

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes tipe 2 disebut non insuline dependent atau adult onset diabetes, ditandai dengan kurangnya produksi insulin (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2013). DM tipe 2 merupakan kombinasi dari resistensi insulin dan kelainan pada produksi insulin pada beta sel pankreas. Seiring berjalannya waktu, disfungsi beta sel pankreas akan semakin parah dan berakibat kekurangan insulin absolut (Peter C. Kurniali, 2013). Diabetes tipe 2 merupakan dampak dari gangguan sekresi insulin dari resistansi terhadap kerja insulin yang sering kali disebabkan oleh obesitas (defisiensi relatif) (Bilous, R., & Donnelly, R. 2015). Menurut PERKENI (2015), DM tipe 2 disebabkan mulai dari dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin. Pada DM tipe 2 reaksi dalam sel kurang efektif karena kurangnya insulin yang berperan dalam menstimulasi glukosa masuk ke jaringan dan pengaturan pelepasan glukosa dihati.

Faktor yang berperan menjadi penyebab perkembangan DM tipe II adalah etnisitas, riwayat keluarga diabetes, kurangnya aktifitas fisik, riwayat diabetes gestasional masa lalu dan usia lanjut. Individu dapat mengalami tanda dan gejala diabetes yang berbeda, serta kadang-kadang mungkin tidak ada tanda-tanda. Tanda umum yang dialami yaitu sering buang air kecil (poliuria), haus yang berlebihan (polidipsia), kelaparan meningkat (polipagia), berat badan menurun, kelelahan, kurangnya minat dan konsentrasi, sebuah sensasi kesemutan atau mati rasa di tangan atau kaki, penglihatan kabur, sering infeksi, lambat penyembuhan

luka, muntah dan sakit perut (IDF, 2017). Penurunan sensitivitas insulin mengganggu penggunaan dan penyimpanan karbohidrat. Hal ini yang akan meningkatkan konsentrasi insulin plasma (hiperinsulinemia) sebagai upaya kompensasi oleh sel beta pankreas terhadap penurunan sensitivitas jaringan terhadap efek metabolisme insulin (Guyton & Hall, 2012). DM tipe 2 bisa terjadi pada anak-anak dewasa dan dewasa, tetapi biasanya terjadi setelah usia 30 tahun. Faktor utama penyebab DM tipe 2 adalah obesitas, karena itu DM tipe 2 cenderung diturunkan secara genetik dalam keluarga (M. adib, 2011).

Pada keadaan resistensi insulin, kerja insulin dihambat hingga kadar glukosa darah akan meningkat, apabila peningkatan sekresi insulin tidak bisa mengimbangi hiperglikemia yang parah, secara perlahan menyebabkan sel-sel beta pankreas menjadi “lelah” untuk menyekresi sejumlah besar insulin (Guyton & Hall, 2012) yang nantinya akan mengakibatkan penurunan fungsi sel beta secara progresif (Suyono, 2009), namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan terus meningkat dan terjadi DM tipe 2. Selain menyebabkan gangguan metabolik, DM juga menyebabkan beragam penyulit kronik yang menjadi penyebab tingginya angka morbiditas dan mortalitas yang berkaitan dengan penyakit ini (PERKENI, 2015).

B. Hipoglikemia

1. Pengertian Hipoglikemip

Hipoglikemi merupakan salah satu komplikasi akut yang dialami oleh penderita diabetes melitus. Hipoglikemi disebut juga sebagai penurunan kadar gula darah yang merupakan keadaan dimana kadar gula darah berada dibawah

normal, yang dapat terjadi karena ketidakseimbangan antara makanan yang dimakan, aktivitas fisik, dan obat-obatan yang digunakan. Sindrom hipoglikemi ditandai dengan gejala klinis antara lain penderita merasa pusing, lemas, gemetar, pandangan menjadi kabur dan gelap, berkeringat dingin, detak jantung meningkat dan terkadang sampai hilang kesadaran (Nugroho, dkk., 2016). Menurut (PERKENI, 2015) Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah < 70 mg/dl. Hipoglikemia adalah penurunan konsentrasi glukosa serum dengan atau tanpa adanya gejala-gejala sistem otonom, Sebagian pasien dengan diabetes dapat menunjukkan gejala glukosa darah rendah tetapi menunjukkan kadar glukosa darah normal. Di lain pihak, tidak semua pasien diabetes mengalami gejala hipoglikemia meskipun pada pemeriksaan kadar glukosa darahnya rendah. Penurunan kesadaran yang terjadi pada penyandang diabetes harus selalu dipikirkan kemungkinan disebabkan oleh hipoglikemia. Hipoglikemia paling sering disebabkan oleh penggunaan sulfonilurea dan insulin. Hipoglikemia akibat sulfonilurea dapat berlangsung lama, sehingga harus diawasi sampai seluruh obat diekskresi dan waktu kerja obat telah habis. Hipoglikemia pada usia lanjut merupakan suatu hal yang harus dihindari, mengingat dampaknya yang fatal atau terjadinya kemunduran mental bermakna pada pasien. Perbaikan kesadaran pada DM usia lanjut sering lebih lambat dan memerlukan pengawasan yang lebih lama.

2. Etiologi Hipoglikemi

Nugroho, dkk (2016) menyatakan bahwa penyebab hipoglikemi yaitu:

- a. Dosis suntikan insulin yang terlalu banyak

Saat menyuntikan obat insulin, hendaknya harus mengetahui dan memahami dosis obat yang akan disuntikan sesuai dengan kondisi gula darah saat

itu. Terkadang pasien tidak dapat memantau kadar gula darahnya sebelum disuntik sehingga dosis yang disuntikan tidak sesuai dengan kadar gula darah saat itu. Oleh karena itu, apabila penderita diabetes menggunakan insulin suntik, maka penderita diabetes harusnya memiliki monitor atau alat periksa gula darah sendiri.

b. Lupa makan atau makan terlalu sedikit

Penderita diabetes sebaiknya mengkonsumsi obat insulin dengan kerja lambat dua kali sehari dan obat yang kerja cepat sesaat sebelum makan. Kadar insulin dalam darah harus seimbang dengan makanan yang dikonsumsi. Jika makanan yang dikonsumsi penderita diabetes kurang, maka keseimbangan ini terganggu dan terjadilah hipoglikemi.

c. Aktifitas terlalu berat

Olahraga atau aktifitas berat lainnya memiliki efek yang mirip dengan insulin. Saat berolahraga akan menggunakan glukosa darah yang banyak sehingga kadar glukosa darah yang banyak sehingga kadar glukosa darah akan menurun.

d. Minum alkohol tanpa disertai makan

Alkohol mengganggu pengeluaran glukosa dari hati sehingga kadar glukosa darah akan menurun

e. Penebalan di lokasi suntikan

Dianjurkan untuk penderita diabetes yang menggunakan suntikan insulin agar merubah lokasi suntikan setiap beberapa hari. Melakukan suntikkan obat dalam waktu lama pada lokasi yang sama akan menyebabkan penebalan jaringan. Penebalan jaringan ini akan penyerapan insulin menjadi lambat.

f. Penyakit yang menyebabkan gangguan penyerapan glukosa

Beberapa penyakit seperti celiac disease dapat menurunkan penyerapan glukosa oleh usus. Hal ini menyebabkan insulin lebih dahulu ada di lira darah dibandingkan dengan glukosa. Insulin yang telah beredar ini akan menyebabkan kadar glukosa darah menurun sebelum glukosa yang baru menggantikannya.

g. Gangguan hormonal

Penderita diabetes terkadang mengalami gangguan hormone glucagon. Hormone ini berguna untuk meningkatkan kadar gula darah. Tanpa hormone ini maka pengendalian kadar gula darah menjadi terganggu.

h. Pemakaian aspirin dosis tinggi

Aspirin dapat menurunkan kadar gula darah bila dikonsumsi melebihi dosis 80 mg

i. Riwayat hipoglikemi sebelumnya

Hipoglikemi yang terjadi sebelumnya mempunyai efek yang masih terasa dalam beberapa waktu. Meskipun saat ini penderita diabetes merasa kondisi membaik tetapi belum menjamin tidak akan mengalami hipoglikemi lagi.

3. Manifestasi Klinis Hipoglikemi

Menurut Nugroho, dkk (2016) tanda dan gejala dari hipoglikemi terdiri dari dua fase antara lain :

a. Fase pertama

Gejala-gejala yang timbul akibat aktivasi pusat autonom di hipotalamus sehingga dilepaskannya hormone epinefrin. Gejalanya berupa palpitasi, keluar banyak keringat, tremor, ketakutan, rasa lapar dan mual.

b. Fase kedua

Gejala-gejala yang terjadi akibat mulai terjadinya gangguan fungsi otak, gejalanya berupa pusing, pandangan kabur, ketajaman mental menurun, hilangnya ketrampilan motorik yang halus, penurunan kesadaran, kejang-kejang, dan koma.

4. Klasifikasi Hipoglikemi

Nugroho, dkk (2016) menyatakan klasifikasi hipoglikemi sebagai berikut.

a. Hipoglikemi ringan (glukosa darah 50-60 mg/dL)

Terjadi jika kadar glukosa darah menurun, system saraf simpatik akan terangsang. Pelimpahan adrenalin ke dalam darah menyebabkan gejala seperti tremor, takikardi, palpitasi, gelisah, dan rasa lapar.

b. Hipoglikemi sedang (glukosa darah <50 mg/dL)

Penurunan kadar glukosa darah dapat menyebabkan sel-sel otak tidak memperoleh bahan bakar untuk bekerja dengan baik. Tanda-tanda gangguan fungsi pada system saraf pusat mencakup ketidakmampuan berkonsentrasi, sakit kepala, vertigo, konfusi, penurunan daya ingat, bicara pelo, gerakan tidak terkoordinasi, penglihatan ganda, dan perasaan ingin pingsan.

c. Hipoglikemi berat (glukosa darah < 35 mg/dL)

Terjadi gangguan pada system saraf pusat sehingga pasien memerlukan pertolongan orang lain untuk mengatasi hipoglikemi yang terjadi. Gejalanya mencakup disorientasi, serangan kejang, pingsan (susah dibangunkan) bahkan kehilangan kesadaran.

5. Pencegahan Hipoglikemi

Menurut suyono,(2015) Untuk pasien yang menggunakan insulin, yaitu sebagai berikut:

1. Tepat dosis insulin

2. Tidak menyuntik terlalu dalam
3. Kurangi dosis insulin bila ada perubahan seperti makan agak kurang
4. berolahraga secara teratur, dan menghindari konsumsi minuman beralkohol secara berlebihan

6. Penanganan Hipoglikemia

Nugroho, dkk (2016) menyatakan bahwa penanganan hipoglikemia yaitu sebagai berikut.

1) Glukosa

Setelah diagnosis hipoglikemi ditegakkan dengan pemeriksaan glukosa darah kapiler, 10-20 gram glukosa oral harus segera diberikan. Idealnya dalam bentuk tablet, jelly atau 150-200 ml minuman yang mengandung glukosa seperti jus buah segar, air gula atau segelas susu. Sebaiknya coklat manis tidak diberikan karena lemak dalam coklat dapat mengabsorpsi glukosa. Apabila belum ada jadwal makan 1-2 jam perlu diberikan tambahan 10-20 gram karbohidrat kompleks.

2) Obat

Glucagon 1 mg intramuscular dapat diberikan dan hasilnya akan tampak dalam 10 menit. Glucagon adalah hormone yang dihasilkan oleh sel pulau pankreas, yang merangsang pembentukan sejumlah besar glukosa dari cadangan karbohidrat di dalam hati. Glucagon tersedia dalam bentuk suntikan dan biasanya mengembalikan gula darah dalam waktu 5-15 menit. Kecepatan kerja glucagon tersebut sama dengan pemberian glukosa intravena. Bila pasien sudah sadar, pemberian glucagon harus diikuti dengan pemberian glukosa oral 20 gram (4 sendok makan) dan dilanjutkan dengan pemberian 40 gram karbohidrat dalam bentuk tepung seperti crackers dan biscuit untuk mempertahankan pemulihan,

mengingat kerja 1 mg glucagon yang singkat (onset atau waktu mulai 8 hingga 10 menit dengan kerja yang berlangsung selama 12 hingga 27 menit. Reaksi insulin dapat kembali dalam waktu 5 sampai 15 menit. Pada keadaan puasa yang panjang atau hipoglikemi yang diinduksi alcohol, pemberian glucagon mungkin tidak efektif. Efektifitas glucagon tergantung dari stimulasi glikogenolisis yang terjadi.

C. Konsep Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua makhluk hidup mulai tumbuh-tumbuhan, binatang dan manusia itu mempunyai aktifitas masing-masing (Notoatmodjo, 2016).

2. Domain perilaku

Menurut Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2016). membagi perilaku manusia kedalam tiga tingkat ranah perilaku sebagai berikut:

a. Pengetahuan (kognitif)

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Menurut (Notoatmodjo, 2016) secara garis besar pengetahuan terbagi menjadi 6 tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu (*know*), diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.
- 2) Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui.

- 3) Aplikasi (*application*), diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.
- 4) Analisis (*analysis*), adalah kemampuan untuk menjabarkan dan/atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.
- 5) Sintesis (*synthesis*), menunjukkan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.
- 6) Evaluasi (*evaluation*), berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu obyek tertentu.

Menurut Nursalam (2013) pengukuran tingkat pengetahuan diukur menggunakan kuesioner dengan menggunakan skala *guttman*. Hasil kuesioner ini memiliki tiga tingkatan tingkat pengetahuan yaitu tingkat pengetahuan baik dengan persentase 76-100%, tingkat pengetahuan cukup dengan persentase 56-75% dan tingkat pengetahuan kurang dengan persentase <56%.

b. Sikap

Menurut Notoatmodjo (2016), sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap tidak dapat dinilai dengan benar atau salah melainkan dengan menggunakan skala Likert, yang kemudian diberikan skor yang dikelompokkan dalam tiga kategori, yaitu baik jika mendapat hasil 76-100%, cukup jika mendapat nilai 56-75%, kurang jika mendapat hasil <56% (Alimul, 2011). Sikap juga mempunyai tingkat berdasarkan intensitasnya, yaitu :

- 1) Menerima (*receiving*), diartikan bahwa seseorang (subjek) mau menerima

stimulus yang diberikan (objek).

- 2) Merespon (*responding*), yaitu memberikan tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- 3) Menghargai (*valving*), yaitu mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), yaitu bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. *Responsible* merupakan sikap yang paling tinggi tingkatannya.

c. Praktik (*practice*) atau tindakan

Menurut Notoatmodjo (2016) praktik adalah melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahui dan disikapi oleh seseorang dan dibedakan menjadi empat tingkatan yaitu :

- 1) Persepsi, yaitu mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil
- 2) Respons terpinpin, yaitu tindakan yang dilakukan seseorang yang masih menggunakan panduan atau tergantung pada tuntunan.
- 3) Mekanisme, yaitu kegiatan atau tindakan yang telah dilakukan secara otomatis, besar, dan tepat dan akan dilakukan kembali tanpa harus diperintah atau ditunggu (kebiasaan)
- 4) Adopsi, yaitu suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang dengan baik. Artinya, yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi menuju tindakan yang lebih berkualitas.

Menurut Nursalam (2013) tindakan dapat diukur menggunakan kuesioner dengan menggunakan skala *guttman*. Hasil kuesioner ini memiliki tiga tingkatan tingkat

tindakan yaitu tingkat tindakan baik dengan persentase 76-100%, tingkat tindakan cukup dengan persentase 56-75% dan tingkat tindakan kurang dengan persentase <56%.

3. Faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2016), perilaku seseorang dipengaruhi oleh dua faktor yaitu :

- a. Faktor internal, yaitu faktor dari dalam yang berhubungan dengan karakteristik orang yang bersangkutan, seperti tingkat kecerdasan, tingkat emosional/stres, jenis kelamin, dan sebagainya
- b. Faktor eksternal, yaitu faktor yang mempengaruhi dari luar seperti lingkungan, sosial budaya, politik, ekonomi, agama, pendidikan, dan sebagainya

4. Teori yang berhubungan dengan perilaku kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2016), teori yang mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu :

- a. Teori Lawrence Green

Green mengungkapkan bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Faktor perilaku itu sendiri dipengaruhi atau dibentuk oleh 3 faktor yaitu :

- 1) Faktor predisposisi (*presdisposing factors*), yakni faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang, terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

- 2) Faktor pendukung (*enabling factor*), yakni faktor-faktor yang memfasilitasi suatu perilaku, terwujud dalam lingkungan fisik, tersedianya sarana dan prasarana kesehatan.
- 3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*), yakni faktor yang mendorong atau memperkuat suatu perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

b. Teori Snehandu B. Kar

Menurut Kar terdapat 5 determinan yang mempengaruhi perilaku yaitu, niat seseorang terhadap objek kesehatan, dukungan sosial dari masyarakat sekitar, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan individu untuk mengambil keputusan/bertindak, situasi yang memungkinkan ia bertindak atau tidak bertindak salah satu situasinya seperti dalam keadaan sakit, banyak masalah/pikiran, maupun stres.

c. Teori WHO

Menurut teori WHO terdapat 4 alasan pokok seseorang berperilaku yang berbeda-beda yaitu pemikiran dan perasaan (pengetahuan, sikap, kepercayaan, penilaian terhadap objek kesehatan), orang penting sebagai referensi, sumber-sumber daya (fasilitas, uang, waktu, tenaga, dsb) dan kebudayaan.

D. Konsep Promosi Kesehatan

1. Pendidikan dan Promosi Kesehatan

Definisi istilah promosi kesehatan dalam ilmu kesehatan masyarakat (*health promotion*) mempunyai dua pengertian. Pengertian promosi kesehatan yang pertama adalah sebagai bagian dari tingkat pencegahan penyakit. Level and Clark, mengatakan adanya 5 tingkat pencegahan penyakit dalam perspektif kesehatan masyarakat, yakni:

- a. *Health promotion* (peningkatan/promosi kesehatan)
- b. *Spesific protection* (perlindungan khusus melalui imunisasi)
- c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera)
- d. *Disability limitation* (membatasi atau mengurangi terjadinya kecacatan)
- e. *Rehabilitation* (pemulihan)

Oleh sebab itu, promosi kesehatan dalam konteks ini adalah peningkatan kesehatan. Dari hasil-hasil studi yang dilakukan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan para ahli pendidikan kesehatan, terungkap memang benar bahwa pengetahuan masyarakat tentang kesehatan sudah tinggi, tetapi praktik mereka masih rendah. Hal ini berarti perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan tidak diimbangi dengan peningkatan atau perubahan perilakunya.

2. Promosi Kesehatan dan Perilaku

Masalah kesehatan masyarakat, termasuk penyakit, ditentukan oleh 2 faktor utama, yaitu faktor perilaku dan non perilaku (fisik, sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya). Oleh sebab itu, upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat juga dapat ditujukan pada kedua faktor utama tersebut. Upaya

intervensi terhadap faktor perilaku dapat dilakukan melalui dua pendekatan, yakni:

a. Pendidikan (*education*)

Pendidikan adalah upaya persuasi atau pembelajaran kepada masyarakat agar masyarakat mau melakukan tindakan-tindakan (praktik) untuk memelihara (mengatasi masalah-masalah), dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan oleh pendidikan kesehatan ini didasarkan kepada pengetahuan dan kesadarannya melalui proses pembelajaran. Sehingga perilaku tersebut diharapkan akan berlangsung lama dan menetap, karena didasari oleh kesadaran.

b. Paksaan atau tekanan (*coercion*)

Paksaan atau tekanan yang dilakukan kepada masyarakat agar mereka melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri. Tindakan atau perilaku sebagai hasil tekanan ini memang cepat, tetapi tidak akan menetap karena tidak didasari oleh pemahaman dan kesadaran untuk apa mereka berperilaku seperti itu.

Berdasarkan keuntungan-keuntungan dan kerugian-kerugian dua pendekatan tersebut, maka pendekatan pendidikanlah paling cocok sebagai upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat, melalui faktor perilaku. Seperti telah diuraikan di depan, bahwa promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan, maka dapat dikatakan bahwa promosi kesehatan merupakan intervensi terhadap faktor perilaku dalam masalah kesehatan masyarakat.

Promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap faktor perilaku kesehatan, maka kegiatannya tidak terlepas dari faktor-faktor yang menentukan perilaku tersebut. Dengan perkataan lain, kegiatan promosi kesehatan harus disesuaikan dengan determinan (faktor yang mempengaruhi perilaku itu sendiri). Menurut Lawrence Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2016), perilaku ini ditentukan oleh 3 faktor utama, yakni :

a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku pada diri seseorang atau masyarakat, adalah pengetahuan dan sikap seseorang atau masyarakat tersebut terhadap apa yang akan dilakukan.

b. Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin atau pendukung (*enabling*) perilaku adalah fasilitas, sarana atau prasarana yang mendukung atau yang memfasilitasi terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

c. Faktor penguat (*reinforcing factors*)

Pengetahuan, sikap, dan fasilitas yang tersedia kadang-kadang belum menjamin terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.

Berdasarkan 3 faktor determinan perilaku tersebut, maka kegiatan promosi kesehatan sebagai pendekatan perilaku hendaknya diarahkan kepada 3 faktor tersebut.

a. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor predisposisi adalah dalam bentuk pemberian informasi atau pesan kesehatan dan penyuluhan kesehatan. Tujuan kegiatan ini memberikan atau meningkatkan pengetahuan dan

sikap tentang kesehatan, yang diperlukan oleh seseorang atau masyarakat, sehingga akan memudahkan terjadinya perilaku sehat pada mereka.

- b. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor pemungkin (*enabling*) adalah memberdayakan masyarakat melalui pengorganisasian atau pengembangan masyarakat. Dengan kegiatan ini, diharapkan masyarakat mampu untuk memfasilitasi diri mereka atau masyarakat sendiri untuk berperilaku sehat.
- c. Kegiatan promosi kesehatan yang ditujukan kepada faktor penguat (*reinforcing*) adalah berupa pelatihan-pelatihan kepada para tokoh masyarakat, baik formal maupun informal.

3. Strategi Promosi Kesehatan

Strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal yaitu :

- a. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan di berbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan.

- b. Dukungan sosial (*Social support*)

Strategi dukungan sosial ini adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh masyarakat (toma), baik tokoh masyarakat formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar para tokoh masyarakat, sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai (pelaksana program kesehatan) dengan masyarakat (penerima program) kesehatan..

c. Pemberdayaan masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain; penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat.

4. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup atau bidang garapan promosi kesehatan baik sebagai ilmu (teori) maupun sebagai seni (aplikasi) mencakup berbagai bidang atau cabang keilmuan lain. Ilmu-ilmu yang dicakup promosi kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 2 bidang, yaitu :

- a. Ilmu perilaku, yakni ilmu-ilmu yang menjadi dasar dalam membentuk perilaku manusia, terutama psikologi, antropologi, dan sosiologi.
- b. Ilmu-ilmu yang diperlukan untuk intervensi perilaku (pembentukan dan perubahan perilaku), antara lain pendidikan, komunikasi, manajemen, kepemimpinan, dan sebagainya.

Disamping itu, promosi kesehatan juga didasarkan pada dimensi dan tempat pelaksanaannya; oleh sebab itu ruang lingkup promosi kesehatan dapat didasarkan kepada 2 dimensi, yaitu dimensi aspek sasaran pelayanan kesehatan, dan dimensi tempat, pelaksanaan promosi kesehatan atau tatanan (*setting*).

Promosi kesehatan mencakup 4 pelayanan, yaitu :

- a. *Promosi kesehatan pada tingkat promotif*

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat pelayanan promotif adalah pada kelompok orang sehat, dengan tujuan agar mereka mampu meningkatkan kesehatannya.

b. *Promosi kesehatan pada tingkat preventif*

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah kelompok orang sehat juga terutama yang beresiko tinggi (*high risk*), misalnya kelompok ibu hamil dan menyusui, para perokok, kelompok obesitas (kegemukan), para pekerja seks, dan sebagainya. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah untuk mencegah kelompok-kelompok tersebut agar tidak jatuh atau menjadi/ terkena sakit (*primary prevention*).

c. *Promosi kesehatan pada tingkat kuratif*

Sasaran promosi kesehatan pada tingkat ini adalah para penderita penyakit (pasien), terutama untuk penderita penyakit-penyakit kronis seperti: asma, diabetes melitus (gula) tuberculosis, rematik, hipertensi, dan sebagainya. Tujuan promosi kesehatan pada tingkat ini agar kelompok ini mampu mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah (*secondary prevention*).

d. *Promosi kesehatan pada tingkat rehabilitatif*

Promosi kesehatan pada tingkat ini mempunyai sasaran pokok kelompok penderita atau pasien yang baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit. Tujuan utama promosi kesehatan pada tingkat ini adalah agar mereka ini segera pulih kembali kesehatannya, dan atau mengurangi kecacatan seminimal mungkin. Dengan perkataan lain, promosi kesehatan pada tahap ini adalah pemulihan dan mencegah kecacatan akibat penyakitnya (*tertiary prevention*).

5. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Dengan perkataan lain, metode dan teknik promosi kesehatan, adalah dengan cara dan alat apa yang digunakan oleh pelaku promosi kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan atau menstransformasikan perilaku kesehatan kepada sasaran atau masyarakat. Berdasarkan sarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu :

a. *Metode promosi kesehatan individual*

Metode ini digunakan apabila antara promotor kesehatan dan sasaran atau kliennya dapat berkomunikasi langsung, baik bertatap muka (*face to face*) maupun melalui sarana komunikasi lainnya, misalnya telepon. Cara ini paling efektif, karena antara petugas kesehatan dengan klien dapat saling berdialog, saling merespons dalam waktu yang bersamaan. Metode dan teknik promosi kesehatan individual ini yang terkenal adalah “*counselling*”.

b. *Metode promosi kesehatan kelompok*

Teknik dan metode promosi kesehatan kelompok ini digunakan untuk sasaran kelompok. Sasaran kelompok dibedakan menjadi dua, yakni kelompok kecil dan kelompok besar. Disebut kelompok kecil kalau kelompok sasaran terdiri antara 6-15 orang, sedang kelompok besar bila sasaran tersebut di atas 15 sampai dengan 50 orang. Oleh sebab itu, metode promosi kesehatan kelompok juga dibedakan menjadi 2 yaitu :

- 1) Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok kecil, misalnya: diskusi kelompok, metode curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow ball*), bermain peran (*role play*), metode permainan simulasi (*simulation game*), dan sebagainya. Untuk mengefektifkan metode ini perlu dibantu dengan alat bantu atau media, misalnya: lembar balik (*flip chart*), alat peraga, slide, dan sebagainya.
- 2) Metode dan teknik promosi kesehatan untuk kelompok besar, misalnya: metode ceramah yang diikuti atau tanpa diikuti dengan tanya jawab, seminar, loka karya, dan sebagainya. Untuk memperkuat metode ini perlu dibantu pula dengan alat bantu misalnya, *overhead projector, slide projector, film, sound system*, dan sebagainya.

c. *Metode promosi kesehatan massa*

Apabila sasaran promosi kesehatan adalah massal atau publik, maka metode-metode dan teknik promosi kesehatan tersebut tidak akan efektif, karena itu harus digunakan metode promosi kesehatan massa. Metode dan teknik promosi kesehatan untuk massa yang sering digunakan adalah :

- 1) Ceramah umum (*public speaking*), misalnya di lapangan terbuka dan tempat-tempat umum (*public places*)
- 2) Penggunaan media massa elektronik, seperti radio dan televisi.
- 3) Penggunaan media cetak, seperti koran, majalah, buku, *leaflet*, selebaran, poster, dan sebagainya.
- 4) Penggunaan media di luar ruang, misalnya: *billboard*, spanduk, umbul-umbul, dan sebagainya.

E. Pengaruh Promosi Kesehatan terhadap Perilaku Pencegahan Hipoglikemia pada Pasien Diabetes Mellitus tipe 2

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi saat pankreas tidak lagi mampu membuat insulin, atau bila tubuh tidak dapat memanfaatkan insulin yang dihasilkannya dengan baik (International Diabetes Federation, 2015). Semua tipe diabetes dapat menyebabkan berbagai komplikasi dan juga dapat meningkatkan risiko kematian (World Health Organization, 2016). Komplikasi diabetes melitus terbagi menjadi komplikasi akut dan kronis. Komplikasi akut pada diabetes melitus merupakan keadaan darurat yang harus mendapat perawatan dan pengobatan yang cepat dan adekuat. Ada beberapa jenis komplikasi akut pada diabetes mellitus, yaitu salah satunya hipoglikemia

Penyuluhan untuk rencana pengelolaan sangat penting untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Edukasi diabetes adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi pasien diabetes yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat optimal, dan penyesuaian keadaan psikologik serta kualitas hidup yang lebih baik. Edukasi merupakan bagian integral dari asuhan perawatan pasien diabetes (Basuki, 2009). Promosi kesehatan adalah memasarkan atau menjual atau memperkenalkan pesan-pesan kesehatan atau upaya-upaya kesehatan, sehingga masyarakat menerima atau membeli (dalam arti menerima perilaku kesehatan) atau mengenal pesan-pesan kesehatan tersebut, yang akhirnya masyarakat mau berperilaku hidup sehat (Notoatmodjo, 2016).

Penyuluhan bagi penyandang diabetes beserta keluarganya mutlak diperlukan. Penyuluhan diperlukan karena penyakit diabetes adalah penyakit yang

berhubungan dengan gaya hidup. Penyandang diabetes yang mempunyai pengetahuan yang cukup tentang diabetes, kemudian selanjutnya mengubah perilakunya, akan dapat mengendalikan kondisi penyakitnya sehingga ia dapat hidup lebih berkualitas (Basuki, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian Zahratih, dkk pada tahun 2014 mengenai pengaruh pendidikan kesehatan tentang pencegahan hipoglikemia terhadap kejadian hipoglikemia pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kendalkerep Malang, terdapat hasil yang berpengaruh signifikan pada pendidikan kesehatan tentang pencegahan hipoglikemia terhadap kejadian hipoglikemia pada penderita DM tipe 2. Menurut peneliti lain Riki Ristanto, pada tahun 2015 mengenai *Pencegahan Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2* di wilayah Malang, dapat disimpulkan bahwa Hipoglikemia merupakan komplikasi akut yang dapat berdampak fatal bagi pasien dengan DM tipe 2.