

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes merupakan penyakit yang diakibatkan kurangnya produksi dan ketersediaan insulin dalam tubuh atau terjadinya gangguan pada fungsi insulin yang sebenarnya jumlahnya cukup. Akibat kekurangan insulin dapat terjadinya kerusakan kecil atau sebagian besar sel-sel beta pulau Langerhans dalam kelenjar pancreas yang berfungsi menghasilkan insulin (Sari, 2012).

Diabetes melitus adalah sekumpulan gangguan metabolic dengan adanya peningkatan kadar glukosa (hiperglikemia) akibat dari adanya kerusakan sekresi insulin, kerja insulin ataupun keduanya (Brunner& Suddarth, 2014).

Diabetes melitus dapat di simpulkan bahwa penyakit yang diakibatkan oleh kurangnya produksi insulin karena adanya peningkatan kadar glukosa.

2.1.2 Klasifikasi

Secara garis besar diabetes melitus di klasifikasikan menjadi (Brunner& Suddarth, 2014):

- a. Tipe 1 dulu disebut dengan diabetes melitus tergantung terhadap insulin. Tipe ini ditandai dengan destruksi sel-sel beta pancreas akibat faktor genetic, imunologi dan mungkin juga karena lingkungan (misalnya virus). Injeksi Insulin yang adalah cara mengontrol kadar glukosa dalam darah. Sekitar 5-10% penderita mengalami diabetes melitus tipe 1. Awal diabetes tipe1 terjadi secara mendadak, biasanya dapat terjadi pada usia seblum 30 tahun.
- b. Tipe 2 dulu di sebut dengan diabetes melitus tak tergantung dengan insulin. Tipe ini di sebabkan oleh adanya penurunan sentivitas terhadap insulin (risestansi insulin) atau karena disebabkan adanya penurunan jumlah insulin yang diproduksi. Awal dari tipe 2 dapat dicegah dengan diet dan olahraga dan juga dengan agen hipoglikemikoral sesuai dengan kebutuhan. DM tipe 2 sering dialami oleh penderita atas usia 30 tahun dan pada pasien yang obesitas. Sekitar 90-95% penderita penyandang diabetes melitus tipe 2.
- c. Diabetes melitus gestasioanl
Diabetes gestasional ini ditandai dengan setiap derjat intoleransi glukosa yang muncul selama kehamilan yang terjadi pada saat trimester dua ataupun tiga. Resiko ini mencakup karena obesitas,

riwayat personal yang pernah mengalami diabetes gestasional glikosuria, atau riwayat kuat keluarga pernah mengalami diabetes. Kelompok etnis yang berisiko tinggi mengalami diabetes mencakup Amerika hispanik, Amerika Asli, Amerika Asia, Amerika Afrika dan kepulauan pasifik. Diabetes gestasional meningkat karena hipertensi saat kehamilan.

d. Diabetes Melitus tipe lain

Diabetes melitus tipe khusus merupakan diabetes yang terjadi karena adanya kerusakan pada pankreas yang memproduksi insulin dan mutasi gen serta mengganggu sel beta pankreas, sehingga mengakibatkan kegagalan dalam menghasilkan insulin secara teratur sesuai dengan kebutuhan tubuh. Sindrom hormonal yang dapat mengganggu sekresi dan menghambat kerja insulin yang sindrom Cushing, akromegali dan sindrom genetik (ADA, 2010).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dapat dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin. Beberapa gejala yang di keluhkan oleh penderita DM (Brunner & Sunddardh, 2014) antara lain:

- Polyuria, polydipsia, polifagia

- Kelemhan dan keletihan, perubahan pandangan secara mendadak, sensasi kesemutan atau kebas pada tangan maupun kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat dalam penyembuhan, atau infeksi secara berulang.
- Awitan diabetes tipe 1, dapat disertai dengan turunnya berat badan secara mendadak atau mual, muntah dan nyeri lambung.
- Diabetes tipe 2 disebabkan oleh intoleransi glukosa yang progresif dan berlangsung perlahan, (bertahun-tahun) dan mengakibatkan komplikasi jangka panjang apabila diabetes tidak terdeteksi selama bertahun-tahun (misalnya; penyakit mata, neuropati perifer, penyakit vaskular perifer). Komplikasi dapat muncul sebelum diagnosis yang sebenarnya ditegakan.
- Tanda dan gejala ketoasidosis diabetes (DKA) mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, dan napas berbau buah. DKA yang tidak tertangani dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran, koma dan kematian.

2.1.4 Faktor Resiko

Beberapa faktor risiko diabetes melitus (Sustari, Alam & Hadibroto, 2010) antara lain:

1. Kelainan genetika

Diabetes melitus dapat berasal dari keturunan yang menderita diabetes melitus, karena kelainan gen dapat mengakibatkan tubuhnya tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik. Tetapi resiko DM juga dapat tergantung dari obesitas, kurang gerak dan stress.

2. Faktor usia

Pada umumnya manusia di atas usia 40 tahun akan mengalami penurunan fungsi fisiologis. Diabetes melitus tipe 2 sering muncul pada usia lanjut terutama setelah berumur 45 tahun pada mereka yang berat badannya berlebih, sehingga tubuhnya tidak peka terhadap insulin.

3. Faktor kegemukan / obesitas

Terdapat sekitar 80-90% penderita DM tipe 2 merupakan mereka yang mengalami kegemukan. Semakin banyaknya jaringan lemak, jaringan tubuh dan otot maka akan semakin resisten terhadap kerja insulin. Lemak ini akan memblokir kerja insulin sehingga glukosa yang diangkut ke dalam sel tidak bisa dan akan menumpuk dalam peredaran darah.

4. Kurang aktivitas fisik

Aktivitas fisik atau olahraga akan membantu mengontrol berat badan. Glukosa darah akan dibakar dan dapat menjadi energi, sehingga tubuh akan menjadi sensitif terhadap insulin. Karena dengan berolahraga

peredaran darah akan menjadi lebih baik dan resiko terjadi DM tipe 2 akan mengalami penurunan 50%.

2.1.5 Diagnosis

Berdasarkan gejala yang khas dan pemeriksaan laboratorium, anamnesis dan pemeriksaan fisik:

1. Anamnesis dan pemeriksaan fisik

Diagnosis klinis apabila muncul keluhan seperti poliurien, polydipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak tau penyebabnya. Selain itu keluhan lainnya adalah lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria dan primitus vulva pada wanita.

2. Pemeriksaan kadar glukosa darah

Kadar glukosa darah adalah istilah yang mengacu pada banyaknya kandungan glukosa di dalam sirkulasi dalam tubuh. Di dalam tubuh glukosa pada hasil akhir pencernaan amilum, sukrosa, matosa, dan laktosa. Glukosa ini dapat dia bakar supaya mendapatkan energi. Sebagian glukosa dalam darah merupakan hasil penyerapan dari usus dan Sebagiannya dari hasil pemecahan enaergi dan jaringan. Gkukosa dalam usus berasal dari glukosa yang kita makan misalnya nasi, ubi, jagung, roti atau dari yang lainnya. (Hadibroto, 2010).

- a) Glukosa darah >126 mg/dl (7.0 mmol/L), puasa merupakan tidak adanya intake kalori 8 jam sebelum pemeriksaan di lakukan.

- b) Pemeriksaan plasma sewaktu >200 mg/dL (11.1 mmol/L).
- c) Pemeriksaan glukosa oral (TGOT) setelah makan > 200 mg/dl
- d) Pemeriksaan glikosilat hemoglobin (HbA1c)
- e) Pemeriksaan Kadar Gula Darah Sewaktu (KGDS). Pengukuran kadar glukosa darah kapan aja selainwaktu yang tadi, niali normalnya 70-200 mg/dl

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi berkaitan dengan diabetes yang di klasifikasikan segai komplikasi akut dan komplikasi kronik yaitu (Brunner & Sunddarth, 2014):

- a. Komplikasi akut terjadi akuabta adanya toleransi glukosa yang berlangsung dan dalam waktu yang pendek dan mencakup sebgai berikut:
 - 1) Hipoglikemia
 - 2) DKA
 - 3) HHNS
- b. Komplikasi kronik biasanya terjadi dalam jangka waktu lama sekitar 10-15 tahun mencakup sebgai berikut:
 - 1) Penyakit makrovaskular (pembuluh darah besar) seperti: mempengaruhi sirkulasi coroner, pembuluh darah kapiler dan pembuluh darah otak.

- 2) Penyakit mikrovaskular (pembuluh darah kecil) seperti: mempengaruhi mata (retinopati) dan ginjal (nefropati); control gula darah untuk menunda atau juag mencegah awitan komplikasi mikrivaskular maupun mkrovaskular.
- 3) Penyakit neuropatik: memengaruhi saraf sensori motoric dan otonom serta berperan memunculkan sejmlah masalah seperti impotensi dan ulkus kaki.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien diabetes melitus terdapat lima komponen yaitu diet, Latihan, pemantauan, terapi dan Pendidikan. Menurut (PERKENI 2015) tujuan pelaksanaan dibetes melitus dibagi menjadi tiga tujuan, tujuan pendek, tujuan panjang, dan akhir. Tujuan pendek dari penatalaksanaan diabetes melitus merupakan menghilangkan keluhan DM, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi komplikasi akut. Selanjutnya untuk tujuan jangka Panjang meliputi, mencegah dan juga menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati, dan makroangiopati. Tujuan akhir yaitu turunya morbilitas dan mortalitas DM. sehingga tujuan penatalaksanaan DM dapat tercapai jika pengendalian glukosa dalam darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid, melalui pengelolaan penderita secara komprehensif.

Penatalaksanaan DM terdapat 4 langkah secara khusus yaitu :

a. Edukasi (penyuluhan)

Edukasi adalah bagian dari integral asuhan keperawatan. Tujuannya penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit diabetes dan pengelolaannya. Keberhasilan pengelolaan diabetes memerlukan dukungan dari keluarga dan orang di sekitarnya (PERKENI, 2011)

b. Terapi Nutrisi Medis

Terapi nutrisi medis (TNM) adalah bagian yang penting dari pelaksanaan DM Tipe 2 secara komprehensif. TNM akan berhasil jika keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim, yaitu Dokter, ahligizi, petugas Kesehatan yang lain serta pasien dan juga keluarga. TNM di berikan kepada penderita DM yang mencapai sasaran terapi. TNM akan diberikan sesuai dengan kebutuhannya, prinsip pengaturan makan (diet) pada penderita DM hamper sama dengan anjuran makan masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbng dan sessui dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing- masing individu. Maka perlu di tekankan dalam menjalani TNM adalah keteraturan makan dalam hal jadwal mkan, jenis, dan jumlah kandunga kalori, terutama bagi pengguna obat yang mampu meningkatkan sekresi insulinatai terpi insulin itu sendiri (PERKENI, 2015)

c. Latihan jasmani

Latihan jasmani adalah salah satu pilar pengelolaan DM tipe 2 jika tidak disertai dengan nefropati. Kegiatan jasmani sehari-hari dan Latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit perminggu, dimana jeda antar latihannya tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Sebelum melakukan Latihan jasmani dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah terlebih dahulu. Jika kadar glukosa darah < 100 mg/dl, pasien harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan jika > 250 mg/dl, dianjurkan untuk menunda Latihan jasmani. Latihan jasmani pada penderita DM tipe 2 bertujuan untuk menjaga kebugaran, menurunkan berat badan, dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga mampu memperbaiki sensitivitas insulin pada akhirnya. (PERKENI, 2015)

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologi diberikan kepada penyandang DM jika program makan dan Latihan jasmani teratur belum bisa mengendalikan kadar glukosa darah. Terapi farmakologi terdiri dari obat oral dan bentuk insulin. Obat hipoglikemik (OHO) dibagi menjadi 5 golongan yaitu: pemicu sekresi insulin (*sulfonylurea dan glinid*), peningkat

sentivitas terhadap insulin (*metformin* dan *tiazolididion*), penghambat gluconeogenesis (*metformin*), penghambat absorbs glukosa di saluran pencernaan (penghambat glukosidase alfa), DPP-IV inhibitor (PERKENI, 2015)

2.2 Kosep Kepatuhan

2.2.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan adalah sebuah kata yang berasal dari kata patuh yang artinya taat atau disiplin. Kepatuhan pasien merupakan sejauh mana kepatuhan dari pasien sesuai atau tidak dengan ketentuan yang diberikan profesional. Setiap individu pasti ingin mendapatkan badan yang sehat di samping itu juga manusia tidak bisa menolak jika harus mengalami sakit. Manusia secara umum menghadapi kondisi sakit akan berusaha mengobati sakit yang diderita dengan berbagai macam cara. Kepatuhan berpengaruh terhadap kesembuhan individu atau pasien (Niven, 2012).

Menurut Kozier (2010) kepatuhan merupakan perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau perubahan gaya hidup) sesuai dengan anjuran Kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tidak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi setiap rencana.

Kepatuhan adalah suatu perubahan perilaku yang tidak mentaati perintah menjadi mentaati aturan (Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2010).

2.2.2 Faktor Pendukung dalam Kepatuhan

Menurut Niven (2012) ada beberapa faktor yang mendukung sikap patuh pasien antara lain:

1. Pendidikan

Pendidikan bertujuan untuk memerangi kebodohan, dan dapat berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan berusaha atau bekerja yang selanjutnya juga Pendidikan dapat meningkatkan kemampuan pencegahan penyakit, dan meningkatkan dan memelihara kesehatan (Notoatmodjo, 2014)

2. Akomodasi

Akomodasi adalah suatu usaha yang dapat membantu memahami ciri kepribadian pasien dalam mempengaruhi

3. Modifikasi faktor Lingkungan dan Sosial Kelompok

lingkungan dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan.

4. Perubahan model terapi

Program dibuat dengan sesederhana mungkin dan pasien aktif dalam pembuatan program yang dilakukan.

5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Memberikan interaksi yang baik antara petugas kesehatan dan pasien untuk memberikan informasi tentang kesehatan pasien

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepatuhan

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan menurut Niven (2012)

1. Pemahaman tentang intruksi

Tidak ada seorangpun yang mematuhi intruksi jika salah paham dalam intruksi yang diberikan.

2. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara pasien dan petugas kesehatan sangat mempengaruhi dengan kepatuhan pasien dan bagian penting dalam menentukan drajat kepatuhan.

3. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi tempat yang berpengaruh terhadap perilaku kepatuhan dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu dan dapat menentukan program pengobatan yang akan dijalani.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Model keyakinan dalam kesehatan dapat berguna dalam memperbaiki adanya sikap ketidakpatuhan. Karena sikap merupakan hal yang bersikap emosional terhadap situasi sosial.

2.3 Kepatuhan Diet diabetes melitus

Kepatuhan diet adalah suatu perilaku yang di sarankan oleh dokter, perawat atau tenaga Kesehatan lainnya yang harus di taati oleh penderita. Perilaku yang

disarankan kepada penderita yaitu berupa pola makan dan ketepatan dalam makan pasien diabetes melitus. Dalam diet penderita diabetes melitus harus memperhatikan jenis makanan, jumlah makanan, dan jadwal makan supaya kadar glukosa darahnya selalu tetap terkontrol. (Novian, 2013).

Mematuhi serangkaian diet adalah aspek yang paling penting dalam penatalaksanaannya diabetes melitus. Diet yang di jalankan penderita diabetes melitus akan muncul kapan saja dan berlangsung seumur hidup. (pratita,2012).

Penderita DM di dalam melaksanakan diet haru memperhatikan 3J yaitu: jumlah kalori, yang dibutuhkan, jadwal makan yang harus diikuti, dan jenis makanan yang harus diperhatikan. untuk itu pasien harus mengetahui kebutuhan kalori, standar diet dan daftar bahan makanan penukar (Hasdianah, 2012)

2.3.1 Tujuan

Tujuan pengaturan diet pada penyakit diabetes melitus merupakan membantu pasien dalam memperbaiki kebiasaan makan, mempertahankan kadar gula darah supaya tetap normal, memberi kecukupan energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal, menghindari komplikasi pasien yang menggunakan insulin meningkatkan derajat Kesehatan memiliki gizi yang optimal (Krisnatuti, 2014)

2.3.2 Penatalaksanaan Diet Diabetes Melitus

Penatalaksanaan diet DM meliputi 4 pilar utama yang harus dilaksanakan oleh penderita DM yaitu jumlah makanan, jenis makanan, dan jadwal makan.

1. Jumlah makanan

Pada dasarnya, pengaturan jumlah makanan dibuat berdasarkan tinggi badan, berat badan, jenis aktivitas, dan juga umur. Berdasarkan hal itu, akan di hitung dan di temukan jumlah kalori untuk masing-masing penderita. Jumlah makanan sehari untuk standar diet diabetes melitus dinyatakan dalam satuan penukar.

Tabel 2.1

Jumlah Bahan Makanan Sehari Menurut Standar Diet DM

Gol. Bahan makanan	Standar Diet							
	1100 kkal	1300 Kkal	1500 kkal	1700 kkal	1900 kkal	2100 kkal	2300 Kkal	2500 kkal
Nasi/penukar	2,5	3	4	5	5,5	6	7	7,5
Ikan/penukar	2	2	2	2	2	2	2	2
Daging/penukar	1	1	1	1	1	1	1	1
Tempe/penukar	2	2	2,5	2,5	3	3	3	5
Sayuran/penukar A	2	2	2	2	2	2	2	2
Sayuran/penukar B	2	2	2	2	2	2	2	2
Buah/penukar	4	4	4	4	4	4	4	4

Susu/ penukar	-	-	-	-	-	-	-	-
Minyak/ penukar	3	4	4	4	6	7	7	7

Sumber: Almatsier, 2013

Keterangan:

- 1 penukar nasi = 100gr (3/4gelas)
- 1 penukar daging = 35gr (1ptg sdg)
- 1 penukar ikan = 40 gr (1 ptg sdg)
- 1 penukar tahu = 50 gr (ptg sdg)
- 1 penukar tempe = 50 gr (2ptg sdg)
- 1 penukar sayuran = 1 gr (1 gls)
- 1 penukar susu = 20 gr (4sdm)
- 1 penukar minyak = 5gr (1sdt)
- 1 penukar buah = 110gr (setara dengan 1 bh papaya, ptg bsr)

2. Jenis makanan

Penderita diabetes melitus harus mengetahui dan meamhami jenis makanan apa saja yang boleh di konsumsi secara bebas, dan makanan yang harus batasi.

Tabel 2.2

Jenis Bahan Makanan Yang Di Anjurkan Bagi Penderita DM

No	Jenis Bahan Makanan	Sumber Bahan Makanan
1.	Karbohidrat kompleks	Nasi, roti, mie, singkong, dan sagu
2.	Protein rendah lemak	Ikan, ayam tanpa kulit, susu krim, tahu, tempe , kacang-kacangan
3.	Lemak (dalam jumlah terbatas)	Makanan yang diolah dengan cara di panggang, dikukus, dan di bakar

Sumber: Almatsier, 2013

Tabel 2.3

Jenis Bahan Makanan Yang Harus Dibatasi Bagi Penderita DM

No	Jenis Makanan	Sumber Makanan
1.	Banyak gula	Gula pasir, gula jawa, sirup, jelli, buah yang diawetkan, susu kental manis, minuman botol ringan, dodol dan es krim
2.	Banyak lemak	Cake, makanan siap saji, goreng-gorengan
3.	Banyak natrium	Ikan asin, telur asin, makanan yang diawetkan

Sumber: Almatsier, 2013

3. Jadwal Makan

Jadwal makan merupakan waktu makan yang tetap yaitu makan pagi, siang dan malam, pada pukul 07.00-08.00, 12.00-13.00, dan 17.00-18.00, serta selingan pada pukul 10.30-11.00 dan 15.30-16.00. penjadwalan dilakukan dengan disiplin waktu supaya dapat membantu pancreas mengeluarkan insulin secara rutin. Pada umumnya diet pada diabetes melitus diberikan dengan 3 kali makan pokok, 2-3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam.

2.4 Konsep Dukungan Keluarga

2.4.1 Pengertian

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi dalam kehidupan, jenis dan sifat dukungan yang berbeda dalam tahapan dan siklus kehidupan. Dukungan dapat diperoleh dari semua orang, tetapi dukungan keluarga adalah hal yang penting bagi setiap anggota keluarga yang sedang sakit. keluarga. (Friedman, dkk. 2010).

Dukungan keluarga dapat dikatakan sebagai sebuah motivasi yang berasal dari dalam diri maupun dari luar yang memberikan semangat positif terhadap seseorang dalam menjalani kehidupannya.

2.4.2 Bentuk- Bentuk Dukungan

Dukungan keluarga yang mampu memberikan semangat dan motivasi dalam pelaksanaan diet/ perencanaan makan. Terdapat empat jenis bentuk dukungan yang diberikan diantaranya (Novemasari, 2014):

- 1) Dukungan informasional, yaitu keluarga yang berfungsi sebagai penyebar (kolektor dan disiminator) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang sugesti, pemberian saran, informasi yang digunakan sebagai mengungkapkan suatu masalah.

Manfaatnya mampu menekan munculnya stressor akibat informasi yang di berikan menyumbangkan aksi sugesti pada individu. Aspek-aspek tersebut adalah nasehat, usulan, petunjuk, saran, dan pemberi informasi.

- 2) Dukungan penilaian, yaitu dukungan yang bertindak sebagai umpan balik, membimbing dan menanggapi pemecahan masalah, sebagai sumber validator identitas anggota keluarga seperti: memberikan penghargaan, perhatian serta memberikan support.
- 3) Dukungan instrumental, yaitu keluarga adalah sebagai sumber pertolongan konkrit dan praktis, seperti: Kesehatan penderita dal hal kebutuhan istirahat, minum, makan, dan terhindarnya penderita dari kelelahan.
- 4) Dukungan emosiona, yaitu dukungan yang memberikan rasa aman dan nyaman dalam beristirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Aspek-aspek dari dukungan tersebut diantaranya: dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, perhatian, kepercayaan, mendengarkan dan didengarkan.

2.4.3 Efektivitas Dukungan Keluarga

Efektivitas dukungan keluarga di pengaruhi oleh (Novemasari, 2014):

a. Faktor Internal

- 1) Tahap perkembangan yaitu faktor usia dalam hal perkembangan dan pertumbuhan, dengan setiap rentang usia (bayi-lansia) yang memiliki pemahaman dan respon perubahan kesehatan yang berbeda.
- 2) Pendidikan atau tingkat pengetahuan dikarenakan keyakinan terhadap dukungan oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengalaman masa lalu dan pengetahuan. Kemampuan kognitif atau cara berfikir seseorang termasuk kedalam faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan untuk kesehatan dalam dirinya.
- 3) Faktor emosi / emosional yang dapat mempengaruhi keyakinan terhadap dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang akan mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya yang cenderung merespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dengan dilakukan cara mengkhawatirkan terhadap penyakit yang mengancam hidupnya. Secara umum seseorang terlihat memiliki respon emosional selama sakit. Seseorang akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya sehingga tidak

mau mengalami pengobatan dan tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit.

- 4) Faktor spiritual, aspek spiritual dilihat dari seseorang menjalani hidupnya, mencakup nilai yang di laksanakan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan hidupnya.

b. Faktor Eksternal

- 1) Praktik di keluarga berupa cara bagaimana sebuah keluarga dapat memberikan dukungan yang mampu mempengaruhi penderita dalam menghadapi kesehatannya.
- 2) Faktor social dan psikososial yaitu faktor yang mampu meningkatkan resiko terjadinya suatu penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variable psikososial mencakup: stabilitas perkawinan lingkungan kerja dan gaya hidup. Seseorang dapat mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini mampu mempengaruhi keyakinan Kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang maka akan lebih tanggap dalam menghadapi masalah Kesehatan pada dirinya.

- 3) Latar budaya dapat mempengaruhi keyakinan atau kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan Kesehatan yang terjadi pada dirinya.

2.5 Dukungan Keluarga Dalam Kepatuhan Diet Penderita Diabetes Melitus

Dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi dalam kehidupan, jenis dan sifat dukungan yang berbeda dalam tahapan dan siklus kehidupan. Dukungan dapat di peroleh dari semua orang, tetapi dukungan keluarga adalah hal yang penting bagi setiap anggota keluarga yang sedang sakit. keluarga. (Friedman, dkk. 2010).

Hasil penelitian (Dewi dkk, 2018) tentang "Kepatuhan Diet Pasien Dm Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Dan Dukungan Keluarga Di Wilayah Puskesmas Sudiang Raya" menunjukkan dukungan keluarga pada umumnya mendukung (87,5%). Hal ini menunjukkan Sebagian besar responden memiliki dukungan penghargaan, emosional, intrinsikal dan memberikan dukungan informasi yang memberikan dampak pada motivasi dalam menjalankan dietnya. Namun dalam hasil penelitian kepatuhan, jika dilihat berdasarkan kecukupan asupan energi umumnya responden tidak patuh (91.7%). Kepatuhan diet pada penelitian ini diukur dari perimbangan energi dalam penelitian ini adalah didasarkan pada tujuan akhir penatalaksanaan diet DM dimana sedapat mungkin seorang penderita DM mampu mengontrol kenaikan gula darah yang terlalu tinggi melalui pengaturan makanan. Dari hasil uji Chi Square menunjukkan nilai $p=0.71$.

Hasil ini membuktikan bahwa tidak terdapat hubungan antara kepatuhan diet berdasarkan dukungan keluarga pasien DM di wilayah Puskesmas Sudiang Raya Makassar.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Kartika dkk, 2016) Tentang “Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping 1” bahwa sebagian besar responden yaitu 70% (19 responden) memiliki dukungan positif. Sedangkan 30% (8 responden) memiliki dukungan yang negative. Hal ini karena menunjukkan Sebagian besar responden memiliki dukungan penghargaan, emosional, intrinsikal dan memberikan dukungan informasi dalam menjalankan dietnya. Sedangkan untuk hasil kepatuhan diet responden, sebesar 81% responden masuk dalam kategori tidak patuh dalam menjalankan diet. Sebaliknya, 19% responden masuk dalam kategori patuh dalam menjalankan diet. Analisis data hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet menggunakan uji Chi-square, karena masing-masing variabel yang akan diteliti memiliki skala ordinal (kategorik). Hasil yang diperoleh dari uji Chi-square adalah $p=1,000$ ($p>0.05$) maka H_0 diterima. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet diabetes mellitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian (Pangestu, 2018) tentang “Hubungan Antara Pengetahuan Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Menjalankan Diet Pada Penderita Diabetes Melitus Di Wilayah Puskesmas Baki Sukoharjo” diketahui sebesar (56,4%) responden kurang mendapatkan dukungan

dari keluarga dalam menjalani diet diabetes melitus dan yang responden mendapat dukungan keluarga baik sebesar (43,6%). Maka dari itu dukungan keluarga yang diterima responden sebagian besar masih kurang. Kurangnya dukungan keluarga bagi responden dapat menyebabkan beberapa aspek. Ditinjau dari aspek dukungan emosional, bahwa anggota keluarga kadang-kadang tidak mengingatkan responden untuk tidak makan roti yang banyak mengandung rasa manis, anggota keluarga masih sering ada yang marah-marah kepada responden tidak memakan makanan yang disediakan. Dukungan informasi yang dirasakan oleh responden juga masih kurang. Informasi yaitu mengenai jenis makanan yang baik untuk dikonsumsi, atau selalu mengingatkan jadwal makan. Kurangnya dukungan informasi dapat terjadi pada saat pagi sampai dengan sore hari, dimana anggota keluarga sedang bekerja di luar rumah, sehingga responden tidak ada yang mengingatkan responden tentang jadwal makan. Dukungan penilaian juga ada anggota keluarga yang kadang-kadang masih membiarkan responden untuk makan makanan yang terlalu manis. Dukungan instrumental yang kurang karena terkendalanya kemampuan daya beli keluarga untuk memenuhi kebutuhan diet responden. Sebagai contoh keluarga yang tidak mampu jika harus membeli minyak jagung dan beras merah untuk dikonsumsi khusus bagi responden setiap hari. Hal ini karena harga beras merah dan minyak jagung yang mahal menjadikan keluarga tidak mampu membeli dan tetap mengonsumsi setiap hari beras biasa.

Dari hasil kepatuhan diet responden diketahui mayoritas responden tidak patuh dalam menjalani diet diabetes mellitus (81,8%). Sebanyak (18,25%) responden

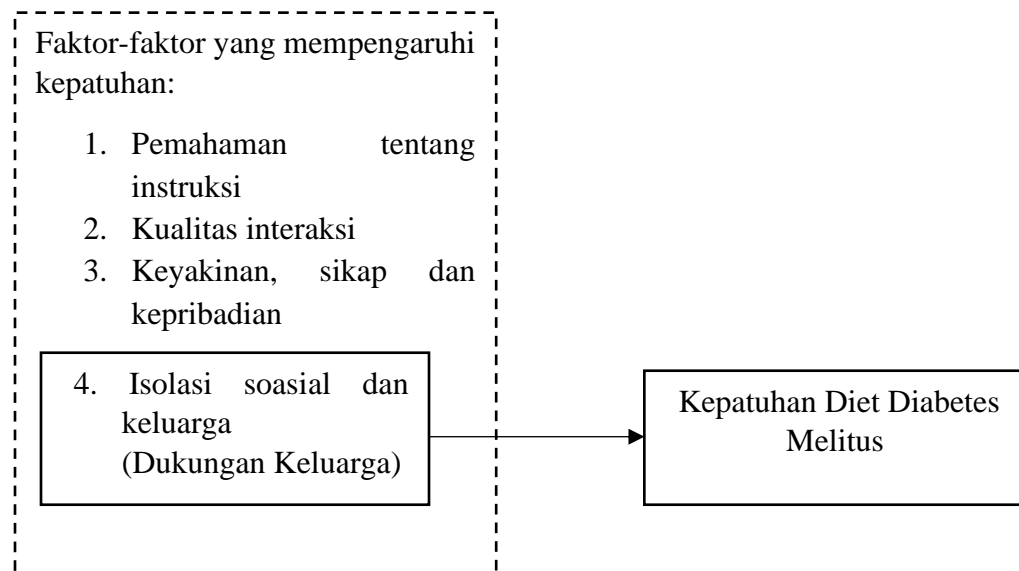
sudah patuh menjalani diet diabetes mellitus maka hasil penelitian kepatuhan responden dalam menjalani diet diabetes mellitus diketahui masih banyak yang tidak patuh. Ketidakpatuhan responden dalam menjalani diet diabetes mellitus dikarenakan kurang disiplinnya responden dalam menjaga diri sendiri dari berbagai jenis makanan yang tidak boleh dikonsumsi. Responden masih sulit dalam membatasi konsumsi gula pada saat minum seperti teh manis. Bagi responden pada pagi dan sore hari, konsumsi minum teh sudah dilakukan sejak usia muda membuat sulit untuk dihindari. Kebiasaan dalam keluarga membuat teh dalam gelas besar (teko) menjadi suatu hal keharusan yang ada baik pagi maupun sore hari. Konsumsi makanan cemilan seperti singkong baik yang di goreng maupun yang direbus hampir selalu ditaburi dengan gula sebagai pemanis. Contoh makanan yang sering ada di keluarga responden adalah getuk yang terbuat dari singkong, ataupun pisang goreng yang juga diberi campuran tepung dan gula. Kebiasaan mengkonsumsi makanan manis inilah yang sulit dihindari oleh responden, sehingga responden sulit untuk melakukan menjalani diet diabetes mellitus secara ketat. Menurut Kozier (2010) kepatuhan merupakan perilaku individu (misalannya: minum obat, mematuhi diet, atau perubahan gaya hidup) sesuai dengan anjuran Kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi setiap rencana. Maka dari uji statistic Chi Square diperoleh nilai $\chi^2 = 4.534$ dengan $p = 0,033$ ($p < 0,05$). Nilai $p < 0,05$ maka hipotesa yang diambil adalah H_0 ditolak, artinya tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan

menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Baki Sukoharjo.

2.6 Kerangka Konsep

Bagan 2.1

Kerangka Konsep



Sumber: Teori Modifikasi Teori Niven (2012) dan Almatsier (2013), Hasdianah (2012)