

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG MODIFIKASI DIET BAGI
PENDERITA DM TIPE 2**

SKRIPSI

Disusun Oleh :

**ZUL FADLI HARAHAP
NIM. 15010098**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2020**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG MODIFIKASI DIET BAGI
PENDERITA DM TIPE 2**

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Disusun Oleh :

**ZUL FADLI HARAHAP
NIM. 15010098**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2020**

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA TENTANG MODIFIKASI DIET BAGI PENDERITA DM TIPE 2

Skripsi ini telah diseminarkan dan dipertahankan dihadapan tim penguji
Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan
di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Maret 2020

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

(Ns. Adi Antoni, M.Kep)

(Mastiur Napitupulu, SKM, M.Kes)

Ketua Penguji

Anggota Penguji

(Ns. Hotma Royani Siregar, M.Kep)

(Ns. Mei Adelima Harahap, M. Kes)

IDENTITAS PENULIS

Nama : Zul Fadli Harahap
Nim : 15010098
Tempat/Tgl Lahir : Padangsidempuan, 18 April 1997
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Sigulang Padangsidempuan Tenggara

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 200507 Pijorkoling : Lulus Tahun 2009
2. SMP Negeri 8 Padangsidempuan : Lulus Tahun 2012
3. SMA Negeri 3 Padangsidempuan : Lulus Tahun 2015

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat tuhan yang maha esa karena berkat rahmat dan hidayah-nya peneliti dapat menyusun proposal/skripsi yang berjudul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita DM Tipe II”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan Di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Aufa Royhan Padangsidempuan.

Peneliti banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan proposal/skripsi ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi - tingginya kepada yang terhormat:

1. DR. Anto, SKM, M.Kes, MM selaku Rektor Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep sebagai Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan di Kota Padangsidempuan
3. Ns. Adi Antoni, M.Kep, selaku pembimbing utama, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Mastiur Napitupulu, SKM, M.Kes, selaku pembimbing pendamping, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Seluruh Dosen Dan Staf Program Studi Keperawatan Universitas Aufa Royhan Padangsidempuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.

Peneliti berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat peneliti butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, Juli 2019

Peneliti

Zul Fadli Harahap
Nim: 15010098

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

**Laporan Penelitian, January 2020
Zulpadli Harahap**

**Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi
Penderita DM Tipe 2**

ABSTRAK

Diabetes Melitus (DM) adalah salah satu di antara penyakit yang terus meningkat jumlahnya diantara penyakit tidak menular. Faktor penyebab diabetes mellitus tipe II adalah faktor pola hidup yang tidak aktif serta pola makan yang tidak sehat. Penderita penyakit ini terjadi pada orang-orang yang memiliki berat badan berlebih, kurang gerak aktif, dan kurang berolahraga. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui tingkat Pengetahuan keluarga terhadap modifikasi diet bagi penderita DM tipe II diwilayah kerja Puskesmas Pijorkoling. Penelitian ini menggunakan desain *deskriptif*. Responden pada penelitian ini berjumlah 38 orang. Analisa data dilakukan secara analitik dengan melihat persentase data yang disajikan dalam tabel distribusi. Hasil penelitian ini menunjukkan tingkat pengetahuan keluarga dapat disimpulkan mayoritas pengetahuan keluarga baik 18 responden, sedangkan minoritas responden tingkat pengetahuan keluarga yang cukup 9 responden dan pengetahuan keluarga kurang 11 responden. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan untuk menambah pengetahuan keluarga pasien tentang penyakit DM Tipe 2 sehingga mampu mengontrol diet panyakitnya..

**Kata Kunci : Keluarga, Modifikasi Diet, DM Tipe 2 .
Daftar Pustaka : 2009– 2019 (15).**

*THE NURSING PROGRAM UNDERGRADUATE PROGRAM
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN*

*Research Report, January 2020
Zulpadli Harahap*

*THE DESCRIPTION OF THE LEVEL OF FAMILY KNOWLEDGE ABOUT DIET
MODIFICATION FOR PATIENTS WITH TYPE 2 DM*

Abstract

Diabetes mellitus is one of diseases that continues to increase in number among non-communicable diseases. Factors that cause type 2 diabetes mellitus are inactive lifestyle factors and unhealthy eating patterns. People with this disease occur in people who are overweight, lack of active movement and lack of exercise. The purpose of this research is to find out the description of the level of family knowledge about diet modification for patients with type 2 DM. This research used a descriptive. Respondents in this study amounted to 40 people. Data analysis was performed analytically by looking at the percentage of data presented in the distribution table. The results of this research was get to know good family of knowledge about diet modification totaling 18 respondents, enough family of knowledge about diet modification totaling 9 respondent and less good family of knowledge about diet modification totaling 11 respondent . The results of this research could be input to increase the patients family of knowledge about dm type 2 disease so that they can control the diet of the disease.

Keywords: Family, Diet Modification , Type 2 DM.

References: 2009-2019 (15).

DAFTAR ISI

halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
IDENTITAS PENULIS	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan peneliti.....	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Pengetahuan.....	7
2.1.1 Pengertian Pengetahuan	7
2.1.2 Tingkat Pengetahuan	8
2.1.3 Faktor- faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	9
2.1.4 Cara Mengukur Pengetahuan	10
2.2 Konsep Keluarga	11
2.2.1 Defenisi.....	11
2.2.2 Fungsi Keluarga	12
2.2.3 Peran Keluarga	12
2.2.4 Askep Dukungan Keluarga.....	14
2.3 Konsep Diabetes Mellitus	18
2.3.1 Defenisi.....	18
2.3.2 Klasifikasi	20
2.3.3 Manifestasi Klinis	21
2.3.4 Etiologi Dan Faktor Resiko Diabetes Millitus.....	21
2.3.5 Patofisiologi.....	23
2.3.6 Komplikasi.....	25
2.3.7 Jenis Diet	25
2.4 Kerangka Konsep Penelitian	29
2.5 Hipotesis/pernyataan Penetian	29
BAB III METODE PENELITIAN.....	30
3.1 Jenis Penelitian dan desain penelitian.....	30
3.2 Waktu dan tempat penelitian.....	30
3.2.1 Waktu Penelitian	30

3.2.2	Tempat Penelitian	30
3.3	Populasi dan Sampel.....	30
3.3.1	Populasi.....	30
3.3.2	Sampel.....	31
3.4	Alat Pengumpulan Data	31
3.5	Prosedur Pengumpulan Data	31
3.6	Definisi Operasional	32
3.7	Etika Penelitian.....	32
3.8	Pengelola Data.....	33
3.9	Teknik Analisa Data	34
BAB 4	HASIL PENELITIAN	35
4.1	Analisa Univariat.....	35
4.1.1	Data Demografi Responden	35
4.1.2	Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita Dm Tipe 2 ..	35
BAB 5	PEMBAHASAN	38
5.1	Analisa Univariat.....	38
5.1.1	Karakteristik Responden	38
5.1.2	Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita DM Tipe 2	43
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	46
6.1	Kesimpulan	46
6.2	Saran	47

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 3.1 Waktu Penelitian	30
Tabel 3.2 Defenisi Operasional	32

DAFTAR SKEMA

	halaman
Skema 2.1 Kerangka Konsep Penelitian	29

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian
- Lampiran 3 Surat Izin Survey dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 4 Surat Balasan Dari Puskesmas Pijorkoling
- Lampiran 5 Kuesioner
- Lampiran 6 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) adalah salah satu di antara penyakit yang terus meningkat jumlahnya diantara penyakit tidak menular. Penyakit ini adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah karena produksi insulin yang terganggu sehingga terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan dan produksi insulin dalam tubuh (Tarwoto, 2012).

Penyakit tidak menular merupakan masalah kesehatan utama di negara-negara industri, maupun negara-negara yang sedang berkembang yang sedang mengalami transisi demografi dan perubahan pola hidup masyarakat seperti gaya hidup, sosial ekonomi, urbanisasi dan industrialisasi yang akan meningkatkan prevalensi penyakit tidak menular (Irianto, 2014).

Penyakit Tidak Menular (PTM), termasuk Diabetes, saat ini telah menjadi ancaman serius kesehatan global. Dikutip dari data WHO 2016, 70% dari total kematian di dunia dan lebih dari setengah beban penyakit. 90-95% dari kasus Diabetes adalah Diabetes Tipe 2 yang sebagian besar dapat dicegah karena disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat.

Indonesia juga menghadapi situasi ancaman diabetes serupa dengan dunia. *International Diabetes Federation (IDF) Atlas 2017* melaporkan bahwa epidemi Diabetes di Indonesia masih menunjukkan kecenderungan meningkat. Indonesia adalah negara peringkat keenam di dunia setelah Tiongkok, India, Amerika Serikat, Brazil dan Meksiko dengan jumlah penyandang Diabetes usia 20-79

tahun sekitar 10,3 juta orang. Sejalan dengan hal tersebut, Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) memperlihatkan peningkatan angka prevalensi Diabetes yang cukup signifikan, yaitu dari 6,9% di tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018; sehingga estimasi jumlah penderita di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang yang kemudian berisiko terkena penyakit lain, seperti: serangan jantung, stroke, kebutaan dan gagal ginjal bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian.

Diabetes mellitus dibagi menjadi beberapa tipe. Populasi dari penderita diabetes mellitus tipe I ini tergolong sedikit, diperkirakan kurang dari keseluruhan populasi penderita diabetes. Diabetes mellitus tipe I disebabkan oleh faktor bawaan atau keturunan. Faktor penyebab diabetes mellitus tipe I adalah infeksi virus yang merusak sel-sel penghasil insulin. Tipe diabetes ini banyak dialami pasien anak-anak maupun remaja. Diabetes mellitus tipe II banyak dialami saat pasien berusia 30 tahun atau lebih dan penderita tidak tergantung dengan insulin dari luar tubuh, kecuali pada keadaan tertentu. Diabetes mellitus tipe II ini dapat mengakibatkan sejumlah komplikasi jika diabaikan. Faktor penyebab diabetes mellitus tipe II adalah faktor pola hidup yang tidak aktif serta pola makan yang tidak sehat. Penderita penyakit ini terjadi pada orang-orang yang memiliki berat badan berlebih, kurang gerak aktif, dan kurang berolahraga. Diabetes mellitus gestasional adalah penyakit diabetes yang terjadi pada ibu hamil, yang disebabkan oleh gangguan toleransi glukosa pada pasien tersebut. Berdasarkan tipe diabetes mellitus yang telah dijelaskan, peneliti akan membahas diabetes mellitus tipe II ini karena dipandang bahwa besar kemungkinan tidak akan menyebar jika pola hidup serta pola makan diatur dan dijaga dengan baik, dan untuk yang telah terjangkit

besar kemungkinan akan lebih lama bertahan hidup jika mendapatkan perhatian dan perawatan secara medis ataupun mengubah dan memodifikasi gaya hidup.

Menurut Salvicion G. Ballon dan Aracelis Maglaya (1998) Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergantung karena hubungan darah, hubungan perkawinan dan pengangkatan, dan mereka hidup dalam perannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan (Harmoko.2012).

Studi peneliti sudah membuktikan pada pasien diabetes melitus yang telah melakukan kontrol gula darah secara rutin akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dan akan mempunyai resiko komplikasi yang sangat rendah (Mcculloch, 2009). Untuk itu, kontrol kadar gula darah bagi penderita DM sangatlah penting dimana dapat membantu menentukan penanganan medis yang tepat sehingga dapat mengurangi risiko komplikasi yang berat dan membantu penderita menyesuaikan atau mengatur pola makan, aktivitas fisik dan juga kebutuhan kadar insulin untuk memperbaiki kadar gula darah sehari-hari (Benjamin, 2010). Pengetahuan juga menjadi faktor penting terhadap kepatuhan kontrol gula darah pada penderita diabetes melitus. Teori Green dalam Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor pendukung (predisposing factor) terbentuknya perilaku seseorang. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu dan sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Penyebab ketidakpatuhan pasien DM dalam

kontrol gula darah adalah tidak memahami dan salah memahami tentang manfaat diet, olahraga, dan obat, oleh karena itu dibutuhkan pengetahuan keluarga yang dapat memberikan informasi tentang kontrol gula darah. Pengetahuan keluarga yang baik tentang kapan dan bagaimana melaksanakan kontrol gula darah akan membantu seseorang untuk selalu berperilaku patuh terhadap terapi tersebut.

Setelah peneliti melakukan studi pendahuluan di Puskesmas Pijorkoling didapatkan data dari keseluruhan penderita DM di kawasan kerja Puskesmas Pijorkoling sebanyak 38 jiwa dari berbagai usia. Dari masalah diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita DM Tipe 2” karena masih banyaknya penderita DM di wilayah Kerja Puskesmas Pijorkoling.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini “Bagaimana Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita DM Tipe II di Wilayah Kerja Puskesmas Pijorkoling?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran tingkat Pengetahuan keluarga terhadap modifikasi diet bagi penderita DM tipe II di wilayah kerja Puskesmas Pijorkoling.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi karakteristik responden meliputi, umur, pendidikan, pekerjaan.

- b. Mendapatkan gambaran Pengetahuan Keluarga tentang modifikasi tentan diet bagi Penderita DM tipe II di wilayah kerja Puskesmas Pijorkoling.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Responden

Hasil penelitian diharapkan dapat menambahkan pengetahuan responden.

1.4.2 Bagi intitusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan untuk mengembangkan penelitian yang berkaitan dengan Gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang modifikasi diet bagi penderita Dm tipe 2 di wilayah kerja puskesmas palopat pijorkoling.

1.4.3 Bagi tempat penelitian

Diharapkan dapat dijadikan masukan agar meningkatkan pengetahuan keluarga di wilayah kerja puskesmas palopat pijorkoling.

1.4.4 Bagi peneliti

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan mengembakan ilmu-ilmu yang di peroleh dari penelitian yang telah dilakukan serta memperoleh informasi mengenai tentang gambaran tingkat pengetahuan modifikasi diet bagi penderita DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas palopat pijorkoling.

1.4.5 Bagi Universitas aufa royhan padangsidimpuan

Sebagai acuan untuk peneliti selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengetahuan

2.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat di pengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda – beda (Notoatmojo, 2010).

Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang. Berdasarkan pengalaman disebutkan bahwa perilaku yang disadari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak disadari oleh pengetahuan. Penelitian Roger (1974) yang dikutip oleh Nototmodjo (2010) mengungkapkan bahwa orang sebelum mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan yakni :

1. Awareness (kesadaran) yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. Interest yakni orang mulai tertarik pada stimulus.
3. Evaluation (menimbang – nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya).

4. Trial adalah orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. Adaption adalah subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.1.2 Tingkatan Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2010) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan sebagai berikut :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen – komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen – komponen

pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi – formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma – norma yang berlaku di masyarakat.

2.1.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Mubarak (2007) faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain :

1. Pendidikan, berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal mereka dapat memahami.
2. Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan yang baik secara langsung maupun tidak langsung.
3. Umur, dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental)
4. Minat, sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu.
5. Pengalaman, adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungan.
6. Kebudayaan lingkungan sekitar, kebudayaan di mana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

7. Informasi, kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membuat mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan baru.

Jadi, dari pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari proses mencari tahu, dari yang tadinya tidak tahu menjadi tahu, dari tidak dapat menjadi dapat. Proses mencari tahu ini mencakup berbagai metode dan konsep – konsep, baik melalui proses pendidikan maupun melalui pengalaman.

2.1.4 Cara mengukur pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat tes/kuesioner tentang obyek pengetahuan yang mau diukur. Selanjutnya dilakukan penilaian dimana setiap jawaban yang benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 jika salah diberi nilai 0 (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Arikunto (2010) tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi 3 yaitu :

- a. Baik : menjawab benar 76% - 100%
- b. Cukup : menjawab benar 56% – 75%
- c. Kurang : menjawab benar < 56%

Penelitian yang dilakukan Rosmawati, et al (2013) menggunakan desain quasi eksperimen dengan 7 minggu program supportive developmental nursing, dihasilkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan/edukasi. Program ini berguna untuk meningkatkan perawatan diri penderita diabetes melitus.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Defenisi

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (friedman, 2010). Menurut bailon yang di kutip Efendi, F & Makhfudli (2009) menjelaskan keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan satu budaya. Menurut undang-undang no. 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami isteri atau suami isteri dan anaknya atau, ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Setiadi, 2008).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Secara umum fungsi keluarga (Friedman, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Fungsi afektif adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
2. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan social sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
3. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4. Fungsi ekonomi yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
5. Fungsi keperawatan atau pemeliharaan kesehatan yaitu fungsi untuk memepertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi. Ini dikembangkan menjadi tugas di bidang kesehatan.

2.2.3 Peran Keluarga

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat (Friedman, 2010).

Menurut Friedman (2010) peran keluarga dapat diklasifikasi menjadi dua kategori, yaitu peran formal dan peran informal. Peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga. Peran informal bersifat tidak tampak dan diharapkan memenuhi kebutuhan emosional keluarga dan memelihara keseimbangan keluarga. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah :

1. Peran formal

Peran parental dan pernikahan, diidentifikasi menjadi delapan peran yaitu peran sebagai provider (penyedia), peran sebagai pengatur rumah tangga, peran perawatan anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, peran persaudaraan (kindship), peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif), dan peran seksual.

2. Peran informal

Terdapat berbagai peran informal yaitu peran pendorong, pengharmonis, insiator-kontributor, pendamai, pioner keluarga, penghibur, pengasuh keluarga, dan perantara keluarga.

Sedangkan Effendi (2002) membagi peran keluarga sebagai berikut:

1. Peranan ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anaknya, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberian rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota keluarga masyarakat dari lingkungannya.

2. Peranan ibu

Ibu sebagai istri dari suami dan anak-anaknya. Mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peranan anak

Anak-anaknya melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, sosial, dan spiritual.

2.2.4 Aspek Dukungan keluarga

Aspek dukungan keluarga menurut Friedman (1998) adalah:

1. Dukungan emosional

Dukungan ini melibatkan ekspresi, rasa empati, dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuat pasien DM merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai. Dukungan ini memperhatikan adanya dukungan dari keluarga, adanya pengertian dari anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit DM. Komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi penderita. Dukungan ini didapatkan dengan mengukur persepsi penderita tentang dukungan keluarga berupa pengertian dan kasih sayang keluarga.

2. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan atau bantuan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan atau ide (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2003) dukungan penilaian yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing, dan menengahi pemecahan masalah. Hal ini yang mengakibatkan adanya dukungan penilaian keluarga terhadap penderita DM berupa penghargaan, dapat meningkatkan status psikosial. Semangat dan motivasi sehingga diharapkan dapat membantu perilaku patuh terhadap diet pada penderita DM.

3. Dukungan Instrumental

Dukungan yang bersifat nyata, dimana dukungan ini berupa bantuan langsung. Dukungan ini memperhatikan dukungan dari keluarga dalam bentuk yang nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga (Yusra 2010). Peterson & Bredow (2004) menyatakan dukungan intrumental ini meliputi penyediaan sarana (peralatan atau sarana pendukung lain) untuk mempermudah atau menolong orang lain. Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun menyediakan waktu untuk melayani dan mendengarkan keluarga yang sakit dalam menyampaikan perasaannya (Bomar, 2004).

Dukungan keluarga intrumental yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental juga termasuk dalam fungsi ekonomi yang diterapkan pada keluarga yang sakit. Fungsi perawatan kesehatan berupa menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya dan fungsi ekonomi berupa daya cukup seperti dimensi finansial dan ruang. Dukungan intrumental bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan-persoalan yang dihadapinya, atau menolong secara langsung kesulitanyang dihadapi, misal dengan menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan dan lain-lain. Adanya dukungan intrumental yang cukup pada pasien DM diharapkan kepatuhan diet pasien DM dapat terjaga dan terkontrol dengan baik sehingga dapat meningkatkan status kesehatannya.

4. Dukungan Informasi

Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu. Dukungan ini menyatakan dukungan keluarga yang diberikan bisa membantu pasien dari hari ke hari dalam manajemen penyakitnya, sedangkan menurut Peterson & Bedow (2004) dukungan informasi ini terdiri dari pemberian nasihat, pengarahan atau keterangan yang diperlukan oleh individu yang bersangkutan untuk mengatasi masalah pribadinya.

Selain itu, menurut Sarafino (1998) menjelaskan bentuk dari dukungan keluarga meliputi;

- a. Perhatian emosional, diwujudkan dalam bentuk kelekatan, kehangatan, kepedulian, ungkapan empati sehingga timbul keyakinan bahwa individu dicintai atau diperhatikan. Perhatian emosional ditunjukkan dalam bentuk bantuan yang memberikan dorongan untuk memberikan kehangatan dan kasih sayang, percaya terhadap individu serta pengungkapan empati.
- b. Penilaian dan penghargaan positif, diberikan dalam wujud penghargaan, pujian, yang mendukung perilaku atau gagasan.
- c. Bantuan instrumental, berupa barang, pelayanan, dukungan keuangan, menyediakan peralatan yang dibutuhkan, serta memberikan bantuan dalam melaksanakan berbagai aktivitas. Hal ini mencakup bantuan secara langsung, seperti menolong dengan melakukan suatu pekerjaan guna menyelesaikan suatu tugas.
- d. Bantuan informatif, dalam bentuk nasihat, bimbingan dan memberikan informasi. Bantuan yang diberikan dapat membantu dalam menentukan

keputusan yang akan diambil. Memberikan nasehat, sugesti, informasi, ataupun umpan balik mengenai apa yang sebaiknya dilakukan untuk menyelesaikan tugas.

Berdasarkan uraian Friedman dan Sarafino, dapat diambil kesimpulan bahwa aspek dukungan keluarga terdiri atas; dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan penghargaan. Berdasarkan dua teori tersebut, peneliti memilih untuk menggunakan aspek dukungan keluarga dari Friedman (1998) karena lebih mudah dipahami, dan dapat mengukur dukungan keluarga yang dirasakan oleh pasien *Diabetes Mellitus* Tipe II dalam menjalankan kepatuhan dietnya.

2.3 Diabetes Melitus

2.3.1 Definisi

Diabetes melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik atau kelainan heterogen dengan karakteristik kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (ADA, 2012; Perkeni, 2011; Soegondo dkk, 2004; dan Smeltzer, 2008).

Menurut kriteria diagnostik Perkeni (2011), seseorang dikatakan menderita diabetes melitus jika memiliki kadar gula darah puasa > 126 mg/dl dan pada tes gula darah sewaktu > 200 mg/dl. Kadar gula darah sepanjang hari bervariasi dimana akan meningkat setelah makan dan kembali normal dalam waktu 2 jam. Diabetes merupakan salah satu kelainan endokrin yang paling sering terjadi. Ia

tidak menggambarkan suatu penyakit spesifik dengan etiologi tunggal, tetapi agaknya merupakan suatu sindrom heterogen yang ditandai oleh tingginya kadar glukosa, lemak dan asam amino di dalam peredaran darah (Karam dalam Tjokroprawiro, 2002). Para ahli telah mencoba membuat definisi diabetes (Waspadji, 2004), antara lain:

- a. Body (1971) Diabetes merupakan suatu kelainan metabolisme umum yang kronik dimana pada kelanjutan penyakitnya dapat terjadi hiperglikimia, glukosuria, bertambahnya pemecahan protein, ketosis dan asidosis.
- b. Marble (1971) Diabetes adalah penyakit yang kronik dan herediter ditandai dengan peningkatan kadar gula darah dan pengeluaran glukosa dalam urine, penyebab pokok adalah kekurangan insulin yang relatif dimana kekurangan tersebut akan menyebabkan kelainan metabolisme karbohidrat protein dan lemak.
- c. WHO (1980) Diabetes adalah suatu keadaan hiperglikemia kronik (keadaan dimana terjadi konsentrasi glukosa di dalam darah). Pengatur utama dari konsentrasi glukosa di dalam darah adalah insulin, suatu hormon yang disintesa dan disekresi oleh sel B pulau Langerhans pankreas (kadang-kadang disebut sel beta).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa definisi Diabetes Mellitus merupakan serangkaian gangguan atau sindroma di mana tubuh tidak mampu mengatur secara tepat pengolahan atau metabolisme karbohidrat, lemak dan protein. Penelitian yang dilakukan oleh Steinhorsdotti, dkk (2012) menyimpulkan bahwa penderita diabetes melitus mempunyai ketidakseimbangan insulin dalam merubah glukosa,

hal ini menyebabkan penumpukan glukosa dalam darah. Berdasarkan beberapa pendapat yang telah diuraikan di atas, dapat disimpulkan bahwa kepatuhan diet merupakan tingkat kesediaan pasien melaksanakan diet mengikuti pengaturan pola makan yang dianjurkan oleh dokter dan petugas kesehatan sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan.

2.3.2 Klasifikasi

Klasifikasi diabetes melitus menurut ADA (2014) dan Muhlisin (2015) ada empat, yaitu :

- a. Diabetes melitus tipe 1 yang disebabkan karena kerusakan sel β , tipe ini biasanya menyebabkan defisiensi insulin absolut. Diabetes melitus tipe I ini dimulai dari adanya penyakit autoimun dimana system imun tubuh diserang yang kemudian berdampak pada produksi sel pankreas. Akibat menurunnya insulin menyebabkan ikatan karbohidrat dalam darah terganggu.
- b. Diabetes melitus tipe 2 disebabkan karena sekretorik insulin cacat genetik secara progresif dari latar belakang insulin yang resisten. Menurut Hudak dan Gallow (2010), diabetes melitus tipe 2 merupakan dampak dari ketidakseimbangan insulin dalam tubuh akibat obesitas, gaya hidup, dan pola makan. Konsumsi karbohidrat yang berlebih menyebabkan ketidakseimbangan ikatan insulin dan karbohidrat dalam darah. Diabetes tipe lain disebabkan karena penyebab dari penyakit lain, misalnya cacat genetik pada fungsi sel β , cacat genetik pada kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas seperti fibrosis kistik serta dampak penyakit dan obat-obatan kimia seperti dalam pengobatan HIV / AIDS

atau setelah transplantasi organ. Klasifikasi yang terakhir adalah diabetes melitus kehamilan, tingginya gula darah hanya terjadi pada masa kehamilan dan akan hilang sendiri setelah melahirkan (ADA, 2014 dan Muhlisin, dkk; 2015).

2.3.3 Manifestasi Klinis

Berbagai gejala dapat ditemukan pada penderita diabetes melitus. Kecurigaan adanya diabetes melitus perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan klasik diabetes melitus atau yang disebut dengan “TRIAS DM” (poliuria, polidipsi, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya), kadar glukosa darah pada waktu puasa ≥ 126 mg/dl (puasa disini artinya selama 8 jam tidak ada masukan kalori), kadar glukosa darah acak atau dua jam sesudah makan ≥ 200 mg/dl, serta AIC $\geq 6,5\%$. AIC dipakai untuk menilai pengendalian glukosa jangka panjang sampai 2-3 bulan untuk memberikan informasi yang jelas dan mengetahui sampai seberapa efektif terapi yang diberikan.

Penderita diabetes melitus tipe 2 juga merasakan sejumlah keluhan lain seperti kelemahan, infeksi berulang, penyembuhan luka yang sulit, gangguan penglihatan, kesemutan, gatal, kandidiasis vagina berulang dan disfungsi ereksi pada pria (Gustaviani, 2007; Lewis, dkk ; 2011, dan Perkeni, 2011).

2.3.4 Etiologi dan Faktor Resiko Diabetes Melitus

Penegakan diagnosa diabetes melitus dapat dilakukan dengan uji diagnostik dan skrining. Uji diagnostik diabetes melitus dilakukan pada mereka yang menunjukkan gejala atau tanda diabetes melitus, sedangkan skrining bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala, yang mempunyai

risiko diabetes melitus. Skrining dikerjakan pada kelompok dengan salah satu risiko diabetes melitus Tipe 2 sebagai berikut :

1. Riwayat keturunan dengan diabetes, misalnya pada diabetes melitus tipe 1 diturunkan sebagai sifat heterogen, multigenik. Kembar identik mempunyai resiko 25% - 50%, sementara saudara kandung beresiko 6% dan anak beresiko 5% (Black, 2009 dalam Tarwoto, 2012)
2. Lingkungan seperti virus (cytomegalovirus, mumps, rubella) yang dapat memicu terjadinya autoimun dan menghancurkan sel-sel beta pankreas, obat-obatan dan zat kimia seperti alloxan, streptozotocin, pentamidine.
3. Usia diatas 45 tahun.
4. Tidak mempunyai aktivitas fisik / kurang olah raga.
5. Keturunan dari ras yang mempunyai risiko tinggi seperti Afrika Amerika, Latin, Asia Amerika,
6. Obesitas, berat badan lebih : $BB \geq 20\%$ BB ideal atau $IMT \geq 25$ kg/m²
7. Hipertensi, tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
8. Riwayat gestasional diabetes melitus (Smeltzer, 2004 dalam Tarwoto, 2012)
9. Riwayat diabetes dalam kehamilan, riwayat abortus berulang, melahirkan bayi cacat atau berat badan lahir bayi > 4000 gram.
10. Wanita dengan sindrom polikistik ovarium,
11. $A1C \geq 5,7$ % atau Riwayat gangguan toleransi glukosa
12. Riwayat atau penderita PJK, TBC, atau hipertiroidisme
13. Kolesterol HDL lebih dari atau sama dengan 35 mg/dl dan atau trigliserida lebih dari 250 mg/dl ((ADA (2012), Gustaviani (2007); Ignatovicus &

Workman (2006); Perkeni (2011); Smeltzer et al; 2008 dan Tarwoto (2012)).

Catatan : Untuk skrining kelompok risiko tinggi yang hasilnya negatif, skrining ulangan dilakukan tiap tahun; sedangkan bagi mereka yang berusia lebih dari 45 tahun tanpa faktor resiko, skrining dapat dilakukan setiap 3 tahun (ADA, 2010; Gustaviani, 2007; Soegondo dkk; 2004).

Faktor resiko penyebab diabetes melitus tipe 2 adalah riwayat keluarga dengan diabetes melitus, obesitas, wanita dengan riwayat diabetes melitus gestasional, hipertensi, kurang aktivitas, suku/ras dan sindrom metabolic (Le Mone & Black, 2011). Faktor resiko diabetes melitus timbul akibat dari gangguan sensitivitas jaringan hati dan otot terhadap insulin, gangguan sekresi insulin oleh sel β pankreas, kurangnya produksi insulin, dan ketidakmampuan menggunakan insulin atau keduanya (ADA, 2014; Lewis dkk; 2011). Insufisiensi produk insulin dan penurunan kemampuan tubuh menggunakan insulin pada penderita diabetes melitus mengakibatkan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) maupun penurunan jumlah 21 insulin efektif yang digunakan oleh sel sehingga dapat menimbulkan kelainan patofisiologi pada penderita diabetes melitus (Daniels, 2012).

2.3.5 Patofisiologi

Patofisiologi diabetes melitus dapat diawali dari penurunan jumlah insulin yang menyebabkan glukosa sel menurun atau tidak ada sama sekali, sehingga energi di dalam sel untuk metabolisme seluler berkurang, kondisi tersebut direspon tubuh dengan meningkatkan kadar glukosa darah. Respon tersebut antara lain sensasi lapar, mekanisme lipolisis dan glukoneogenesis. Jika respon tersebut

terjadi berkepanjangan maka tubuh mengalami penurunan protein jaringan dan menghasilkan benda keton. Kondisi ini dapat mengakibatkan ketosis dan ketoasidosis (Daniels, 2012).

Hiperglikemi menyebabkan gangguan pada aktivitas leukosit dan menimbulkan respon inflamatorik sehingga menyebabkan viskositas darah meningkat dan membentuk trombus terutama pada mikrovaskuler, hal ini mengakibatkan terjadinya kerusakan pada pembuluh darah mikro sebagai gejala gangguan sirkulasi di jaringan perifer (Jokela, 2009). Kerusakan mikrovaskuler juga diakibatkan karena stimulasi hepar untuk mengkonversi glukosa darah yang tinggi menjadi trigliserida, hal ini berakibat pada peningkatan kadar trigliserida dalam darah. Tingginya kadar trigliserida akan meningkatkan resiko arterosklerosis (Talayero, 2011).

Kadar glukosa tinggi yang berkepanjangan dapat mengakibatkan gangguan jalur metabolisme poliol/alkohol sehingga meningkatkan sorbitol. Kadar sorbitol yang tinggi mengakibatkan gangguan konduksi impuls syaraf sehingga terjadi gangguan neuropati diabetik (Fauci, 2009). Kadar glukosa yang tinggi juga dapat merusak membran kapiler nefron pada ginjal akibat angiopati. Kerusakan nefron yang progresif akan berujung pada glomerulosklerosis. Kerusakan ini terjadi akibat beban yang berlebih kadar gula darah sehingga membran glomerulus kehilangan daya filtrasinya (Smeltzer, 2010). Rendahnya produksi insulin atau rendahnya uptake insulin oleh sel-sel tubuh dapat menimbulkan gangguan metabolik berupa peningkatan asam lemak darah, kolesterol, fosfolipid dan lipoprotein. Jika hal ini terjadi secara terus-menerus maka akan memicu terjadinya

angiopati yang dapat menimbulkan komplikasi pada retina, ginjal, jantung koroner dan stroke (Smeltzer, 2010).

2.3.6 Komplikasi

Menurut Depkes RI (2008) dan Tjokropawiro (2006) menyatakan bahwa komplikasi pada diabetes melitus dibagi menjadi dua yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut meliputi koma diabetik, hiperglikemia hiperosmolar non ketotik dan hipoglikemia. Reaksi hipoglikemia terjadi akibat tubuh kekurangan glukosa. Reaksi koma diabetik terjadi karena kadar gula darah dalam tubuh terlalu tinggi, lebih dari 600 mg/dl. Komplikasi kronik yang dapat muncul pada pasien diabetes melitus adalah makroangiopati, mikroangiopati dan neuropati.

Makroangiopati terjadi pada pembuluh darah besar (makrovaskular) seperti jantung, darah tepi dan otak. Mikroangiopati terjadi pada pembuluh darah kecil (mikrovaskular) seperti kapiler retina mata dan kapiler ginjal. Berbagai studi yang telah ada menyatakan bahwa penderita diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2 yang menjaga kadar glukosa plasma rata – rata tetap rendah menunjukkan insiden komplikasi mikrovaskuler berupa timbulnya retinopati diabetik, nefropati, dan neuropati yang lebih rendah.

2.3.7 Jenis Diet

Berdasarkan Tjokropawiro (1994) dalam kepatuhan diet diabetes mellitus ada yang harus diketahui dan dilaksanakan oleh penderita DM diabetes mellitus, yaitu jumlah makanan, jenis makanan dan jadwal makanan. Berikut ini uraian mengenai ketiga hal tersebut:

a. Jumlah Makanan

Jumlah makanan yang diberikan disesuaikan dengan status gizi penderita DM, bukan berdasarkan tinggi rendahnya gula darah. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) juga telah menetapkan standar jumlah gizi pada diet diabetes mellitus, dimana telah ditetapkan proporsi yang ideal untuk zat makanan seperti karbohidrat, protein, lemak, kolesterol, serat, garam dan pemanis dalam satu porsi makanan utama.

b. Jenis Makanan

Pasien diabetes mellitus harus mengetahui dan memahami jenis makanan apa yang boleh dimakan secara bebas, makanan yang mana harus dibatasi dan makanan apa yang harus dibatasi secara ketat. Makanan yang mengandung karbohidrat mudah diserap seperti sirup, gula, sari buah harus dihindari. Sayuran dengan kandungan karbohidrat tinggi seperti buncis, kacang panjang, wortel, kacang kapri, daun singkong, bit dan bayam harus dibatasi. Buah-buahan berkalori tinggi seperti pisang, pepaya, mangga, sawo, rambutan, apel, duku, durian, jeruk dan nanas juga dibatasi. Sayuran yang boleh dikonsumsi adalah sayuran dengan kandungan kalori rendah seperti oyong, ketimun, kol, labu air, labu siam, lobak, sawi, rebung, selada, toge, terong dan tomat.

Cukup banyak pasien DM mengeluh karena makanan yang tercantum dalam daftar menu diet kurang bervariasi sehingga sering terasa membosankan. Untuk itu agar ada variasi dan tidak menimbulkan kebosanan, dapat diganti dengan makanan pengganti lain. Perlu diingat dalam penggunaan makanan pengganti, kandungan zat gizinya harus sama dengan makanan yang digantikannya (Suyono, 1996 dalam Abdillah 2016)

c. Jadwal Makan

Pasien diabetes mellitus harus membiasakan diri untuk makan tepat pada waktu yang telah ditentukan. Penderita diabetes mellitus makan sesuai jadwal, yaitu 3 kali makan utama, 3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam. Hal ini dimaksudkan agar terjadi perubahan pada kandungan glukosa darah penderita DM, sehingga diharapkan dengan perbandingan jumlah makanan dan jadwal yang tepat maka kadar glukosa darah akan tetap stabil dan penderita DM tidak merasa lemas akibat kekurangan zat gizi.

Jadwal makan standar yang digunakan oleh penderita DM diabetes mellitus yakni; pukul 07.00 jadwal makan pagi, pukul 10.00 selingan, pukul 13.00 jadwal makan siang, pukul 16.00 jadwal selingan makan, pukul 19.00 jadwal makan malam dan pukul 21.00 jadwal makan selingan. Instansi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo Asosiasi Diabetes Indonesia (2010) menjelaskan jenis diet dan indikasi pemberian diet yang digunakan sebagai bagian dari penatalaksanaan diabetes mellitus dikontrol berdasarkan kandungan energi, protein, lemak, dan karbohidrat.

Jenis diet diabetes mellitus menurut kandungan energi, protein, lemak, dan karbohidrat adalah.

Kandungan Energi, Protein, Lemak, dan Karbohidrat

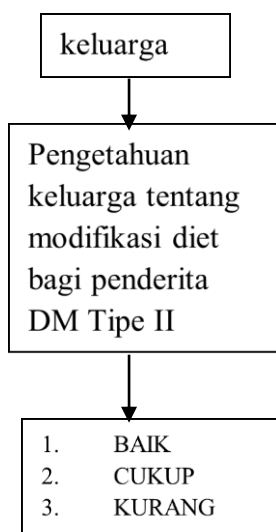
Jenis Diet	Energi	Protein G	Lemak g	Karbohidrat
I	1100	43	30	172
II	1300	45	35	192
III	1500	51,5	36,5	235
IV	1700	55,5	36,5	275
V	1900	60	48	299
VI	2100	62	53	319
VII	2300	73	59	369
VIII	2500	80	62	396

Jumlah bahan makanan sehari menurut Standar Diabetes Mellitus (dalam Satuan Penukar II)

Golongan Bahan Makanan	Standar Diet							
	1100 Kkal	1300 Kkal	1500 Kkal	1700 Kkal	1900 Kkal	2100 Kkal	2300 Kkal	2500 Kkal
Nasi atau penukar	2 $\frac{1}{3}$	3	4	5	5 $\frac{1}{3}$	6	7	7 $\frac{1}{3}$
Ikan atau penukar	2	2	2	2	2	2	2	2
Daging atau penukar	1	1	1	1	1	1	1	1
Tempe atau penukar	2	2	2 $\frac{1}{3}$	2 $\frac{1}{3}$	3	3	3	3
Sayuran atau penukar A	s	s	S	s	s	s	s	s
Sayuran atau penukar B	2	2	2	2	2	2	2	2
Buah atau penukar	4	4	4	4	4	4	4	4
Susu atau penukar	-	-	-	-	-	-	1	1
Minyak atau penukar	3	4	4	4	6	7	7	7

2.4 Kerangka Konsep Penelitian

Konsep adalah merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diamati melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variable. Jadi variable adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep. Variable adalah sesuatu yang bervariasi (Notoatmodjo, 2010).



2.5 Hipotesis/Pernyataan Penelitian

Pertanyaan peneliti adalah jawaban sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dari hasil peneliti (notoadmodjo, 2005). Berdasarkan kerangka konsep diatas maka pertanyaan peneliti adalah Bagaimanakah tingkat pengetahuan keluarga tenta modifikasi diet bagi penderita Diabetes Mellitus tipe 2 di Puskesmas Pijorkoling.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Kuantitatif dengan desain deskriptif yaitu untuk mengetahui gambaran pengetahuan orangtua terhadap pencegahan obesitas pada anak usia sekolah di Kelurahan Sitamiang Padangsidimpuan Selatan.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Sitamiang Kecamatan Padangsidimpuan Selatan Kota Padangsidimpuan, alasannya peneliti memilih tempat ini karena banyak anak-anak yang masih usia sekolah dasar kebanyakan berat badannya tidak ideal, orangtua juga kurang memperhatikan makanan anaknya terutama jajanan di sekolah dan belum juga sehingga banya anaknya disamping itu juga di kelurahan Sitamiang belum pernah dilakukan penelitian tentang pencegahan obesitas pada anak usia sekolah.

3.2.2 Waktu penelitian

No.	Kegiatan	Bulan									
		Ags	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	
1.	Pengajuan judul	■	■								
2.	Pembuatan proposal		■	■	■	■	■	■	■	■	
3.	Seminar proposal								■	■	
4.	Penelitian									■	■
5.	Seminar Hasil										■

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti merupakan kumpulan elemen yang mempunyai ciri-ciri atau sifat-sifat tertentu dari sampel diambil (Arikunto, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua anak usia sekolah yang berada di Kelurahan Sitamiang Kecamatan Padangsidempuan Selatan sebanyak 44 orang.

3.3.2 Sampel

Menurut Arikunto (2008) sampel adalah sebagian atau populasi yang dianggap mewakili populasi. Dalam penelitian ini jumlah populasinya adalah 44 orang, sehingga sampel diambil keseluruhan populasi dijadikan sampel, maka jumlah sampel dalam penelitian ini berjumlah 44 orang dengan cara *total sampling*.

3.4 Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Alat pengumpulan data pada penelitian ini yaitu data demografi responden antara lain umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penelitian ini menggunakan kuisioner yang diambil dari penelitian Aulia Rossa Iqmi dengan judul gambaran pengetahuan ibu tentang obesitas anak usia 6-12 tahun di sekolah dasar islam terpadu permata bunda 3 Bandar Lampung tahun 2016 dengan menggunakan skala Guttman jika menjawab benar diberi skor 1 dan jika salah diberi skor 0.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian dilakukan setelah peneliti mendapat persetujuan dari institusi pendidikan yaitu program studi ilmu keperawatan STIKes Aafa Royhan Padangsidempuan dan izin dari kantor Lurah Sitamiang Padangsidempuan Selatan. Ada beberapa hal yang berkaitan dengan permasalahan etika yaitu memberikan penjelasan kepada calon responden penelitian tentang tujuan, manfaat dan prosedur pelaksanaan penelitian. Penelitian akan membuat surat persetujuan penelitian (*informed consent*), yaitu persetujuan untuk menjadi responden, dan ditanda tangani oleh responden.

Setelah responden menandatangani formulir persetujuan, barulah peneliti memberikan kuisisioner untuk diisi responden. Setelah responden mengisi kuisisioner, kemudian peneliti memberikan tabel pernyataan kepada responden untuk diisi.

3.6 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan. Defenisi operasional sangat penting atau diperlukan untuk pengukuran variabel dan pengumpulan data antara sumber data (responden) yang satu dengan responden yang lainnya (Notoadmodjo, 2010).

Defenisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian ini. Sedangkan cara pengukuran merupakan cara dimana variabel, skala pengukuran dan defenisi operasional penelitian dalam bentuk table seperti di bawah ini.

No	Variabel	Defenisi operasional	Alat ukur	Skala ukur	Hasil ukur
1.	Pengetahu an orangtua terhadap pencegaha n obesitas	Merupakan pengetahuan, perbuatan/perilaku orangtua dalam menjaga kesehatan anakaknya mulai dari asupan makanan yang dikonsumsi sehingga makanan yang di konsumsi baik untuk tubuh anaknya	Kuisisioner	Ordinal	1. Baik 2. Cukup 3. Kurang

3.8 Pengolahan Data

Menurut Notoadmodjo (2012) cara pengolahan data adalah sebagai berikut:

1. *Data Editing*

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui questioner perlu disunting terlebih dahulu.

2. *Data Coding*

Lembaran atau kartu code adalah instrumen berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual.

3. *Data Transferring*

Mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembaran kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

4. *Data Tabulating*

Yakni membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti

3.8 Teknik analisa Data

Analisa data dilakukan secara analitik dengan melihat persentase data yang disajikan dalam tabel distribusi. Kemudian dilakukan pembahasan terhadap hasil penelitian dengan menggunakan teori kepustakaan yang ada.

a. Analisa univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan variabel bebas yaitu dilakukan setiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya berupa statistik deskriptif karena hanya menampilkan distribusi dan frekuensi pengetahuan orangtua terhadap pencegahan obesitas pada anak usia sekolah di Kelurahan Sitamiang Padangsidempuan Selatan Kota Padangsidempuan.

BAB 4
HASIL PENELITIAN

4.1 Analisa Univariat

Pengumpulan data dilakukan selama penelitian di Puskesmas Pijorkoling. dengan 38 responden. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berisi pernyataan tentang tingkat pengetahuan keluarga tentang modifikasi diet bagi penderita dm tipe 2 sebanyak 10 item. Berdasarkan hasil pengumpulan data yang telah dilakukan diperoleh hasil sebagai berikut :

4.1.1 Data Demografi Responden

Data demografi yang diukur meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Adapun frekuensinya dapat dilihat pada tabel dibawah 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No.	Karakterisitk Responden	N	%
1.	Umur (tahun)		
	36-45	3	7,9%
	46-55	17	44,7%
	56-65	18	47,4%
	Total	38	100,0%
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	13	34,2%
	Perempuan	25	65,8%
	Total	38	100,0%
3.	Pendidikan		
	Tidak Bersekolah	2	5,3%
	Tidak Lulus SD	6	15,8%
	SD	6	15,8%
	SMP	14	36,8%
	SMA	8	21,1%
	Diploma/Sarjana	2	5,3%
	Total	38	100,0%
4	Pekerjaan		
	PNS/POLRI/TNI	5	13,2%

Pegawai Swasta	8	21,2%
Wiraswasta	13	34,2%
Tidak Bekerja	8	21,1%
Lainnya	4	10,5%
Total	38	100%

Dari tabel diatas dapat dilihat dari 38 responden, mayoritas usia antara 56-65 sebanyak 18 orang (47,4%), dan minoritas usia 36-45 sebanyak 3 orang (7,9%). Mayoritas jenis kelamin responden adalah Perempuan sebanyak 25 orang (65,8%), sedangkan Laki-laki 13 orang (34,2%). Berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas responden tamat SMP sebanyak 14 orang (36,8%), sedangkan minoritas responden tidak bersekolah dan diploma/sarjana 2 orang (5,3%). Berdasarkan pekerjaan mayoritas responden Wiraswasta sebanyak 13 orang (34,2%) sedangkan minoritas responden pekerjaan lainnya 4 orang (10,5%).

4.1.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita Dm Tipe 2

Berdasarkan pengolahan data variabel Tingkat Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Pijorkoling 2019, dibedakan menjadi 3 kategori yaitu Baik, Cukup dan Kurang. Hasil pengkategorian tersebut dapat dilihat pada tabel 4.2 dibawah ini :

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan

No	Kategori	N	%
1	Baik	18	47,4%
2	Cukup	9	23,7%
3	Kurang	11	28,9%
	Total	38	100,0%

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas pengetahuan keluarga baik 18 responden (47,4%), sedangkan minoritas responden tingkat pengetahuan keluarga yang cukup dan 9 responden (23,7%) .

BAB 5

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, maka dalam bab ini akan menjabarkan gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang modifikasi diet bagi penderita DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Pijorkoling tahun 2019.

5.1 Analisa Univariat

5.1.1 Karakteristik Responden

a. Umur

Penelitian yang telah dilakukan terhadap 38 orang , jumlah terbanyak berada pada rentang umur 56-65 (64,9%). Menurut Notoadmodjo (2012), usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Menurut Hendra (2008), semakin tua umur seseorang maka proses-proses perkembangan mentalnya membaik serta berpengaruh pada pengetahuan yang diperolehnya, akan tetapi pada umur menjelang lansia kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang. Intelegensi lanjut usia akan menurun sehingga menyebabkan kurangnya kemampuan dalam memahami suatu pengetahuan umum serta informasi. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa Mubarak (2009) mengemukakan bahwa usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, yaitu dengan bertambahnya usia akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental) seseorang yang nantinya dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pengetahuan yang cukup, selanjutnya akan dapat mengubah sikap maupun perilakunya. Penelitian yang dilakukan oleh

Febriyanti (2011) yang mengemukakan bahwa umur seseorang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan, karena pada usia-usia yang cukup dewasa pola pikir seseorang akan meningkat. Pada usia ini akan lebih dapat mengetahui informasi yang sedang berkembang di lingkungannya. Apabila dihubungkan usia dengan pengetahuan penderita diabetes melitus tentang diet/pengaturan makan, maka semakin bertambahnya usia, akan semakin banyak pengalaman yang dimiliki oleh penderita diabetes melitus, semakin banyak informasi yang diperoleh dan semakin memahami perlunya pengaturan makan untuk pencegahan komplikasi lebih lanjut.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Pratita (2012) mengungkapkan bahwa pasangan memiliki hubungan yang signifikan sebagai *support system* terhadap kepatuhan penderita DM. Penderita diabetes adalah usia 30-69 tahun yang disebabkan oleh gaya hidup yang buruk. Usia dewasa madya merupakan responden penderita DM dengan persentase paling besar (56,3%). Usia ini menjadi responden terbanyak karena karena pada usia dewasa madya sudah mulai mengalami proses penuaan dan terjadi berbagai penurunan fungsi tubuh sehingga menyebabkan usia dewasa madya berisiko mengalami penyakit kronis termasuk penyakit DM tipe2.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden adalah perempuan. Kartono (dalam Astuti, 2009) mengemukakan bahwa jenis kelamin merupakan kualitas yang menentukan individu itu laki-laki atau perempuan yang menyatakan bahwa perbedaan secara anatomis dan fisiologis pada manusia menyebabkan perbedaan struktur tingkah laku dan struktur aktivitas antara pria dan wanita. Pada

penelitian ini, karakteristik sosio-demografi responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan. Perilaku kesehatan antara laki-laki dan perempuan dijelaskan oleh Koziar (dalam Darusman, 2009) pada umumnya wanita lebih memperhatikan dan peduli pada kesehatan mereka dan lebih sering menjalani pengobatan dibandingkan laki-laki.

Perempuan lebih banyak bertindak sebagai pemberi dan penerima dukungan sosial karena sifatnya yang lebih peduli dan perasa. Perempuan lebih peduli karena perempuan dipandang sebagai orang yang berfikir dengan melibatkan perasaan yang dialami. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Amelia, dkk (2014) yang menyatakan bahwa mayoritas penderita DM adalah perempuan, yaitu sebesar 56,6%.

c. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pendidikan terakhir responden yaitu SMP-SMA. Tingginya jumlah responden pada tingkat pendidikan ini menunjukkan bahwa kondisi pendidikan di Indonesia sudah jauh lebih baik. Orang dengan tingkat pendidikan tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan, dengan adanya pengetahuan tersebut, orang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya (Irawan, 2010). Penelitian yang dilakukan Sutrisno (2011) mengungkapkan bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah pula dalam menerima informasi yang pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang mereka miliki. Sebaliknya jika pendidikan rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan

Penelitian yang dilakukan oleh Yusra (2011) mengatakan bahwa tingkat pendidikan dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan terapi yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya. Tingkat pengetahuan yang kurang merupakan salah satu faktor yang menjadi penghambat dalam perilaku kesehatan karena mereka yang mempunyai pengetahuan rendah cenderung sulit untuk mengikuti anjuran dari petugas. Sutanegoro dan Suastika dalam Gultom (2011) mengatakan bahwa pendidikan merupakan dasar utama untuk keberhasilan pengobatan. Hal yang sama juga diungkapkan oleh Utomo (2011) dalam penelitiannya menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi keberhasilan dalam pengobatan diabetes melitus. Tingkat pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan perubahan perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amelia, dkk (2014) dimana tingkat pendidikan responden pada dewasa madya didominasi oleh tingkat pendidikan SMA karena lokasi penelitian yang mudah mengakses fasilitas pendidikan. Sebagian besar responden yang berusia ≥ 45 tahun berpendidikan SMA. Sebagian besar responden berusia dewasa madya didominasi oleh tingkat pendidikan SMA. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Wardani dan Isfandiari (2014) dimana tingkat pendidikan responden pada penelitiannya pada dewasa madya didominasi oleh responden yang berpendidikan rendah atau tidak sekolah yaitu sebanyak 76,5%.

Paplia, dkk (2009) mengatakan bahwa orang-orang yang berpendidikan lebih baik dan lebih berkecukupan memiliki pola makan yang lebih sehat dan

layanan kesehatan yang bersifat pencegahan dan perawatan medis yang lebih baik. Notoatmodjo (2003) berpendapat semakin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah orang tersebut menerima informasi. Supriasa (dalam Darbiyono, 2011) juga mengemukakan bahwa tingkat pendidikan sangat mempengaruhi kemampuan penerimaan informasi tentang gizi, sehingga bisa diharapkan dia mampu bersikap dan bertindak mengikuti norma-norma gizi.

d. Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas pekerjaan responden yaitu Wiraswasta. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Diani, N (2013) menunjukkan bahwa mayoritas penderita diabetes melitus masih bekerja, hal ini dikaitkan dengan aktivitas fisik sehari-hari. Aktivitas merupakan salah satu dari pilar manajemen diabetes melitus yang dapat berkontribusi dalam pengelolaan diabetes melitus dan mencegah terjadinya komplikasi.

Hasil penelitian Arifin (2011) menunjukkan bahwa responden yang tidak bekerja beresiko 1,6 kali mengalami komplikasi dibanding responden yang bekerja. Hal ini juga dikaitkan dengan aktivitas yang dilakukan klien dalam kehidupan sehari-hari. Aktivitas yang dilakukan oleh penderita diabetes melitus meningkatkan penggunaan energi di dalam tubuh sehingga mampu menurunkan kadar gula darah. Mubarok (2007) mengemukakan bahwa pekerjaan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, dimana lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan yang baik secara langsung maupun tidak langsung.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasihah dan Sifia (2013) dimana responden wanita usia 15-49 tahun kebanyakan tidak bekerja. Wanita usia 31-50 tahun 86% tidak bekerja . Sebanyak 58% wanita usia dewasa tidak bekerja. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Mahfudhah (2014) yang menyatakan bahwa 57,8% wanita dewasa bekerja.

5.1.2 Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita DM Tipe 2

Dari hasil penelitian diketahui bahwa yang mayoritas pengetahuan keluarga baik 18 responden (47,4%), sedangkan minoritas responden tingkat pengetahuan keluarga yang cukup dan 9 responden (23,7%) dan pengetahuan keluarga kurang 11 responden (28,9). Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan pancainderanya yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia (Mubarak, 2011). Pengetahuan diet diabetes mellitus pada penelitian ini adalah kemampuan pasien DM tipe II menjawab kuesioner tentang diet diabetes mellitus yang termasuk dalamtingkatan tahu atau memahami. Aspek pengetahuan diet diabetes mellitus yaitu tentang penyebab, gejala, diet diabetes, jenis, dan jadwal.

Pengetahuan merupakan tahap pertama yang dibutuhkan seseorang untuk membentuk suatu perilaku kepatuhan. Pengetahuan yang baik tentang kapan dan bagaimana melaksanakan suatu terapi dapat membantu pasien untuk berfikir kritis sehingga dapat meningkatkan pasien untuk selalu berperilaku patuh terhadap terapi (Klein, 2010).

Menurut Notoatmodjo (2010), pengetahuan adalah hasil dari tahu,dan terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu, penginderaan itu terjadi melalui panca indera manusia yakni indera penglihatan,

pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar penginderaan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Kepatuhan dapat didefinisikan sebagai sejauh mana perilaku kesehatan mencerminkan rencana kesehatan dibangun dan disetujui oleh pasien sebagai mitra kerja dengan seorang dokter dalam keputusan pengambilan perawatan kesehatan (Gould & Mitty, 2012).

Menurut Hendro (2012), seseorang yang memiliki pendidikan yang rendah tetapi mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media akan meningkatkan pengetahuannya, kemudian untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nasihah dan Sifia (2013) yang menyatakan bahwa semakin cukup umur seseorang maka tingkat pengetahuan dan kematangan dalam berfikir akan semakin baik. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Senuk, Wenny, dan Franly (2013) dimana 71% pengetahuan responden perempuan dalam kategori kurang baik. Pengetahuan masyarakat di negara berkembang terutama perempuan cenderung rendah berkaitan dengan banyaknya hambatan dalam mengakses informasi. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Kristianto, Anton, Anthony, Caroline, Astari, Farha, dan Budi (2012) yang menyatakan bahwa tingkat pengetahuan perempuan tentang masalah kesehatan mayoritas baik, hal ini berkaitan dengan kesadaran perempuan akan pentingnya masalah kesehatan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kebudayaan, dan paparan informasi. Hasil penelitian ini

berbeda dengan hasil penelitian Ifada (2010) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dan tingkat pengetahuan seseorang karena budaya, lingkungan, dan pengaruh orang lain dapat lebih mendominasi pembentukan pengetahuan seseorang.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 38 responden tentang Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Modifikasi Diet Bagi Penderita DM Tipe 2 di Puskesmas Pijorkoling Tahun 2019, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 6.1.1 Distribusi responden berdasarkan umur dengan persentase paling banyak usia 56-65 tahun yaitu 18 responden (47,4%).
- 6.1.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dengan persentase paling banyak yaitu perempuan 25 responden (65,8%).
- 6.1.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir dengan persentase paling banyak yaitu SMP 14 responden (36,8%).
- 6.1.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan dengan persentase paling banyak yaitu Wiraswasta 13 responden (34,2%).
- 6.1.5 Berdasarkan tingkat pengetahuan keluarga dapat disimpulkan mayoritas pengetahuan keluarga baik 18 responden (47,4%), sedangkan minoritas responden tingkat pengetahuan keluarga yang cukup 9 responden (23,7%) dan pengetahuan keluarga kurang 11 responden (28,9%)

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Responden Penelitian

Diharapkan dapat menambah pengetahuan keluarga pasien tentang penyakit DM Tipe 2 sehingga mampu mengontrol diet panyakitnya.

6.2.2 Bagi Institusi Penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan untuk mengembangkan penelitian yang berkaitan dengan Gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang modifikasi diet bagi penderita DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas palopat pijorkoling.

6.2.3 Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan agar penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan agar meningkatkan pengetahuan keluarga di wilayah kerja puskesmas palopat pijorkoling.

6.2.4 Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menambah menambah pengetahuan dan mengembakan ilmu-ilmu yang di peroleh dari penelitian yang telah dilakukan serta memperoleh informasi mengenai tentang gambaran tingkat pengetahuan modifikasi diet bagi penderita DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas palopat pijorkoling.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi, 2010. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- Delianty, Anggita, 2015. *Hubungan Antara Dukungan Pasangan Terhadap Kepatuhan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Munjul*. Jakarta: Skripsi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatul Jakarta
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G., 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Praktik*. Alih bahasa oleh Achir Yani S, et al.
- Astuti, A. (2013). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 dengan Kepatuhan Menjalani Diet di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta*. Skripsi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Jendral Achmad Yani Yogyakarta
- Darusman. (2009). *Perbedaan Perilaku Pasien Diabetes Mellitus Pria dan Wanita dalam Mematuhi Pelaksanaan Diet*. *Berita Kedokteran Masyarakat*. Vol. 25. No 1.
- Delianty, Anggita, 2015. *Hubungan Antara Dukungan Pasangan Terhadap Kepatuhan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Munjul*. Jakarta: Skripsi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatul Jakarta
- Harmoko, 2012. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajara
- Hendra A.W., 2008, *Ilmu Keperawatan Dasar, Yogyakarta: Edisi Ke-2, Penerbit Mitra Cendikia Press*
- Hidayat, A, 2007. *Riset keperawatan dan Teknik Penelitian Ilmiah (edisi 2)*. Jakarta: salemba medika
- Hendro. (2012). *Pengaruh Psikososial Terhadap Pola Makan Penderita Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Deli Serdang Tahun 2009*. Tesis FKM Universitas Sumatra Utara. Medan
- Klein, et al. (2010). *Medication Adherence Many Conditions, a Comon Problem*.
- Krisnatuti & Yehrina. (2008). *Diet Sehat Untuk Penderita Diabetes Mellitus*. Jakarta: Penebar Swadaya
- Irianto, Koes. 2014. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Alfabet
- Mubarok, Wahit Iqbal. (2007). *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Penerbit Graha Ilmu. Yogyakarta

- Notoatmodjo, Dr, S, 2019. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmomodjo, Dr,S, 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Papalia, D. E., dkk., (2009). *Human Development (Perkembangan Manusia)*. Jakarta: Salemba Medika
- PERKENI, 2011. *Konsesus Pengelolaan dan pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2011*, Jakarta: PB. Perkeni
- Pratita, N. D. (2012). *Hubungan Dukungan Pasangan dan Health Locus of Control dengan Kepatuhan dalam Menjalani Proses Pengobatan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. Calyptra: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Surabaya. Vol. 1, No. 1.
- Smeltzer & Bare, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunnr & sudart, volume 2*, edisi VIII. Jakarta: ECG
- Tarwoto, Dkk, 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan sistem endokrin* Jakarta:TransInfoMedika