



## Pengaruh Bimbingan Berpusat Pada Klien Terhadap Kemandirian Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Faridatul Istibsaroh <sup>1</sup>, Yunita Amilia <sup>1</sup>, Ahmad Zaini Arif <sup>1</sup>, Tintin Sukartini <sup>2</sup>, Ima Nadatien <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Prodi Sarjana Keperawatan, STIKES Nazhatut Thullab Sampang, Indonesia

<sup>2</sup> Departemen Keperawatan Dasar dan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga Surabaya

<sup>3</sup> Departemen Kesehatan Masyarakat, Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya

### INFORMASI

Korespondensi:  
[doramantul@gmail.com](mailto:doramantul@gmail.com)



Keywords:  
Diabetes Mellitus, client-centered guidance, Independence

### ABSTRACT

*Background: Diabetes Mellitus is a disease characterized by an increase in blood glucose levels which has a risk of long-term or short-term complications. The inability of the community to carry out treatment independently is one of the causes that affect the ability of Diabetes Mellitus sufferers to carry out activities.*

*Objective: This study aims to analyze the effect of client-centered guidance on independence in Diabetes Mellitus patients.*

*Methods: This study used a quasy-experimental design with a pre-post test control group design approach, The sample in this study was 46 respondents divided into 23 interventions group and 23 control groups. The sampling technique is consecutive sampling. The intervention was given by providing client-centered guidance on day 1 with 4 stages, time duration  $\pm$  60 minutes, and evaluation for 7 days. Analysis of data using an independent t-test with a significance level of  $= 0.05$ .*

*Results: The results of the t-test independent t-test with the value of  $P = 0.001$ , it means is an effect of client-centered guidance on the independence of Diabetes Mellitus patients.*

*Conclusion: Providing client-centered guidance can increase independence and it can as part of nursing care interventions in the form of a support education system.*

## PENDAHULUAN

Diabetes melitus merupakan penyakit yang memiliki karakteristik peningkatan kadar gula darah dengan resiko komplikasi jangka panjang ataupun jangka pendek. Ketidakmampuan masyarakat dalam melakukan perawatan secara mandiri menjadi salah satu penyebab yang mempengaruhi kemampuan penderita Diabetes Mellitus dalam melakukan aktivitas. Perawatan secara mandiri ini diantaranya dalam mengelola nutrisi, melakukan latihan fisik yang sesuai, mengontrol kadar glukosa darah dan kepatuhan menjalankan terapi farmakologi (Baraz, Zarea, & Bibi, 2018).

Prevalensi Diabetes di Amerika Serikat terdapat sebanyak 1,5 juta pasien baru untuk tiap tahunnya dan merupakan penyebab kematian ke 6 yang disertai dengan komplikasi kardiovaskuler. Di wilayah Asia Tenggara meningkat dari 4,1% di tahun 1980an menjadi 8,6% di tahun 2014. Jumlah penderita DM tipe 2 di Indonesia sebesar 5,7% jumlah penduduk dan 1,1% diantaranya meninggal dunia akibat diabetes melitus tipe 2 (Pusat Data dan Informasi Kemenkes 2013). Di Indonesia menempati peringkat ke tujuh di dunia dengan prevalensi penderita diabetes tertinggi bersama Cina ditahun 2015. India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia, dan Meksiko dengan jumlah estimasi sebesar 10 juta Jiwa (Soediono, 2015). Diabetes dengan komplikasi merupakan penyebab kematian tertinggi ketiga di Indonesia. Di Jawa Timur sebanyak 605.974 orang pernah di diagnosis Diabetes oleh Dokter dengan persentase 2,5% (Risesdas, 2018).

Berdasarkan data RSUD Mohammad Zyn Sampang jumlah pasien Diabetes Mellitus pada tahun 2018 sebanyak 900 pasien yang di rawat inap (Rekam Medis, 2018). Hasil wawancara dengan kepala ruangan interna untuk meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes melitus yang sudah di lakukan oleh perawat perawat ruangan antara lain pendidikan kesehatan tentang pola makan dan obat-obatan. Berdasarkan wawancara pada 3 pasien diabetes melitus di RSUD dr. Mohammad Zyn Sampang pasien mengatakan nilai gula darah yang tidak stabil, tidak bisa mengikuti diet rendah gula, pengobatan yang terus menerus sehingga pasien dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena kondisinya yang lemah.

Kemampuan pasien diabetes melitus tipe 2 mengatur kadar glukosa dalam batas normal akan berpengaruh dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Hasil penelitian yang di lakukan (Kusnanto, 2012) menunjukkan bahwa dari 25 pasien diabetes melitus tipe 2 yang mengalami kemandirian kurang sebanyak 13 pasien (52%), kemandirian cukup sebanyak 9 pasien (36%), dan kemandirian baik sebanyak 3 pasien (12%).

Pentingnya peran perawat dalam memberikan bimbingan dan arahan membantu pengelolaan

diabetes menjadi lebih bermakna. Bimbingan merupakan komunikasi yang tepat antara pasien dan petugas kesehatan sebagai media perantara yang dapat membantu mengatasi berbagai macam permasalahan kehidupan tersebut secara menyeluruh. Kebutuhan akan adanya bimbingan timbul dari internal dan eksternal individu sehingga memunculkan pertanyaan mengenai apa yang seharusnya dilakukan. Peran bimbingan yaitu agar individu memperoleh jawaban dari pertanyaan yang mengganggu pikiran dan tingkah lakunya, sehingga individu dapat memecahkan permasalahannya sendiri (Namora, 2011).

Salah satu kebutuhan bagi pasien rawat inap di rumah sakit adalah perlunya pendampingan, layanan dan bantuan. Bentuk layanan ini dapat disampaikan melalui layanan bimbingan dan konseling, sehingga kehadiran konselor di rumah sakit juga sangat dibutuhkan untuk bersama-sama bekerja secara kolaboratif. Pasien Diabetes melitus tipe 2 untuk dapat mengelola penyakitnya secara efektif, penderita harus memiliki pengetahuan, keterampilan dan keyakinan diri dalam melakukan tindakan medis tertentu seperti tes gula darah, pemahaman akan pengelolaan emosi dan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari (Powers et al., 2017) skill, and ability necessary for diabetes self-care. Diabetes self-management support (DSMS). Tindakan yang dapat di lakukan oleh perawat untuk meningkatkan kemandirian pasien adalah dengan memberikan bimbingan berpusat pada klien yang difokuskan pada tanggung jawab dan kesanggupan klien untuk menemukan cara-cara menghadapi kenyataan secara lebih penuh. Klien sebagai orang yang paling mengetahui dirinya sendiri, dan yang harus menemukan tingkah laku yang lebih pantas bagi dirinya sendiri (Namora, 2011).

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain *Quasy-Experimental* dengan pendekatan *pre post test control group design* untuk mengetahui pengaruh bimbingan berpusat pada klien terhadap tingkat kemandirian. Intervensi di berikan dengan memberikan bimbingan berpusat pada klien pada hari ke-1 dengan 4 tahapan, durasi waktu  $\pm$  60 menit dan di lakukan evaluasi kemandirian setiap hari selama 7 hari. Jumlah Sampel sebanyak 23 sampel kelompok intervensi dan 23 sampel kelompok kontrol di RS dr.Mohammad Zyn Sampang dengan teknik *non probability sampling* dengan *consecutive sampling* dengan kriteria inklusi: Pasien yang belum pernah mendapatkan bimbingan, kooperatif, Menderita DM < 5 tahun, Bisa membaca dan mendengar.

**HASIL**

**A. DATA UMUM**

**Tabel 1.** Karakteristik pasien

| Karakteristik Responden  | Intervensi (n=23) |      | Kontrol (n=23) |      | Total |      |
|--------------------------|-------------------|------|----------------|------|-------|------|
|                          | f                 | %    | f              | %    | f     | %    |
| <b>Umur</b>              |                   |      |                |      |       |      |
| 47-51                    | 10                | 43,5 | 4              | 17,4 | 14    | 30,4 |
| 52-56                    | 4                 | 17,4 | 6              | 26,1 | 10    | 21,7 |
| 57-61                    | 8                 | 34,8 | 6              | 26,1 | 14    | 30,4 |
| 62-61                    | 1                 | 4,3  | 5              | 21,7 | 6     | 13,1 |
| 67-71                    | 0                 | 0    | 1              | 4,3  | 1     | 2,2  |
| 72-76                    | 0                 | 0    | 1              | 4,3  | 1     | 2,2  |
| Total                    | 23                | 100  | 23             | 100  | 46    | 100  |
| <b>Jenis Kelamin</b>     |                   |      |                |      |       |      |
| Laki-Laki                | 10                | 43,5 | 10             | 43,5 | 20    | 43,4 |
| Perempuan                | 13                | 56,5 | 13             | 56,5 | 26    | 56,6 |
| Total                    | 23                | 100  | 23             | 100  | 46    | 100  |
| <b>Lama Menderita DM</b> |                   |      |                |      |       |      |
| < 5 tahun                | 19                | 82,6 | 16             | 69,6 | 35    | 76   |
| > 5 tahun                | 4                 | 17,4 | 7              | 30,4 | 11    | 24   |
| Total                    | 23                | 100  | 23             | 100  | 46    | 100  |

Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa pada kelompok perlakuan sebagian besar pasien pada rentang usia 47-51 tahun (43,5%). Pada kelompok kontrol sebagian besar pasien pada rentang usia 52-56 tahun (26,1%). Jenis kelamin pada kelompok perlakuan sebagian besar pasien berjenis kelamin perempuan (56,5). Pada kelompok kontrol sebagian besar pasien jenis kelamin wanita (56,5%). Lama menderita DM hampir seluruhnya pasien pada kelompok perlakuan (82,6%) dan kelompok kontrol (69,6%) adalah < 5 tahun.

**B. DATA KHUSUS**

Berdasarkan tabel 2 perbedaan kemandirian sebelum intervensi pada kelompok intervensi yaitu 11,48±3,17 setelah diberikan intervensi skor rata-rata tingkat kemandirian yaitu 18,8±1,96. Hasil analisa uji wilcoxon test diperoleh nilai *p-value* = 0.000 yang artinya ada perbedaan signifikan dan terdapat peningkatan skor rata –rata tingkat kemandirian pada kelompok intervensi sebelum dan setelah dilakukan bimbingan berpusat pada klien. Pada kelompok kontrol yang mendapatkan intervensi sesuai standar rumah sakit memiliki skor rata-rata tingkat kemandirian yaitu 16,4±3,9 yang sebelumnya skor rata-rata tingkat kemandirian 12,19±3,3. Hasil analisa uji wilcoxon t-test diperoleh *p-value* = 0.000 yang artinya ada perbedaan skor rata –rata tingkat

kemandirian sebelum dan setelah intervensi sesuai standar rumah sakit.

**Tabel 2.** Perbedaan kemandirian pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

| Tingkat Kemandirian   | Kelompok Perlakuan     |      |           |      | Kelompok Kontrol       |      |          |      |
|-----------------------|------------------------|------|-----------|------|------------------------|------|----------|------|
|                       | Pre                    |      | Post      |      | Pre                    |      | Post     |      |
|                       | n                      | %    | n         | %    | n                      | %    | n        | %    |
| Ketergantungan total  | 0                      | 0    | 0         | 0    | 0                      | 0    | 0        | 0    |
| Ketergantungan berat  | 4                      | 17,4 | 0         | 0    | 2                      | 8,7  | 1        | 4,3  |
| Ketergantungan sedang | 10                     | 43,5 | 0         | 0    | 10                     | 43,5 | 2        | 8,7  |
| Ketergantungan ringan | 9                      | 39,1 | 9         | 39,1 | 11                     | 47,8 | 12       | 52,2 |
| Mandiri               | 0                      | 0    | 14        | 60,9 | 0                      | 0    | 8        | 34,8 |
| Jumlah                | 23                     | 100  | 23        | 100  | 23                     | 100  | 23       | 100  |
| Mean ±SD              | 11,48±3,17             |      | 18,8±1,96 |      | 12,19±3,3              |      | 16,4±3,9 |      |
| Wilcoxon Test         | <i>p-value</i> = 0,000 |      |           |      | <i>p-value</i> = 0,000 |      |          |      |

**Tabel 3.** Analisis perbedaan selisih kemandirian kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol.

| Variabel    | Kelompok   | n  | Mean ±SD  | <i>p - value</i> |
|-------------|------------|----|-----------|------------------|
| Kemandirian | Intervensi | 23 | 7,30±2,29 | 0,001            |
|             | Kontrol    | 23 | 4,25±3,17 |                  |

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan hasil nilai selisih kemandirian kelompok intervensi yaitu 7,30±2,29 dan selisih kemandirian kelompok kontrol yaitu 4,25±3,17. Berdasarkan Hasil uji *independent t-test* yaitu *p-value* = 0,001 terdapat perbedaan nilai selisih skor kemandirian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan bimbingan berpusat pada klien.

**PEMBAHASAN**

**1. Identifikasi tingkat kemandirian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat perbedaan yang signifikan terhadap tingkat kemandirian sebelum dan setelah diberikan intervensi konseling. Pada kelompok perlakuan terjadi peningkatan yang signifikan skor rata- rata tingkat kemandirian artinya pasien mengalami peningkatan kemandirian setelah dilakukan intervensi. Sedangkan pada kelompok kontrol skor rata – ratanya juga mengalami kenaikan yang artinya pada kelompok kontrol terjadi perubahan tetapi tidak signifikan sebelum dan setelah intervensi yang diberikan sesuai standar rumah sakit. Kemandirian adalah kemampuan individu membuat

keputusan dan melaksanakannya dengan penuh tanggung untuk merawat dirinya sehari-hari secara mandiri dalam memenuhi kebutuhan sebagai pribadi didalam keluarga dan masyarakat. *Activity Daily Living* mencakup perawatan diri (makan, berpakaian, makan toileting dan minum, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti bangun dan duduk, berguling di tempat tidur, transfer dan bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto,2005).

Latihan fisik secara rutin terbukti mengurangi sejumlah faktor resiko, misalnya, membantu menurunkan berat badan dan menstabilkan tekanan darah serta memperbaiki kesensitifan insulin. Toleransi glukosa memiliki hubungan positif dengan latihan fisik total, latihan fisik sedang dan latihan fisik sedang selama 5 menit. Kesimpulannya adalah bahwa latihan fisik memiliki hubungan positif terhadap toleransi glukosa. Hasil tersebut menunjukkan bahwa latihan fisik sedang bermanfaat pada pencegahan diabetes mellitus (Perkeni, 2015).

Hal ini di dukung oleh penelitian oleh (Sam, 2017) menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan antara *activity of daily living* dengan terkontrolnya kadar gula darah penderita diabetes mellitus. Saat seseorang melakukan latihan fisik dan kemandirian meningkat, akan terjadi kontraksi otot yang pada akhirnya akan mempermudah glukosa masuk ke dalam sel. Hal tersebut berarti saat seseorang beraktivitas fisik, akan menurunkan resistensi insulin dan pada akhirnya akan menurunkan kadar gula darah. Aktivitas fisik akan meningkatkan rasa nyaman, baik secara fisik, psikis maupun sosial dan tampak sehat. Bagi pasien diabetes melitus, latihan fisik dapat mengurangi resiko kejadian kardiovaskular serta meningkatkan harapan hidup.

Pada penelitian yang lain juga didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara latihan jasmani dengan kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2, dimana nilai *Odds Ratio* (OR) didapatkan yaitu pasien yang latihan jasmaninya kurang berisiko 4,48 kali untuk menderita Diabetes Mellitus Tipe 2 dibandingkan dengan orang yang cukup latihan jasmaninya (Azhar N, 2014).

Kesadaran dan motivasi penderita DM sangat diperlukan dalam proses manajemen mandiri penyakitnya. Hasil penelitian terhadap 39 responden menunjukkan terjadi peningkatan aktivitas perawatan diri pada 37 orang responden (94,9%) setelah 2 minggu model perawatan diri diterapkan; hanya

ditemukan 2 orang responden (5,1%) yang aktivitas perawatan dirinya menurun pada akhir penelitian. Hasil uji statistik menyimpulkan ada pengaruh yang signifikan dari pemberian *nursing agency* terhadap peningkatan aktivitas perawatan diri responden (Purnama Sari, 2017). Penurunan kemampuan dalam memenuhi kebutuhannya terjadi karena penderita mengalami gangguan fisik sehingga membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas pada individu yang sedang meemerkannya atau individu yang sedang sakit. Aktivitas sehari – hari yang sering dilakukan individu seperti makan, mandi, berpakaian, eliminasi, pergerakan, dan kontrol eliminasi (Purnama Sari, 2017).

## 2. Pengaruh bimbingan berpusat pada klien terhadap kemandirian

Hasil penelitian setelah dilakukan implementasi bimbingan berpusat pada klien menunjukkan bahwa terdapat perbedaan secara bermakna rerata selisih skor kemandirian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penilaian pada kelompok intervensi didapatkan sebelum diberikan implementasi bimbingan berpusat pada klien sebagian besar pasien berada pada kemandirian sedang dan setelah intervensi berada pada kemandirian penuh. Sedangkan hasil penilaian pada kelompok kontrol sebagian besar berada pada kemandirian sedang sebelum dan sesudah mendapatkan intervensi standar sesuai dengan protap RSUD dr. Mohammad Zyn Kabupaten Sampang berada pada tingkat kemandirian ringan.

Hasil penelitian (Prihati, 2014) menjelaskan untuk meningkatkan kemandirian pasien Diabetes Mellitus tipe 2 diberikan intervensi *supportive educative system*. Sementara pada penelitian (Konradstottir, Elisabet & Erla, 2011), terdapat hubungan positif kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan anggota keluarga penderita DM melalui pemberian pendidikan kesehatan dan intervensi dukungan keluarga dalam pengembangan ketrampilan dalam merawat pasien dengan DM.

Pada penelitian ini, tingginya angka kemandirian pada pasien dikaitkan dengan keseluruhan pasien yang berusia dewasa. Pasien dewasa dengan DM dipandang sebagai orang yang memiliki kemampuan untuk merawat dirinya sendiri dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, memelihara kesehatan dan untuk mencapai kesejahteraan. Adanya kemampuan perawatan diri pada penderita diabetes mellitus tipe II menyebabkan penderita mampu melakukan upaya pengendalian penyakit DM tipe II sehingga keadaan ini dapat mengurangi komplikasi akut maupun kronik (*Indian Health Diabetes Best Practices*, 2011).

Pemberian edukasi secara berkala pada pasien diabetes mellitus merupakan upaya untuk meningkatkan



kemandirian dan pencegahan komplikasi seperti ulkus diabetik. Adanya kemampuan perawatan diri didukung oleh pengetahuan tentang Diabetes Mellitus serta keyakinan tentang kemampuan diri sehingga responden masih mempunyai kemampuan dalam melakukan *self care*.

## KESIMPULAN

Bimbingan berpusat pada klien dalam sistem suportif edukatif dapat meningkatkan kemandirian pasien. Bimbingan dan arahan yang diberikan oleh perawat dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga perawat bisa membantu individu dalam memelihara kesehatan, memenuhi kebutuhan hidup serta dapat mencapai kesejahteraan. Bimbingan diberikan melalui sistem keperawatan dengan cara berkoordinasi dengan pasien untuk mengenali dan memenuhi kebutuhan (latihan fisik, diet, kesejahteraan psikologis dan praktik kesehatan) serta menjaga kemampuan pasien untuk melaksanakan perawatan diri secara mandiri.

## SARAN

Peneliti menyarankan agar petugas kesehatan dapat meningkatkan pendidikan kesehatan dengan pendekatan bimbingan yang berpusat pada klien tentang penatalaksanaan Diabetes Mellitus dan memberikan motivasi kepada pasien untuk mentaati diet, aktif melakukan kegiatan fisik, rajin mengkonsumsi obat, dan menghindari kondisi stres sehingga kadar gula darah mereka menjadi terkontrol dan meningkatnya kemandirian pasien dalam beraktifitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Baraz, S., Zarea, K., & Bibi, H. (2018). Diabetes dan Metabolic Syndrome : Clinical Research & Reviews Impact of the self-care education program on quality of life in patients with type II diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11(2017), S1065–S1068. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.043>
- Soediono, B. (2015). IDF Diabetes Atlas 2015 summary. *Idf*. <https://doi.org/10.1289/image.ehp.v119.i03>
- Kusnanto. (2012). Self care management - holistic psychospiritual care. *Jurnal Ners, Volume 7*, 99–106.
- Namora, L. L. (2011). *Memahami Dasar - Dasar Konseling Dalam Teori Dan Praktik* ., Jakarta: Kencana Prenada Media Grup.
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... Vivian, E. (2017). Diabetes Self-management Education and

- Support in Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*. <https://doi.org/10.1177/0145721716689694>
- Counseling*, 87(2), 178–185. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.08.013>
- Sam, N. (2017). Analisis Hubungan Activity Of Daily Living (Adl), Aktivitas Fisik Dan Kepatuhan Diet Terhadap Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat, Vol. 2*
- Azhara N, K. L. (2014). Faktor risiko diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas kedungmundu kota semarang. *Jurnal Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro*.
- Purnama Sari, N. putu. (2017). Nursing Agency Untuk Meningkatkan Kepatuhan, Self-Care Agency (Sca) Dan Aktivitas Perawatan Diri Pada Penderita Diabetes Mellitus (Dm). *Jurnal Ners Lentera, Vol. 5*.
- Konradsdottir, Elisabet & Erla, K. S. (2011). How effective is a short-term education and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes. *Journal for Specialist in Pediatric Nursing* 16.
- Indian Health Diabetes Best Practices. (2011). Indian Health Service Division of Diabetes Treatment and Prevention.