

**PENGARUH VIDEO EDUKASI DIET DIABETES MELLITUS
TERHADAP KEPATUHAN DIET PADA PASIEN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI RSU UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH CIREBON**

SKRIPSI



Oleh:

WISNU INDRA LESMANA

231711045

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
CIREBON**

2024

**PENGARUH VIDEO EDUKASI DIET DIABETES MELLITUS
TERHADAP KEPATUHAN DIET PADA PASIEN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI RSU UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH CIREBON**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Cirebon



Oleh:

WISNU INDRA LESMANA

231711045

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH CIREBON
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
CIREBON**

2024

SKRIPSI

**PENGARUH VIDEO EDUKASI DIET DIABETES MELLITUS
TERHADAP KEPATUHAN DIET PADA PASIEN DIABETES
MELLITUS TIPE 2 DI RSU UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH CIREBON**

Oleh:

WISNU INDRA LESMANA

NIM: 231711045

Telah dipertahankan di hadapan penguji proposal skripsi

Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Cirebon

Pada tanggal ...

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

(Ns. Riza Arisanti L., S.Kep., M.Kep.) (Ns. Rizaluddin Akbar, S.Kep., M.Kep)

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Uus Husni Mahmud, S.Kp, M.Si.

Judul Skripsi : Pengaruh Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus
Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus
Tipe 2 Di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon
Nama Mahasiswa : Wisnu Indra Lesmana
NIM 231711045

Menyetujui,

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,

Ns. Riza Arisanti L., S.Kep., M.Kep. Ns. Rizaluddin Akbar, S.Kep., M.Kep.

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : Wisnu Indra Lesmana

NIM 231711045

Judul Penelitian : Pengaruh Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus
Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes
Mellitus Tipe 2 Di RSUD Universitas
Muhammadiyah Cirebon

Menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan yang lain atau di perguruan tinggi lain. Sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebut dalam daftar pustaka.

Cirebon, 23 Mei 2024

Materai 10.000

(Wisnu Indra Lesmana)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan puji sukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan semua umat, Tuhan seluruh alam dan Tuhan dari segala hal yang telah memberi rahmat dan karunianya sehingga saya dapat menyelesaikan penulisan proposal skripsi dengan judul “Pengaruh Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon”.

Saya menyadari bahwa penulisan proposal skripsi ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya *Ridho Illahi*, dukungan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini dengan rendah hati dan rasa hormat yang besar saya mengucapkan „*Alhamdulillahirobilalamin*“ beserta terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Bapak Uus Husni Mahmud, S.Kp., M.Si
2. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon Bapak Asep Novi Taufiq Firdaus, M.Kep, Ners
3. Ibu Riza Arisanti L., S.Kep, Ners., M.Kep. selaku pembimbing 1 yang telah memberi dorongan, saran dan ilmu dalam proses pembuatan proposal skripsi.
4. Bapak Rizaluddin Akbar, S.Kep, Ners., M.Kep. selaku pembimbing 2 yang telah memberi masukan dan memberikan dukungan penuh dalam pembuatan proposal skripsi saya.
5. Seluruh dosen dan staf karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Cirebon yang telah mendidik dan memfasilitasi proses pembelajaran di Kampus FIKES UMC.
6. Kepala dan seluruh karyawan RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon yang telah memberikan kesempatan untuk peneliti melakukan penelitian.

Akhirnya saya sebagai makhluk yang tidak sempurna memohon maaf apabila ada kesalahan baik secara teknik, format ataupun isi dari proposal skripsi saya. Harapan saya semoga proposal skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi masyarakat.

Cirebon, 23 Mei 2024

(Wisnu Indra Lesmana)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Landasan Teori	11
2.2 Kerangka Teori.....	58
2.3 Kerangka Konsep.....	59
2.4 Hipotesis.....	59
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	60
3.1 Desain Penelitian	60
3.2 Populasi dan Sampel	61
3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
3.4 Variabel Penelitian.....	66
3.5 Definisi Operasional	67
3.6 Instrumen Penelitian	68
3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	69
3.8 Prosedur Pengumpulan Data	71
3.9 Pengolahan Data	73
3.10 Analisis Data	74
3.11 Etika Penelitian.....	75

DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN	88

DAFTAR TABEL

Tabel

2.1	Komposisi Diet A dan Diet B	35
3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar

2.1	Kerangka Teori Penelitian	58
2.2	Kerangka Konsep	59

Lampiran 1	SOP Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus	89
Lampiran 2	Kisi-kisi Kuesioner Kepatuhan Diet Pasien DM Tipe 2	91
Lampiran 3	Kuesioner Penelitian Kepatuhan Diet Pasien DM Tipe 2	93

ABSTRAK

WisnuLesmanaIndra.NIM 231711045. PENGARUH VIDEO DIET DIABETUS MILLITUS TIPE 2 TERHADAP KEPATUHAN DIET PADA PASIEN DIABETUS MILITUS TIPE 2 DIRSU MUHAMMADIYAH CIREBON

Pembimbing I: Ns . Riza Arisanti, S.Kep.M.kep

Pembimbing II: Ns.Rizaludin Akbar, S.Kep., M.Kep

Diabetes Millitus tipe 2 merupakan masalah kesehatan serius yang memerlukan edukasi diet. Kualitas hidup pasien yang menjalani perawatan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk lama waktu menjalani perawatan tersebut.

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi lama menjalani hemodialisis, mengidentifikasi kualitas hidup pada pasien dm tipe 2, dan menganalisis hubungan antara lama menjalani perawatan di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Cirebon.

Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional dengan teknik purposive sampling. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang terdiri dari demografi, lama menjalani perawatan, dan kuesioner kualitas hidup pasien dm tipe 2. Analisis data dilakukan dengan uji korelasi Spearman.

Kesimpulan dari penelitian ini lama menjalani perawatan memiliki hubungan yang signifikan dan positif dengan kualitas hidup pasiendm tipe 2. Semakin lama pasien menjalani hemodialisis, kualitas hidup mereka cenderung semakin baik.

Kata Kunci : *Kepatuhan diet pada pasien diabetes millitus*

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang terjadi baik saat pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula dalam darah. Hiperglikemia atau peningkatan kadar gula darah merupakan efek umum diabetes mellitus yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (WHO, 2019). Diagnosis diabetes mellitus dapat ditegakkan apabila hasil pemeriksaan glukosa darah dengan gula darah sewaktu lebih besar atau sama dengan 200 mg/dl, glukosa darah puasa lebih besar atau sama dengan 126 mg/dl, dan kadar gula darah lebih besar atau sama dengan 200 mg/dl pada 2 jam setelah beban gula 75 pada tes toleransi glukosa (Qanita, 2011).

Penyakit tidak menular sekarang menjadi ancaman utama bagi kesehatan global. Prevalensi diabetes mellitus yang paling sering terjadi di masyarakat yaitu diabetes mellitus tipe 2 (Isnaini & Ratnasari, 2018). Prevalensi diabetes mellitus tipe 2 terhitung 90% dari semua diabetes dan merupakan salah satu yang tertinggi di dunia. Menurut *International Federation (IDF)* sekitar 1,5 miliar orang dengan diabetes. Berdasarkan data, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan 2,2 juta kematian akibat diabetes (Saeedi, Petersohn, Salpea, Malanda, Karuranga, Unwin, Colagiuri, Guariguata, Motala, Ogurtsova, Shaw, Bright, Williams & Rhys, 2019). Menurut *World Health*

Organization (WHO) tahun 2019, angka diabetes di dunia pada tahun 2019 sebanyak 415 juta jiwa dan diperkirakan akan meningkat menjadi 464 juta jiwa pada tahun 2040.

Menurut *Data Sample Registration Survey* angka kematian yang disebabkan oleh penyakit diabetes menduduki nomor 3 tertinggi di Indonesia (Sumarlan, 2020). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2018) prevalensi DM di Jawa Barat mencapai 1,74% (diperkirakan 570.611 penderita diabetes) (Riskesdas, 2018). Pada tahun 2021, Dinas Kesehatan Jawa Barat menemukan sejumlah 46.837 orang dengan diabetes dan 17.379 atau 37,1% di antaranya tidak mendapatkan perawatan kesehatan yang layak sesuai standar pemerintah (Riskesdas, 2021). Oleh karena itu, Indonesia juga menghadapi risiko diabetes yang sama dengan dunia.

Provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi diabetes mellitus berdasarkan diagnosis dokter yang sangat dipengaruhi oleh aturan pada pencatatan rekam medis yaitu sebesar 1,7 % pada tahun 2018 (Infodatin, 2020). Didapatkan data dari Dinas Kesehatan Kota Cirebon jumlah penderita diabetes mellitus yang tidak tergantung pada insulin atau yang biasa disebut dengan diabetes mellitus tipe 2, yaitu sebesar 5.843 kasus yang tercatat pada tahun 2020 (Dinkes Kota Cirebon, 2020). Diabetes mellitus merupakan penyakit tidak menular ke-2 setelah hipertensi.

Rumah Sakit Umum Universitas Muhammadiyah Cirebon merupakan salah satu rumah sakit dengan kasus diabetes mellitus tipe 2 di Kabupaten Cirebon. Dengan jumlah kasus sebanyak 2.900 kasus pasien rawat jalan dan sebanyak 554 kasus pasien rawat inap dengan DM tipe 2 di sepanjang tahun

2023. Selain uraian di atas, didukung oleh studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti yang memperoleh data penyakit diabetes mellitus tipe 2 di RSU Universitas Muhammadiyah Cirebon.

Diabetes mellitus memiliki dampak yang sangat berbahaya karena dapat menimbulkan komplikasi. Komplikasi diabetes mellitus terjadi pada organ tubuh dengan 50% kematian akibat penyakit jantung koroner dan 30% akibat gagal jantung. Selain kematian, diabetes mellitus juga dapat menyebabkan kecacatan, hingga 30% pasien diabetes mellitus mengalami kebutaan akibat komplikasi dari retinopati dan 10% memerlukan amputasi (Bustan, 2015).

Menurut Perkeni (2015) menyebutkan terdapat empat pilar utama dalam pengelolaan diabetes mellitus yaitu edukasi (pendidikan kesehatan), terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologik. Untuk mencapai fokus pengelolaan diabetes mellitus yang optimal maka perlu adanya keteraturan terhadap empat pilar utama tersebut. Salah satu hal yang terpenting bagi pasien diabetes mellitus adalah pengendalian kadar gula darah, maka pasien perlu memahami mengenai hal-hal yang mempengaruhi pengendalian kadar gula darah. Pengendalian kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus berhubungan dengan faktor diet atau perencanaan makan, karena gizi mempunyai kaitan dengan penyakit diabetes mellitus (Perkeni, 2015). Pengaturan diet merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan diabetes mellitus (Perkeni, 2015).

Hal yang sangat penting diperhatikan adalah pola makan yang disiplin dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan (3J). Terapi diabetes mellitus tergantung pada pasien diabetes karena keberhasilan suatu pengobatan tidak

hanya dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan, sikap dan keterampilan petugasnya. Sikap dan pola hidup pasien beserta keluarganya, tetapi dipengaruhi juga oleh kepatuhan pasien terhadap pengobatannya (Raihan, Erwin & Dewi, 2014).

Kepatuhan diet merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan penyakit diabetes mellitus. Hal tersebut dikarenakan perencanaan makan merupakan salah satu dari 4 pilar utama dalam pengelolaan diabetes mellitus (Perkeni, 2015). Kepatuhan pasien terhadap prinsip gizi dan perencanaan makan merupakan salah satu kendala bagi pasien diabetes mellitus, pasien diabetes banyak yang merasa tersiksa sehubungan dengan jenis dan jumlah makanan yang dianjurkan (Maulana, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Tera (2011) mengatakan bahwa determinan ketidakpatuhan diet penderita DM tipe 2 dari 13 responden menunjukkan tidak ada responden yang melakukan pengaturan makan sesuai jumlah energi, jenis makanan dan jadwal makanan yang dianjurkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Phitri & Widiyaningsih (2013) memperlihatkan bahwa kepatuhan menjalankan program diet sebagian besar tidak patuh sebanyak (56,9%). Penelitian Kartika (2017) menyebutkan bahwa 78% responden belum patuh dalam pengaturan jadwal makan karena sebagian besar responden tidak terbiasa makan pagi. Hasil penelitian Norita (2019) didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden tidak patuh terhadap diet DM, dimana masih banyak responden yang masih kurang mengerti tentang makanan yang dapat menyebabkan terjadinya komplikasi DM. Menurut penelitian Bertalina & Purnama (2017), diketahui bahwa lebih banyak

responden yang belum mematuhi diet diabetes (60%). Penelitian Andyani (2017), menyebutkan bahwa tingkat ketidakpatuhan yang tinggi berada pada item jumlah makanan yang dikonsumsi responden yaitu sebanyak 84,4%.

Penyebab ketidakpatuhan pasien diabetes mellitus dalam menjalankan terapi adalah tidak memahami dan salah memahami tentang manfaat diet. Selain itu, ketidakpatuhan terhadap pengaturan diet pasien diabetes mellitus juga dapat disebabkan oleh beberapa faktor antara lain pendidikan, pengetahuan, serta kejenuhan dalam pengobatan. Oleh karena itu, pengetahuan yang baik akan membantu seseorang untuk selalu berperilaku patuh terhadap terapi tersebut. Salah satu upaya yang dapat digunakan untuk meningkatkan kepatuhan individu adalah dengan melakukan edukasi kesehatan.

Edukasi kesehatan mampu meningkatkan pengetahuan, merubah kesadaran dan perilaku sehingga individu atau masyarakat ikut berpartisipasi dalam meningkatkan derajat kesehatan. Edukasi adalah pembelajaran, keterampilan, pengetahuan serta kebiasaan melalui proses pengajaran, pelatihan dan penelitian. Edukasi sendiri memiliki tujuan meningkatkan kecerdasan, merubah perilaku dan meningkatkan keterampilan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan edukasi adalah faktor petugas, faktor sasaran dan faktor proses dalam edukasi yaitu alat peraga seperti poster, leaflet dan media video (Bachtiar, 2016).

Sebagai calon tenaga kesehatan harus dapat memberi informasi yang benar melalui edukasi dengan menggunakan media yang tepat. Alat peraga yang digunakan adalah media video, kemudian media video yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah media berbentuk video animasi

bergerak, yang berdurasi 10 menit dan didalamnya menggunakan Bahasa Indonesia agar mudah dipahami oleh semua kalangan masyarakat. Dalam media video ini juga dibuat secara inovatif berupa tulisan, suara dan gambar yang menarik yang telah dimodifikasi sendiri oleh pembuat. Alasan mengapa menggunakan media video karena media video dapat menumbuhkan minat belajar, memperjelas pesan yang ingin disampaikan, membuat lebih aktif seperti mengamati, melakukan dan mendemonstrasikan.

Media video mampu menampilkan materi-materi secara ringkas, jelas, dan mudah dipahami, hal tersebut dapat mempermudah pemahaman dan memperkuat ingatan individu. Edukasi dengan menggunakan media video pembelajaran menjadi lebih variatif, menarik, dan menyenangkan. Waktu pelaksanaan pemutaran video juga tidak memakan waktu yang lama, semua pesan dapat disampaikan serta dapat diterima oleh individu. Edukasi dengan media video ditayangkan dan ditangkap dengan melibatkan alat indera yaitu penglihatan dan pendengaran. Semakin banyak indera yang digunakan, maka masuknya informasi akan semakin mudah. Kurang lebih 75%-90% seseorang meningkatkan pengetahuannya dengan melihat dan mendengar yang diperoleh dari pancaindera (Bachtar, 2016).

Hasil Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang Perawatan Umum (RPU) RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon pada tanggal 10 Mei 2024 berdasarkan data rekam medik yang ada bahwa banyak pasien yang telah terdiagnosa diabetes mellitus tipe 2 yang menjalani perawatan di ruang tersebut. Dalam 3 bulan terakhir terdapat jumlah pasien sebanyak 106 pasien rawat inap dan sebanyak 1581 pasien dengan rawat jalan. Dari hasil wawancara

pada perawat dan 5 pasien yang memiliki diabetes mellitus tipe 2 didapatkan hasil bahwa 3 pasien belum memahami diet yang tepat untuk pasien diabetes mellitus tipe 2, pasien juga mengatakan tidak memahami bagaimana cara mengatur diet pasien diabetes mellitus tipe 2 berdasarkan prinsip 3 J.

Selain itu, terjadi kesalahan persepsi pada pasien karena kebanyakan dari mereka menganggap jika pasien diabetes mellitus tidak boleh mengonsumsi gula jika ingin kadar gula darahnya terkontrol. Sedangkan 2 pasien yang lainnya ada yang mengetahui tentang diet untuk pasien diabetes mellitus tetapi mereka mengatakan pasien merasa jenuh. Mereka ingin mencoba makanan yang enak, ada juga yang mengatakan tidak bisa menghilangkan ngemil dan makan sembarangan.

Diharapkan dengan diberikannya edukasi kesehatan melalui media video, pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon dapat mengontrol kadar gula darah. Oleh karena itu, angka kejadian diabetes mellitus di rumah sakit tersebut dapat menurun. Masyarakat menjadi tahu dan paham akan pentingnya diet bagi pasien diabetes mellitus tipe 2 sebagai upaya mengontrol kadar gula darah menjadi normal. Berdasarkan fenomena di atas, peneliti tertarik untuk mendalami fenomena tersebut dengan melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dan fenomena yang ditemukan oleh peneliti di lapangan, menurut data dan fakta empiris yang didapatkan, maka peneliti mencoba membuat rumusan masalah dalam bentuk pertanyaan penelitian, yaitu “Apakah ada pengaruh video edukasi diet diabetes mellitus terhadap kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSU Universitas Muhammadiyah Cirebon?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Untuk mengetahui pengaruh video edukasi diet diabetes mellitus terhadap kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSU Universitas Muhammadiyah Cirebon.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1.3.2.1 Mengidentifikasi tingkat kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 sebelum diberikan edukasi dengan media video.
- 1.3.2.2 Mengidentifikasi tingkat kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 sesudah diberikan edukasi dengan media video.
- 1.3.2.3 Menganalisis pengaruh kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 sebelum dan sesudah diberikan edukasi dengan media video.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1.4.1.1 Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi, menambah pengetahuan dan wawasan dalam mengembangkan ilmu keperawatan khususnya dalam ilmu keperawatan medikal bedah. Serta dapat dijadikan salah satu sumber bacaan, referensi, dan sumber kepustakaan tentang pengaruh edukasi dengan media video terhadap kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

1.4.1.2 Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan dapat digunakan sebagai bahan tambahan (referensi), informasi dan perbandingan untuk penelitian selanjutnya agar bisa meneliti variabel lain yang berhubungan dengan penyakit diabetes mellitus tipe 2.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan kepada profesi perawat untuk memberikan intervensi keperawatan berupa edukasi dengan media video mengenai kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 serta untuk menambah pengetahuan serta wawasan profesi dalam menangani pasien diabetes mellitus tipe 2.

1.4.2.2 Pasien DM dan Keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat kepada pasien diabetes mellitus tipe 2 dan keluarga untuk menambah pengetahuan dan menjadi bahan masukan agar mampu mengontrol tingkat kadargula darahnya.

1.4.2.3 Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat kepada Rumah Sakit sebagai bahan informasi dan masukan bagi Rumah Sakit untuk mengintegrasikan informasi tersebut dengan program yang telah ada sebagai bentuk pengembangan program dalam penatalaksanaan pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Diabetes Mellitus Tipe 2

2.1.1.1 Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang terjadi baik saat pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula dalam darah. Hiperglikemia atau peningkatan kadar gula darah merupakan efek umum diabetes mellitus yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (WHO, 2019).

Diabetes mellitus adalah gangguan kesehatan berupa kumpulan gejala yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah (glukosa) akibat defisiensi atau resistensi insulin (Bustan, 2015). Diabetes mellitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemi) akibat kelainan sekresi insulin, resistensi insulin, atau keduanya. Hiperglikemia jangka panjang (kronis) pada diabetes akan menyebabkan disfungsi dan kegagalan berbagai

organ, terutama pada mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah (Yunitasari, Yuniarti, Mintarsih, & Noor, 2019).

2.1.1.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus

1) Diabetes mellitus tipe 1 (Insulin Dependen Diabetes Mellitus atau IDDM)

Diabetes mellitus tipe 1 (IDDM) terjadi ketika pankreas tidak mampu atau kurang mampu memproduksi insulin, sehingga insulin di dalam tubuh sedikit atau tidak ada sama sekali. Glukosa dalam darah menumpuk karena tidak dapat diangkut ke dalam sel. Diabetes tipe ini bergantung pada insulin sehingga pasien membutuhkan suntikan insulin. Dengan demikian, jenis diabetes mellitus tipe ini ditemukan terutama pada anak yang berusia muda, setidaknya sebelum usia 35 tahun. (Bustan, 2015).

2) Diabetes mellitus tipe 2 (Non Insulin Dependen Diabetes Mellitus atau NIDDM)

Diabetes mellitus tipe 2 (NIDDM) merupakan penyakit diabetes mellitus yang paling umum di Indonesia. Penderita tipe ini biasanya terdeteksi pada usia 40 tahun ke atas dengan berat badan berlebih. Selain itu, diabetes mellitus tipe 2 dipengaruhi oleh genetik, keluarga, obesitas, diet tinggi lemak, dan aktivitas fisik (Bustan, 2015).

3) Diabetes Mellitus Gestasional

Diabetes tipe ini terjadi selama kehamilan. Biasanya

pada trimester kedua dan ketiga. Pasien dengan diabetes gestasional memiliki risiko tinggi terkena diabetes yang bertahan selama 5-10 tahun setelah melahirkan (Care & Suppl, 2019).

4) Diabetes Mellitus Tipe Lain

Diabetes tipe ini terjadi karena penyebab lain. Seperti kelainan genetik pada fungsi sel beta, kelainan genetik pada kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, penyakit endokrin-metabolik, penyakit iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan kelainan genetik lainnya (Care & Suppl, 2019).

2.1.1.3 Etiologi Diabetes Mellitus Tipe 2

Menurut Clevo (2012) menyebutkan bahwa etiologi diabetes mellitus masih belum diketahui sepenuhnya, namun ada beberapa faktor penyebab diabetes mellitus yang disesuaikan dengan tipenya. Diabetes mellitus tipe 2 terjadi karena penurunan sensitivitas insulin atau penurunan produksi insulin. Diabetes mellitus tipe 2 ini sering terjadi pada usia awal masa dewasa yaitu di atas usia 45 tahun. Diabetes mellitus tipe 2 berkembang sangat lambat sehingga terkadang tidak terdeteksi. Gula darah tinggi dapat menyebabkan kelemahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, proses penyembuhan luka yang lama, infeksi vagina, dan gangguan penglihatan (Clevo, 2012).

2.1.1.4 Patofisiologi Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 resistensi insulin pada otot dan liver serta kegagalan sel beta pankreas telah dikenal sebagai patofisiologi kerusakan sentral dari diabetes mellitus tipe 2. Belakangan diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat daripada yang diperkirakan sebelumnya. Selain otot, liver dan sel beta, organ lain seperti: jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi inkretin), sel alpha pankreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa), dan otak (resistensi insulin), kesemuanya ikut berperan dalam menimbulkan terjadinya gangguan toleransi glukosa pada diabetes mellitus tipe 2 (Perkeni, 2015).

2.1.1.5 Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2

Faktor risiko diabetes mellitus dapat dikelompokkan menjadi 2. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah ras dan etik, umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan diabetes mellitus, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram, dan riwayat lahir dengan berat badan rendah (kurang dari 2500 gram). Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi erat kaitannya dengan perilaku hidup yang kurang sehat, seperti berat badan lebih, obesitas abdominal/sentral, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dislipidemia, diet yang tidak sehat/tidak optimal, riwayat

toleransi glukosa terganggu atau gula darah puasa terganggu dan merokok (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

2.1.1.6 Pencegahan Diabetes Mellitus

Menurut Fatimah (2015) pencegahan penyakit diabetes mellitus dibagi menjadi empat bagian yaitu:

1) Pencegahan Premordial

Pencegahan premordial adalah upaya untuk memberikan kondisi pada masyarakat yang memungkinkan penyakit tidak mendapat dukungan dari kebiasaan, gaya hidup dan faktor risiko lainnya. Prakondisi ini harus diciptakan dengan multimitra. Pencegahan premordial pada penyakit diabetes mellitus misalnya adalah menciptakan prakondisi sehingga masyarakat merasa bahwa konsumsi makan kebarat-baratan adalah suatu pola makan yang kurang baik, pola hidup santai atau kurang aktivitas, dan obesitas adalah kurang baik bagi kesehatan.

2) Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah upaya yang ditujukan pada orang-orang yang termasuk kelompok risiko tinggi, yaitu mereka yang belum menderita diabetes mellitus, tetapi berpotensi untuk menderita diabetes mellitus diantaranya:

(1) Kelompok usia tua (>45tahun)

(2) Kegemukan ($BB(kg) > 120\%$ BB idaman atau $IMT > 27$ (kg/m^2))

- (3) Tekanan darah tinggi ($>140/90$ mmHg)
- (4) Riwayat keluarga diabetes mellitus
- (5) Riwayat kehamilan dengan BB bayi lahir > 4000 gr
- (6) Dislipidemia (HvL <35 mg/dl dan atau trigliserida > 250 mg/dl)
- (7) Pernah TGT atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT)

Untuk pencegahan primer harus dikenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya diabetes mellitus dan upaya untuk menghilangkan faktor-faktor tersebut. Oleh karena itu, sangat penting dalam pencegahan ini. Sejak dini hendaknya telah ditanamkan pengertian tentang pentingnya kegiatan jasmani teratur, pola dan jenis makanan yang sehat menjaga badan agar tidak terlalu gemuk dan risiko merokok bagi kesehatan.

3) Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah upaya mencegah atau menghambat timbulnya penyulit dengan tindakan deteksi dini dan memberikan pengobatan sejak awal penyakit. Dalam pengelolaan pasien diabetes mellitus, sejak awal sudah harus diwaspadai dan sedapat mungkin dicegah kemungkinan terjadinya penyulit mena penyulit menahun. 4 pilar utama pengelolaan diabetes mellitus meliputi:

- (1) Penyuluhan
- (2) Perencanaan makanan

(3) Latihan jasmani

(4) Obat berkhasiat hipoglikemik

4) Pencegahan tersier

Pencegahan tersier adalah upaya mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut dan merehabilitas pasien sedini mungkin. Sebelum kecacatan tersebut menetap, pelayanan kesehatan yang holistik dan terintegrasi antar disiplin terkait sangat diperlukan, terutama di rumah sakit rujukan. Misalnya para ahli sesama disiplin ilmu seperti ahli penyakit jantung, mata, rehabilitasi medis, gizi dan lain-lain.

2.1.1.7 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus

Gejala khas pada pasien diabetes mellitus berupa poliuria (kencing berlebih), polidipsia (haus berlebih), lemas dan berat badan turun meskipun nafsu makan meningkat (polifagia). Gejala lain yang mungkin dirasakan pasien adalah kesemutan, gatal, mata kabur, dan impoten pada pasien pria serta piuritis pada pasien wanita. Diabetes mellitus memang tidak menunjukkan gejala khas yang mudah dikenali. Kesulitan dalam mengetahui gejala penyakit menyebabkan lebih dari 50% pasien tidak menyadari bahwa ia sudah mengidap diabetes mellitus (Saifunurmazah, 2013).

Hipoglikemia adalah kadar gula dalam darah sangat rendah, dihasilkan ketika terdapat insulin yang terlalu banyak sehingga menyebabkan penurunan gula darah. Reaksi ini biasanya terjadi

tiba-tiba kulit berubah menjadi pucat dan basah, orang tersebut merasa gelisah, mudah marah dan bingung serta gampang lapar. Hiperglikemia adalah kadar gula darah yang sangat atau terlalu tinggi. Reaksinya terjadi secara berangsur-angsur seperti kulit kemerahan dan kering. Orang tersebut akan merasa ngantuk dan kesulitan bernafas, ingin muntah, lidah terasa kering (Saifunurmazah, 2013).

Diabetes mellitus diasosiasikan dengan pengentalan pada pembuluh arteri oleh sampah-sampah atau kotoran dalam darah, akibatnya pasien diabetes mellitus menunjukkan tingkat yang tinggi untuk terkena risiko penyakit jantung koroner. Diabetes mellitus juga menjadi penyebab utama kebutaan dan gagal ginjal pada orang dewasa. Selain itu, diabetes mellitus juga diasosiasikan dengan kerusakan sistem syaraf yang meliputi kehilangan rasa sakit dan sensasi-sensasi lainnya. Selain hal-hal di atas, diabetes mellitus juga akan memperburuk fungsi tubuh yang lain misalnya gangguan makan dan sistem memori karena sistem saraf yang rusak pada orang tua (Saifunurmazah, 2013).

2.1.1.7 Diagnosa Diabetes Mellitus

Keluhan dan gejala yang khas ditambah hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu >200 mg/dl, glukosa darah puasa >126 mg/dl sudah cukup untuk menegaskan diagnosis diabetes mellitus. Untuk diagnosis diabetes mellitus dan gangguan toleransi glukosa lainnya diperiksa glukosa darah 2 jam setelah

beban glukosa. Sekurang-kurangnya diperlukan kadar glukosa darah 2 kali abnormal untuk konfirmasi diagnosis diabetes mellitus pada hari yang lain atau Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) yang abnormal (Fatimah, 2015).

Ada perbedaan antara uji diagnostik diabetes mellitus dan pemeriksaan penyaring. Uji diagnostik dilakukan pada mereka yang menunjukkan gejala diabetes mellitus, sedangkan pemeriksaan penyaring bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala, tetapi punya risiko diabetes mellitus. Uji diagnostik dilakukan pada mereka yang positif uji penyaring. Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa darah puasa, kemudian dapat diikuti dengan Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) (Fatimah, 2015).

2.1.1.8 Komplikasi Diabetes Mellitus

Hiperglikemi yang terjadi dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kerusakan berbagai sistem tubuh terutama syaraf dan pembuluh darah. Beberapa komplikasi dari diabetes mellitus yang sering terjadi menurut Kementrian Kesehatan RI (2014):

- 1) Meningkatnya risiko penyakit jantung dan *stroke*.
- 2) Neuropati (kerusakan saraf) di kaki yang dapat meningkatkan ulkus kaki, infeksi dan keharusan untuk amputasi kaki.

- 3) Retinopati diabetikum yang merupakan salah satu penyebab utama kebutaan, terjadi akibat kerusakan pembuluh darah kecil di retina.
- 4) Diabetes merupakan salah satu penyebab utama gagal ginjal.
- 5) Risiko kematian penderita diabetes secara umum adalah dua kali lipat dibandingkan bukan penderita diabetes.

Menurut Dwijayanti (2016) menjelaskan bahwa komplikasi jangka lama termasuk penyakit kardiovaskuler (risiko ganda), kegagalan kronis ginjal (penyebab utama dialysis), kerusakan retina yang dapat menyebabkan kebutaan, serta kerusakan saraf yang dapat menyebabkan impotensi dan *gangrene* dengan risiko amputasi. Komplikasi akan menjadi buruk apabila kontrol kadar gula juga buruk (Dwijayanti, 2016).

2.1.1.9 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Menurut Perkeni (2015) menyebutkan terdapat empat pilar utama dalam pengelolaan diabetes mellitus yaitu edukasi (pendidikan kesehatan), terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologik.

1) Edukasi

Diabetes mellitus tipe 2 umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan mapan. Pemberdayaan penyandang diabetes memerlukan partisipasi aktif pasien, keluarga dan masyarakat. Tim kesehatan mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku.

Edukasi yang diberikan meliputi:

- (1) Edukasi untuk pencegahan primer, yaitu edukasi yang ditujukan untuk kelompok risiko tinggi.
- (2) Edukasi untuk pencegahan sekunder, yaitu edukasi yang ditujukan untuk pasien baru. Materi edukasi berupa pengertian diabetes, gejala, penatalaksanaan, mengenal dan mencegah komplikasi akut dan kronik, dll.
- (3) Edukasi untuk pencegahan tersier, yaitu edukasi yang ditujukan pada pasien tingkat lanjut. Materi edukasi yang diberikan meliputi: cara pencegahan, komplikasi dan perawatan, upaya untuk rehabilitasi, dll. Pemberian edukasi secara individual bertujuan untuk menciptakan perilaku yang antara lain:
 - (1) Mengikuti pola makan sehat.
 - (2) Meningkatkan kegiatan jasmani.
 - (3) Menggunakan obat diabetes secara aman dan teratur.
 - (4) Melakukan pemantauan glukosa darah mandiri.

2) Terapi Gizi Medis atau Perencanaan Makan

Terapi Gizi Medis (TGM) merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara total. Kunci keberhasilan TGM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, perawat, petugas kesehatan yang lain dan pasien itu sendiri).

Menurut Smeltzer & Bare (2008) bahwa perencanaan makan pada pasien diabetes mellitus meliputi:

- (1) Memenuhi kebutuhan energi pada pasien diabetes mellitus.
- (2) Terpenuhiya nutrisi yang optimal pada makanan yang disajikan seperti vitamin dan mineral.
- (3) Mencapai dan memelihara berat badan yang stabil.
- (4) Menghindari makan-makanan yang mengandung lemak, karena pada pasien diabetes mellitus jika serum lipid menurun maka risiko komplikasi penyakit makrovaskuler akan menurun.
- (5) Mencegah level glukosa darah naik, karena dapat mengurangi komplikasi yang dapat ditimbulkan dari diabetes mellitus.

3) Latihan Jasmani

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Latihan juga dapat meningkatkan kadar HDL kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida (ADA, 2012).

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit), merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes mellitus. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti: jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani.

Ada beberapa pedoman umum untuk melakukan latihan jasmani pada pasien diabetes mellitus, menurut ADA (2012) yaitu:

- (1) Gunakan alas kaki yang tepat, dan bila perlu alat pelindung kaki lainnya.
- (2) Hindari latihan dalam udara yang sangat panas atau dingin.
- (3) Periksa kaki setelah melakukan latihan.
- (4) Hindari latihan pada saat pengendalian metabolik buruk.

4) Intervensi Farmakologis

Pengobatan diabetes secara menyeluruh mencakup diet yang benar, olahraga yang teratur, dan obat-obatan yang diminum atau suntikan insulin. Pasien diabetes tipe 1 mutlak diperlukan suntikkan insulin setiap hari. Pasien diabetes tipe 2, umumnya pasien perlu minum obat anti diabetes secara oral atau tablet. Pasien diabetes memerlukan suntikan insulin pada

kondisi tertentu, atau bahkan kombinasi insulin dan tablet.

2.1.2 Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus Tipe 2

2.1.2.1 Kepatuhan

1) Definisi Kepatuhan

Secara umum, dalam kamus besar Bahasa Indonesia arti dari kata kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan (KBBI, 2017). Kepatuhan (*Adherence*) merupakan suatu perilaku seseorang untuk mengikuti saran medis ataupun kesehatan. Kepatuhan pada pengobatan berarti paham tentang bagaimana menggunakan pengobatan tersebut, sehingga klien menjadi termotivasi dalam melakukan pengobatan serta terapi sesuai cara yang telah ditentukan (Notoatmodjo, 2010).

Kepatuhan adalah suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang menaati peraturan. Kepatuhan dibedakan menjadi dua, yakni kepatuhan penuh (*total compliance*) dimana penderita patuh secara sungguh-sungguh terhadap pengobatan. Sedangkan, penderita tidak patuh (*non compiiance*) yaitu penderita tidak melakukan pengobatan (Notoatmodjo, 2010).

Kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan. Menurut pendapat lain kepatuhan adalah suatu sifat atau perilaku patuh atau taat

yang dilakukan oleh seseorang dalam menjalankan perintah atau aturan yang diberikan oleh pemegang otoritas atau profesional dibidangnya. Dalam aspek kesehatan dimaksudkan yaitu individu khususnya klien mau melakukan pengobatan atau terapi yang ditentukan oleh dokter, perawat, ahli gizi, dsb (Saifunurmazah, 2013).

2) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Notoatmodjo (2010) menjabarkan bahwa perilaku sehat seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

(1) Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku. Faktor ini melingkupi sikap, keyakinan, nilai nilai, dan persepsi yang berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan tindakan. Selain itu status sosial-ekonomi, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan juga termasuk dalam faktor ini.

(2) Faktor pemungkin (*Enabling factors*)

Faktor pemungkin (*Enabling factors*) merupakan hal yang memungkinkan sesuatu aspirasi bisa terlaksana, di dalamnya mencakup kemampuan sumberdaya seperti pelayanan kesehatan (termasuk didalamnya biaya, jarak,

ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan ketrampilan petugas).

(3) Faktor penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor penguat (*Reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan untuk menerapkan sesuatu, berarti bisa bersifat positif ataupun negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan. Yang termasuk di dalam faktor penguat yaitu berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga atau pemimpin.

Menurut Niven (2008) ada beberapa faktor yang memengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

(1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

(2) Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan

adalah jarak dan waktu, biasanya pasien cenderung malas melakukan kontrol pada tempat yang jauh.

(3) Modifikasi Faktor Lingkungan dan Sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan dan diet seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan mengikuti anjuran diet, menghabiskan jumlah makanan dan lainnya.

(4) Perubahan Model Terapi

Program pengobatan dapat dibuat pula sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan pengobatan (terapi). Keteraturan pasien melakukan kontrol dipengaruhi oleh kesadaran akan kesehatan dan saat keluhan yang diderita klien, akan membuat pasien semakin aktif dalam mengontrol diabetesnya.

(5) Meningkatkan Interaksi Profesional dengan Kesehatan Pasien

Meningkatkan interaksi profesional dengan kesehatan pasien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan baik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat

meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pasien dalam meningkatkan kepatuhan.

(6) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

(7) Usia

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur.

(8) Dukungan Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat, biasanya penderita sangat membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekatnya, yaitu keluarga, dukungan dapat ditujukan melalui sikap yaitu dengan:

- i. Memberikan perhatian, misalnya mempertahankan makanan meliputi porsi, jenis, frekuensi dalam sehari-hari serta kecukupan gizi yang sesuai.
- ii. Mengingatkan, misalnya kapan penderita harus minum obat, diet makanan yang tepat, kapan istirahat serta kapan saatnya kontrol.
- iii. Menyiapkan obat yang harus diminum oleh pasien.
- iv. Memberikan motivasi pada pasien untuk datang melakukan kontrol diet yang sesuai.

3) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan

Menurut Notoatmodjo (2010) ketidakpatuhan dapat terjadi karena ketiga faktor, antara lain:

(1) Faktor Pasien

- i. Ketidakseriusan pasien terhadap penyakitnya.
- ii. Ketidakpuasan terhadap hasil terapinya.
- iii. Kurangnya dukungan dari keluarga terkait pelaksanaan terapi.

(2) Faktor Komunikasi

- i. Tingkat pengawasan tim kesehatan.
- ii. Kurang penjelasan yang lengkap, tepat, dan jelas.
- iii. Interaksi dengan petugas kesehatan sedikit atau tidak sama sekali.

(3) Faktor Perilaku

- i. Munculnya efek yang merugikan.

- ii. Hambatan fisik atau biaya untuk mendapatkan obat.

4) Manfaat Kepatuhan

Menurut Notoatmodjo (2010) manfaat dari kepatuhan yaitu:

- (1) Keberhasilan pengobatan, diet sangat berarti dan mempunyai efek bagi penyembuhan.
- (2) Menurunkan biaya perawatan, karena kepatuhan terhadap obat dan diet mempercepat perawatan sehingga tidak perlu lama-lama dirawat.
- (3) Tingkat kesembuhan meningkat, karena kepatuhan minum obat dan diet mempunyai peluang untuk sembuh sangat besar. Sedangkan ketidakpatuhan memperlama masa sakit atau meningkatkan keparahan penyakit.

2.1.2.2 Diet Diabetes Mellitus Tipe 2

1) Definisi

Diet diabetes mellitus adalah pengaturan pola makan untuk penderita diabetes mellitus berdasarkan jumlah, jenis, dan jadwal pemberian makanan (Mona, Bintanah & Astuti, 2016).

Diet diabetes mellitus adalah tatalaksana diet yang diberikan kepada para diabetes oleh dokter yang merawatnya yang seharusnya mengikuti peraturan 3J, yang

artinya jumlah jadwal dan jenis (Moore, 2007).

- (1) Jumlah: Jumlah kalori dapat banyak atau sedikit tergantung kondisi penderita dan harus dihabiskan.
- (2) Jadwal: Berarti jarak antara makanan sekitar 3 jam.
- (3) Jenis: Yang berarti tidak boleh makan gula dan semua yang manis (termasuk kue dan buah-buahan yang manis).

2) Dasar Umum dari Penyusunan Diet

Menurut Moore (2007) dasar-dasar umum dari penyusunan diet untuk klien diabetes mellitus antara lain:

- 1) Jumlah kalori dalam diet ini harus memungkinkan klien menambah atau mengurangi berat badannya hingga sampai pada batas yang seharusnya.
- 2) Jumlah karbohidrat diabetes sedemikian rupa sehingga tidak menyebabkan glukosuria (terbangnya glukosa dalam urine).
- 3) Kadar protein dalam diet ini untuk mengimbangi kebutuhan kalori dapat diberikan lebih banyak, sampai 100gr/hari.
- 4) Diet ini harus mengandung semua zat makanan yang esensial.

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes mellitus. Apabila kepatuhan diet dilakukan oleh pasien DM, maka pengobatan secara

primer maupun sekunder dapat terlaksana secara optimal. Apabila penderita DM tidak mempunyai kesadaran diri untuk bersikap patuh maka dapat menyebabkan kegagalan dalam pengobatan yang berakibat pada penurunan kesehatan. Ketidakpatuhan dalam menjaga kesehatan, berdampak pada komplikasi penyakit DM dan bisa berujung pada kematian (Saifunurmazah, 2013).

Terapi diet untuk penderita DM akan menentukan keberhasilan pengendalian gula darah agar komplikasi tidak terjadi ataupun membuat komplikasi dapat teratasi. Terapi diet penderita DM bukan berupa larangan makanan, melainkan mengenai pemilihan makanan yang benar. Pada penderita DM tipe 1, makan banyak atau sedikit dibarengi dengan suntikan insulin, sedangkan untuk DM tipe 2 penderita umumnya terkena obesitas dan insulinnya tidak bekerja dengan baik, sehingga diet untuk penderita DM tipe 2 tidak hanya untuk mengatur kadar gula dalam darah, akan tetapi untuk menurunkan berat badan (Saifunurmazah, 2013).

Menurut Beck (2011) terapi diet untuk pasien diabetes mellitus tipe 2 adalah prioritas utama dalam mengatasi pasien diabetes mellitus tipe 2 adalah menurunkan berat badannya dan menjaga berat badannya agar tidak naik kembali. Bagi pasien diabetes mellitus tipe

2 yang mempunyai berat badan berlebih penurunan berat badan harus diperhatikan dan didorong dengan mengukur berat secara teratur.

3) Tujuan Penatalaksanaan Diet

Terapi diet atau peraturan makanan bagi pasien diabetes secara umum bertujuan menjaga dan memelihara tingkat kesehatan optimal sehingga dapat melakukan aktifitas seperti biasanya. Umumnya parameter yang digunakan untuk menentukan keadaan diabetes mellitus adalah kadar gula (Moore, 2007).

Tujuan diet diabetes melitus adalah mempertahankan atau mencapai berat badan ideal, mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup (Husdianah, 2012).

Tujuan penatalaksanaan diet menurut Rahmawati (2017) yaitu:

- (1) Mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dalam rentang normal.
- (2) Menjaga dan mempertahankan kadar lipid dan profil lipid untuk mengurangi risiko penyakit kardiovaskular.
- (3) Menjaga tekanan darah tetap normal.
- (4) Mencegah atau memperlambat perkembangan

komplikasi kronik pada diabetes mellitus dengan memodifikasi asupan makanan dan gaya hidup.

(5) Memenuhi kebutuhan gizi individu dengan mempertimbangkan preferensi pribadi dan kemauan untuk berubah.

(6) Menjaga kenikmatan makan yaitu dengan cara membatasi makanan pilihan.

4) Syarat Diet

Menurut Krisnatuti, Yenrina & Rasjmida (2014) syarat umum yang harus dipenuhi dalam penyusunan menu, diantaranya sebagai berikut:

(1) Kebutuhan kalori disesuaikan dengan keadaan metabolik, umur, berat badan, dan aktivitas tubuh.

(2) Jumlah kalori disesuaikan dengan kesanggupan tubuh dalam menggunakannya.

(3) Cukup protein, mineral dan vitamin dalam makanan.

(4) Menggunakan bahan makanan yang mempunyai indeks glikemik rendah.

5) Prinsip Diet

Pengaturan makan (diet) merupakan komponen utama keberhasilan pengelolaan Diabetes Mellitus. Hal yang sangat penting ditekankan adalah pola makan yang disiplin dalam hal jadwal, jenis dan jumlah makanan (3J). Hal yang harus diperhatikan dalam perencanaan makan

adalah kebutuhan kalori yang ditentukan berdasarkan umur, jenis kelamin, berat badan, aktifitas fisik, kehamilan/menyusui (Mona, Bintanah & Astuti, 2016).

6) Komposisi Diet

Komposisi diet yang dianjurkan untuk penderita diabetes mellitus berulang kali mengalami perubahan. Mula-mula komposisi diet mengacu pada diet diabetes melitus di Negara Barat dengan komposisi karbohidrat rendah, sekitar 40-50% dari total energi (diet A). namun, saat ini dianjurkan juga komposisi protein dan lemak. Disamping anjuran mengenai karbohidrat, protein, dan lemak dianjurkan pula pemakaian karbohidrat kompleks yang mengandung banyak serat dan rendah kolesterol (Krisnatuti, Yenrina & Rasjmida, 2014).

Tabel 2.1 Komposisi Diet A dan Diet B

No.	Zat Gizi	Diet A	Diet B
1.	Karbohidrat	50%	60-68%
2.	Protein	20%	12-20%
3.	Lemak	30%	20%
4.	Kolesterol	500 mg	100-150 mg
5.	Serat	Sayuran tipe A	Sayuran tipe B

Sumber : (Krisnatuti, Yenrina & Rasjmida, 2014)

Komposisi Diet B merupakan diet yang umum digunakan di Indonesia. Anjuran penggunaan diet B berdasarkan pada penelitian prospektif dengan *crass over design* yang dilakukan pada 260 penderita diabetes melitus

yang terawat baik. Dari penilaian tersebut, diet B mempunyai daya yang kuat untuk menurunkan kolesterol selain mempunyai efek hipoglikemik. Diet B juga tidak menaikkan kadar trigliserida darah. Dengan demikian, diet B dapat mencapai diet diabetes melitus. Setiap jenis diet dianjurkan mengandung serat, terutama serat yang bersifat larut (Krisnatuti, Yenrina & Rasjmida, 2014).

7) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Kalori

Menurut Husdianah (2012) faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan kalori pada penderita diabetes melitus antara lain:

(1) Jenis Kelamin

Jenis kelamin penderita ternyata sangat mempengaruhi kebutuhan kalorinya. Hal ini seringkali tidak disadari oleh penderita, sehingga kemudian asupan kalori yang diterima pun sangat berlebihan. Kalori dalam jumlah yang berlebihan tersebut biasanya diperoleh dari diet diabetes yang tidak tepat. Kebutuhan kalori pria sebesar 30 kal/kg BB dan wanita sebesar 25 kal/kg BB.

(2) Umur

Faktor penentu kebutuhan kalori selanjutnya adalah usia. Penderita yang masih dalam usia produktif nantinya akan membutuhkan kalori yang lebih besar jika

dibandingkan dengan penderita yang sudah lanjut usia. Diabetes di atas 40 tahun kebutuhan kalori dikurangi yaitu usia 40-59 tahun dikurangi 5% usia 60-69 tahun dikurangi 10% dan lebih 70 tahun dikurangi 20%.

(3) Aktifitas Fisik

Aktifitas fisik harian juga berperan penting dalam hal menentukan seberapa besar kalori yang dibutuhkan. Karenanya bagi penderita yang aktifitas fisiknya tergolong rendah, asupan kalori hendaknya sedikit dikurangi. Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik. Aktivitas ringan ditambahkan 20%, aktivitas sedang ditambahkan 30%, dan aktivitas berat dapat ditambahkan 50%.

(4) Berat Badan

Berat badan penderita ternyata juga mempengaruhi kebutuhan kalorinya. Penderita yang berbadan kurus akan membutuhkan kalori yang lebih banyak dibandingkan dengan penderita yang berbadan gemuk. Bila kegemukan dikurangi 20-30% tergantung tingkat kegemukan. Bila kurus ditambah 20- 30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB.

(5) Kondisi Khusus

Kebutuhan kalori harian penderita diabetes hendaknya juga didasarkan pada ada atau tidaknya

komplikasi yang menyertai. Jadi penderita diabetes dengan komplikasi nantinya akan membutuhkan asupan kalori yang lebih besar dibanding penderita diabetes yang tanpa komplikasi. Penderita kondisi khusus, misal dengan ulkus diabetika atau infeksi, dapat ditambahkan 10-20%.

8) Pemenuhan Pola Makan 3J

Menurut Fauzi (2014) bagi klien diabetes, kecenderungan perubahan kadar gula darah yang drastis akan terjadi pada saat sehabis makan. Sehabis makan maka kadar gula akan tinggi. Namun beberapa lama tidak mendapat asupan makanan maka kadar gula akan rendah sekali. Harus dilakukan penjadwalan makan dengan teratur untuk mencegah terlalu besarnya rentangan kadar gula darah. Pola 3J harus diingat bagi penderita diabetes dalam mengatur pola makan sehari-hari.

1) Jadwal

Pengaturan jadwal bagi penderita diabetes biasanya adalah 6 kali makan. 3 kali makan besar dan 3 kali makan selingan. Adapun jadwal waktunya adalah sebagai berikut:

- (1) Makan pagi atau sarapan dilakukan pada pukul 07.00.
- (2) Snack pertama dikonsumsi pada pukul 10.00.
- (3) Makan siang dilakukan pada pukul 13.00.

- (4) Snack kedua dikonsumsi pada pukul 16.00.
- (5) Makan malam dilakukan pada pukul 19.00.
- (6) Snack ketiga dikonsumsi pada pukul 21.00.

Usahakan makan tepat pada waktu. Apabila terlambat makan maka akan bisa terjadi hipoglikemia atau rendahnya kadar gula darah. Hipoglikemia meliputi gejala seperti pusing, mual, dan pingsan. Apabila hal ini terjadi segera minum air gula.

2) Jumlah

Jumlah atau porsi makan yang dikonsumsi harus diperhatikan. Jumlah makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes adalah porsi kecil tapi sering. Penderita harus makan dalam jumlah sedikit tapi sering. Adapun pembagian kalori untuk setiap kali makan dengan pola menu 6 kali makan adalah sebagai berikut:

- (1) Makan pagi atau sarapan jumlah kalori yang dibutuhkan adalah 20% dari total kebutuhan kalori sehari.
- (2) Snack pertama jumlah kalori yang dibutuhkan adalah 10% dari total kebutuhan kalori sehari.
- (3) Makan siang jumlah kalori yang dibutuhkan adalah 25% dari total kebutuhan kalori sehari.
- (4) Snack kedua jumlah kalori yang dibutuhkan adalah 10% dari total kebutuhan kalori sehari.

(5) Makan malam jumlah kalori yang dibutuhkan adalah 25% dari total kebutuhan kalori sehari.

(6) Snack ketiga jumlah kalori yang dibutuhkan adalah 10% dari total kebutuhan kalori sehari.

3) Jenis

Jenis makanan menentukan kecepatan naik atau turunnya kadar gula darah. Kecepatan suatu makanan dalam menaikkan kadar gula darah disebut indeks glikemik. Semakin cepat menaikkan kadar gula darah sehabis makan tersebut dikonsumsi, maka semakin tinggi indeks glikemik makanan tersebut.

Hindari makanan yang berindeks glikemik tinggi, seperti sumber karbohidrat sederhana, gula, madu, sirup, roti, mie dan lain- lain. Makanan yang berindeks glikemik lebih rendah adalah makanan yang kaya dengan serat, contohnya sayuran dan buah-buahan.

Pemenuhan pola makan dengan 3J menjamin penderita diabetes untuk tetap bisa aktif dalam kehidupan sehari-hari. Jadwal yang tetap memungkinkan kebutuhan tubuh akan insulin dapat terpenuhi. Sementara itu, jumlah dan jenis makanan akan melengkapi kebutuhan gula darah yang seimbang.

9) Bahan Makanan yang Dianjurkan

Menurut Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia (2008) bahan makanan yang dianjurkan untuk diet diabetes melitus adalah sebagai berikut:

- (1) Sumber karbohidrat kompleks, seperti nasi, roti, mi, kentang, singkong, ubi dan sagu.
- (2) Sumber protein rendah lemak seperti ikan, ayam tanpa kulit, tahu dan kacang-kacangan.
- (3) Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang mudah dicerna. Makanan terutama diolah dengan cara dipanggang, dikukus, direbus dan dibakar.

10) Bahan Makanan yang Tidak Dianjurkan (Dibatasi/Dihindari)

Menurut Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia (2008) bahan makanan yang tidak dianjurkan, dibatasi, atau dihindari untuk diet diabetes melitus adalah sebagai berikut:

- (1) Mengandung banyak gula sederhana seperti:
 - i. Gula pasir, gula jawa.
 - ii. Sirop, jeli, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan, dan es krim.
 - iii. Kue-kue manis, dodol dan cake.

- iv. Mengandung banyak lemak seperti : cake, makanan siap saji (*fast food*), goreng-gorengan.
- v. Mengandung banyak natrium, seperti : ikan asin, telur asin, makanan yang diawetkan.

11) Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Diet

Faktor-faktor yang berhubungan dengan diet diabetes mellitus menurut Aini & Arifianto (2017), yaitu:

1) Usia

Usia berpengaruh terhadap terapi non farmakologi yaitu diet diabetes mellitus. Penderita diabetes mellitus yang telah mempunyai usia diatas 35 tahun cenderung tidak mudah menerima perkembangan yang menunjang derajat kesehatannya karena mengalami penurunan dalam mengingat.

(2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki cenderung lebih patuh dalam menjalankan diet diabetes mellitus karena berkaitan dengan tanggung jawab mencari nafkah untuk keluarganya sehingga menyadari harus patuh dalam penerapan diet.

(3) Lama Menderita

Lama waktu menderita diabetes mellitus berpengaruh terhadap dietnya karena penderita yang sudah mengalami penyakit diabetes mellitus dalam

rentang waktu yang lama akan cenderung menjaga kondisi tubuhnya dengan melalui diet diabetes mellitus.

(4) Pendidikan

Penderita diabetes mellitus dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah memahami dan mematuhi perilaku diet dibandingkan dengan penderita yang tingkat pendidikannya rendah karena kemampuan dalam menyikapi suatu permasalahan sangat rendah dan tanpa berpikir panjang serta sulit menerima sesuatu yang baru.

(5) Pengetahuan

Pengetahuan klien diabetes mellitus tentang diet yang rendah dapat menimbulkan kesadaran yang rendah dan berdampak terjadinya komplikasi berlanjut sedangkan penderita dengan pengetahuan tinggi akan dapat menerapkan diet dengan baik.

(6) Persepsi

Persepsi positif dari penderita merupakan unsur penting dalam membentuk tindakan pencegahan atau penyembuhan diabetes mellitus.

(7) Motivasi Diri

Motivasi diri yang kuat dapat berpengaruh signifikan dalam proses diet diabetes mellitus karena mampu mendorong sikap dan perilaku penderita diabetes mellitus untuk menjaga kondisi tubuhnya.

(8) Kepercayaan Diri

Kepercayaan diri yang sudah terbentuk dalam diri klien diabetes mellitus berpengaruh terhadap diet yang dilakukan karena didasari keinginan untuk sembuh.

2.1.2.3 Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus Tipe 2

Kepatuhan diet klien diabetes mellitus tipe 2 adalah bentuk perilaku kesehatan yang merupakan ketaatan dan keaktifan pasien terhadap aturan makan yang diberikan (Altera, 2011).

Kepatuhan klien dalam mentaati diet diabetes mellitus tipe 2 sangat berperan penting untuk menstabilkan kadar glukosa pada penderita diabetes mellitus tipe 2, sedangkan kepatuhan itu sendiri merupakan suatu hal yang penting untuk dapat mengembangkan rutinitas (kebiasaan) yang dapat membantu klien dalam mengikuti jadwal diet yang kadang-kadang sulit dilakukan. Setiap klien diabetes mellitus harus mempunyai sikap yang positif (mendukung) terhadap diet agar tidak terjadi komplikasi baik akut maupun kronis (Phitri & Widiyaningsih, 2013).

Kepatuhan diet adalah hasil dari proses perubahan perilaku kearah positif disebabkan penderita diabetes mellitus yang mungkin saja memiliki pengetahuan mengenai penyakitnya (Phitri & Widiyaningsih, 2013).

2.1.3 Edukasi Kesehatan

2.1.3.1 Definisi

Edukasi kesehatan adalah pengalaman yang mempengaruhi kebiasaan, sikap dan pengetahuan yang ada hubungannya dengan kesehatan. Edukasi kesehatan adalah bagian dari program kesehatan dan kedokteran yang di dalamnya berisi rencana untuk mengubah perilaku individu dan Masyarakat. Sebagaimana sesuai tujuan untuk tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Susilaningsih, 2017).

Edukasi kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis. Dimana perubahan tersebut bukan hanya proses transfer teori dari seseorang ke orang lain, akan tetapi perubahan terjadi karena adanya kesadaran dari dalam diri individu atau masyarakat. Oleh karena itu, kesehatan tidak hanya untuk diketahui dan disadari, tetapi juga untuk dipraktekkan dalam kehidupan sehari-hari (Pratama, 2016).

2.1.3.2 Tujuan

Tujuan edukasi kesehatan menurut Susilaningsih (2017) adalah:

- 1) Tercapainya perubahan perilaku pada individu dan masyarakat dalam menciptakan perilaku serta lingkungan sehat, selain itu juga berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

- 2) Terbentuknya perilaku sehat pada individu dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental, dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Tujuan dari edukasi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan individu dan masyarakat baik secara fisik, mental dan sosial sehingga produktif secara ekonomi maupun sosial. Edukasi kesehatan dilakukan disemua program kesehatan. Baik pemberantas penyakit menular, sanitasi, lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya (Susilaningsih, 2017).

2.1.3.3 Ruang Lingkup Edukasi Kesehatan

Ruang lingkup edukasi kesehatan menurut Isra (2018) dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

- 1) Dimensi Sasaran

- (1) Edukasi kesehatan individual.
- (2) Edukasi kesehatan kelompok.
- (3) Edukasi kesehatan masyarakat.

- 2) Dimensi Tempat

- (1) Edukasi kesehatan di sekolah.
- (2) Edukasi kesehatan di rumah sakit.
- (3) Edukasi kesehatan di tempat-tempat kerja.

3) Dimensi Tingkat Pelayanan Kesehatan

(1) Promosi kesehatan (*Health Promotion*)

Edukasi kesehatan diperlukan dalam mempromosikan peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan hygiene individu dan masyarakat.

(2) Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)

Edukasi kesehatan sangat diperlukan dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit masih rendah.

(3) Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*)

Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit menyebabkan sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat sehingga diagnosis dini wajib dilakukan.

(4) Pembatasan Cacat (*Disability Limitation*)

Kurangnya pengertian dan kesadaran tentang kesehatan dan penyakit menyebabkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatan sampai selesai. Pengobatan yang tidak layak dan tidak sempurna dapat menyebabkan orang yang bersangkutan cacat.

(5) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Edukasi kesehatan perlu dilakukan dalam tahap pemulihan karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat dalam melakukan latihan- latihan yang dianjurkan. Karena masyarakat cenderung setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang ada orang yang menjadi cacat.

2.1.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Edukasi Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan edukasi kesehatan harus dikuasai dengan baik sehingga edukasi yang diberikan dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Menurut Pratama (2016) faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Faktor Petugas

- (1) Kurang persiapan secara maksimal.
- (2) Kurang menguasai materi yang akan disampaikan.
- (3) Penampilan kurang meyakinkan sehingga sasaran menjadi ragu.
- (4) Bahasa yang digunakan kurang dapat dimengerti karena banyak menggunakan bahasa asing.
- (5) Suara terlalu kecil sehingga kurang dapat didengar.
- (6) Penyampaian materi kurang variatif atau monoton sehingga membosankan.

2) Faktor Sasaran

- (1) Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga pesan yang disampaikan sulit diterima.
- (2) Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan-pesan yang disampaikan.
- (3) Adat istiadat dan kepercayaan yang telah dijadikan panutan sehingga sulit untuk mengubahnya.
- (4) Kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak mungkin terjadi perubahan perilaku.

3) Faktor Proses dalam Edukasi

- (1) Waktu edukasi tidak sesuai atau terlalu lama.
- (2) Pemilihan tempat yang tidak sesuai.
- (3) Jumlah sasaran terlalu banyak.
- (4) Alat peraga kurang ditunjang dengan alat yang dapat mempermudah pemahaman.
- (5) Metode yang digunakan kurang tepat sehingga membosankan.

2.1.3.5 Prinsip Edukasi Kesehatan

Prinsip edukasi kesehatan menurut Susilaningsih (2017)

antara lain:

- 1) Edukasi kesehatan merupakan kumpulan pengalaman yang dapat mempengaruhi pengetahuan sikap dan kebiasaan.

- 2) Edukasi kesehatan tidak dapat secara mudah diberikan kepada orang lain, karena pada akhirnya individu itu sendiri yang dapat mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya.
- 3) Edukasi kesehatan dikatakan berhasil bila individu dan masyarakat sudah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan.

2.1.4 Media

2.1.4.1 Definisi

Media adalah sesuatu yang dapat digunakan untuk menyalurkan pesan dari penyuluh ke sasaran sehingga dapat menerangkan pikiran, perasaan, perhatian dan minat yang sedemikian rupa sehingga terjadi pemahaman, pengertian dan penghayatan (Anggraini, 2016).

2.1.4.2 Tujuan

Tujuan dari penggunaan alat peraga dalam pendidikan kesehatan masyarakat menurut Susilowati (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Sebagai alat bantu dalam penyampaian pendidikan kesehatan.
- 2) Menimbulkan perhatian terhadap sesuatu yang dijelaskan.
- 3) Mengingatkan suatu pesan/informasi.
- 4) Menjelaskan fakta-fakta, prosedur dan tindakan.
- 5) Membuat penyajian materi ceramah lebih sistematis.

2.1.4.3 Kegunaan

Kegunaan media menurut Susilowati (2016) yaitu:

- 1) Menumbuhkan minat.
- 2) Membantu mengerti lebih baik.
- 3) Membantu mengingat lebih baik.
- 4) Membantu menambah atau membina sikap baru.
- 5) Membantu melaksanakan apa yang telah dipelajari.
- 6) Membantu meneruskan apa yang diperoleh kepada orang lain.
- 7) Membantu hambatan bahasa.
- 8) Mencapai sasaran lebih baik.

2.1.4.4 Manfaat

Dalam memberikan edukasi kesehatan biasanya menggunakan teori-teori yang kadang membuat kejenuhan dan salah persepsi. Maka itu perlu menggunakan media agar tidak mengalami kejenuhan dan lebih fokus dalam menyampaikan materi (Eliana, 2016).

- 1) Manfaat Bagi Pendidik
 - (1) Memiliki bahan nyata.
 - (2) Menambah kepercayaan diri.
 - (3) Menghindari kejenuhan.
 - (4) Pendidik bisa menentukan variasi cara penyampaian.
 - (5) Sebagai alat yang dapat menuntun dalam penyampaian materi pendidikan.

2) Manfaat Bagi Sasaran

- (1) Dapat melihat nyata inti materi yang disampaikan.
- (2) Menghindari kejenuhan dan kebosanan.
- (3) Mudah mengingat pesan yang disampaikan pendidik.

3) Karakteristik

Karakteristik media alat peraga menurut Susilowati (2016) yaitu:

- (1) Merupakan suatu alat yang dapat diraba, dilihat, didengar dan dapat diamati.
- (2) Tekanan utamanya terletak pada hal-hal yang dapat dilihat dan didengar.
- (3) Digunakan dalam rangka hubungan komunikasi.

2.1.4.5 Jenis-jenis Media

Macam-macam alat peraga yang sering digunakan dalam pendidikan kesehatan menurut Susilowati (2016) adalah:

- 1) Papan pengumuman.
- 2) *Over Head Projector (OHP)*.
- 3) Kertas *Flip chart* dan penyangganya.
- 4) Poster.
- 5) *Flash card*.
- 6) Model.
- 7) *Leaflet*.
- 8) Film.
- 9) *Slide projector*.

10) Video film.

2.1.5 Video

2.1.5.1 Definisi

Video adalah media untuk mengirim pengetahuan dan dapat digunakan sebagai bagian dari proses belajar. Video dapat menyajikan informasi, memaparkan proses, menjelaskan konsep-konsep yang rumit, mengajarkan keterampilan, menyingkat atau memperlambat waktu dan mempengaruhi sikap. Media video dapat digolongkan kedalam jenis media *Audio Visual Aids* (AVA) atau media yang dapat dilihat dan didengar (Susilowati, 2016).

2.1.5.2 Karakteristik Media Video

Karakteristik media video menurut Susilowati (2016) adalah sebagai berikut:

1) Kejelasan Pesan

Video yang disampaikan harus dapat diterima secara utuh.

2) Berdiri Sendiri

Video yang disampaikan tidak bergantung pada bahan ajar lain.

3) Mudah Dipahami

Video yang digunakan harus sederhana dan mudah dimengerti serta menggunakan bahasa yang umum yang sehari-hari dipakai.

4) Kualitas Resolusi Tinggi

Tampilan grafis video dengan resolusi tinggi.

5) Individual

Video dapat digunakan secara individual dengan jumlah responden maksimal 50 orang bisa dipandu oleh 1 orang.

2.1.5.3 Unsur-unsur Media Video

Unsur-unsur media video menurut Susilowati (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Sikap.
- 2) Emosi.
- 3) Kepercayaan.
- 4) Kebiasaan dan kemauan.
- 5) Konsepsi diri.

Unsur-unsur dalam media video mencakup sikap, emosi, kepercayaan, kebiasaan dan kemauan serta konsepsi diri yang disajikan melalui bahan pembelajaran bisa berupa fakta maupun fiktif yang bersifat informatif, edukatif dan instruksional serta disesuaikan dengan materi pengetahuan yang akan disajikan melalui (Susilowati, 2016).

2.1.5.4 Manfaat Media Video

Media video sudah tidak asing lagi di kalangan muda maupun tua. Media video dapat disaksikan secara berulang kali tentang peristiwa lampau, berbahaya, memotivasi, pendidikan, ataupun yang lainnya.

Menurut Praswoto (2012) manfaat dari media video sebagai berikut:

- 1) Memberikan pengalaman baru.
- 2) Menampilkan presentasi studi.
- 3) Menganalisis perubahan dalam periode waktu tertentu.

2.1.5.5 Tahapan Pengembangan Video

Seorang pendidik diperlukan ketepatan pemilihan media untuk pembelajaran yang akan digunakan dalam memberikan pendidikan. Sebelumnya harus mengetahui bahwa video pembelajaran harus disesuaikan dengan tujuan, materi, metode maupun minat dan kemampuan seseorang dalam menerima pelajaran. Menurut Achsan tahun 2010 yang dikutip dalam skripsi Wardani (2018) pengembangan video pembelajaran harus mempertimbangkan kriteria berikut:

- 1) Tipe materi yang digunakan tidak semua bisa cocok jika digunakan dalam media video. Media video cocok untuk menggambarkan suatu proses tertentu, sebagai alur demonstrasi konsep tertentu atau untuk mendiskripsikan sesuatu.
- 2) Durasi waktu yang efektif untuk pembelajaran menggunakan media video berbeda dengan film yang umumnya berdurasi 2-3,5 jam. Dengan media video durasi yang digunakan lebih singkat yaitu 5-10 menit karena juga mengefektifkan waktu agar tidak mudah bosan.

- 3) Format sajian video dalam pembelajaran lebih mengutamakan kejelasan dan penguasaan materi yang berdurasi 5-10 menit.

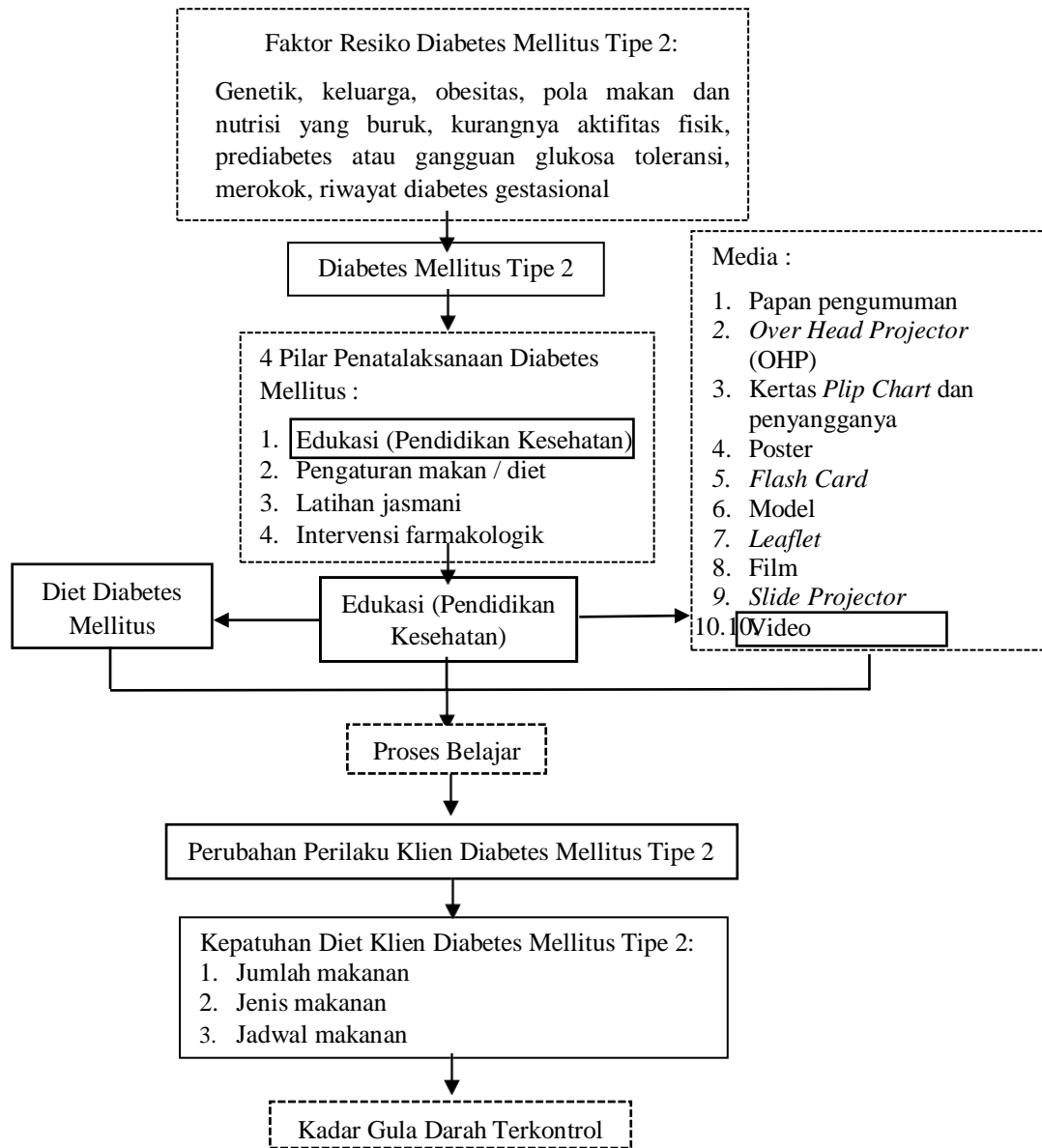
2.1.6 Hubungan Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus Terhadap Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Menurut Sayekti (2020) edukasi kesehatan termasuk bentuk kombinasi edukasi dan intervensi yang telah dirancang dalam memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan bagi kesehatan. Edukasi kesehatan dapat ditampilkan dengan menggunakan media video yang berisikan pendidikan mengenai diet diabetes mellitus tipe 2 dengan model yang kreatif. Menurut penelitian Susilaningsih (2017) yang menyatakan bahwa ada pengaruh pemberian edukasi kesehatan dengan media video sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan dengan media video penderita diabetes mellitus patuh melakukan diet dengan nilai signifikan 0,016 ($p < 0,05$)

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan media video karena di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon masih sangat jarang mendapatkan pemberian edukasi kesehatan apalagi dengan menggunakan media video, karena biasanya hanya menggunakan slide power point atau hanya sekedar lisan. Dengan begitu diharapkan dengan media video ini responden atau pasien diabetes mellitus tipe 2 yang berada di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon mampu memahami edukasi kesehatan yang disampaikan dan dapat menambah

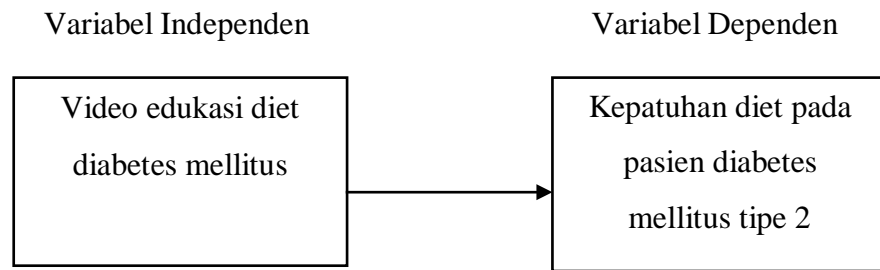
pengetahuan terutama tentang kepatuhan diet diabetes mellitus tipe 2. Selain itu, media pembelajaran atau edukasi kesehatan dengan menggunakan video memiliki daya dukung terhadap hasil pemahaman dengan kategori baik.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Hipotesis menurut Priyono (2016) berasal dari kata *hypo* dan *thesis*, *hypo* artinya sementara kebenarannya dan *thesis* artinya pernyataan atau teori. Jadi hipotesis adalah pernyataan sementara yang akan diuji kebenarannya.

Peneliti membuat rumusan masalah, yakni apakah ada pengaruh video edukasi diet diabetes mellitus terhadap kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon? Maka, hipotesis untuk penelitian ini adalah :

2.4.1 Ho: Tidak ada pengaruh video edukasi diet diabetes mellitus terhadap kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon.

2.4.2 Ha: da pengaruh video edukasi diet diabetes mellitus terhadap kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang diharapkan dan berperan sebagai pedoman atau penuntun penelitian pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2013). Penelitian ini menggunakan desain penelitian eksperimen. Menurut Sugiyono (2015) penelitian eksperimen adalah penelitian yang digunakan untuk mencari pengaruh perlakuan tertentu terhadap yang lain dalam kondisi yang terkendali. Perlakuan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penggunaan media video sebagai media pembelajaran di dalam kelas eksperimen.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode *pre-experimental design* dengan tipe *one group pretest-posttest design* (tes awal - tes akhir kelompok tunggal). Penelitian kuantitatif yaitu penelitian yang memiliki tujuan, pendekatan, subyek, sampel, langkah penelitian dan sumber data yang sudah jelas (Suliyanto, 2017). Sedangkan *pre-experimental design* ialah desain yang meliputi hanya satu kelompok atau kelas yang diberikan pra dan pasca uji (Sugiyono, 2014). Menurut Arikunto (2010) mengatakan, bahwa *one group pretest-posttest design* adalah kegiatan penelitian yang memberikan tes awal (*pretest*) sebelum diberikan perlakuan, setelah diberikan perlakuan barulah memberikan tes akhir (*posttest*).

Setelah melihat pengertian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa penelitian ini tidak menggunakan kelas pembanding namun sudah

menggunakan tes awal sehingga besarnya efek atau pengaruh penggunaan media video dapat diketahui secara pasti. Dalam penelitian ini, subjek penelitian terlebih dahulu diberikan tes awal (*pretest*) untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepatuhan awal responden sebelum diberikan edukasi kesehatan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan menggunakan media video. Setelah diberikan test awal, selanjutnya kepada responden tersebut diberikan perlakuan, yaitu edukasi kesehatan dengan menggunakan media video.

Setelah selesai edukasi kesehatan dengan media video selanjutnya kepada seluruh responden diberikan tes akhir (*posttest*). Bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pengaruh edukasi kesehatan dengan menggunakan media video terhadap kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2. Dengan demikian perlakuan dapat diketahui lebih akurat, dengan keadaan sebelum diberi perlakuan.

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien diabetes mellitus tipe 2 yang dirawat di Ruang Perawatan Umum (RPU) RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon.

3.2.2 Sampel

3.2.2.1 Besar Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti yang dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012).

Sampel merupakan populasi yang akan diteliti oleh peneliti yang diharapkan dapat mewakili populasi yang diteliti atau representatif. Sampel merupakan target yang akan diteliti secara langsung yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel pada penelitian ini dikelompokkan kedalam *Non Probability Sampling*. *Non Probability Sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sugiyono, 2018). Besar sampel dalam penelitian ini sejumlah 20 sampel. Besar sampel tersebut didapatkan dengan menggunakan perhitungan sampel dengan rumus Slovin. Rumus Slovin adalah salah satu teori penarikan sampel yang paling populer untuk penelitian kuantitatif. Mengutip Materi Populasi dan Sampel Universitas Pendidikan Indonesia (UPI), rumus Slovin bisa digunakan dalam teknik *probability sampling* maupun *non-probability sampling*.

Berikut rumus Slovin untuk menentukan sampel :

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

$$n = \frac{106}{1 + 106 (0,2)^2}$$

$$n = \frac{106}{1 + 106 (0,04)}$$

$$n = \frac{106}{1 + 4,24}$$

$$n = \frac{106}{5,24}$$

$$n = 20,22$$

Keterangan:

n : Ukuran sampel/jumlah responden

N : Ukuran Populasi

e : Persentase kelonggaran ketelitian kesalahan
pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir,

$$e = 0,1$$

Mengutip jurnal Universitas Muhammadiyah Surakarta,
dalam rumus Slovin ada ketentuan sebagai berikut:

Nilai $e = 0,1$ (10%) untuk populasi dalam jumlah besar

Nilai $e = 0,2$ (20%) untuk populasi dalam jumlah kecil

Jadi, rentang sampel yang dapat diambil dari teknik Slovin
adalah antara 10-20% dari populasi penelitian.

3.2.2.2 Kriteria Sampel

1) Kriteria retriaksi

Kriteria retriaksi pada penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu, kriteria inklusi dan kriteria eksklusi dengan rincian:

(1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh populasi agar masuk ke dalam responden penelitian.

- i. Pasien diabetes mellitus tipe 2 yang di rawat di Ruang Perawatan Umum (RPU) RSUD universitas Muhammadiyah Cirebon
- ii. Bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar inform consent.
- iii. Dapat membaca, menulis, dan berbahasa Indonesia dengan baik dan benar.

(2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan atau menghilangkan beberapa subyek yang memenuhi kriteria inklusi penelitian dikarenakan sebab-sebab tertentu.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- i. Pasien diabetes mellitus tipe 2 yang mengalami penurunan kesadaran
- ii. Pasien diabetes mellitus tipe 2 yang memiliki komplikasi lebih dari 3 penyakit

3.2.2.3

Teknik Sampling

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016). Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2013).

Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah dengan teknik *Purposive Sampling*. Jumlah sample yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah 15 orang, ini sesuai dengan jumlah yang ditetapkan oleh Sugiono (2010) bahwa penelitian eksperimen sederhana jumlah sampel antara 10 sampai 20 orang adalah menjadi kriteria dari sampel tersebut. Alasan peneliti menggunakan *purposive sampling* adalah untuk mendapatkan sampel yang mewakili tujuan penelitian yang dilakukan serta memenuhi kriteria dalam memberikan informasi lebih mudah.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Perawatan Umum (RPU) RSU Universitas Muhammadiyah Cirebon.

3.3.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juni – Agustus 2024.

3.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu:

1. Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel independen dalam penelitian ini adalah video edukasi diet diabetes mellitus.

2. Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Variabel
1.	Variabel Independen : Video edukasi	Segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku edukasi atau promosi kesehatan dengan menggunakan media berbentuk video animasi bergerak yang akan dilakukan oleh peneliti dengan durasi 10 menit dan didalamnya menggunakan Bahasa Indonesia agar mudah dipahami oleh semua kalangan masyarakat. Dalam media video ini juga dibuat secara inovatif berupa tulisan, suara dan gambar yang menarik yang telah dimodifikasi sendiri oleh pembuat serta dalam pemberian edukasi kesehatan melalui media video ini diberikan 1 kali pemutaran video.	Media video diberikan 1 kali pemutaran selama 10 menit.	-	-

2.	Variabel depende n: Kepatuhan	Kepatuhan diet adalah sikap taat dan patuh dalam menjalankan terapi diet sesuai dengan jenis, jumlah, jadwal makan yang dianjurkan.	Kuesioner	Penentuan skor: Tidak patuh, jika skor 0-32 Patuh, jika skor 33-64.	Ordinal
----	--	---	-----------	---	---------

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Notoatmodjo, 2012). Suatu instrumen harus memiliki prinsip validitas yaitu harus mampu mengukur sesuatu yang seharusnya diukur. Dua hal penting yang harus dipenuhi, pertama isi instrumen harus sesuai dengan tujuan khusus pada penelitian agar mampu mengukur sesuatu yang seharusnya diukur. Kedua yaitu adanya relevansi mengenai subjek yang diteliti dengan instrumen yang akan digunakan (Nursalam, 2015). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner berisi pertanyaan-pertanyaan untuk menggali kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2.

Kuesioner sebanyak 16 pertanyaan dengan pilihan jawaban selalu, sering, kadang-kadang, dan tidak pernah. Sedangkan instrumen untuk edukasi kesehatan dengan media video berupa video animasi bergerak dengan durasi 10 menit dan didalamnya menggunakan Bahasa Indonesia. Dalam media video ini juga dibuat secara inovatif berupa tulisan, suara dan gambar yang menarik yang telah dimodifikasi sendiri oleh pembuat. Video yang telah dibuat sendiri oleh peneliti berisi materi berupa kepatuhan diet diabetes mellitus tipe 2 meliputi pengertian kepatuhan, menjelaskan pengertian diabetes mellitus,

menjelaskan 4 pilar utama dalam penatalaksanaan diabetes mellitus, menjelaskan manfaat dalam menjalani diet diabetes mellitus, cara menerapkan diet diabetes mellitus, serta memberi tips anjuran makan untuk pasien dengan diabetes mellitus.

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.7.1 Uji Validitas

Validitas adalah indeks yang menunjukkan alat ukur itu memang benar mengukur apa yang akan diukur untuk mengetahui apakah kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang akan diukur (Masturoh, 2018). Validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu butir pertanyaan. Skala butir pertanyaan disebut valid, jika melakukan apa yang seharusnya dilakukan dan mengukur yang seharusnya diukur. Uji validitas kuesioner kepatuhan diet pada penelitian ini dilakukan dengan metode korelasi antara skor butir pertanyaan dengan total skor variabel. Pengujian untuk menentukan signifikan atau tidak signifikan dilihat dari hasil koefisien korelasi pearson dan signifikansi masing-masing butir pertanyaan terhadap skor variabel.

Uji validitas digunakan untuk mengetahui layak (sah) dan tidaknya pertanyaan. Kriteria keputusannya adalah dengan membandingkan nilai *corrected item - total correlation* (r_{hitung}) dengan nilai r_{tabel} yaitu $df = n - 2 = (32 - 2) = 30$ diperoleh $r_{tabel} = 0,296$. Apabila nilai *corrected item - total correlation* lebih besar dari r_{tabel} (0,296) maka indikator layak (valid) dan sebaliknya. Dalam penelitian ini, instrumen

kuesioner untuk mengukur kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 mengadopsi kuesioner dari penelitian sebelumnya pada tahun 2017 terkait hubungan antara kepatuhan diet dengan perubahan kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus Hendro Anindita Putra Widodo (2017).

Kuesioner pada penelitian ini berisi tentang kepatuhan diet diabetes mellitus yang terdiri dari 16 pertanyaan yaitu untuk jumlah makanan 6 pertanyaan, jenis makanan 6 pertanyaan dan jadwal makanan 4 pertanyaan. Pemberian skor pada tiap pertanyaan menggunakan skala *likert*. Scoring penelitian ini pada pertanyaan di kuesioner jika selalu skor 4, sering skor 3, kadang-kadang skor 2, dan tidak pernah skor 1. Jika patuh skor 33-64, dan tidak patuh skor 0-32.

Sedangkan instrumen untuk edukasi kesehatan dengan media video menggunakan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dibuat sendiri oleh peneliti. Peneliti akan melakukan konsultasi validitas video kepada pihak ahli berupa penilaian dan pendapat *expert judgement*. Uji *experts judgement* yang artinya pengujian validitas isi instrumen pada penelitian ini menggunakan pendapat para ahli. Pengujian validitas isi instrumen dengan cara *experts judgement* adalah melalui menelaah kisi-kisi terutama kesesuaian dengan tujuan penelitian.

3.7.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui konsistensi alat ukur yang digunakan apakah memang konsisten jika dilakukan pengukuran

berulang dengan instrumen tersebut (Masturoh, 2018). Reabilitas instrumen merujuk pada konsistensi hasil perekaman data (pengukuran). Jika instrumen itu digunakan oleh orang atau kelompok yang sama dalam waktu berlainan atau jika instrumen itu digunakan oleh orang atau kelompok yang berbeda dalam waktu yang sama atau dalam waktu yang berlainan.

Perhitungan reliabilitas instrumen kuesioner kepatuhan diet menggunakan rumus koefisien *alpha cronbach*. Suatu variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* $> 0,6$. Dalam penelitian ini, instrumen kuesioner untuk mengukur kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 mengadopsi kuesioner dari penelitian sebelumnya pada tahun 2017 terkait hubungan antara kepatuhan diet dengan perubahan kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus Hendro Anindita Putra Widodo (2017). Berdasarkan uji reliabilitas menunjukkan bahwa nilai *cronbach alpha* untuk variabel kepatuhan diet sebesar 0,856; karena nilai *cronbach alpha* $>$ dari 0,6; maka variabel kepatuhan diet dinyatakan *reliabel*.

3.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013).

Pengumpulan data dilakukan dengan data primer, yaitu data yang diambil secara langsung dari responden.

- 3.8.1 Studi pendahuluan di RSUD Universitas Muhammadiyah Cirebon, dengan meminta data pasien diabetes mellitus tipe 2 yang di rawat di Ruang Perawatan Umum (RPU). Dari data tersebut peneliti mendapatkan data awal berupa nama, usia, jenis kelamin, alamat dan diagnosa.
- 3.8.2 Peneliti melakukan edukasi dari “ruangan ke ruangan” Perawatan Umum (RPU) calon responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah peneliti tentukan.
- 3.8.3 Peneliti melakukan beberapa pertanyaan untuk menentukan kebenaran dari data yang peneliti data dari Rumah Sakit.
- 3.8.4 Pada pertemuan pertama peneliti menjelaskan kepada responden mengenai tujuan, proses, dan juga manfaat dari penelitian yang akan dilakukan. Jika responden menyatakan kesediaannya untuk mengikuti penelitian maka responden akan diminta mengisi angket yang berisi persetujuan untuk dilakukan penelitian serta mengisi kuesioner tentang kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2.
- 3.8.5 Pada pertemuan kedua responden akan diberikan edukasi kesehatan dengan media video.
- 3.8.6 Pada pertemuan ketiga responden akan diberikan kuesioner kembali dan di evaluasi.
- 3.8.7 Setelah terkumpulkan semua data dari penyebaran kuesioner tentang kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2, selanjutnya peneliti akan melakukan pengolahan data.

3.9 Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2012) pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer sebagai berikut :

3.9.1 Pemeriksaan Data (*Editing*)

Editing adalah meneliti kembali apakah isian dalam lembar kuesioner sudah lengkap dan diisi, editing dilakukan ditempat pengumpulan data, sehingga jika ada kekurangan data dapat segera dikonfirmasi pada responden yang bersangkutan.

3.9.2 Pengkodean Data (*Coding*)

Setelah diperiksa kelengkapan data, peneliti memberikan kode pada variabel sesuai dengan angka penilaian. Koding tiap variabel penelitian ini adalah :

1) Variabel Kepatuhan Diet

Patuh	1
Tidak patuh	0

3.9.3 Memasukkan Data (*Entry Data*)

Setelah dilakukan pengkodean, kemudian jawaban masing-masing responden dijumlahkan dan kode jawaban dimasukkan ke dalam master tabel dengan menghitung frekuensi data, kemudian dilakukan pengolahan data dengan menggunakan sistim komputerisasi.

3.9.4 Membersihkan Data (*Cleaning Data*)

Setelah data setiap responden selesai dilakukan pengecekan kembali untuk melihat kembali kemungkinan salah kode dan memasukkan data ke master tabel kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

3.9.5 Memasukkan Data (*Output Data*)

Peneliti mengolah hasil penelitian. Tahap ini peneliti melakukan pemindahan dari data kuesioner kedalam tabel yang telah dipersiapkan yaitu data yang telah didapatkan nilainya dan dimasukkan ke dalam tabel kemudian di analisa.

3.9.6 Menganalisis Data (*Anayzing Data*)

Peneliti meninterpretasikan data dalam bentuk kata-kata.

3.10 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul maka langkah selanjutnya adalah menganalisis data, sehingga data tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan, adapun data dianalisis dengan menggunakan bantuan program komputer. Analisa data untuk menganalisa tingkat kepatuhan, menggunakan statistik deskriptif dalam bentuk distribusi frekuensi dan presentase.

3.10.1 Analisa Univariat

Analisis univariat adalah analisa data yang pengumpulan data awalnya masih abstrak atau acak, setelah itu data baru diolah menjadi informasi yang informatif (Sugiyono, 2017). Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan responden yang menggambarkan hasil penelitian mengenai tingkat kepatuhan diet klien diabetes mellitus tipe 2 kelompok intervensi. Pada karakteristik responden disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan ditampilkan hasil frekuensi serta presentase, pada gambaran

kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2 kelompok intervensi disajikan dalam tabel dengan ditampilkan hasil minimum, maximum, mean, median dan standart deviasi.

3.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisa data yang menganalisis dua variabel dimana untuk mengetahui hubungan dan pengaruh variabel antara variabel satu dengan variabel lainnya (Sugiyono, 2017). Analisa ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh video edukasi diet diabetes mellitus terhadap kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2.

3.10.3 Uji Normalitas

Sebelum dilakukan analisis bivariat perlu dilakukan uji normalitas untuk melihat distribusi data yang di uji. Uji normalitas menggunakan *Shapiro-Wilk test* karena jumlah sampel kecil (responden kurang dari 50). Jika interpretasi nilai p ($>0,05$), berarti data berdistribusi normal, maka uji hipotesis yang digunakan adalah uji *Dependen T test*, namun bila interpretasi data dengan nilai p ($<0,05$), berarti data tidak berdistribusi normal, maka uji hipotesis yang dilakukan adalah uji *Wilcoxon*.

3.11 Etika Penelitian

Dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan atau kelompok apa pun, manusia tidak terlepas dari etika atau moral. Demikian juga dalam kegiatan keilmuan yang berupa penelitian, manusia sebagai pelaku penelitian dengan manusia lain sebagai objek penelitian juga tidak terlepas dari etika atau sopan santun. Dalam hubungannya antar kedua belah pihak, masing-masing terikat

dalam hak dan kewajibannya. Pelaku penelitian atau peneliti dalam menjalankan tugas meneliti atau melakukan penelitian hendaknya memegang teguh sikap ilmiah (*Scientific attitude*) serta berpegang teguh pada etik penelitian meskipun mungkin penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan atau membahayakan bagi subjek penelitian (Nursalam, 2013).

3.11.1 Etika dalam Penelitian

3.11.1.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Tujuannya adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, serta manfaat penelitian. Jika subjek bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan (Hidayat, 2007).

3.11.1.2 *Anonymity* (Tanpa nama)

Menggunakan subjek penelitian dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan (Hidayat, 2007).

3.11.1.3 *Confodentiality* (Kerahasiaan)

Menjamin kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lainnya, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat,

2007).

3.11.2 Prinsip Penelitian

3.11.2.1 Prinsip Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk tidak memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh sebab itu peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti seharusnya cukup menggunakan coding sebagai pengganti identitas responden (Notoatmodjo, 2012).

3.11.2.2 Prinsip Keadilan dan Keterbukaan (*Respect for Justice and Inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan gender, agama, etnis, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

3.11.2.3 Prinsip Manfaat (*Benefit*)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan

subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stress, maupun kematian subjek penelitian (Notoatmodjo, 2012).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menjelaskan hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap kepatuhan diet pada klien diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Cirebon. Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 1 Juli- 1 Agustus dengan hasil sebagai berikut.

A. Hasil Penelitian

1) Analisa Univariat

Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik responden dari data demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan). Analisa univariat juga mendeskripsikan variabel yaitu variabel kepatuhan selama menjalani perawatan dan variabel terikat dalam bentuk distribusi dan presentase dari tiap variabel.

a Karakteristik responden

1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu bagian dari karakteristik responden. Hasil dari distribusi frekuensi sesuai dengan jenis kelamin pada pasien Diabetes mellitus yang menjalani perawatan di RSUD Muhammadiyah Cirebon sebagai berikut.

Tabel 4.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pasien Diabetes Mellitus tipe 2 yang menjalani perawatan di Rsu Umc
n = 80

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-Laki	45	57.7
Perempuan	33	42.3
Total	80	100

Sumber: Data diolah 2024

2. Usia

Usia merupakan salah satu bagian dari karakteristik responden. Hasil dari distribusi frekuensi berdasarkan umur pada pasien Diabetes Militus Tipe 2 yang menjalani perawatan diRSU UMC sebagai berikut:

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia pasien Diabetes Millitus Tipe 2
Di Rumah Sakit Muhammadiyah Cirebon
n = 80

Usia	Frekuensi	Presentase (%)
17-25 tahun	20	10.3
26-45 tahun	20	20.5
46-65 tahun	40	69.2
Total	80	100

Sumber: Data diolah 2024

3. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu bagian dari karakteristik responden. Hasil dari distribusi frekuensi berdasarkan pendidikan pada Diabetes Militus tipe 2 (Dm tipe 2) yang menjalani perawatan di RSU Umc sebagai berikut :

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan pasien Diabetes Millitus tipe 2 Di Rsub Umc :
n = 80

Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak Sekolah	10	3.8
SD	10	28.2
SMP	10	23.1
SMA	25	30.8
Perguruan Tinggi	25	14.1
Total	80	100

Sumber: Data diolah 2024

4. Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu bagian dari karakteristik responden. Hasil dari distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan

pasien Diabetes Militus tipe 2 yang menjalani perawatan Di RSU UMC sebagai berikut:

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan pasien Diabetes Millitus tipe 2 Di RSU UMC sebagai berikut :
n = 80

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase (%)
Bekerja	40	50,0
Tidak Bekerja	40	50,0
Total	80	100

Sumber: Data diolah 2024

5. Sudah diberikan edukasi

Sudah diberikan Edukasi adalah bagian dari karakteristik responden Hasil dari distribusi frekuensi berdasarkan yang sudah diberikan edukasi selama perawatan Di RSU UMC sebagai berikut :

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan sudah diberikan edukasi video pasien Diabetes Millitus Tipe 2 yang menjalani perawatan di RSU UMC
n = 80

	Frekuensi	Presentase (%)
Sebelum	25	33.3
Sesudah	25	33.3
Kepatuhan	30	33.3
Total	80	100

Sumber: Data diolah 2024

1) Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lama menjalani perawatan dengan kualitas diet pada pasien Diabetes Millitus tipe 2. Pengolahan analisa data bivariat ini dengan

menggunakan bantuan komputerisasi SPSS 16, Uji statistic yang digunakan adalah Uji

Spearman Rank merupakan korelasi non parametrik yang dilakukan pada dua variabel. Statistik ini merupakan suatu asosiasi atau hubungan yang dapat di gunakan pada kondisi satu atau kedua variabel yang di ukur adalah berskala ordinal (berbentuk rangking/tingkatan).

Jika $p\text{-value} > 0,05$ maka H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan lama menjalani perawatan dengan kualitas hidup pasien diabetes mellitus tipe 2 jika $p\text{-value} \leq 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya ada hubungan lama menjalani perawatan dengan kualitas hidup pasien Dm tipe 2.

Tabel 4.7
Hasil Tabulasi Silang antara Lama perawatan dan edukasi kepatuhan diet dm tipe 2 di rsu umc

Responden	Kualitas Hidup					Total	Sig.	Arah dan Keeratan (Korelasi)
	Sangat Buruk	Buruk	Sedang	Baik	Sangat Baik			
sebelum	6	5	1	8	6	26	0.001	0.838
Sesudah	1	6	11	1	7	26		
Patuh	5	1	8	11	1	26		
Total	12	12	20	20	14	80		

Sumber: Data diolah 2024

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa hasil dari tabulasi silang antara lama menjalani hemodialisis dengan kualitas hidup antara lain pasien dengan lama hemodialisis selama 3-12 bulan total 26 dengan kualitas hidup sangat buruk sebanyak 6 responden (23.07%), kualitas hidup buruk sebanyak 5 responden (19.23%), kualitas hidup sedang sebanyak 1 responden (3.84%), kualitas hidup baik sebanyak 8 responden (30.76%),

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian dari karakteristik responden didapatkan hasil bahwa mayoritas usia pada responden kelompok intervensi berada direntang usia 46-75 tahun sebanyak 39 responden (97,5%), responden penelitian sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 35 responden (87,5%), kemudian responden penelitian lebih banyak menempuh pendidikan terakhir SD sebanyak 27 responden (67,5%), serta mayoritas pada klien kelompok intervensi adalah tidak bekerja sebanyak 33 responden (82,5%).
2. Terjadi peningkatan tingkat kepatuhan diet pada klien diabetes mellitus tipe 2 pada kelompok intervensi, sebelum intervensi skor *mean* 34,45 dan setelah intervensi skor *mean* menjadi 49.00.
3. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap kepatuhan diet pada klien diabetes mellitus tipe 2 di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Cirebon. Dibuktikan dengan nilai *p value* 0,000 yang berarti $p < 0,05$.

B. Saran

1. Bagi Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Keluarga

Diharapkan klien diabetes mellitus tipe 2 setelah peneliti memberikan pendidikan kesehatan menggunakan media video, klien diabetes mellitus tipe 2 dan keluarganya dapat melakukan diet diabetes mellitus tipe 2 secara mandiri.

2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat membuat program dan strategi dalam memberikan informasi melalui pendidikan kesehatan dengan menggunakan media video karena lebih efektif dan menarik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi Pendidikan untuk dapat menambah wawasan dan sumber ilmu yang canggih khususnya pada kasus Diabetes Militus Tipe 2

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). (2012). *Medical Advice for People with Diabetes In Eemergency Situations*. American Diabetes Association Journal.
- Altera, B. H. (2011). *Determinan Ketidakpatuhan Diet Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. Artikel Penelitian Universitas Diponegoro.
- Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Cahyono, B. S. 2014. T.
- Bachtiar, M.Y. (2016). *Perbedaan Pengetahuan Pada Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah Dan Media Leaflet Dengan Metode Ceramah Dan Media Video Tentang Bahaya Merokok Di SMK Kasatrian Solo*. Surakarta: UMS.
- Beck, M. E. (2011). *Ilmu Gizi dan Diet Hubungannya dengan Penyakit-penyakit untuk Perawat dan Dokter*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bustan, M. N. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta.
- Care, D., & Suppl, S. S. (2019). 12. Older adults: Standards of medical care in diabetesd2019. *Diabetes Care*, 42(January), S139–S147. <https://doi.org/10.2337/dc19s012>
- Clevo, R. and M. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2021). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2021*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dwi Nur Aini, Arifianto, B. P. (2017). *Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus Dalam Menjalankan Diit*, 113– 121.
- Dwijayanti, Y. R. (2016). *Efektifitas Program Edukasi pemberdayaan Diabetes untuk Meningkatkan Health Belief pada Pasien Diabetes Tipe 2*. Universitas Airlangga.

- Eliana, Sumiati S. (2016). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Fatimah, R. N. (2015). Restyana Noor F | Diabetes Melitus Tipe 2 [ARTIKEL REVIEW] DIABETES MELITUS TIPE 2. *Jurnal Majority*, 2(5), 93–101.
jurnal_diabetes_type_2-with-cover-page-v2.pdf
- Fauzi, I. (2014). *Buku Pintar Deteksi Dini Gejala & Pengobatan Asam Urat, Diabetes & Hipertensi*. Yogyakarta : ARASKA.
- Hidayat. A.A. (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah edisi 1*. Jakarta : Salemba Medika.
- Husdianah. (2012). *Mengenal Diabetes Mellitus Pada Orang Dewasa dan Anak Anak Dengan Solusi Herbal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia. (2008). *Penuntun Diet edisi baru*. Sunita Almatier (editor). Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Isnaini, N., & Ratnasari, R. (2018). Faktor risiko mempengaruhi kejadian Diabetes mellitus tipe dua. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 14(1), 59–68. <https://doi.org/10.31101/jkk.550>
- KBBI. (2017.) *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. [Online] Available at: <http://kbbi.web.id/dekat> [Diakses 25 Januari 2022]
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Infodatin (Pusat data dan Informasi kementrian Kesehatan RI)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Krisnatuti, D., Yenrina, R & Rasjmida, D. (2014). *Diet Sehat Untuk Penderita Diabetes Mellitus*. Jakarta : Penebar Swadaya.
- Masturoh, I., dan N. A. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta:

Kementerian Kesehatan RI.

Maulana, M. (2009). *Mengenal Diabetes Mellitus : Panduan Praktis Menangani Penyakit Kencing Manis*. Jogjakarta: Penerbit Kata Hati.

Mona, E., Bintanah, S., & Astuti, R. (2016). *Hubungan Frekuensi Pemberian Konsultasi Gizi Dengan Kepatuhan Diet Serta Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Rawat Jalan Di Rs Tugurejo Semarang, 1(November), 1–9*.

Moore, M. . (2007). *Terapi Diet Dan Nutrisi 2nd ed*, Jakarta. Hipokrates. Nasir, 2009, *komunikasi dalam Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika. Niven, 2002, *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: EGC.

Nam Han Cho (chair) et al. (2017). Eighth edition 2017. In *IDF Diabetes Atlas, 8th edition*. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-2-diabetes.html>

Niven. (2008). *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional*. Jakarta : EGC.

Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmiah Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis* (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.

Perkeni. (2015). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe II di Indonesia. Jakarta : PB.PERKENI. In *Perkeni*.

Phitri, H. E., & Widiyaningsih. (2013). Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap

- Penderita Diabetes Mellitus Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus Di Rsud Am . Parikesit Kalimantan Timur. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 1(1), 58–74.
- Praswoto, A. (2012). Fenomena Pendidikan Elitis Dalam Sekolah/Madrasah Unggulan Berstandar Internasional. *Jurnal Pendidikan Islam*, 1(September), 2–7.
- Qanita, E. (2011). *Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2011 Perkumpulan Endokrinologi Indonesia*. Jakarta: Academia.
- Raihan, L. N., Erwin, & Dewi, A. P. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Primer Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pesisir. *Jom Psik*, 1(OKTOBER), 1.
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., & Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes American Diabetes Association (ADA)*. (2012). *Medical Advice for People with Diabetes In Eemergency Situations*. American Diabetes Association Journal.
- Altera, B. H. (2011). *Determinan Ketidakpatuhan Diet Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. Artikel Penelitian Universitas Diponegoro.
- Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta. Cahyono, B. S. 2014. T.

- Bachtiar, M.Y. (2016). *Perbedaan Pengetahuan Pada Pendidikan Kesehatan Metode Ceramah Dan Media Leaflet Dengan Metode Ceramah Dan Media Video Tentang Bahaya Merokok Di SMK Kasatrian Solo*. Surakarta: UMS.
- Beck, M. E. (2011). *Ilmu Gizi dan Diet Hubungannya dengan Penyakit-penyakit untuk Perawat dan Dokter*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Bustan, M. N. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta.
- Care, D., & Suppl, S. S. (2019). 12. Older adults: Standards of medical care in diabetesd2019. *Diabetes Care*, 42(January), S139–S147. <https://doi.org/10.2337/dc19s012>
- Clevo, R. and M. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2021). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2021*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dwi Nur Aini, Arifianto, B. P. (2017). *Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus Dalam Menjalankan Diit*, 113– 121.
- Dwijayanti, Y. R. (2016). *Efektifitas Program Edukasi pemberdayaan Diabetes untuk Meningkatkan Health Belief pada Pasien Diabetes Tipe 2*. Universitas Airlangga.
- Eliana, Sumiati S. (2016). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Fatimah, R. N. (2015). Restyana Noor F | Diabetes Melitus Tipe 2 [ARTIKEL REVIEW] DIABETES MELITUS TIPE 2. *Jurnal Majority*, 2(5), 93–101. [jurnal_diabetes_type_2-with-cover-page-v2.pdf](#)

- Fauzi, I. (2014). *Buku Pintar Deteksi Dini Gejala & Pengobatan Asam Urat, Diabetes & Hipertensi*. Yogyakarta : ARASKA.
- Hidayat. A.A. (2007). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah edisi 1*. Jakarta : Salemba Medika.
- Husdianah. (2012). *Mengenal Diabetes Mellitus Pada Orang Dewasa dan Anak Anak Dengan Solusi Herbal*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia. (2008). *Penuntun Diet edisi baru*. Sunita Almatier (editor). Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama.
- Isnaini, N., & Ratnasari, R. (2018). Faktor risiko mempengaruhi kejadian Diabetes mellitus tipe dua. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 14(1), 59–68. <https://doi.org/10.31101/jkk.550>
- KBBI. (2017.) *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. [Online] Available at: <http://kbbi.web.id/dekat> [Diakses 25 Januari 2022]
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Infodatin (Pusat data dan Informasi kementrian Kesehatan RI)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Krisnatuti, D., Yenrina, R & Rasjmida, D. (2014). *Diet Sehat Untuk Penderita Diabetes Mellitus*. Jakarta : Penebar Swadaya.
- Masturoh, I., dan N. A. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Maulana, M. (2009). *Mengenal DiabetesMellitus : Panduan PraktisMenangani Penyakit KencingManis*. Jogjakarta: Penerbit Kata Hati.
- Mona, E., Bintanah, S., & Astuti, R. (2016). *Hubungan Frekuensi Pemberian Konsultasi Gizi Dengan Kepatuhan Diit Serta Kadar Gula Darah Penderita*

Diabetes Mellitus Tipe II Rawat Jalan Di Rs Tugurejo Semarang, 1(November), 1–9.

Moore, M. . (2007). *Terapi Diet Dan Nutrisi 2nd ed*, Jakarta. Hipokrates. Nasir, 2009, *komunikasi dalam Keperawatan*, Jakarta : Salmba Medika. Niven, 2002, *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: EGC.

Nam Han Cho (chair) et al. (2017). Eighth edition 2017. In *IDF Diabetes Atlas, 8th edition*. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-2-diabetes.html>

Niven. (2008). *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional*. Jakarta : EGC.

Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo. (2012). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.

Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmiah Keperawatan*. Jakarta : EGC.

Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis* (4th ed.). Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.

Perkeni. (2015). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe II di Indonesia. Jakarta : PB.PERKENI. In *Perkeni*.

Phitri, H. E., & Widiyaningsih. (2013). Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Penderita Diabetes Mellitus Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus Di Rsud Am . Parikesit Kalimantan Timur. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 1(1), 58–74.

Praswoto, A. (2012). Fenomena Pendidikan Elitis Dalam Sekolah/Madrasah Unggulan Berstandar Internasional. *Jurnal Pendidikan Islam*, 1(September),

2–7.

- Qanita, E. (2011). *Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2011 Perkumpulan Endokrinologi Indonesia*. Jakarta: Academia.
- Raihan, L. N., Erwin, & Dewi, A. P. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi Primer Pada Masyarakat Di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai Pesisir. *Jom Psik, 1*(OKTOBER), 1.
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., & Williams, R. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice, 157*(September 2019), 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- Saifunurmazah, D. (2013). Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus Dalam Menjalani Terapi Olahraga dan Diet. *Under Graduates Thesis*, Universitas Negeri Semarang., 8.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2008). *Textbook of Medical Surgical Nursing Vol. 2*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung:

Alfabeta.

Suliyanto. (2017). Pelatihan Metode Pelatihan Kuantitatif. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 5(2), 223–232.

Sumarlan. (2020). Edukasi Kesehatan Terhadap Kepatuhan Diet Diabetes Melitus di Puskesmas Wara Barat Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Luwu Raya*, 6(2), 2018–2021. <http://jurnalstikesluwuraya.ac.id/index.php/eq/article/view/4/2>

Susilowati, D. (2016). *Promosi Kesehatan 1st ed. Sunarti, ed.*, Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.

World Health Organization. (2019). *Classification Of Diabetes Mellitus* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> (accessed 25 January 2022).

Yunitasari, T., Yuniarti, Y., & Mintarsih, S. N. (2019). Efektivitas Edukasi Empat Pilar Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terhadap Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Pasien Prolanis. *Jurnal Riset Gizi*, 7(2), 131–134. <https://doi.org/10.31983/jrg.v7i2.5108>

LAMPIRAN

Lampiran 1

Standar Operasional Prosedur (SOP) Video Edukasi Diet Diabetes Mellitus Terhadap Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

A. Pengertian

Edukasi kesehatan dengan media video adalah suatu kegiatan penyampaian informasi yang penyerapannya melibatkan gambar bergerak yang merupakan panduan antara gambar dan suara membentuk karakter sama dengan objek lainnya.

B. Tujuan

Setelah selesai mengikuti edukasi kesehatan media video diharapkan responden:

1. Dapat memahami definisi tentang kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2
2. Dapat memahami tujuan dari kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2
3. Dapat memahami jumlah makanan, jenis makanan dan jadwal makan sesuai aturan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2
4. Dapat memahami pentingnya kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2

C. Prosedur

1. Tahap pra interaksi
 - a. Persiapkan diri mahasiswa
 - b. Persiapan alat:
 - 1) Laptop

2) Video edukasi tentang kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2

c. Verifikasi data

2. Tahap orientasi

a. Berikan salam terapeutik

b. Memperkenalkan diri sebagai peneliti

c. Bawa alat dan bahan ke dekat responden

d. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan lama tindakan pada responden

e. Tanyakan kesiapan pasien serta kontrak waktu

3. Tahap kerja

a. Dilaksanakan setelah responden menandatangani lembar persetujuan sebagai responden penelitian

b. Mengatur posisi yang nyaman kepada responden

c. Pengisian kuesioner *pretest* mengenai kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe 2

d. Pemutaran video kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 beserta penjelasan dari video

4. Tahap Terminasi

a. Evaluasi tindakan dengan pengisian kuesioner *posttest* mengenai kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe 2 setelah diberikan edukasi kesehatan dengan media video.

b. Merapikan alat

c. Mengakhiri pertemuan

d. Dokumentasi

Lampiran 2

Kisi-kisi Kuesioner Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Variabel	Kategori	Pertanyaan
Kepatuhan Diet	Jumlah Diet	Apakah anda sarapan pagi dengan nasi sebanyak 5 sendok + tempe 1 potong + sayur 1 mangkok kecil?
		Apakah anda makan snack di pagi hari? (jeruk 1+ puding 1)
		Apakah anda makan siang dengan nasi jagung 1 piring + daging sapi 1 potong + tahu 1 + sayur 1 mangkok kecil?
		Apakah anda makan snack di siang hari? (pisang 2 buah)
		Apakah anda makan malam dengan porsi 1 piring nasi + ayam 1 potong + sayur 1 mangkok kecil + telur ayam negeri 1 butir?
		Apakah anda makan snack di malam hari seperti kue (kue kukus)?
	Jadwal Diet	Apakah anda setiap hari rutin makan 3x sehari?
		Apakah anda setiap hari minum susu?
		Apakah anda setiap hari selalu makan setiap 6 jam sekali?
		Apakah anda suka makan makanan kecil/ngemil?
	Jenis Diet	Apakah anda suka makanan yang manis-manis?
		Apakah anda suka mengonsumsi buah-buahan yang rasa manis?
		Apakah anda suka mengonsumsi sayuran bayam?
		Apakah anda setiap hari mengonsumsi telur dan daging?
		Apakah anda suka makanan yang berlemak?

		Apakah anda setiap hari mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin dan mineral?
--	--	---

Lampiran 3

Kuesioner Penelitian Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Identitas Responden

Kode Responden :

Umur : Thn

Jenis Kelamin : ☐ L ☐ P

Pendidikan : ☐ TS ☐ SMP ☐ PT

☐ SD ☐ SMA

Pekerjaan : ☐ TB/IRT ☐ Buruh ☐ Petani ☐ PNS/TNI/Polri

☐ Pegawai/Karyawan Swasta ☐ Lainnya

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti semua pertanyaan di bawah ini.
2. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan memberikan tanda checklist (✓) pada pilihan jawaban yang tersedia, yakni :
3. Pilihan Jawaban :
Selalu : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan diberi nilai 4
Sering : Jika pernyataan tersebut sering dilakukan diberi nilai 3
Jarang : Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan diberi nilai 2
Tidak pernah : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan diberi nilai 1
4. Apabila sudah selesai menjawab segera dikembalikan kepada peneliti.
5. Pengeisian kuesioner ini khusus untuk peneliti dan dijamin kerahasiannya.

Pertanyaan :

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1	Apakah anda setiap hari rutin makan 3x sehari?				
2	Apakah anda suka makanan yang manis-manis?				
3	Apakah anda setiap hari minum susu?				
4	Apakah anda suka mengkonsumsi buah-buahan yang rasa manis?				
5	Apakah anda setiap hari selalu makan setiap 6 jam sekali?				
6	Apakah anda suka mengkonsumsi sayuran bayam?				
7	Apakah anda sarapan pagi dengan nasi sebanyak 5 sendok + tempe 1 potong + sayur 1 mangkok kecil?				
8	Apakah anda setiap hari mengkonsumsi telur dan daging?				
9	Apakah anda suka makanan kecil/ngemil?				
10	Apakah anda suka makanan yang berlemak?				
11	Apakah anda makan snack di pagi hari? (jeruk 1 + puding 1)				
12	Apakah anda setiap hari mengkonsumsi makanan yang				

	mengandung vitamin dan mineral?				
13	Apakah anda makan siang dengan nasi jagung 1 piring + daging sapi 1 potong + tahu 1 + sayur 1 mangkok kecil?				
14	Apakah anda makan snack disiang hari? (pisang 2 buah)				
15	Apakah anda makan malam dengan porsi 1 piring nasi + ayam 1 potong + sayur 1 mangkok kecil + telur ayam negeri 1 butir?				
16	Apakah anda makan snack di malam hari seperti kue (kue kukus) ?				

Lampiran 4

point	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	total	Nilai	Hasil
1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	37	84,09	Baik
2	3	4	3	4	4	3	4	4	2	4	35	79,54	Sedang
3	4	4	3	4	3	4	4	4	2	4	35	79,54	Sedang
4	3	3	3	4	3	4	4	3	2	4	33	75	Sedang
5	4	4	3	4	3	4	4	4	2	4	36	81,81	Baik
6	4	3	3	4	3	4	3	3	1	4	33	75	Baik
7	4	4	3	4	4	3	3	4	2	4	35	79,54	Sedang
8	4	3	3	4	4	3	3	3	1	3	35	79,54	Sedang
9	4	4	3	3	4	3	4	4	2	4	36	81,81	Baik
10	4	3	4	3	4	3	3	4	1	3	36	81,81	Baik
11	3	4	4	3	4	3	4	4	2	4	35	79,54	Sedang
12	3	3	4	3	4	3	3	4	1	3	31	70,45	Sedang
13	3	4	4	3	4	3	4	4	1	4	35	79,54	Sedang
14	4	3	4	4	4	3	3	4	2	3	33	75	Sedang
15	3	4	4	4	4	3	4	4	2	3	35	79,54	Sedang
16	4	4	4	4	4	3	3	4	2	4	36	84,09	Baik
17	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	36	79,54	Sedang
18	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	34	81,81	Baik
19	3	4	4	4	4	3	4	3	1	4	35	79,54	Sedang
20	4	4	4	3	4	4	4	3	2	3	35	77,37	Baik
21	4	4	4	4	3	3	4	3	1	4	36	79,54	Sedang
22	4	4	4	3	3	3	3	4	2	3	35	79,54	Sedang
23	4	4	4	4	3	3	3	3	1	4	35	81,81	Baik
24	4	4	4	3	3	3	3	3	2	4	34	81,81	Baik

25	4	4	4	4	4	3	4	3	1	4	35	77,27	Sedang
26	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	35	79,54	Sedang
27	4	4	3	4	3	4	4	4	1	4	36	75	Sedang
28	4	3	4	4	3	3	3	4	2	3	36	84,09	Baik
29	2	3	4	4	4	4	4	4	1	4	34	77,27	Sedang
30	4	4	4	4	3	3	3	4	2	4	35	84,09	Sedang
31	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	33	77,27	Sedang
32	3	4	3	3	4	3	3	4	1	3	37	77,27	Sedang
33	2	4	3	4	4	4	4	3	2	4	33	75	Sedang
34	3	3	3	3	4	3	3	3	1	3	36	79,54	Sedang
35	4	4	4	4	4	3	4	3	2	4	37	75	Sedang
36	4	3	3	3	4	4	3	3	1	4	38	84,09	Baik
37	4	4	4	4	4	3	4	3	2	4	35	77,27	Sedang
38	4	4	3	3	4	4	3	4	1	4	37	79,54	Sedang
39	3	4	3	4	4	3	4	4	2	4	35	75	Sedang
40	4	4	3	3	4	3	3	4	1	4	37	84,09	Baik
41	3	3	4	4	4	3	4	3	1	3	37	77,27	Sedang
42	4	3	3	3	4	4	3	4	1	4	34	79,54	Sedang
43	3	4	4	4	4	3	4	3	1	4	33	79,54	Sedang
44	3	3	3	3	3	4	3	4	1	4	35	79,54	Sedang
45	3	4	4	4	4	3	3	3	1	4	33	77,27	Sedang
46	4	3	3	3	3	4	4	4	1	4	37	77,27	Sedang
47	3	4	3	4	4	3	3	3	2	4	35	77,27	Sedang
48	4	3	3	3	3	4	4	4	1	4	35	75	Sedang
49	3	4	4	3	4	3	3	3	2	3	33	77,27	Sedang
50	4	3	3	3	3	4	4	4	1	3	34	79,54	Sedang

51	4	3	4	4	4	3	3	3	1	3	35	77,27	Sedang
52	4	4	3	3	3	4	4	4	1	4	35	77,27	Sedang
53	3	3	4	4	4	3	3	3	1	4	35	77,27	Sedang
54	4	4	3	3	3	4	4	4	2	3	35	79,54	Sedang
55	3	3	3	4	4	3	3	3	1	4	34	75,75	Sedang
56	4	4	4	3	3	4	4	4	2	3	34	77,27	Sedang
57	3	3	3	3	3	3	3	3	1	4	34	77,27	Sedang
58	2	4	4	3	3	4	4	4	2	3	34	79,54	Sedang
59	2	3	3	4	4	3	3	3	1	4	33	79,54	Sedang
60	2	4	4	4	4	4	3	4	2	3	34	79,54	Sedang
61	4	3	3	4	4	3	3	3	1	4	33	77,27	Sedang
62	2	4	4	3	3	4	4	4	2	3	34	77,27	Sedang
63	4	3	4	4	4	3	3	3	1	4	35	77,27	Sedang
64	2	4	3	3	3	3	3	4	2	3	34	75	Sedang
65	4	4	3	4	4	3	3	3	1	4	34	77,27	Sedang
66	4	4	3	3	3	4	3	3	2	3	34	79,54	Sedang
67	3	4	3	4	4	3	4	3	1	4	37	77,27	Sedang
68	4	3	3	3	3	4	3	4	2	3	33	77,27	Sedang
69	3	3	3	4	3	3	3	4	1	4	37	84,09	Baik
70	4	3	3	3	3	4	4	4	2	3	33	75	Sedang
71	4	4	3	4	4	3	3	4	2	4	36	81,81	Baik
72	4	4	4	3	3	4	3	4	2	4	35	79,54	Sedang
73	3	3	3	4	4	3	4	4	1	4	36	81,81	Baik
74	3	4	4	3	3	4	4	4	2	4	35	79,54	Sedang
75	3	3	4	4	4	3	4	4	1	4	36	81,81	Baik
76	2	4	4	3	3	3	4	4	2	3	35	79,54	Sedang

77	3	3	4	4	4	3	4	4	1	3	33	75	Sedang
78	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	35	79,54	Sedang
79	4	3	4	4	4	4	4	4	1	3	33	75	Sedang
80	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	37	84,09	Baik

Data kenaikan berat badan

No	Pre test	Post test	Naik	Tidak
1.	45 kg	46 kg	Naik	
2.	50 kg	50 kg	Naik	
3.	46 kg	47 kg	Naik	
4.	46 kg	47 kg	Naik	
5.	48 kg	49 kg	Naik	
6.	45 kg	46 kg	Naik	
7.	43 kg	44 kg	Naik	
8.	50 kg	51 kg	Naik	
9.	46 kg	46 kg		Tidak
10.	51 kg	52 kg	Naik	
11.	53 kg	54 kg	Naik	
12.	50 kg	50 kg		Tidak
13.	51 kg	52 kg	Naik	
14.	53 kg	54 kg	Naik	
15.	45 kg	46 kg	Naik	
16.	46 kg	47 kg	Naik	
17.	49 kg	50 kg	Naik	
18.	46 kg	47 kg	Naik	
19.	47 kg	48 kg	Naik	
20.	42 kg	43 kg	Naik	
21.	48 kg	49 kg	Naik	

22.	49 kg	50 kg	Naik	
23.	46 kg	47 kg	Naik	
24.	52 kg	51 kg		Tidak
25.	49 kg	50 kg	Naik	
26.	40 kg	41 kg	Naik	
27.	42 kg	43 kg	Naik	
28.	46 kg	47 kg	Naik	
29.	44 kg	45 kg	Naik	
30.	52 kg	53 kg	Naik	
31.	44 kg	45 kg	Naik	
32.	50 kg	51 kg	Naik	
33.	47 kg	48 kg	Naik	
34.	49 kg	50 kg	Naik	
35.	47 kg	48 kg	Naik	
36.	41 kg	42 kg	Naik	
37.	47 kg	48 kg	Naik	
38.	47 kg	48 kg	Naik	
39.	48 kg	49 kg	Naik	
40.	41 kg	42 kg	Naik	
41.	42 kg	43 kg	Naik	
42.	47 kg	48 kg	Naik	
43.	49 kg	50 kg	Naik	
44.	42 kg	43 kg	Naik	
45.	47 kg	48 kg	Naik	
46.	49 kg	50 kg	Naik	
47.	42 kg	43 kg	Naik	
48.	40 kg	41 kg	Naik	
49.	39 kg	39 kg		Tidak
50.	39 kg	40 kg	Naik	

51.	40 kg	41 kg	Naik	
52.	43 kg	44 kg	Naik	
53.	52 kg	53 kg	Naik	
54.	50 kg	51 kg	Naik	
55.	42 kg	43 kg	Naik	
56.	42 kg	43 kg	Naik	
57.	44 kg	45 kg	Naik	
58.	44 kg	45 kg	Naik	
59.	40 kg	40 kg		Tidak
60.	53 kg	54 kg	Naik	
61.	44 kg	45 kg	Naik	
62.	42 kg	43 kg	Naik	
63.	41 kg	43 kg	Naik	
64.	51 kg	52 kg	Naik	
65.	50 kg	51 kg	Naik	
66.	45 kg	46 kg	Naik	
67.	42 kg	42 kg		Tidak
68.	46 kg	47 kg	Naik	
69.	41 kg	42 kg	Naik	
70.	39 kg	40 kg	Naik	
71.	49 kg	50 kg	Naik	
72.	48 kg	49 kg	Naik	
73.	43 kg	42 kg		Tidak
74.	40 kg	41 kg	Naik	
75.	42 kg	43 kg	Naik	
76.	47 kg	48 kg	Naik	
77.	52 kg	53 kg	Naik	
78.	50 kg	51 kg	Naik	
79.	46 kg	47 kg	Naik	

80.	41 kg	41 kg		Tidak
-----	-------	-------	--	-------

Lampiran 5

Uji normalitas

Tests of Normality

kenaikan_BB	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk				
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.		
Pemberian_diet	patuh		.169	72	.000	.938	72	.002
	Tidak patuh		.218	8	.200*	.883	8	.203

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
FrekDiet	80	1	1	2	1.65	.480	.230
FrekBB	80	1	1	2	1.10	.302	.091
Valid N (listwise)	80						

Statistics

Pemberian Diet DM Dengan Kenaikan

Berat Badan

N	Valid	80
	Missing	0

Analisa Univariat

Pemberian Diet DM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	28	35.0	35.0	35.0
	Tidak patuh	52	65.0	65.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Statistics

Kenaikan Berat Badan Pada

Pasien Diabetes Mellitus tipe 2

N	Valid	80
	Missing	0

Analisa univariat

Kenaikan Berat Badan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	72	90.0	90.0	90.0
	Tidak	8	10.0	10.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Analisa Bivariat

Correlations

			Diet	KenaikanBB
Spearman's rho	Diet	Correlation Coefficient	1.000	-.296**
		Sig. (2-tailed)	.	.008
		N	80	80
	KenaikanBB	Correlation Coefficient	-.296**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.008	.
		N	80	80

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 6

Dokumentasi

