

SKRIPSI

***LITERATURE REVIEW* : HUBUNGAN SIKAP DENGAN
KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN DIABETES
MELLITUS TAHUN 2020**



**VANECHA THEREBY BR BANGUN
P07520216055**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-IV
TAHUN 2020**

SKRIPSI

***LITERATURE REVIEW* : HUBUNGAN SIKAP DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN DIABETES MELLITUS TAHUN 2020**

Sebagai syarat menyelesaikan program study
Diploma D-IV Keperawatan



**VANECHA THEREBY BR BANGUN
P07520216055**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI MEDAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-IV
TAHUN 2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : LITERATURE REVIEW : HUBUNGAN SIKAP DENGAN
KEPATUHAN PENGOBATAN DIABETES MELLITUS
KARO TAHUN 2020**

NAMA : VANECHA THEREBY BR BANGUN

NIM : P07520216055

Telah di terima dan di setujui untuk di seminarkan dihadapan penguji
Medan, Juni 2020

Menyetujui,

Pembimbing

Agustina Boru Gultom,S.Kp.,M.Kes
NIP : 197308231996032001

Ketua Jurusan Keperawatan
Politehnik Kesehatan Kemenkes Medan

Johani Dewita Nasution,SKM.,M.Kes
NIP : 196505121999032001

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : *Literature Review* : HUBUNGAN SIKAP DENGAN
KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN DIABATES MELLITUS
TAHUN 2020
NAMA : VANECHA THEREBY BR BANGUN
NIM : P07520216055

Skripsi telah diuji pada Sidang Ujian Program
Jurusan D-IV Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan
Medan, Juni 2020

Penguji I

Penguji II

Hj. Sri Siswati, SST, S.Pd., M.Psi
NIP. 19710109 1993 03 2002

Ida Suryani, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19770312 2002 12 2002

Ketua Penguji

Agustina Boru Gultom, S.Kp., M.Kes
NIP. 197308231996032001

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan

Johani Dewita Nasution, SKM., M.Kes
NIP. 19650512 1999

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunianya yang melimpah yang telah memberikan kehidupan hikmat dan pengetahuan kepada penulis sehingga mampu menyelesaikan skripsi dengan judul “ **LITERATURE REVIEW: HUBUNGAN SIKAP DENGAN KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN DIABETES MELLITUS**”

Skripsi ini tidak akan terselesaikan tanpa bantuan, arahan, bimbingan dan masukan dari semua pihak, terutama bantuan Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan hikmat kesehatan jasmani maupun rohani sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini penulis juga menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

- 1) Ibu Dra. Ida Nurhayati., M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kesehatan Kemenkes RI Medan.
- 2) Ibu Johani Dewita Nasution., SKM, M.Kes, selaku Ketua Jurusan Poltekkes Kesehatan Kemenkes RI Medan.
- 3) Ibu Dina Indarsita, SST., S.Pd., M.Kes, selaku Ka. Prodi D-IV Jurusan Keperawatan.
- 4) Ibu Agustina Boru Gultom, S.Kp., M.Kes sebagai dosen pembimbing dan ketua penguji.
- 5) Ibu Sri Siswati, SST., M.Psi sebagai penguji 1 dan Ibu Ida Suryani, S.Kep, Ns., M.Kep sebagai penguji 2
- 6) Seluruh dosen dan Staf Poltekkes Kesehatan Kemenkes Medan.
- 7) Terkhusus kepada kedua orang tua yang sangat saya sayangi yaitu Bapak saya Aristo Bangun dan Ibu saya Tuti br Sembiring, AMK serta adik saya alm. Kerin Julana Ita br Bangun, Pebina Srikarina br Bangun, dan Geven Bremana Bangun.

- 8) Terimakasih kepada Dovriadi Ketaren, SH yang selalu memberikan semangat dan mengajari saya dalam tahap-tahap mengerjakan skripsi ini hingga selesai.
- 9) Buat teman-teman yang selalu mendukung dan memberi motivasi dalam penyusunan skripsi ini Julfrida Damanik, lin Dearn Purba, Rida Afriani Saragih, Putri Ekarina br Perangin-angin.
- 10) Buat teman-teman angkatan ke-2 D-IV Keperawatan terimakasih untuk solidaritasnya selama ini.

Harapan penulis semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Medan, Juni 2020

Penulis

(Vanecha Thereby Br Bangun)

P07520216055

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	3
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Diabetes Mellitus	5
1. Defenisi	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi	6
4. Tanda dan Gejala	7
5. Komplikasi	7
6. Penatalaksanaan DM Tipe II	9
B. Kepatuhan	26
1. Defenisi	26
2. Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan.....	26
C. Sikap	27
1. Defenisi sikap	27
2. Struktur sikap Tingkatan sikap.....	27
3. Tingkatan sikap	28
4. Sifat sikap.....	29
5. Pembentukan sikap	29
6. Pengukuran sikap.....	31

D. Hubungan antara sikap dengan kepatuhan.....	31
E. Kerangka konsep.....	32
F. Hipotesis.....	32
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan desain penelitian	33
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil literature review	34
B. Pembahasan	40
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	42
B. Saran	42
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

2.1 Standar Diet Diabetes Mellitus	12
2.2 Jenis menu Diabetes Mellitus 1700 Kalori	13
2.3 Golongan I : Sumber Karbohidrat	14
2.4 Golongan II : Sumber Protein Hewan.....	15
2.5 Golongan III : Sumber Protein Nabati	16
2.6 Golongan IV : Sayuran.....	16
2.7 Golongan V : Buah dan Gula	18
2.8 Golongan VI : Susu.....	19
2.9 Golongan VII : Minyak.....	20
2.10 Golongan VIII : Makanan Tanpa Kalori	20
2.11 Kebutuhan Kalori	21
2.12 Propil Obat Antihiperqlikemia Oral	25
4.1 Penelitian sikap dengan kepatuhan pengobatan	30
4.2 Pembahasan jurnal Literature Review	34

DAFTAR GAMBAR

2.1 Kerangka Konsep	32
---------------------------	----

Abstrak

Latar Belakang : Diabetes Mellitus (DM) sering juga di kenal sebagai penyakit kencing manis yang jumlahnya sangat tinggi di dunia maupun di Indonesia. Diabetes Mellitus setiap tahunnya meningkat dikarenakan penderita Diabetes Mellitus mempunyai sikap yang kurang baik dalam kepatuhan pengobatan Diabetes Mellitus.

Tujuan : Literature Review ini bertujuan untuk mencari persamaan, kelebihan dan kekurangan jurnal hubungan antara sikap dan kepatuhan pengobatan Diabetes Mellitus .

Metode : Jenis penelitian yang di gunakan pada penelitian ini yaitu menggunakan metode penelitian kualitatif dengan study korelasi dan menggunakan desain studi literatur review. Penelitian ini menggambarkan dan menjelaskan hubungan antara variabel berdasarkan teori dan hasil penelitian yang sudah ada.

Hasil : Jurnal literature review menyatakan ada 3 jurnal yang mayoritas penderita DM masih kurang patuh dalam pengobatan , sedangkan ada 1 jurnal menyatakan penderita DM patuh dalam pengobatan. Ada 1 jurnal yang menyatakan sikap pasien DM dalam pengobatan masih sangat rendah dan terdapat 1 jurnal yang menyatakan sikap pasien DM dalam pengobatan sangat baik. Ada 2 jurnal yang mengatakan terdapat hubungan antara Sikap dengan Kepatuhan pengobatan pasien DM sedangkan 1 jurnal menyatakan tidak terdapat hubungan antara sikap dengan kepatuhan pengobatan .

Kesimpulan : ada hubungan sikap dengan kepatuhan pengobatan pasien dm. oleh karena itu perlu di tingkatkan kepatuhan pengobatan pasien DM dengan mengembangkan sikap melalui upaya pelatihan atau program manajemen pengobatan dan perawatan dm terhadap diri sendiri berbasis budaya .

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) sering juga di kenal sebagai penyakit kencing manis yang jumlahnya sangat tinggi di dunia maupun di Indonesia. Pada tahun 2014 prevalensi diabetes Mellitus di dunia diperkirakan 422 juta jiwa. Penyakit Diabetes Mellitus ini di perkirakan akan meningkat setiap tahunnya dikarenakan gaya hidup yang santai dan perubahan pola makan penduduk. Meningkatnya prevalensi Diabetes Mellitus (DM) di beberapa negara berkembang akibat peningkatan kemakmuran di negara bersangkutan akhir-akhir ini banyak disoroti (WHO, 2016).

Di Indonesia jumlah pasien DM meningkat dari 6,9 % pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 8,5 % pada tahun 2018. Sedangkan Prevalensi DM pada umur ≥ 15 tahun pada tahun 2013 yaitu 1,5 % dan pada tahun 2018 yaitu 2,0 %. Tingginya angka kesakitan ini menyebabkan Indonesia menempati urutan ke empat dunia setelah Amerika Serikat, India, dan China (Kemenkes, 2018).

Di Sumatra Utara terdapat prevalensi DM sebanyak 1,8 % pada tahun 2013 dan meningkat menjadi 2,0% pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Hasil study Lenny, dkk (2018) menyatakan prevalensi DM khusus Provinsi Sumatra Utara tertinggi di Deli Serdang yaitu sebanyak 2,9 %, dan terendah di Mandailing Natal 0,3 %, sedangkan untuk Daerah Tanah Karo berada pada 1,9 %.

Secara umum Diabetes Mellitus (DM) terbagi atas 2 yaitu DM tipe I dan DM tipe II. Kasus DM yang terbanyak dijumpai adalah DM Tipe II yang meliputi lebih 90% dari semua populasi penderita DM. DM Tipe II umumnya mempunyai latar belakang kelainan berupa resistensi insulin. Adapun Karakteristik DM tipe II yaitu tidak mudah terjadi ketoasidosis, tidak harus dengan insulin, onset lambat, gemuk atau tidak gemuk,

biasanya >45tahun, tak berhubungan dengan HLA, tak ada *Islet cell antibody* (ICA), riwayat keluarga (+) sebesar 30%. (Soegondo dkk, 2018).

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita DM dibagi menjadi 2 kelompok yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut untuk DM tipe II itu disebut Hiperglikemia non-ketotik (HNK) yang pada lanjut pasien dapat mengalami koma (Soegondo dkk, 2018). Komplikasi kronis untuk DM tipe II itu meliputi komplikasi makrovaskuler dan komplikasi mikrovaskuler. Komplikasi makrovaskular meliputi penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung, dan stroke, sedangkan komplikasi mikrovaskular meliputi nefropati, deabetik retinopati, neuropati, dan amputasi (Fatimah, 2015).

Penderita DM mempunyai resiko 2 kali lebih besar terkena Penyakit Jantung Koroner dan penyakit pembuluh darah otak, 5 kali lebih mudah terkena ulkus/ganggren, 7 kali lebih mudah terkena gagal ginjal terminal, dan sebanyak 25 kali lebih mudah mengalami kebutaan akibat kerusakan retina daripada pasien non DM (Soegondo dkk, 2018).

Kepatuhan berobat pasien DM Tipe II erat kaitannya dengan terjadi komplikasi kronik yang terjadi. Bila pasien DM Tipe II dapat mengendalikan penyakitnya maka komplikasi dapat dicegah dan pasien dapat hidup berbahagia (Soegondo dkk, 2018).

Hasil study Hamarno, dkk (2016) menunjukkan adanya hubungan kepatuhan kontrol DM tipe II yang berupa patuh kontrol ke pelayanan kesehatan, kontrol gula darah, melakukan olahraga/aktivitas fisik serta melakukan perencanaan makan yang benar sesuai dengan kebutuhan kalori penderita DM tipe II perharinya dengan $p=0,00$, maka komplikasi pada pasien DM Tipe II dapat dicegah dan diturunkan.

Kepatuhan ini dapat terwujud dengan perilaku pasien yang baik dalam melakukan pengobatan. Kepatuhan merupakan sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan (Sacket, 1976 dalam Niven, 2002). Dalam penatalaksanaan DM Tipe II. Hal-hal yang harus dipatuhi pasien dari tenaga kesehatan

meliputi manajemen diet, latihan fisik, pemantauan KGD, terapi obat dan kunjungan pelayanan kesehatan (Damayanti, 2018)

Kepatuhan ini dapat dijelaskan sebagai sebuah perilaku yang (dalam Notoatmojo, 2012) menyatakan bahwa perilaku manusia terbentuk dari 3 faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing*), faktor pemungkin (*enabling factor*), faktor penguat (*reinforcement factor*). Didalam faktor predisposisi yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, dan sikap.

Kebanyakan pasien DM pada umumnya belum memiliki ketanggapan dan kesadaran baik dalam mendeteksi penyakitnya, terutama sikap dalam pengobatan DM tipe II itu sendiri (Febriani, 2014). Hasil studi Tambokan, dkk (2015) menyatakan bahwa pasien yang sikapnya baik akan patuh 9,3 kali dibandingkan pasien yang memiliki sikap yang tidak baik dalam melakukan pengobatan DM. Sikap merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien DM dalam pengobatan. Sikap merupakan suatu respon atau reaksi seseorang yang masih tertutup terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 1997 dalam Wawan dan Dewi, 2019)

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka masalah penelitian adalah “Adakah Hubungan Sikap dengan Kepatuhan Pengobatan Pasien DM tahun 2020”

C. Tujuan Penelitian

Mencari persamaan, kelebihan dan kekurangan penelitian dengan literatur review

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Poltekkes Jurusan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi suatu referensi tambahan yang bermanfaat khususnya bagi mahasiswa keperawatan serta dapat dijadikan bahan informasi bagi peneliti .

2. Bagi Peneliti Lanjutan

Sebagai bahan masukan yang dapat digunakan untuk melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam pengobatan penyakit Diabetes Mellitus .

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DIABETES MELLITUS TIPE II

1. Defenisi

DM Tipe II dikenal sebagai *non-Insulin Dependent Diabetes* (NIDDM). Pada DM Tipe II, jumlah insulin yang diproduksi oleh pankreas cukup untuk mencegah ketoasidosis tetapi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan seluruh tubuh (*Julien, Enecal & Guay,2009* dalam Damayanti,2018).

DM Tipe II juga disebut Diabetes Mellitus tidak tergantung insulin (DMTTI) atau *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk yang terutama dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak (Rendy & Th Margaret, 2015).

2. Etiologi

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada DM Tipe II masih belum diketahui. Faktor genetic diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Selain itu terdapat pula faktor-faktor resiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya DM Tipe II. Faktor-faktor ini adalah

- a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
- b. Obesitas
- c. Riwayat keluarga

- d. Kelompok etnik (di Amerika Serikat, golongan Hispanik serta penduduk asli Amerika Serikat tertentu memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk terjadinya DM Tipe II dibandingkan dengan golongan Afro-Amerika) (*Smeltzer & Bare, 2002*).

3. Patofisiologi

Secara patogenesis DM Tipe II ditandai dengan adanya resistensi insulin perifer, gangguan "Hepatic Glucose Production (HGP)". Dan penurunan fungsi sel β , yang akhirnya akan menuju ke kerusakan total sel β . Pada stadium prediabetes (IFG dan IGT) mula-mula timbul resistensi insulin yang kemudian sisusul oleh peningkatan sekresi insulin untuk mengkompensasi resistensi insulin itu agar kadar glukosa darah tetap normal.

Lama kelamaan sel beta akan tidak sanggup lagi mengkompensasi resistensi insulin hingga kadar glukosa darah meningkat dan fungsi sel beta makin menurun. Saat itulah diagnosis diabetes ditegakkan. Ternyata penurunan fungsi sel beta itu berlangsung secara progresif sampai akhirnya sama sekali tidak mampu lagi mengsekresi insulin, suatu keadaan menyerupai DM Tipe I dimana kadar glukosa darah makin meningkat . (*Soegondo dkk, 2018*)

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM Tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM Tipe II. Meskipun demikian, DM Tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketotik (HHNK) (*Smeltzer,2002*)

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang di alami pasien DM Tipe II yaitu :

- a. Poliuria adalah volume urine manis yang berlebihan. Ambang batas ginjal untuk “mengeluarkan” partikel gula dari darah ke dalam urine adalah sekitar 180 mg/dl .
- b. Polidipsia adalah rasa haus yang berlebihan. Saat haus tubuh berupaya menggantikan volume cairan yang hilang akibat dehidrasi berlebihan.
- c. Polifagia adalah rasa lapar yang berlebihan dimana otak sangat kelaparan karena gula di dalam darah tidak dapat berpindah dari serum ke sel dan sel otak memerlukan suplai glukosa yang konstan (Hurst, 2016)

5. Komplikasi

Komplikasi DM terbagi atas 2 yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis .

a. Komplikasi akut

1. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah keadaan klinik gangguan saraf yang disebabkan penurunan glukosa darah. Gejala ini dapat ringan berupa gelisah sampai berat berupa koma disertai kejang. Penyebab tersering hipoglikemia adalah akibat obat hipoglikemik oral golongan sulfonilurea, khususnya klorpopamida dan glibenklamida.

2. Hiperglikemia

Kelompok hiperglikemia, secara anamnesis ditemukan adanya masukan kalori yang berlebihan, penghentian obat oral maupun insulin yang didahului oleh stress akut.. tanda khas adalah kesadaran menurun disertai dehidrasi berat.

3. Hiperglikemik Non-Ketotik (HNK)

Hiperglikemik Non-Ketotik (HNK) ditandai dengan hiperglikemia berat non ketotik atau ketotik dan asidosis ringan. Pada keadaan lanjut dapat mengalami koma. Koma hiperosmolar hiperglikemik non ketotik ialah suatu sindrom yang ditandai hiperglikemik berat, hiperosmolar, dehidrasi berat tanpa ketoasidosis disertai menurunnya kesadaran. Sindrom ini merupakan salah satu jenis koma nonketoasidosis.

b. Komplikasi Kronis

1. Komplikasi Makrovaskular

Komplikasi ini diakibatkan karena perubahan ukuran diameter pembuluh darah. Pembuluh darah akan menebal, sklerosis dan timbul sumbatan (occlusion) akibat plaque yang menempel. Komplikasi makrovaskular yang paling sering terjadi adalah : penyakit arteri koroner, penyakit cerebrovaskular dan penyakit vaskuler perifer (*Smeltzer, et al* (2008) dalam Damayanti, 2018).

2. Komplikasi Mikrovaskular

Perubahan mikrovaskular melibatkan kelainan struktur dalam membrane pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan pada pembuluh darah ini menyebabkan dinding pembuluh darah menebal, dan mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Komplikasi mikrovaskular terjadi di retina yang menyebabkan retinopati diabetic dan di ginjal menyebabkan nefropati diabetic (Sudoyo, et al (2006) dalam Damayanti, 2018).

3. Komplikasi Neuropati

Neuropati deabetik merupakan sindrom penyakit yang mempengaruhi semua jenis saraf, yaitu saraf perifer, otonom dan spinal (Sudoyo, et al, 2006 dalam Damayanti,2018).

Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan di kaki, yaitu berupa ulkus kaki diabetic, pada umumnya tidak terjadi dalam 5-10 tahun pertama setelah didiagnosa, tetapi tanda-tanda komplikasi mungkin ditemukan pada saat mulai terdiagnosis DM Tipe II karena DM yang dialami pasien tidak terdiagnosis selama beberapa tahun (*Smeltzer, et al* (2008) dalam Damayanti, 2018)

6. Penatalaksanaan DM Tipe II

Secara umum Penatalaksanaan DM tipe II terbagi atas lima pilar, yaitu :

a. Managemen Diet

Salah satu penyebab timbulnya DM adalah perubahan atau kesalahan dalam managemen diet. Konsumsi karbohidrat yang tinggi diduga sebagai penyebabnya. Peningkatan kadar gula darah yang cepat akan menaikkan kebutuhan insulin. Selama insulin dapat mengimbangi, peningkatan kadar gula darah jangka pendek tidak menjadi masalah (*Ernawati, 2017*).

Prinsip diet pada pasien DM Tipe II sama saja dengan anjuran makan masyarakat pada umumnya yaitu makanan seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Bagi pasien DM Tipe II yang mengalami Obesitas, maka diperlukan penurunan berat badan, yang merupakan kunci penanganan DM Tipe II. Penurunan berat badan ringan atau sedang (5-10% dari total berat badan) telah menunjukkan perbaikan dalam mengontrol DM Tipe II (*Smeltzer, et al, 2008* dalam Damayanti, 2018)

Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat sebanyak 45 – 60 %, protein sebanyak 10 – 20%, dan lemak sebanyak 20 – 25%. Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress akut dan kegiatan jasmani untuk mencapai dan mempertahankan berat badan idaman (*Soegondo dkk, 2018*)

Untuk menentukan banyak nya kalori yang di butuhkan oleh masing-masing masyarakat terutama pasien DM Tipe II dapat di tentukan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) dan rumus Broca. Indeks Massa Tubuh (IMT) dapat di hitung dengan Rumus :

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

IMT Normal Wanita	= 18,5-23,5
IMT Normal Pria	= 22,5-25
IMT kurang	= <18,5
IMT Normal	= 18,5 - 24,9
IMT Lebih	= ≥25,0
Pre Obesitas	= 25,0 – 29,9
Obesitas I	= 30,0 – 34,9
Obesitas II	= 35,0 – 39,9
Obesitas III	= ≥40,0

Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat, protein, dan lemak, sesuai dengan kecukupan gizi baik yaitu Karbohidrat sebanyak 45-60%, Protein sebanyak 10-20% dan lemak sebanyak 20-25% (Damayanti,2018).

Untuk kepentingan klinik praktis, dan untuk penentuan jumlah kalori dipakai Rumus Broca, yaitu

$$\text{BB Idaman} = (\text{TB}-100) - 10\%$$

Berat Badan kurang	= <90% BB idaman
Berat Badan normal	= 90 – 110% BB Idaman
Berat Badan lebih	= 110 – 120% BB Idaman
Gemuk	= >120% BB Idaman

Jumlah kalori yang dibutuhkan dapat dihitung dari berat badan idaman dikali kebutuhan kalori basal (30Kkal/Kg BB untuk laki-laki dan 25 Kkal/kg BB untuk wanita). Kemudian ditambah dengan kebutuhan kalori untuk aktivitas (10-30%, untuk atlet dan pekerja berat dapat lebih banyak lagi,sesuai dengan kalori yang dikeluarkan dalam kegiatannya),koreksi status gizi (gemuk dukurangi, kurus ditambah) dan kaloti yang diperlukan untuk menghadapi stress akut (infeksi dsb), sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan untuk masa pertumbuhan anak, dewasa muda dan ibu hamil, diperlukan penghitungan tersendiri (Soegondo dkk,2018).

Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik, penambahan sejumlah 10% dari kebutuhan basal diberikan pada keadaan istirahat. Penambahan sejumlah 20% pada pasien dengan aktivitas ringan : pegawai kantor, guru, ibu rumah tangga. Penambahan sejumlah 30% pada aktivitas sedang : pegawai industry ringan, mahasiswa, militer yang sedang tidak perang. Penambahan sejumlah 40% pada aktivitas berat: petani, buruh, atlet. Militer dalam keadaan latihan. Penambahan sejumlah 50% pada aktivitas sangat berat : tukang becak, tukang gali (Soelistijo, 2015)

Minyak	1	1	1	1	2	1	1	1
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

Keterangan : s = sekehendak.

2.2 JENIS MENU DM 1700 KALORI

WAKTU	BAHAN MAKANAN PENUKAR	KEBUTUHAN BAHAN		CONTOH MENU
Pagi	Roti Margarin Telur	Iris ½ sdm 1 btr	(1P) (1P) (1P)	Roti panggang Margarin Telur rebus Teh panas
10.00	Pisang	1 buah	(1P)	Pisang
Siang	Nasi Udang Tahu Minyak Sayuran Kelapa Jeruk	1 ½ gelas 5 ekor 1 potong 1 sdm 1 gelas 5 sdm 1 buah	(2P) (1P) (1P) (2P) (1P) (1P) (1P)	Nasi Oseng- osengudang, tahu, cabe ijo. Urap sayuran Jeruk
16.00	Duku	16 buah	(1P)	Duku
Malam	Nasi	1 ½ gelas	(2P)	Nasi

	Ayam	1 potong	(1P)	Sop ayam +
	Kacang merah	2 sdm	(1P)	k.merah
	Sayuran	1 gelas	(1P)	
	Minyak	½ sdm	(1P)	Tumis sayuran
	Apel malang	1 buah	(1P)	Apel

Contoh Daftar Bahan Makanan Penukar (Versi 1997)

Tabel 2.3 Golongan I : Sumber Karbohidrat

No	Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga	Berat (g)
1	Bihun	½ gelas	50
2	Havermout	5 ½ sdm	50
3	Kertang	2 biji sedang	210
4	Havermout	5 ½ sdm	45
5	Makaroni	½ gelas	50
6	Mi Kering	1 gelas	50
7	Mi Basah	2 gelas	200
8	Nasi	¾ gelas	100
9	Roti Putih	3 potong sedang	70
10	Singkong	1 potong	120
11	Talas	1 potong	125
12	Tepung Terigu	5 sdm	50
13	Tepung Maizena	10 sdm	50
14	Tepung Beras	8 sdm	50
15	Ubi	1 bj	135

KETERANGAN

1 Satuan Penukar = 175 kalori, 4 g protein, 40 g karbohidrat

Tabel 2.4 Golongan II Sumber Protein Hewan

No	Bahan Makanan Rendah Lemak	Ukuran Rumah Tangga	Berat (g)
1	Ayam tanpa kulit	1 potong sedang	40
2	Babat	1 potong sedang	40
3	Daging Kerbau	1 potong sedang	35
4	Dideh Sapi	1 potong sedang	35
5	Ikan Segar	1 potong sedang	40
6	Ikan Asin	1 potong kecil	15
7	Teri Kering	1 sdm	20
8	Udang Segar	5 ekor sedang	35
	Bahan Makanan Lemak Sedang		
1	Ayam tanpa kulit	1 potong sedang	40
2	Babat	1 potong sedang	40
3	Daging Kerbau	1 potong sedang	35
4	Dideh Sapi	1 potong sedang	35
5	Ikan segar	1 potong sedang	40
6	Ikan asin	1 potong kecil	15
7	Teri kering	1 sdm	20
8	Udang segar	5 ekor sedang	35
	Bahan Makanan Tinggi Lemak		
1	Bebek	1 potong sedang	45
2	<i>Corned beef</i>	3 sdm	45
3	Ayam dengan kulit	1 potong sedang	40
4	Daging babi	1 potong sedang	50
5	Sosis	½ potong sedang	50
6	Kuning Telur ayam	4 butir	45

KETERANGAN:**1. Rendah Lemak**

1 Satuan Penukar=50 kalori, 7 g protein, 2 g lemak

2. Lemak Sedang

1 satuan Penukar = 75 kalori, 7 g protein, 5 g lemak

3. Tinggi Lemak

1 satuan Penukar= 150 Kalori, 7 g protein, 13 g Lemak

Tabel 2.5 Golongan III : Sumber Protein Nabati

No	Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga	Berat (g)
1	Kacang hijau	2 sdm	20
2	Kacang kedele	2 ½ sdm	25
3	Kacang merah segar	2 sdm	20
4	Kacang tanah	2 sdm	15
5	Keju kacang tanah	1 sdm	15
6	Kacang Tolo	2 sdm	20
7	Oncom	2 potong kecil	40
8	Tahu	1 biji besar	110
9	Tempe	2 potong sedang	50

Keterangan: 1 satuan Penukar = 75 kalori, 5 g protein, 3 g lemak, 7 g karbohidrat

Tabel 2.6 Golongan IV : Sayuran

No	Sayuran A	Sayuran B	Sayuran C
1	Baligo	Bayam	Bayam merah
2	Gambas (oyong)	Bit	Daun katuk
3	Jamur Kuping segar	Buncis	Daun mlinjo
4	Ketimun	Brokoli	Daun Papaya
5	Labu Air	Caisim	Daun singkong

6	Lobak	Genjer	Toge kacang kedele
7	Lettuce	Jagung muda	Daun tales
8	Slada Air	Kol	Kacang kapri
9	Slada	Kembang Kol	Kluwih
10	Tomat	Wortel	Mlinjo
11		Daun pakis	Nangka muda
12		Daun Waluh	
13		Jantung pisang	
14		Labu waluh	
15		Labu siam	
16		Sawi	
17		Toge kacang hijau	
18		Terong	
19		Kangkung	
20		Kacang panjang	
21		Labu siam	
22		Pare	
23		Rebung	
24		Pepaya muda	
25		Kecipir	
26		Kol	
27		Kuaci	

KETERANGAN

Sayuran A : Bebas dimakan. Kandungan kalori dapat diabaikan

Sayuran B : 1 Satuan penukar \pm 1 gls (100g) = 25 kalori, 1g protein, 5g karbohidrat

Sayuran C: 1 Satuan penukar \pm 1 gls (100g) = 50 kalori, 3g protein, 10 g karbohidrat

Tabel 2.7 Golongan V : Buah dan Gula

No	Bahan makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (g)
1	Anggur	20 buah sedang	165
2	Apel merah	1 buah	85
3	Belimbing	1 buah besar	140
4	Blewah	1 potong sedang	70
5	Duku	16 buah	80
6	Durian	2 biji besar	35
7	Jeruk manis	2 buah	110
8	Jambu air	2 buah besar	110
9	Jambu biji	1 buah besar	100
10	Jambu boi	1 buah kecil	90
11	Kolang kaling	5 buah sedang	25
12	Kedondong	2 buah sedang	120
13	Kemang	1 buah besar	105
14	Mangga	$\frac{3}{4}$ buah besar	90
15	Nenas	$\frac{1}{4}$ buah sedang	95
16	Pisang	1 buah	50
17	Papaya	1 potong besar	110
18	Rambutan	8 buah	75
19	Kurma	3 buah	15
20	Lycee	10 buah	75
21	Melon	1 potong besar	190
22	Nangka masak	3 biji sedang	45
23	Peach	1 buah kecil	115
24	Sawo	1 buah sedang	55
25	Semangga	1 potong sedang	150
26	Sirsak	$\frac{1}{2}$ gelas	60

27	Gula	1 sdm	13
28	Madu	1 sdm	15

KETERANGAN

1 satuan penukar = 50 kalori, 12 g karbohidrat.

Tabel 2.8 Golongan VI : Susu

No	Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (g)
Susu Tanpa Lemak			
1	Susu skim cair	1 gelas	200
2	Tepung susu skim	4 sdm	20
3	Yougurt non fat	2/3 gelas	120
Susu Rendah Lemak			
1	Keju	1 potong kecil	35
2	Susu kambing	$\frac{3}{4}$ gelas	165
3	Susu sapi	1 gelas	200
4	Yougurt susu penuh	1 gelas	200
5	Yoghurt	1 gelas	200
Susu Tinggi Lemak			
1	Susu kerbau	$\frac{1}{2}$ gelas	100
2	Tepung susu Penuh	6 sdm	30

KETERANGAN

1. Susu tanpa lemak : 1 satuan Penukar = 75 kalori, 7g protein, 10g karbohidrat.
2. Susu Rendah Lemak : 1 satuan penukar = 150 kalori, 7g protein, 10g lemak, 10g karbohidrat.
3. Susu Tinggi Lemak : 1 satuan penukar = 150 kalori, 7g protein, 10g lemak, 10g karbohidrat.

Tabel 2.9 Golongan VII : Minyak

No	Bahan Makanan	Ukuran Rumah Tangga (URT)	Berat (g)
Lemak Tidak Jenuh			
1	Alpukat	½ Buah besar	60
2	Kacang almon	7 biji	25
3	Margarine jagung	¼ sdt	5
4	Minyak bunga matahari	1 sdt	5
5	Minyak jagung	1 sdt	5
6	Minyak kedele	1 sdt	5
7	Minyak kacang tanah	1 sdt	5
8	Minyak zaitun	1 sdt	5
Lemak Jenuh			
1	Lemak babi	1 potong kecil	5
2	Mentega	1 sdm	15
3	Santan	1/3 gelas	40
4	Kelapa	1 potong kecil	15
5	Minyak kelapa	1 sdt	5
6	Minyak inti kelapa sawit	1 sdt	5

KETERANGAN

1 satuan penukar = 50 kalori, 5g lemak.

Tabel 2.10 Golongan VIII : Makanan Tanpa Kalori

No	Bahan Makanan
1	Agar-agar
2	Air kaldu
3	Air mineral
4	Cuka
5	Gelatin

b. Latihan Fisik

Pada DM Tipe II, latihan fisik berperan utama dalam pengaturan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin, memperbaiki sirkulasi darah dan tonus otot, mengubah kadar lemak darah yaitu meningkatkan kadar HDL-kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida (Sudoyo, et al, 2009 dalam Damayanti 2018).

Jenis latihan fisik yang dianjurkan adalah aerobik yang bertujuan dengan meningkatkan stamina seperti jalan, jogging, berenang, senam berkelompok atau aerobik dan bersepeda (Ilyas dalam Damayanti 2018)

Pada prinsip nya tak ada perbedaan prinsip latihan jasmani bagi orang diabetes maupun bukan diabetes, yaitu harus memenuhi beberapa hal yaitu ; frekuensi, intensitas, durasi, dan jenis. Frekuensi yaitu jumlah olahraga perminggu sebaiknya dilakukan dengan teratur 3-5 kali perminggu. Intensitas ringan dan sedang (60-70% maximum heart rate). Durasi sebanyak 30-60 menit, jenis latihan jasmani endurans (aerobik) untuk meningkatkan kemampuan kardiorespirasi seperti jalan, jogging, berenang dan bersepeda (Ernawati, 2017).

Sebelum melakukan latihan fisik, dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kadar gula darah terlebih dahulu . apabila kadar gula darah <100 mg/ dL pasien harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila >250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan fisik (Soelistijo S, 2015)

C. Pemantauan Kadar Gula Darah

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri (SMBG; *self-monitoring of blood glucose*), penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah

secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang (*Smeltzer & Bare, 2002*).

Kadar glukosa dapat diukur dari sampel berupa darah biasa (*whole blood*) atau plasma. Namun hingga kini pemeriksaan kadar glukosa plasma masih direkomendasikan untuk penegakan diagnosis mengingat konsentrasi air di dalam plasma 11% lebih tinggi dibandingkan dalam darah biasa. Sehingga, kadar glukosa dalam plasma juga 11% lebih tinggi dari darah biasa bila kadar hematokrit normal (*Soegondo dkk, 2018*).

Secara umum kadar glukosa plasma puasa lebih besar atau sama dengan 126 mg/Dl (normal: 70-110 mg/dL)² pada sedikitnya dua kali pemeriksaan. Kadar glukosa darah 2 jam >180

Mengukur kadar gula darah dapat dilakukan sendiri menggunakan alat yang disebut glukometer atau *argometer glucose* atau juga *blood glucose monitoring* yang banyak di jual dipasaran. Hasil dari penggunaan alat ini mungkin memang tidak terlalu akurat, tetapi dapat digunakan untuk memantau gula bagi penderita agar apabila ada indikasi gula tinggi dapat segera melakukan pengecekan di laboratorium dan menghubungi dokter. Alat glukometer terkini sudah di rancang begitu mudah digunakan dan tidak menimbulkan rasa sakit saat mengambil sampel darah. (*Susanto, 2017*)

d. Terapi Obat

1. Memicu produksi insulin

a. Sulfonilurea

Obat ini telah digunakan dalam menangani hipoglikemia pada DM Tipe II selama lebih 40 tahun. Mekanisme kerja obat ini cukup rumit. Ia bekerja terutama pada sel beta pancreas untuk meningkatkan produksi

insulin sebelum maupun sesudah makan. Sel beta pancreas merupakan sel yang memproduksi insulin dalam tubuh (Damayanti,2018)

b. Golongan Glinid

Meglitinide merupakan bagian dari kelompok yang meningkatkan produksi insulin (selain sulfonilurea). Maka dari itu ia membutuhkan sel beta yang masih berfungsi baik. *Repaglinid* dan *Nateglinid* termasuk dalam kelompok ini, mempunyai efek kerja cepat, lama kerja sebentar, dan digunakan untuk mengontrol kadar glukosa darah setelah makan. *Repaglinid* diserap secara cepat segera setelah dimakan, mencapai kadar puncak di dalam darah dalam 1 jam (Damayanti,2018).

2. Meningkatkan Kerja Insulin (Sensitivitas Terhadap Insulin)

a. Biguanid

Kelompok obat antidiabetik oral yang lain adalah biguanid. Metformin (Glucophage), yang merupakan biguanid yang disetujui pemakaiannya di A.S, menimbulkan efek antidiabetik dengan memfasilitasi kerja insulin pada tempat reseptor perifer. Oleh karena itu, obat ini hanya dapat digunakan jika masih terdapat insulin. Biguanid tidak memberikan efek pada sel-sel beta pancreas. (Smeltzer & Bare, 2002).

b. Tiazolidinedion

Saat ini terdapat 2 tiazolidinedion di Indonesia yaitu rosiglitazon dan pioglitazon. Obat golongan ini memperbaiki kadar glukosa darah dan menurunkan hiperinsulinaemia (tingginya kadar insulin) dengan meningkatkan kerja insulin (menurunkan resistensi insulin) pada penyandang DM Tipe II. Obat golongan ini juga menurunkan kadar trigliserida asam lemak bebas (Damayanti,2018).

c. Rosiglitazon

Cara kerja hampir sama dengan pioglitazon, diekskresi melalui urin dan feses. Mempunyai efek hipoglikemia yang cukup baik jika dikombinasikan dengan metformin. Obat ini dikontraindikasikan pada pasien dengan gagal jantung karena dapat memperberat edema dan juga pada gangguan hati. (Soegondo,2018)

3. Penghambat Enzim Alfa Glukosidase

Penghambat kerja enzim *alfa-glukosidase* seperti akarbose, menghambat penyerapan karbohidrat dengan menghambat enzim disakarida di usus (Enzim ini bertanggung jawab dalam pencernaan karbohidrat). Obat ini terutama menurunkan kadar glukosa darah setelah makan. Efek sampingnya yaitu kembung, buang angin dan diare. Supaya lebih efektif obat ini harus dikonsumsi bersama dengan makanan (Damayanti, 2018).

Tabel 2.12 Propil Obat Antihyperglikemia Oral yang Tersedia di Indonesia

Golongan Obat	Cara Kerja Utama	Efek Samping	Penurunan HbA1c
Sulfonylurea	Meningkatkan sekresi insulin	BB naik hipoglikemia	1,0 -2,0 %
Glinid	Meningkatkan sekresi insulin	Bb naik hipoglikemia	0,5 – 1,5 %
Metformin	Menekan produksi glukosa hati & menambahkan sensitifikasi terhadap insulin	Dyspepsia, diare, asidosis laktat	1,0 – 2,0 %

Penghambat Alfa-glukosidase	Menghambat absorpsi glukosa	Flatulen, tinja lembek	0,5 – 0,8 %
Tiazolidindion	Menambah sensitifitas terhadap insulin	Edema	0,5 – 1,4 %
Penghambat DPP-IV	Meningkatkan sekresi insulin, menghambat sekresi glucagon	Sebah, muntah	0,5 – 0,8 %

d. Kunjungan Kepelayanan Kesehatan

Penatalaksanaan Pasien DM Tipe II selama hidupnya pasien harus rutin melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan untuk melakukan pemeriksaan laboratorium serial, pemeriksaan fisik, perawatan kaki, melakukan diet DM, olahraga dan mendapatkan pendidikan kesehatan dalam upaya merawat DM secara mandiri (Damayanti, 2018).

B. KEPATUHAN

1. Defenisi

Sacket (1976) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai “sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan “ (*Niven* , 2002)

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KKBI), Kepatuhan adalah suatu sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan.

2. Faktor yang mempengaruhi Ketidakpatuhan

- a. Kompleksitas prosedur pengobatan.

- b. Derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan.
- c. Lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi nasihat tersebut
- d. Apakah penyakit tertentu benar-benar menyakitkan
- e. Apakah pengobatan tersebut terlihat berpotensi menyelamatkan hidup
- f. Keperawatan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan profesional kesehatan

C. SIKAP

1. Defenisi

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo,2012). Sikap adalah evaluasi umum yang di buat manusia terhadap dirinya sendiri,orang lain,objek atau issue (*Petty,cocopio,1986* dalam Azwar S.,2000:6)

2. Struktur sikap

a. Komponen kognitif

Merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotype yang di miliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.

b. Komponen afektif

Merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh

yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif di samakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

c. Komponen konatif

Merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak/bereaksi terhadap suatu dengan cara-cara tertentu. Dan berkaitan objek yang di hadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah di cerminkan dalam bentuk tendensi perilaku (Azwar S.,2000:23).

3. Tingkatan Sikap

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang di berikan (objek). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat di lihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi.

b. Merespons (*responding*)

Memberikan jawaban apabila di Tanya,mengerjakan,dan menyelesaikan tugas yang di berikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Misalnya seorang ibu yang mengajak ibu yang lain (tetangganya,saudaranya dan sebagainya) untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu atau mendiskusikan

tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak.

d. Bertanggung Jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Misalnya seorang ibu mau menjadi akseptor KB , meskipun mendapat tentangan dari mertua atau orangtuanya sendiri (Notoatmodjo,2012).

4. Sifat Sikap

1. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah objek mendekati, menyenangkan,menghafapkan objektertentu.
2. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu (Heri Purwanto, 1998 dalam Wawan 2019).

5. Pembentukan sikap

a. Pengalaman Sikap

Apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atautkah sikap negative, akan tergantung berbagai faktor lain.

b. Pengaruh orang lain yang di anggap penting

Orang lain di sekitar kita merupakan salah satu komponen sosial yang ikut mempengaruhi sikap kita seseorang yang kita anggap penting,

seseorang yang kita harapkan persetujuannya bagi setiap gerak tingkah kita dan pendapat kita ,seseorang yang tidak ingin kita kecewakan ,atau seseorang yang berarti kusus bagi kita (*significant others*), akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap kita terhadap sesuatu. Diantara orang yang biasanya di aggap penting bagi individu adalah orangtua,orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya,tean dekan, guru,teman kerja,istri atau suami dan lain-lain.

c. Pengaruh Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dan di besarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila kita hidup dalam budaya yang mempunyai norma longgar bagi pergaulan heteroseksual, sangat mungkin kita akan mempunyai sikap yang mendukung terhadap masalah kebebasan pergaulan heteroseksual.apabila kita hidup dalam budaya sosial yang sangat mengutamakan kehidupan berkelompok, maka sangat mungkin kita akan mempunyai sikap negative terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan.

d. Lembaga Pendidikan Dan Lembaga Agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dlam pembentukan sikap di karenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisahan antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh di lakukan diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajaran.

e. Pengaruh Faktor Emosional

Tidak semua bentuk sikap di tentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang, suatu bentuk sikap

merupakan pernyataan yang di dasari oleh emosi yang berfungsi sebaga semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementraa dn segera belalu begitu frustasi telah hilang akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan tertahan lama (Azwar, 2016)

6. Pengukuran Sikap

a. Skala Likert (*Method of Summateds Ratings*)

Likert (1932) mengajukan metodenya sebagai alternative ang lebih sederhana dibandingkan dengan skala Thurstone. Skala Trustone yang terdiri dari 11 poin disederhanakan menjadi 2 kelompok, yaitu favoabele dan yang unfavorabel. Sedangkan item yang netral tidak di sertakan. Untuk mengatasi netral tersebut, likert menggunakan teknik kontruksi test yang lain. Masing-masing responen diminta melakukan egreement atau disagreement nya untuk masing-masing item dalam skala yang terdiri dari 5 point (sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju).

Semua item yang favorabel kemudian di ubah nilainya dalam angka, yaitu untuk sangat setuju nilainya 5, sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 1. Sebaliknya, untuk item nya yang unfavorabel nilai skala sangat setuju adalah 1 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 5. Seperti halnya skala Trustone , skala likert di susun dan diberi skor sesuai dengan skala interval yang sama (equal-interval scale).

D. Hubungan antara sikap dengan kepatuhan

Hasil Penelitian Tambokan, dkk (2015) menyatakan adanya hubungan antara sikap dengan kepatuhan berobat pasien DM Tipe II. Hasil penelitian menyatakan bahwa pasien yang sikapnya baik akan patuh 9,3 kali dibandingkan pasien yang memiliki sikap yang tidak baik dalam melakukan pengobatan DM .

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis metode penelitian yang digunakan yaitu kualitatif dengan desain studi literatur review. Penelitian ini menggambarkan dan menjelaskan hubungan antara variabel berdasarkan teori dan hasil penelitian yang sudah ada.

2. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian menggunakan study literature review, literature review digunakan untuk mengidentifikasi, menganalisis, memisahkan dan menilai suatu hasil penelitian yang relevan secara kritis. Hasil proses penilaian literature review secara kritis menghasilkan keputusan yang dibuat untuk memasukkan atau mengenyampingkan study sehingga data final yang digunakan untuk analisa data berasal dari study yang berkualitas dan dapat di percaya. (Holly, et al 2012)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Literature Review

Setelah pengumpulan jurnal dengan menggunakan situs jurnal seperti *google scholar*, Perpustakaan Nasional RI, *Nursing Research* didapatkan 30 jurnal . Dari 30 jurnal hanya 8 jurnal yang layak direview dan kurang berkaitan dengan masalah penelitian. Dari hasil jurnal yang di *review* terdapat 5 jurnal yang menggunakan desain *cross-sectional* (Dhfer Mahdi AlShayban, dkk, 2020 ; Bella Oktaviani,dkk, 2018 ;; Nur & Indana, 2012), terdapat 1 jurnal menggunakan desain *case control* (Rudi Hamarno,dkk, 2016), terdapat 1 jurnal menggunakan desain *Korelasional* (Dotik & Tri, 2014), dan terdapat 1 jurnal menggunakan desain *observasional* (Nur Rasdianah, dkk, 2016)

Tabel 4.1 Penelitian sikap dengan kepatuhan pengobatan pasien DM

No	Judul/tahun	Peneliti	Tujuan	Populasi/ sampel	Metode Penelitian	Hasil
1	Gambaran Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Perkesmas Daerah Istimewa Yogyakarta/ 2016	Rasdianah dkk	Untuk mengetahui gambaran karakteristik pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 terhadap kepatuhan pengobatan.	Sampel yang di gunakan 123 pasien diabetes mellitus	<i>Observasional</i>	Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita DM menyatakan patuh dalam melakukan penatalaksanaan
2	Association of Disease Knowledge and Medication Adherence	AlShayban dkk	Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara	.sampel sebanyak 318 pasien penderita Diabetes	Uji Chi-square	.sebanyak 318 pasien setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Nilai HbA16

	Among Out-Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Khobar, Saudi Arabia/ 2020		pengetahuan penyakit dan kepatuhan minum obat pada pasien dengan diabetes Mellitus Tipe 2	Mellitus tipe 2		rata-rata adalah 8,1 %. Sepertiga pasien (N=105, 33 %) memiliki kepatuhan tinggi dan setengah dari pasien (N=162, 50,9%) memiliki pengetahuan penyakit antara 51%-75%. Korelasi secara signifikan lemah hingga sedang dan positif ($p=0,221$, $p < 0,01$) antara kepatuhan pengobatan dan pengetahuan penyakit
3	Hubungan antara kepatuhan control dengan terjadinya komplikasi kronis pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Janti Kota Malang	Hamarno dkk	Untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan control dengan tidak terjadinya komplikasi	Sampel 30 responden	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>case control</i>	87% penderita DM Tipe 2 yang tidak patuh dalam control pengobatan mengalami komplikasi
4	Knowledge, attitudes and practice of persons with type 2 diabetes in a rural community, Phase of the community-based	Ardena dkk	Untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor pasien seperti usia, jenis kelamin, durasi diabetes,	Sampel yang digunakan 156 penduduk siabetes	Cross-sectional	Rata-rata keseluruhan pada pengetahuan adalah 43%. Kurang dari setengah responden sangat meyakini perlunya otonomi pasien (38%). Hanya 4 dari 35 responden

	Diabetes Self-manafemenent Education (DSME) Program in san juan, batangas, Philippines, 2010		dan jenis diabetes pada pengetahuan, sikap, dan praktik mengenai diabetes.			diabetes yang memiliki meteran glukosa, sementara hanya 16 dari 35 responden yang berkonsultasi dengan dokter secara langsung.
5	Pentingnya sikap pasien yang positif dalam pengelolaan DM/2014	Febriani dkk	Untuk menganalisis hubungan sikap dengan pengelolaan DM pada pasien DM	Sampel sebanyak 96 responden penderita DM	Uji statistic Spearman's Rho dengan $\alpha < 0,05$	Hasil penelitian responden memiliki sikap baik (32,3 %) dan sangat baik (64,6 %), pengelolaan DM baik (44,8 %) dan sangat baik (50%) dengan $p=0,000$ dan <i>Corekation coeficiene</i> =0,422. Di simpulkan sikap pasien yang baik dang sangat baik berhubungan dengan pengelolaan DM yang baik dan sangat baik
6	Perilaku kepatuhan penatalaksanaan DM dengan kejadian komplikasi pasien NIDDM/ 2012	Hidayati	Untuk mengetahui hubungan kepatuhan penatalaksanaan DM dengan kejadian komplikasi pada penderita NIDDM	Sampel yang digunakan sebesar 36 responden	<i>Cross-sectional</i>	Adanya hubungan antara sikap dengan kepatuhan . kepatuhan kurang dengan sikap tidak mendukung sebanyak 17 responden (47,2%). Dari hasil uji statistic dengan menggunakan uji koefisien <i>spearman</i> ($r < 0,05$) didapatkan nilai $p=0,000$ dan koefisien korelasi

						($r=0,756$) sehingga H_1 diterima karena $p \leq \alpha$ 0,05 berarti ada hubungan yang sangat rendah antara sikap dengan Kepatuhan
7	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien Diabetes Mellitus Pada Praktek Dokter Keluarga di Kota Tomohon	Tombokan dkk	Untuk menganalisis hubungan antara sikap dengan kepatuhan berobat pasien Diabetes Mellitus yang berobat	Populasi adalah seluruh pasien DM peserta BPJS Kesehatan yang berobat dipraktik dokter keluarga di kota tambokan . sampel yang digunakan adalah sebanyak 96 responden	Uji Chi-square	Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap pasien dengan kepatuhan berobat pasien diabetes mellitus di klinik dokter keluarga di Kota Tomohon
8	Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita Diabetes Mellitus dalam menjalankan pengobatannya di puskesmas Puduk Payung Kota Semarang	Oktaviani dkk	Untuk menganalisis apasajakah faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita Diabetes Mellitus dalam menjalani pengobatan Di Puskesmas	Populasi sebanyak 395 penderita diabetes mellitus dan sampel sebanyak 76 orang	Penelitian menggunakan metode analitik dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Nilai signifikansi yang di peroleh dari hasil uji I chi-square with continuity correction yaitu sebesar 0,539. Nilai $0,539 > 0,05$ sehingga H_0 di tolak di terima dan H_a yang artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan kepatuhan

			Pudak Payung kota Semarang			pengobatan pasien diabetes Mellitus
--	--	--	----------------------------------	--	--	---

Secara total, *literature review*, jurnal tersebut melaporkan bahwa adanya hubungan sikap dengan kepatuhan pengobatan pasien DM , yang di jabarkan dalam tabel sebagai berikut :

Table 4.2 Gambaran sikap, kepatuhan dan hubungan sikap dan kepatuhan dalam pengobatan DM

No	Penulis/Tahun	Sikap dan kepatuhan	Kesimpulan
1	Rasdianah, dkk/ 2016	Kepatuhan	Tingkat kepatuhan pengobatan pasien Diabetes Mellitus masi sangat rendah
2	AlShayban, dkk/ 2020	Kepatuhan	Penderita DM menyatakan patuh dalam melaksanakan pengobatan
3	Hamarno, dkk/2016	Kepatuhan	Penderita DM tidak patuh control dalam pengobatan DM
4	Ardena, dkk/ 2010	Kepatuhan, sikap	Kepatuhan pasien DM dalam pengobatan DM masi rendah ,Sikap pasien DM dalam Pengobatan masih cenderung sangat tidak baik
5	Febriani, dkk/2014	Sikap	Sikap pasien DM dalam pengelolaan DM pada penelitian ini mayoritas baik atau positif
6	Hidayati, dkk/2012	Sikap, kepatuhan, dan hubungan	Kepatuhan yang masih kurang dengan sikap yang tidak mendukung meyatakan bahwa ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan

7	Tombokan, dkk/2015	Sikap, kepatuhan, dan hubungan	Terdapat hubungan yang signifikan antara sikap pasien dengan kepatuhan berobat pasien diabetes mellitus
8	Oktaviani, dkk/2018	Kepatuhan ,sikap, hubungan	Tidak terdapat hubungan antara sikap dengan kepatuhan pengobatan DM Tipe II

B. PEMBAHASAN

Kepatuhan merupakan sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan (Sacket, 1976 dalam Niven 2012). Kepatuhan pengobatan penderita Diabetes Mellitus meliputi manajemen diet, latihan fisik, pemantauan KGD, terapi obat dan kunjungan ke pelayanan kesehatan.

Dari 8 jurnal yang di review terdapat 7 jurnal yang berkaitan dengan masalah kepatuhan pengobatan pasien DM. Dari 7 jurnal terdapat 2 jurnal kepatuhan pengobatan DM yang sesuai dengan teori 5 tema manajemen diet, latihan fisik, pemantauan KGD, terapi obat dan kunjungan pelayanan kesehatan (AlShayban dkk, 2020;Hidayati dkk,2015). Sedangkan 5 jurnal kurang sesuai dengan teori kepatuhanan pengobatan DM yang meliputi 5 tema .

Dari 5 jurnal literature riview yang kurang sesuai terdapat 2 jurnal hanya membahas kepatuhan pengobatan dm yaitu terapi obat (Oktaviani dkk, 2018;Rasdianah dkk, 2016), 1 jurnal membahas tentang manajemen diet (Tombokan dkk, 2015) dan 2 jurnal membahas tentang control ke pelayanan kesehatan dan pemeriksaan KGD gula darah (Ardena dkk, 2018;Hamarno dkk, 2016) .

Hasil literature review menyatakan mayoritas penderita DM mengatakan tidak patuh dalam melakukan penatalaksanaan DM (Rasdianah dkk, 2016; Hamarno dkk,2016 ; Ardena dkk, 2010),

sedangkan hasil study AlShayba dkk, 2020 mengatakan pasien DM patuh dalam pengobatan DM.

Penderita DM yang tidak patuh dalam pengobatan biasa memiliki sikap yang kurang baik. Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi (Notoadmojo,2012). Sikap kurang baik cenderung lebih tinggi daripada sikap yang baik.

Menurut literature review jurnal menyatakan bahwa penderita DM cenderung masih mempunyai sikap yang rendah dalam pengobatan DM (Ardena dkk 2010 ;Oktaviani dkk,2018 : Tombokan dkk/2015) . Sedangkan berdasarkan literature review jurnal Febriani dkk (2014) menyimpulkan bahwa pasien DM memiliki sikap yang baik dalam pengelolaan DM .

Dari hasil penelitian sebelumnya menyatakan bahwa mayoritas hasil yang di dapatkan ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan. Hasil literature review (Tombokan dkk, 2015; Hidayati dkk, 2012) terdapat hubungan yang bermakna antara sikap pasien dengan kepatuhan berobat. Sedangkan hasil Literature review Oktaviani dkk, 2018 menyatakan tidak terdapat hubungan antara sikap pasien terhadap penyakit Diabetes Mellitus .

Oleh karena terdapat mayoritas hubungan antara sikap dengan kepatuhan pengobatan pasien DM, maka perlu ditingkatkan kepatuhan pengobatan pasien dm dengan meningkatkan sikap. Salah satu cara meningkatkan sikap pasien dm melalui program manajemen diri berbasis budaya (Arden, et al, 2010)

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Jurnal literature review menyatakan ada 5 jurnal yang mayoritas penderita DM masih kurang patuh dalam pengobatan, sedangkan ada 1 jurnal menyatakan pasien DM patuh dalam pengobatan.
2. Jurnal literature review menyatakan ada 3 jurnal yang menyatakan sikap pasien DM dalam pengobatan masih sangat rendah dan terdapat 1 jurnal yang menyatakan sikap pasien DM dalam pengobatan sangat baik
3. Jurnal literature review menyatakan ada 2 jurnal yang terdapat hubungan antara sikap dengan kepatuhan pengobatan pasien DM sedangkan 1 jurnal menyatakan tidak terdapat hubungan antara sikap dengan kepatuhan pengobatan .

B. SARAN

1. Agar kiranya tenaga kesehatan baik di pendidikan maupun di pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan dengan mengembangkan sikap melalui upaya pelatihan atau program manajemen pengobatan dan perawatan DM terhadap diri sendiri berbasis budaya.
2. agar dapat meneliti faktor-faktor lain terkait dengan kepatuhan pengobatan dan perawatan DM.

DAFTAR PUSTAKA

- AlShayban D., et al ., *Association of disease Knowledge and Medication Adherence Among Out-Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Khobar, Saudi Arabia.*, *Frontiers in Pharmacology.*, 20 February 2020
- Ardena G., et al ., *Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community : Phase I of the community-based Diabetes Self-Management Education (DSME) Program in San Juan, Batangas, Philippines.*, Elsevier Ireland., 2010
- Azwar S., 2016, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Damayanti S., 2018, *Diabetes Mellitus dan Penatalaksanaan Keperawatan*, Yogyakarta: Nusa Medika
- Dharma K., 2013, *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Jakarta: Trans Info Media
- Donsu J., 2019, *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Ernawati., 2017, *Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Mellitus Terpadu*, Jakarta ; Mitra Wacana Media
- Febriani D, Sulistyarini T., Pentingnya Sikap Pasien yang Positif Dalam Pengelolaan Diabetes Mellitus, *Jurnal STIKES* : vol 5 no 2, April 2015
- Fatimah N., Diabetes Mellitus Tipe II, *J MAJORITY* : volume 4 Nomor 5, Februari 2015
- Hamarno R, Z Nurdiansyah, Toyibah A., Hubungan Antara Kepatuhan Kontrol dengan Terjadinya Komplikasi Kronis pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II di Puskesmas Janti kota Malang, *E journal*, Vol 7 No 2; Juli 2016
- Hidayat A., 2013, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, Jakarta: Salemba Medika
- Hidayati N., dkk ., Perilaku Kepatuhan Penatalaksanaan DM dengan Kejadian Komplikasi Pasien NIDDM., *Journals of Ners Community* Vol 3 No., 1 Juni 2012
- Holly, C., Salmond,S,W., Saimbert,M,K., 2012, *Comprehensive Systematic Review For Advanced Nursing Practices*, New York ; Springer Publishing Company
- Hurst M., 2016, *Keperawatan Medikal Bedah vol.2* , Jakarta: EGC
- Kemenkes., Laporan Riset Kesehatan Dasar 2018, Badan Penelitian dan pengembangan kesehatan Kementrian Kesehatan RI, Jakarta; Kemenkes RI

- Lenny; Fridalina; Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat jalan pasien Diabetes Mellitus Tipe II; *Jurnal Ilmu kesehatan Masyarakat*, Vol 07, no 02, Juni 2018
- M Dewi, Wawan A., 2019, *Teori dan pengukuran pengetahuan sikap dan perilaku manusia*, Yogyakarta: Nusa Medika
- Niven N., 2002, *Psikologi Kesehatan*, Jakarta: EGC
- Notoatmodjo S., 2012, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta
- Notoatmodjo S., 2017, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: PT Rineka Cipta
- Oktaviani B, dkk., faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penderita Diabetes Mellitus dalam Menjalani Pengobatan di Puskesmas Puduk Payung Kota Semarang., *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 6, Nomor 5 ; Oktober 2018
- Padila., 2012, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta: Nusa Medika
- Rekam Medis RSU Kabanjahe, 2019
- Rendy C, TH Margaret., 2015, *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*, Yogyakarta: Nusa Medika
- Tambakan V, Rattu A, Tilaar Ch., Faktor-faktor yang berhubungan dengan berobat pasien Diabetes Mellitus pada praktek dokter keluarga di Kota Tomohon, *JIKMU*, Vol 5 no 2 ; April 2015
- Santoso I., 2013, *Manajemen Data Untuk Analisis Data Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Goayen Publishing
- Smeltzer S, Bare B., 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta: EGC
- Soegondo S, Soewondo P, Subekti I., 1995, *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Soelistijo S., 2015, *KONSENSUS Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe II Di Indonesia*, Jakarta: PB PERKENI
- Sugiyono., 2018, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*, Bandung: Alfabeta
- Sutanto T., 2017, *Diabetes Deteksi, Pencegahan, Pengobatan*, Yogyakarta: BUKU PINTAR

Yasmara D, Nursiswati, Arafat R., 2017, *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta: EGC
WHO., 2016, *Global Report in Diabetes*, in France: WHO Press

