatuhan ini disebabkan pengertian pasien terhadap penyakit DM tipe-2 yang kurang, tidak mampu melakukan terapi diet, minum obat yang

tidak teratur serta faktor lain.

Sedangkan pemilihan pasien DM tipe-2, karena karakteristik munculnya DM tipe-2 ini yang merupakan akibat dari pola perilaku (pola makan, olahraga) pasien sebelum didiagnosa menderita DM tipe-2 yang menyebabkan terganggunya toleransi glukosa dalam tubuh, sehingga menimbulkan penyakit ini. dibandingkan dengan DM tipe-1 yang merupakan penyakit bawaan penderita sejak kecil. Dibuktikan dengan data pasien DM tipe-2 di Instalasi Rawat Jalan RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak lebih besar dibandingkan dengan DM tipe-1.

Berdasarkan hal-hal yang diuraikan di atas, penulis tertarik untuk mengangkat permasalahan tersebut dalam sebuah penelitian ilmiah dengan judul :”Perbedaan Efektivitas Pendidikan Kesehatan Antara Metode Diskusi Dengan Metode Pemecahan Masalah (*Problem Solving*) Pada Kegiatan PKMRS Terhadap Perubahan Pengetahuan dan Sikap Pasien Diabetes melitus Tipe-2 di RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak”.

#### METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *quasi experiment* dengan rancangan *One Group Pre-test-Posttest*. (Suyono, 1999)

Populasi atau subyek penelitian ini adalah penderita penyakit DM yang tidak tergantung

insulin atau *non insuline dependent* diabetes melitus (NIDDM) atau DM tipe-2 rawat jalan di Rumah Sakit Daerah Sunan Kalijaga kabupaten Demak yang kontrol teratur tiap bulan pada bulan Nopember, Desember 2006, Januari 2007 dengan jumlah rata-rata 120 pasien, dengan kriteria :

- a. Umur 40-60 tahun dengan alasan :
  - 1) DM tipe-2 secara teoritis timbul setelah umur 40 tahun.
  - 2) Untuk mendukung efektivitas penggunaan metode pendidikan kesehatan yaitu diskusi dan pemecahan masalah, diambil pasien yang berumur 40-60 tahun
- b. Pendidikan responden sekurang kurangnya tamat SLTP, dengan alasan untuk mendukung memudahkan pengumpulan data serta efektivitas penggunaan metode pendidikan kesehatan yaitu diskusi dan pemecahan masalah. (Ganong, 2001) Dengan kata lain, responden dengan pendidikan minimal SLTP diharapkan dapat mengikuti kedua metode pendidikan kesehatan, karena pengalaman mengikuti kegiatan belajar di sekolah.
- c. Pasien DM rawat jalan pada bulan Nopember, Desember 2006, Januari 2007, alasannya adalah untuk memperoleh kasus DM yang benar-benar belum terpengaruh edukasi tentang DM, sehingga tidak terjadi

Tabel 3 : Pengambilan Sampel Responden Kelompok Diskusi, Pemecahan Masalah dan Kontrol

Bulan	Diskusi Selasa Minggu I		Pemecahan Masalah Selasa Minggu II		Kontrol Selasa Minggu III		Jumlah	
	Pasien	Sampel	Pasien	Sampel	Pasien	Sampel	Pasien	Sampel
	Nop. '06	28	4	24	6	30	11	82
Des. '06	37	16	31	9	21	7	89	7
Jan. '07	32	10	34	15	30	12	96	12
Jumlah	97	30	89	30	81	30	267	30

- bias dalam penelitian.
- d. Bertempat tinggal di Kabupaten Demak, dengan alasan untuk mempermudah pasien dalam mengikuti edukasi.
  - e. Belum pernah mengikuti pendidikan kesehatan tentang DM secara resmi yang dilakukan di RSD Sunan Kalijaga Demak, dengan alasan agar penelitian tidak terjadi bias.
  - f. Belum pernah memperoleh pendidikan kesehatan metode diskusi dan pemecahan masalah tentang DM, dengan alasan agar penelitian tidak terjadi bias.

Teknik penentuan sampel yang digunakan adalah *one stage cluster sampling*, teknik ini diambil karena responden dipilih dari pasien yang menderita diabetes melitus tipe-2, memiliki pendidikan minimal SLTP, dan umur di atas 40 tahun, yang melaksanakan kontrol gula darah setiap hari Selasa secara random, sejumlah 30 orang untuk memenuhi kurva normal. (Notoatmodjo, 2002)

Responden dipilih dari pasien yang berobat pada hari Selasa, karena pada hari itu ada jadwal pelayanan khusus penderita DM di instalasi rawat jalan RSD Sunan Kalijaga Demak.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Analisis Pengetahuan dan Sikap dengan Metode Diskusi dan Problem Solving Pengetahuan

Pengetahuan dalam penelitian ini adalah kemampuan responden untuk menjawab tes pengetahuan tentang penyakit Diabetes melitus dan penatalaksanaannya, sebelum dan sesudah perlakuan dengan menggunakan bentuk soal pilihan salah satu benar sebanyak 30 buah, setiap jawaban yang benar mendapatkan nilai 2 dan jawaban yang salah bernilai 1. Berikut hasil penelitian yang didapat.

#### a. Hasil *Pre-Test* Pengetahuan

Lihat Tabel 4.

Nilai N menyatakan jumlah observasi yang dinyatakan valid (tersedia) yaitu 30 untuk setiap kelompok, dengan demikian karena pada setiap kelompok jumlah N nya adalah 30 maka bisa dikatakan bahwa tidak ada data yang hilang (*missing*).

*Mean* atau nilai rata-rata menunjukkan bahwa sebaran kumulatif jawaban responden ada di sekitar angka tersebut. Hasil pengukuran terhadap tingkat pengetahuan 30 responden sebelum perlakuan (*pre-test*) diperoleh rerata 40,5000 untuk kelompok diskusi, 41,3667 untuk

Tabel 4 : Deskripsi Nilai Pengetahuan Responden Tahap *Pre-Test*

	Di skusi	<i>Problem Solving</i>	Kontrol
N	30	30	30
Nilai Minimum	30	33	35
Nilai Maksimum	47	48	48
Rata-rata	40.5000	41.3667	41.9333
Standar Deviasi	4.4548	4.5295	3.3726

Tabel 5 : Deskripsi Nilai Pengetahuan Responden Tahap *Post-Test*

	Diskusi	<i>Problem Solving</i>	Kontrol
N	30	30	30
Nilai Minimum	35	38	35
Nilai Maksimum	50	50	48
Rata-rata	45.0333	46.7667	42.5667
Standar Deviasi	4.0042	3.02977	3.0703



kelompok *problem solving* dan 41,9333 untuk kelompok kontrol.

Standar deviasi menyatakan rerata jarak masing-masing responden dengan rerata jawaban bersama. Semakin kecil standar deviasi, maka semakin kecil sebaran terjadi terhadap skor jawaban. Secara berurutan nilai standar deviasi mulai dari yang terkecil adalah : kelompok kontrol (3.3726), kelompok diskusi (4.4548) dan terakhir kelompok *problem solving* (4.5295).

Hasil uji-t terhadap skor jawaban antara kelompok diskusi dengan *problem solving* didapatkan nilai  $-1,819$  dengan probabilitas  $0,079 > 0,05$ , sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna dari hasil *pre-test* kelompok diskusi dan *problem solving*. Dengan kata lain kedua kelompok berangkat dari pengetahuan yang sama mengenai penyakit diabetes melitus.

b. Hasil *Post-Test* Pengetahuan

Lihat Tabel 5.

Selanjutnya berikut ini dideskripsikan nilai *post-test* dari variabel pengetahuan untuk ketiga kelompok penelitian. Jumlah observasi yang dinyatakan valid (tersedia) yaitu  $N=30$  untuk masing-masing kelompok, sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada data yang hilang

(*missing*). Berdasarkan data yang tercantum pada tabel di atas diketahui bahwa *mean* atau nilai rata-rata yang menunjukkan besaran nilai yang mempunyai jarak sama antara nilai minimum dengan maksimum untuk kelompok diskusi sebesar 45.0333; kelompok *problem solving* sebesar 46.7667 dan kelompok kontrol sebesar 42.5667. Kemudian untuk nilai standar deviasi, kelompok kontrol mempunyai nilai sebaran yang paling kecil yaitu 3.0703 kemudian kelompok *problem solving* sebesar 3.02977 dan kelompok diskusi 4.0042.

Selanjutnya untuk melihat perbedaan yang terjadi antara sebelum perlakuan dengan sesudah perlakuan, dilakukan uji *t-test* dengan maksud untuk mendapatkan informasi tentang efektivitas perlakuan yang telah diberikan. Hasil uji *t-test* untuk variabel pengetahuan pada kelompok diskusi antara sebelum dengan sesudah diskusi sebesar  $-5.321$ . Nilai tersebut lebih besar dari nilai *t-table* pada derajat kebebasan ( $dk$ ) = 29 dengan *alpha* ( $\hat{\alpha}$ ) = 0,05 yaitu sebesar 2,042. Secara grafis untuk menggambarkan keberadaan nilai *t* hitung tersebut pada daerah penolakan hipotesis nol adalah

Kemudian untuk hasil uji *t-test* variabel pengetahuan pada kelompok *problem solving*

Tabel 6 : Deskripsi Nilai Sikap Responden Tahap *Pre-Test*

	Diskusi	<i>Problem Solving</i>	Kontrol
N	30	30	30
Nilai Minimum	45	46	45
Nilai Maksimum	79	80	80
Rata-rata	62.0000	64.0000	63.4667
Standar Deviasi	9.5267	8.7494	9.9749

Tabel 7 : Deskripsi Nilai Sikap Responden Tahap *Post-Test*

	Diskusi	<i>Problem Solving</i>	Kontrol
N	30	30	30
Nilai Minimum	49	50	50
Nilai Maksimum	80	80	80
Rata-rata	65.2333	67.5000	65.2000
Standar Deviasi	10.1155	9.6517	9.8380

antara sebelum dengan sesudah perlakuan, sebesar  $-7,187$ . Nilai tersebut lebih besar dari nilai *t-table* pada derajat kebebasan ( $dk$ ) = 29 dengan  $\alpha$  ( $\acute{a}$ ) = 0,05 yaitu sebesar 2,042. Selanjutnya hasil uji *t-test* untuk kelompok terakhir yaitu kelompok kontrol memberikan informasi bahwa nilai *t* hitung sebesar sebesar  $-1,841$ . Nilai tersebut lebih besar dari nilai *t-table* pada derajat kebebasan ( $dk$ ) = 29 dengan  $\alpha$  ( $\acute{a}$ ) = 0,05 yaitu sebesar 2,042.

## 2. Sikap

Sikap dalam penelitian ini merupakan respon atau tanggapan responden tentang penyakit Diabetes melitus dan penatalaksanaannya, diukur dengan menggunakan Skala *Likert* berisi empat alternatif jawaban yaitu sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2) dan sangat tidak setuju (1). Selanjutnya deskripsi hasil penelitian untuk variabel sikap tercantum pada table berikut ini.

### a. Hasil *Pre-Test* Variabel Sikap

Lihat Tabel 6.

Berdasarkan hasil pengolahan data, jumlah observasi yang dinyatakan valid (tersedia) yaitu  $N=30$  untuk masing-masing kelompok, atau bisa dikatakan tidak terdapat data yang hilang (*missing*). Nilai minimum untuk kelompok diskusi adalah 45, nilai maksimum 79 dengan rerata sebesar 62,0000 dan standar deviasi sebesar 9.5267. Kemudian untuk kelompok *problem solving*, nilai minimumnya sebesar 46, nilai maksimum sebesar 80, *mean* atau rerata sebesar 64.000 dan standar deviasi 8.7494. Sedangkan untuk kelompok kontrol, nilai minimumnya adalah 45, maksimum sebesar 80, nilai rata-rata 63,4667 dan standar deviasi senilai 9.9749.

Merujuk pada data tabel tersebut diketahui bahwa nilai rata-rata (*mean*) dan standar deviasi untuk kelompok diskusi dan kontrol adalah sama. Apabila dibandingkan dengan kelompok *problem solving* maka nilai rerata kelompok diskusi lebih besar dan nilai standar deviasinya lebih kecil.

Hasil uji-*t* terhadap skor jawaban antara kelompok diskusi dengan *problem solving*

didapatkan nilai  $-1,980$  dengan probabilitas  $0,0057 > 0,05$ , sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna dari hasil *pre-test* kelompok diskusi dan *problem solving*. Dengan kata lain kedua kelompok berangkat dari sikap yang sama mengenai penyakit diabetes melitus.

### b. Hasil *Post-Test* Variabel Sikap

Lihat Tabel 7.

Berdasarkan data yang tercantum pada tabel di atas diketahui bahwa nilai rata-rata untuk kelompok diskusi sebesar 65,2333, sedangkan untuk kelompok *problem solving* adalah 67.5000 dan kelompok kontrol 65.2000.

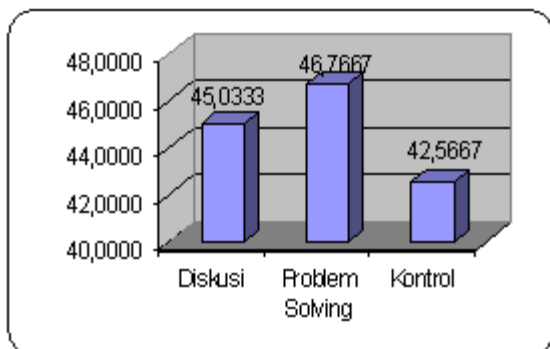
Selanjutnya hasil uji *t-test* untuk variabel sikap pada kelompok diskusi antara sebelum dengan sesudah diskusi sebesar  $-2,993$ . Nilai tersebut lebih besar dari nilai *t-table* pada derajat kebebasan ( $dk$ ) = 29 dengan  $\alpha$  ( $\acute{a}$ ) = 0,05 yaitu sebesar 2,042. Sementara itu untuk hasil uji *t-test* pada kelompok *problem solving* sebesar  $-2.968$ . Nilai tersebut lebih besar dari nilai *t-table* pada derajat kebebasan ( $dk$ ) = 29 dengan  $\alpha$  ( $\acute{a}$ ) = 0,05 yaitu sebesar 2,042. Sedangkan untuk kelompok kontrol hasil uji *t-test* nya menyebutkan bahwa nilai *t* hitung yang diperoleh sebesar  $-1,756$  dengan nilai signifikansi 0,090. Nilai tersebut lebih besar dari nilai *t-table* pada derajat kebebasan ( $dk$ ) = 29 dengan  $\alpha$  ( $\acute{a}$ ) = 0,05 yaitu sebesar 2,042.

## 3. Perbandingan Efektivitas Metode Diskusi dan Problem Solving terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Perubahan Sikap Responden

Merujuk pada perbandingan nilai *mean* antara kelompok diskusi dengan kelompok *problem solving* di atas bisa ditarik kesimpulan bahwa metode *problem solving* yang diterapkan pada pendidikan kesehatan mempunyai efektivitas yang lebih besar dibandingkan metode diskusi. Namun hal ini masih perlu dibuktikan dengan *t-test*.



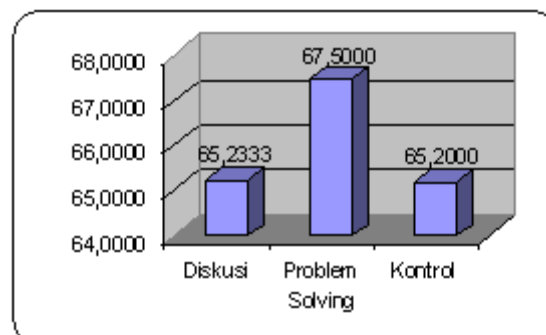
Gambar 1 : Perbandingan Mean Variabel Pengetahuan Kelompok Diskusi, *Problem Solving* dan Kontrol



Berdasarkan gambar di atas nampak nilai *mean* skor jawaban responden untuk pengetahuan pada ketiga kelompok penelitian yaitu kelompok diskusi dan *problem solving*. Nilai *mean* terbesar adalah kelompok *problem solving*, diikuti *mean* skor jawaban kelompok diskusi dan terakhir kelompok kontrol. Hasil uji t antara hasil *post-test* kelompok diskusi dengan *problem solving* didapatkan nilai  $-3,078$  dengan probabilitas  $= 0,005 < 0,05$ , yang berarti ada perbedaan yang bermakna antara peningkatan pengetahuan kelompok *problem solving* dengan kelompok diskusi sebelum mendapat perlakuan dengan sesudah mendapat perlakuan.

Berdasarkan hasil tersebut dapat dikatakan bahwa hipotesis penelitian yang berbunyi : Pendidikan kesehatan dengan metode pemecahan masalah (*problem solving*) lebih efektif, dibandingkan metode diskusi terhadap perubahan pengetahuan pasien DM tipe-2 rawat jalan di RSD Sunan Kalijaga kabupaten Demak terbukti benar.

Gambar 2 : Perbandingan Mean Variabel Sikap Pada Kelompok Diskusi, *Problem Solving* dan Kontrol



Berdasarkan gambar di atas nampak nilai *mean* skor jawaban responden untuk sikap pada ketiga kelompok penelitian yaitu kelompok diskusi dan *problem solving*. Nilai *mean* terbesar adalah kelompok *problem solving*, kemudian diskusi dan terakhir kelompok kontrol. Hasil uji t antara hasil *post-test* kelompok diskusi dengan *problem solving* didapatkan nilai  $-2591$  dengan probabilitas  $= 0,015 < 0,05$ , yang berarti ada perbedaan yang bermakna antara perubahan sikap kelompok *problem solving* dengan kelompok diskusi sebelum mendapat perlakuan dengan sesudah mendapat perlakuan.

Berdasarkan hasil tersebut dapat dikatakan bahwa hipotesis penelitian yang berbunyi : Pendidikan kesehatan dengan metode pemecahan masalah (*problem solving*) lebih efektif, dibandingkan metode diskusi terhadap perubahan sikap pasien DM tipe-2 rawat jalan di RSD Sunan Kalijaga kabupaten Demak terbukti benar.

## PEMBAHASAN

### 1. Karakteristik Responden

Soewondo (2006) mengungkapkan bahwa perbedaan karakteristik paling mencolok dari penderita DM tipe-1 atau tipe-2 adalah pada umur saat terjadinya penyakit DM. Pada umumnya, DM tipe-1 terjadi pada seseorang dengan usia di bawah 40 tahun, bahkan separuhnya didiagnosis pada usia kurang dari 20 tahun. Sebaliknya, DM tipe-2 sebagian besar

didiagnosis pada usia di atas 30 tahun, seperuh dari kasus baru DM tipe-2 terjadi pada kelompok umur 55 tahun atau lebih. Oleh karenanya seperti disampaikan oleh Parmet (2004), DM tipe-2 lebih dikenal sebagai penyakit DM yang menyerang kaum dewasa. (Palestin, 2007)

Menurut Green, karakteristik seseorang merupakan salah satu faktor *predisposing* yang mempengaruhi sikap dan perilakunya. (Green, 2000) Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia responden 90% berusia antara 40 – 60 tahun sehingga bisa dikatakan bahwa responden merupakan sosok dewasa (setengah baya) dan sisanya 10% berusia di atas 60 tahun atau disebut *old age* (masa tua) yang tentunya telah memiliki banyak pengalaman. Berdasarkan kenyataan tersebut Suprijanto mengatakan bahwa metode pembelajaran yang lebih sesuai adalah cara belajar orang dewasa yaitu proses belajar yang berlangsung dalam bentuk pengarahan diri sendiri untuk memecahkan masalah (andragogik), berbeda dengan pendidikan pada anak-anak (paedagogik) yang berlangsung dalam bentuk identifikasi dan peniruan. (Azwar, 2005) Hal ini dilatarbelakangi oleh beberapa perbedaan, selain perbedaan biologis, perbedaan psikologis dimana seorang dewasa lebih dapat mengarahkan diri sendiri, tidak selalu tergantung dengan orang lain, mau bertanggung jawab, mandiri, berani mengambil resiko, dan mampu mengambil keputusan, sehingga dikatakan ia adalah seorang dewasa.

Perubahan pada diri manusia dapat bersumber dari adanya kematangan tetapi dalam kenyataan perubahan paling banyak merupakan hasil belajar, dimana perubahan hasil belajar itu dapat berupa perubahan dalam aspek pengetahuan, sikap maupun perilaku, dan perubahan itu dapat berlangsung selama rentang kehidupan manusia. Karena orang dewasa memiliki karakteristik yang berbeda dengan orang usia remaja, oleh karena itu layanan pendidikan bagi orang dewasa menghendaki penyesuaian dengan perkembangan kepribadian

karakter orang dewasa. (Green, 2000)

Pannen (1997) mengungkapkan bahwa pendidikan pada orang dewasa dirumuskan sebagai suatu proses yang menumbuhkan keinginan untuk bertanya dan belajar secara berkelanjutan sepanjang hidup. Belajar bagi orang dewasa berhubungan dengan bagaimana mengarahkan diri sendiri untuk bertanya dan mencari jawabannya. (Azwar, 2005)

Untuk itu perlakuan yang diberikan bagi para responden dalam penelitian ini, diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan pembentukan sikap yang benar terhadap penyakit Diabetes melitus pada fase umur tersebut, akan memberi pengaruh bagi responden terhadap perilaku penanganan penyakit DM tipe-2.

Peningkatan pengetahuan pasien DM tipe-2 dapat dilakukan perubahan dengan memberikan pendidikan kesehatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pasien. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap sesuatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Selain itu, untuk mencapai perubahan perilaku juga harus ada perubahan sikap pasien mengenai materi yang disuluhkan pada mereka. Mengubah sikap pasien bukan pekerjaan mudah, bahkan lebih sulit daripada meningkatkan pengetahuan. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus objek.

Winkel mengatakan, dengan memperhatikan sikap, maka dapat dikatakan kita memperoleh kecenderungan untuk memilih, menerima atau menolak suatu obyek, berdasarkan penilaian terhadap suatu obyek sebagai hal yang berguna (positif) atau tidak berguna (negatif). Sikap merupakan suatu kemampuan *internal* yang berperan sebelum seseorang mengambil suatu tindakan (*action*). (Winkel, 1999) Ditambahkan Suprijanto bahwa sikap tidak dapat diajarkan secara langsung seperti fakta, namun biasanya diajarkan secara tidak langsung melalui contoh,

bacaan dan kegiatan yang baik. (Azwar, 2005)

Pemahaman dan pengetahuan mengenai suatu obyek yang terhadapnya akan diambil sikap, tetap memegang peranan. Dalam hal ini, sikap responden untuk mengubah perilakunya juga membutuhkan pengetahuan yang cukup mengenai DM tipe-2.

Penerapan metode diskusi dan metode *problem solving* merupakan salah satu upaya andragogik, karena konsep pendidikan kesehatan adalah juga konsep pendidikan yang diaplikasi pada bidang kesehatan.

## **2. Pengetahuan Pasien Diabetes melitus**

Seperti dikatakan oleh Suprijanto bahwa pengetahuan orang dewasa banyak diperoleh melalui partisipasinya dalam diskusi di rumah, sekolah, kantor, laboratorium, ruang rapat, tempat rekreasi, atau di jalan. (Azwar, 2005) Namun merujuk pada data hasil perbandingan nilai *t-test* antara kelompok diskusi dengan kelompok *problem solving* sebagaimana telah disebutkan pada bab terdahulu maka bisa ditarik kesimpulan bahwa pendidikan kesehatan dengan metode *problem solving* mempunyai efektivitas yang lebih besar dibandingkan metode diskusi. Hasil ini bisa dipahami sebab melalui jalan pemecahan masalah secara bersama-sama setiap permasalahan yang menjadi beban dari responden bisa disampaikan secara leluasa, mereka bisa mengeluarkan semua pertanyaan yang selama ini memang belum diketahui serta mereka bisa menerima informasi baru yang semula belum pernah mereka terima. Menurut Soediatmo (1980), pendidikan yang melibatkan peran aktif peserta seperti di atas cukup efektif dalam membangun cara berpikir kritis dan meningkatkan perubahan perilaku.

Soediatmo (1980) menyebutkan bahwa metode pemecahan masalah merupakan cara penyajian bahan masalah dengan menjadikan masalah sebagai titik tolak pembahasan untuk dianalisis dan disintesis dalam usaha mencari pemecahan atau jawabannya oleh siswa. Metode pemecahan masalah bertitik tolak dari realita

kehidupan, bahwa dalam kehidupannya, manusia selalu dihadapkan dengan berbagai masalah. Masalah diajukan atau diberikan oleh peserta, pendidik atau peserta dan pendidik, yang kemudian dijadikan pembahasan dan dicari pemecahannya sebagai suatu kegiatan pendidikan atau belajar.

Selanjutnya untuk nilai *t-test* kelompok *problem solving* lebih besar dibandingkan dari kelompok diskusi didasarkan pada kenyataan bahwa pada metode pembelajaran dengan teknik *problem solving* peserta dibiasakan untuk menggali permasalahannya yang bersumber dari kenyataan hidup yang dialaminya, kemudian disampaikan ke forum untuk selanjutnya didiskusikan dengan bimbingan narasumber. Pada diskusi itu semua permasalahan yang terkait dengan diabetes melitus disampaikan oleh peserta (responden) dan pada tahap awal semua permasalahan yang ada diinventarisasi untuk kemudian dibuat skala prioritas untuk diangkat dalam forum.

Responden yang menjadi peserta dalam proses pembelajaran (*problem solving*) ini juga diminta untuk berusaha mencari jawaban atas kasus / permasalahan yang ada sehingga mereka terangsang untuk berpikir secara kreatif dan menyeluruh tentang diabetes melitus. Cara berpikir yang kritis inilah yang menjadikan responden (peserta) pada pembelajaran dengan teknik *problem solving* ini menjadi lebih jeli dan teliti dibandingkan dengan yang lainnya. Oleh karena itu setelah mereka disodori dengan angket penelitian yang berisi tentang pertanyaan-pertanyaan tentang diabetes melitus, mereka mampu memahami dan mencermati maksud dari setiap pertanyaan. Selanjutnya mereka akan memberikan jawaban sesuai dengan apa yang mereka ketahui dengan sebelumnya didahului analisis yang cermat. Hal ini sesuai pendapat yang disampaikan oleh Pasaribu dan Simanjuntak (1986) yang menyatakan bahwa tujuan metode pemecahan masalah (*problem solving*) adalah melatih

peserta didik berpikir menurut cara-cara yang tepat sesuai dengan yang dilakukan secara alamiah.

Hal-hal yang disampaikan di atas sebagai kelebihan dari teknik *problem solving* sebagai salah satu dari metode pendidikan dalam kesehatan masyarakat berbeda dengan apa yang terdapat pada teknik / metode diskusi, karena dalam metode diskusi menurut Sudiarmo (1980), tujuan utamanya adalah mempertemukan berbagai pendapat dari peserta guna menambah pengetahuan dan memperoleh kesepakatan dalam melakukan sesuatu tindakan atau kegiatan.

Perlu dicermati bahwa meskipun antara hipotesis yang diajukan telah terbukti melalui hasil penelitian, namun kiranya perlu mendapat perhatian bahwa pada kedua kelompok responden tersebut (diskusi dan *problem solving*) mereka masih kurang dalam beberapa hal sesuai hasil jawaban mereka pada nomor-nomor pertanyaan yang nilainya paling rendah, sementara di lain pihak terdapat nomor-nomor pertanyaan yang nilainya tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada beberapa hal yang perlu disempurnakan / ditingkatkan di masa mendatang. Beberapa nomor pertanyaan yang mempunyai hasil jawaban / nilai rendah sebagaimana dimaksud di atas adalah : pertanyaan tentang pengetahuan nomor 6 dan 15. Sedangkan pertanyaan pengetahuan yang mempunyai nilai tinggi adalah nomor 17 dan 25.

Pertanyaan dengan hasil nilai jawaban yang rendah (6 dan 15) adalah : pertanyaan nomor 6 (penyakit diabetes melitus adalah penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup) dan pertanyaan nomor 15 (seseorang yang memiliki keluarga penderita diabetes melitus, memiliki resiko besar terkena penyakit diabetes melitus). Berdasarkan data tersebut kiranya perlu diintensifkan lagi penyuluhan / pendidikan kesehatan tentang diabetes melitus khususnya yang terkait dengan dua hal sebagaimana dimaksud pada kedua nomor pertanyaan di atas agar para penderita mengetahui, memahami dan bisa

menjaga kesehatannya sehingga produktivitas dan kualitas hidup mereka bisa terjaga.

Kemudian untuk dua nomor pertanyaan yang nilai jawabannya tinggi (nomor 17 dan 25) yaitu : salah satu pengendalian penyakit diabetes melitus dapat dilakukan dengan pengaturan makan atau diet dan penyuluhan kesehatan / pendidikan kesehatan tentang diabetes melitus, diperlukan bagi penderita DM. Berdasarkan hasil jawaban yang nilainya tinggi sebagaimana disebutkan di atas, diusahakan hal tersebut bisa dipertahankan karena pengetahuan responden terhadap dua hal itu sudah cukup baik.

### **3. Sikap Pasien Diabetes Melitus**

Hasil pengolahan data penelitian dengan SPSS versi 11 khususnya untuk variabel sikap yang membuktikan bahwa hipotesis nol ditolak dan hipotesis penelitian diterima atau dengan kata lain "Pendidikan kesehatan dengan metode pemecahan masalah (*problem solving*) lebih efektif, dibandingkan metode diskusi terhadap perubahan sikap pasien DM tipe-2 rawat jalan di RSD Sunan Kalijaga kabupaten Demak". Hampir sama dengan variabel sebelumnya (pengetahuan) yang telah dibahas di atas, karena setelah mereka (pasien) mengetahui tentang penyakit diabetes melitus dan segala hal yang terkait dengannya, kemudian sikap mereka (responden) terpengaruh oleh hal tersebut sehingga manifestasinya nampak dalam sikap hidup kesehariannya. Artinya bahwa sikap mereka menjadi patuh kepada ketentuan-ketentuan pada pengelolaan penderita diabetes melitus. Hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (2005) yang menyebutkan bahwa sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu.

Melalui sikap yang positif serta pro aktif, pasien diabetes melitus bisa hidup normal seperti orang sehat serta bisa produktif. Memang hal ini sulit dipraktekkan dalam keseharian, tetapi kondisi tersebut merupakan tantangan bagi penderita DM untuk tetap bisa mendapatkan kondisi yang fit serta bisa melakukan aktifitas

sehari-hari dengan normal.

Terkait dengan hasil jawaban responden atas pertanyaan-pertanyaan pada angket, diketahui bahwa pada kelompok diskusi dan *problem solving* terdapat beberapa nomor pertanyaan yang perlu mendapat perhatian, seperti pertanyaan nomor 8, 9, 10, 13, 14 dan 15. Pertanyaan-pertanyaan dengan jawaban yang nilainya rendah adalah 8, 9, 10 dan 15. Sedangkan pertanyaan-pertanyaan yang nilai jawabannya tinggi adalah 13 dan 14.

Untuk pertanyaan nomor 8 yang berbunyi :”Saya sependapat bahwa penyakit DM merupakan penyakit yang dapat dikendalikan dan tidak pernah sembuh”, dengan hasil nilai jawaban yang rendah mengandung arti bahwa masih terdapat sebagian responden yang belum memahami betul tentang status penyakit diabetes melitus. Termasuk dalam hal ini beberapa pertanyaan lain yang mempunyai kesamaan makna dengan nomor tersebut perlu mendapat perhatian. Sebaiknya petugas Penyuluh Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit (PKMRS) lebih intensif dalam melakukan pendidikan kesehatan masyarakat kepada pengunjung poliklinik yang menderita penyakit diabetes melitus sehingga sikap pasien DM benar-benar bisa sesuai dengan anjuran.

Peran aktif keluarga juga perlu diperhatikan, karena keluarga merupakan pihak terdekat dalam kesehariannya yang tahu betul tentang kebiasaan hidup penderita. Oleh karena itu kiranya perlu dipikirkan untuk melakukan pendidikan kesehatan melalui penyampaian informasi kesehatan khususnya penanganan pasien diabetes melitus pada keluarga pasien. Diharapkan melalui penyampaian informasi kesehatan kepada keluarga pasien, mereka akan tahu tentang hal-hal yang terkait dengan penyakit DM serta pengelolaannya secara mandiri di rumah. Dengan demikian keterlibatan aktif pihak keluarga akan sangat mendukung bagi pembentukan sikap hidup pasien dalam mengelola dan menolong dirinya sendiri.

#### **4. Perbandingan Efektivitas Metode Diskusi dan *Problem Solving***

Usman (2005) menyebutkan bahwa keberhasilan suatu pendidikan dipengaruhi oleh strategi dan metode serta alat bantu pembelajaran yang digunakan dalam proses pendidikan, untuk itu perlu didesain secara efektif.

Efektivitas penggunaan suatu metode dapat terjadi apabila kesesuaian antara metode dengan semua komponen pengajaran atau dengan kata lain pemilihan dan penentuan metode yang tepat mutlak untuk tercapainya tujuan secara efektif. (Djamarah, 2006) Yang dimaksud dengan efektifitas metode pelatihan yaitu tingkat keberhasilan yang dapat dicapai dari tujuan suatu program pelatihan dengan menggunakan sarana seefisien mungkin. Indikator efektifitas dari suatu metode pelatihan adalah dapat mencapai hasil yang maksimal dengan menggunakan sarana yang minimal. Efisien diartikan dalam hubungan perbandingan antara input dan output dari suatu kegiatan.

Hasil penelitian ini mendapati bahwa penggunaan metode *problem solving* berhasil memberikan sumbangan yang lebih besar bagi peningkatan pengetahuan dan perbaikan sikap yang positif responden terhadap penyakit DM.

Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Poerwanti dan Widodo (2005) yang mengatakan bahwa belajar yang efektif bagi orang dewasa harus memperlihatkan kumpulan dari orang yang aktif, adanya suasana yang saling menghormati dan menghargai, adanya suasana percaya diri dan mempercayai orang lain, proses belajar berprinsip pada penemuan diri sendiri dan keterbukaan, suasana belajar yang mengakui adanya kekhasan pribadi, suasana yang membenarkan adanya perbedaan, adanya suasana yang memperbolehkan adanya keraguan dan berbuat kesalahan serta adanya evaluasi secara bersama dan evaluasi individu.

Ditambahkan oleh Yamin (2004), bahwa perubahan perilaku terjadi karena adanya latihan dan pengalaman seseorang. Perubahan itu



biasanya bersifat permanen dan tetap ada untuk waktu yang cukup lama. Belajar aktif merupakan fungsi interaksi antara individu. Interaksi yang terus menerus menimbulkan pengalaman dan keinginan untuk memahami sesuatu yang baru, yang belum dipahami, atau yang belum dialami. Belajar aktif ditandai bukan hanya melalui keaktifan fisik pebelajar tetapi juga keaktifan secara mental. Justru, keaktifan mental merupakan hal yang sangat penting dan utama dalam belajar.

Metode *problem solving* sendiri bukanlah sekedar metode belajar, namun juga suatu metode berpikir, dimana didalamnya ada keterlibatan mental, selain itu didalamnya juga ada kegiatan penemuan masalah, mencari

Data, hingga penarikan kesimpulan apakah jawaban sementara cocok atau sama sekali tidak sesuai. Dengan kata lain metode *problem solving* akan melibatkan banyak kegiatan sendiri dengan bimbingan dari fasilitator. (Djamarah, 2006)

Dari hasil analisis juga didapati bahwa ternyata peningkatan pengetahuan dan sikap terhadap penyakit DM lebih besar pada responden yang menggunakan metode *problem solving* dibandingkan apabila menggunakan metode diskusi. Hal ini terjadi karena keterlibatan secara fisik dan mental yang kontinu melalui perlakuan metode *problem solving* memberikan pengalaman langsung kepada responden bagaimana proses pencegahan dan penanganan penyakit DM.

Dikatakan Bloom (1988) dalam definisi belajarnya yaitu perubahan tingkah laku yang relatif menetap sebagai hasil dari pengalaman. Secara praktis dan diasosiasikan sebagai proses memperoleh informasi, menurut Kupferman belajar adalah proses dimana manusia dan binatang menyesuaikan tingkah lakunya sebagai hasil dari pengalaman. (Dale, 1969)

Mempertegas hasil yang didapatkan, seperti dikatakan Suprijanto (2007) bahwa metode pembelajaran yang lebih sesuai pada orang dewasa yaitu proses belajar yang berlangsung

dalam bentuk pengarahan diri sendiri untuk memecahkan masalah.

### **5 Perbandingan Efektivitas Metode Diskusi dan *Problem Solving* dengan Kelompok Kontrol**

Perbandingan efektivitas antara kelompok kontrol sebagai kelompok yang tidak mendapat perlakuan dengan kelompok yang mendapatkan intervensi (kelompok diskusi dan pemecahan masalah) menunjukkan perbedaan yang nyata, terlihat dari rerata hasil skor jawaban responden kelompok kontrol yang jauh lebih kecil dibandingkan kedua kelompok yang mendapatkan perlakuan.

Pada pengukuran pengetahuan responden, perbedaan nilai *t-test* antara kelompok diskusi dan *problem solving* dengan kelompok kontrol adalah bahwa kedua kelompok dengan intervensi telah mendapatkan bekal pengetahuan tentang diabetes melitus sehingga pada saat diperbandingkan data penelitiannya antara sebelum dengan sesudah perlakuan terlihat jelas bahwa data setelah perlakuan lebih baik dibandingkan dengan data sebelum perlakuan. Sementara itu perbedaan juga terlihat pada kelompok diskusi dan *problem solving* dengan kelompok kontrol yang sengaja tidak diberi perlakuan berupa diskusi atau *problem solving*, yaitu data pada kelompok yang diberi perlakuan (diskusi atau *problem solving*) mempunyai nilai yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa informasi kesehatan yang diterima responden baik melalui diskusi maupun kegiatan *problem solving* bisa menambah pengetahuan para penderita DM tipe-2 yang berobat di rawat jalan RSD Sunan Kalijaga kabupaten Demak. Hasil ini juga berlaku pada pengukuran sikap responden pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi (diskusi dan pemecahan masalah).

Hasil nyata dari perlunya sebuah metode yang tepat dapat dilihat melalui hasil skor angket sikap dan pengetahuan pada responden



kelompok kontrol, dimana tidak ada kenaikan berarti dari *pre-test* hingga *post-test*. Hasil ini terjadi karena kelompok ini memang tidak mendapatkan perlakuan sama sekali, atau dengan kata lain pengetahuan dan sikap yang mereka miliki didapat hanya dari rutinitas mereka menjalani hidup sebagai penderita DM tipe-2. Hal ini menunjukkan bahwa metode yang tepat memberikan dampak yang berarti bagi oeningkatan dan perubahan sikap responden menjadi lebih baik.

#### **6. Aplikasi Hasil Penelitian di RSD Sunan Kalijaga Demak**

Hasil penelitian seperti diuraikan di atas, menemukan bahwa *problem solving* merupakan metode penyuluhan yang lebih efektif dalam mengembangkan pengetahuan dan sikap pasien diabetes melitus di RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak, dibandingkan dengan metode diskusi.

Usaha pengembangan pengetahuan, sikap, dan perilaku pasien tentang kesehatan seperti disampaikan di atas merupakan tujuan dari promosi kesehatan. Dalam PKMRS sendiri dikenal konsep Rumah Sakit Proaktif yang merupakan gerakan rumah sakit promotor kesehatan yang akan menghasilkan reorientasi / penajaman pelayanan rumah sakit dalam menunjang gerakan kesehatan bagi semua, dan pemberdayaan pasien, serta staf rumah sakit. Tujuannya meningkatkan pengertian dan sikap pasien tentang penyakit yang dideritanya, sehingga terdorong untuk mempercepat pemulihan dan mencegah terserang kembali, selain itu bertujuan meningkatkan pengertian dan sikap pasien tentang pemanfaatan fasilitas kesehatan secara tepat. (PPKM, 2004)

Apabila pengetahuan, sikap dan perilaku yang ditanamkan dapat merasuk menjadi bagian dalam kehidupan pasien, maka diharapkan pasien (terutama diabetes melitus) akan mendapatkan manfaatnya, seperti mampu mencegah terserang atau kambuhnya penyakit serta mencegah terjadinya komplikasi. Selain itu, pasien dapat

menyebarkan pengalaman dan pengetahuannya, sehingga orang lain dapat belajar dan mencegah terjadinya kasus yang sama dalam hal ini diabetes melitus tipe-2.

Penggunaan metode yang tepat akan dapat lebih bermakna apabila diterapkan pada organisasi yang tepat. Dengan membantu terbentuknya organisasi formal atau nonformal juga bagian dari PKMRS yang merupakan bagian dari promosi kesehatan, yang tentu saja sedapatnya difasilitasi oleh rumah sakit. Fasilitas ini berhubungan dengan dimana karakteristik penyakit yang diderita membutuhkan dana, peralatan dan tenaga keperawatan dan dokter yang khusus.

Seperti usaha yang dilakukan RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak, membentuk Paguyuban Kencing Manis untuk mewadahi pasien DM yang memiliki nasib dan kesadaran untuk saling berbagi mengenai penyakit yang mereka derita. Penerapan metode promosi kesehatan seperti diskusi atau *problem solving* akan dapat membantu meningkatkan efektifitas penyuluhan yang berlangsung. Disini peran rumah sakit harus lebih ditingkatkan sebagai fasilitator.

Penerapan metode *problem solving* ini sendiri memang memerlukan beberapa perencanaan, pendekatan karena merupakan strategi pelayanan baru yang tentu saja membutuhkan tenaga, waktu dan biaya yang relatif tidak sedikit. Namun, apabila memang nantinya diterapkan akan dapat memberikan keuntungan bagi RSD Sunan Kalijaga itu sendiri, seperti peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, meningkatkan citra rumah sakit, yang pada akhirnya akan dapat meningkatkan angka hunian di RSD Sunan Kalijaga Kabupaten Demak. (Notoatmodjo, 2005)

#### **SIMPULAN**

1. Hasil rerata dan *nilai t-test* kelompok intervensi yaitu kelompok metode diskusi lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol, kelompok pemecahan masalah

(*problem solving*) lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol, sehingga dapat dikatakan bahwa kelompok intervensi lebih efektif di bandingkan kelompok kontrol.

2. Peningkatan pengetahuan pada kelompok metode *problem solving* lebih besar dibandingkan dengan kelompok diskusi.
3. Perubahan sikap pada kelompok metode *problem solving* lebih besar dibandingkan dengan kelompok metode diskusi.
4. Pendidikan kesehatan metode pemecahan masalah (*problem solving*) lebih efektif dibandingkan dengan kelompok diskusi.

#### **KEPUSTAKAAN**

Arikunto.S, 1990. Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan, Bumi Aksara, Jakarta.

Azwar A., 1990. Pengantar Pendidikan Kesehatan, Sastra Budaya, Jakarta.

Azwar A., 2005. Sikap Manusia (Teori Pengukurannya), Edisi ke 2, Penerbit Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Bart Smet, 2004. Psikologi Kesehatan, Penerbit PT. Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.

Bloom F.E. 1988. Brain, Mind And Behaviour. 2nd ed. New York : W.H. Freeman. P : 240-269.

Dale, Cone. 1969. Education Media. New York: Charles Merrill.

Depkes RI, 2003. Rencana Pembangunan Bidang Kesehatan 2010, Depkes RI, Jakarta.

Djamarah, Syaiful Bahri, dan Aswan Zain, 2006. Strategi Belajar Mengajar, Rineka Cipta, Jakarta.

Ganong W.F., 2001. Fisiologi Kedokteran, EGC Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta.

Green L W. 2000. Health Education Promotion Planning. Copyright by Mayfield Publishing Company.

Hiswani, download: 26 Maret 2007. Karya Ilmiah : Penyuluhan Kesehatan pada Penderita Diabetes melitus, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan, 2001. <http://library.usu.ac.id/download/fkm/D0100739.pdf>.

Kusmiati S dan Desminiarti, 2004. Dasar-dasar Perilaku, Pusdiknakes Depkes RI., Jakarta.

Lloyd E, Becker D, Ellis I, 1996. Incidence of Complication in Insulin Dependent Diabetes melitus, American Journal of Epidemiology, Orchard TJ.

Moningkey S.I., 2000. Medika No. 3 Tahun XXVI, PT. Grafiti Medika Press, Jakarta.

Mutholib, 2000. Medika No.1 Tahun XXVI, Pt Graffiti Medika Press, Jakarta.

Nazir, Moh, 1999. Metode Penelitian, Ghalia Indonesia, Jakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2002. Metodologi Penelitian Kesehatan, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo, 1997. Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku , Penerbit Andi Offset, Yogyakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasinya, PT Rineka Cipta, Jakarta.

Palestin, Bondan, Download: 26 Maret 2007. Pendidikan Kesehatan dalam Pengelolaan Diabetes Secara Mandiri (Diabetes Self Management Education) bagi Diabetesi Dewasa. <http://bondankomunitas.blogspot.com/2007/01/pendidikan-kesehatan-dalam-pengelolaan-diabetes-secara-mandiri-diabetes-self-management-education-bagi-diabetesi-dewasa>.

Persatuan Endokrinologi Indonesia, 2000. Konsensus Pengelolaan Diabetes melitus di Indonesia, Jakarta.

- Perwanti, Endang dan Nur Widodo, 2005. Perkembangan Peserta Didik, Universitas Muhammadiyah Malang.
- Philips M, Salmeron J, 1992. Diabetes in Mexico a Serious and Growing Problem, rapp Trimest Statis, Sanit. Mond.
- Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, 2004. Buku Pedoman Penyuluhan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit (PKMRS), Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Roestiyah N.K, 2001. Strategi Belajar Mengajar, Rineka Cipta, Jakarta.
- Soediatmo, 1980. Teknik Penyajian Materi, Jakarta.
- Sugondo, Sidartawan, 2004. Petunjuk Praktis Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2, Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Jakarta.
- Suprijanto, H, 2007. Pendidikan Orang Dewasa dari Teori hingga Aplikasi. Bumi Aksara. Jakarta.
- Suyono, 1999. Penatalaksanaan Diabetes melitus Terpadu, Aksara Buana, Jakarta.
- Tjokroprawiro A., 1996. Diabetes melitus, Klasifikasi, Diagnosis dan Terapi, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Tjokroprawiro A., 1998. Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes melitus, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, Usman, Moh, Uzer, 2005. *Menjadi Guru Profesional*. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Winkel, W.S, 1999. Psikologi Pengajaran. Grasindo. Jakarta.
- Yamin, Martinis, 2004. Pengembangan Kompetensi Pebelajar. UI Press. Jakarta.