**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN STROKE TERHADAP DIET DIABETES MELLITUS DI POLIKLINIK NEOROLOGI**

**RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL**

**BUKITTINGGI 2016**

**KDM**

**SKRIPSI**

*Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*

*Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan*

*STIKes Perintis Bukittinggi*



**Disusun Oleh:**

**SUSI AMELIA**

**14103084105064**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS SUMBAR**

**BUKITTINGGI**

**2016**

**PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SUSI AMELIA

Nim : 14103084105064

Judul penelitian : Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Stroke Terhadap Diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2016

Dengan ini menyatakan bahwa hasil penelitian ini murni merupakan gagasan, rumusan dan hasil karya sendiri dan benar keasliannya. Apabila ternyata dikemudian hari merupakan hasil plagiat atau penjiplakan atas karya orang lain, maka saya bersedia bertanggung jawab sekaligus menerima sanksi berupa pencabutan gelar akademik yang telah saya peroleh.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dipaksakan.

 Peneliti

 SUSI AMELIA

 Nim : 14103084105064

*NURSING GRADUATE STUDIES PROGRAM STIKES PIONEERS WEST SUMATRA*

*Undergraduate Thesis, March 2016*

 *SUSIAMELIA
14103084105064

FACTORS RELATED TO THE LEVEL OF COMPLIANCE OF STROKE PATIENTS IN DIET DIABETES MELLITUS NEOROLOGI POLYCLINIC HOSPITAL NATIONAL STROKE BUKITTINGGI 2016*

 *(Vii + CHAPTER VI + 97 pages + 10 + 9 Appendix Table*

*ABSTRACT*

 *DM is often a scourge for society, in addition to the long treatment and can also cause death, patients who experience recurrent stroke as a result of non-compliant diet DM. The purposif is the related factors with adherence to the diet DM in Neurology Clinic RSSN Bukittinggi 2016. Design of Analytical descriptive study with cross sektional, sample number 33, the data processing Chi Square test. The results of the study (60.6%) had good knowledge, (57.6%) had a good attitude, (51.5%) had a family support positive (54.5%) did not adhere to the diet DM, There is a relationship that significant between knowledge and dietary compliance with p Value-(0002),a significant relationship between attitude with dietary compliance with the p-value (0.043), a significant relationship between family support with dietary compliance with the p-value (0.002). This research can be a reference for field research on stroke patients' adherence to the diet DM.*

 *Keywords: Knowledge, attitudes, family support, dietary compliance DM
Bibliography 22 (2003-2012)*

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN STIKES PERINTIS SUMATERA BARAT

Skripsi, Maret 2016

SUSI AMELIA

14103084105064

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN STROKE TERHADAP DIET DIABETES MELLITUS DI POLIKLINIK NEOROLOGI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL BUKITTINGGI 2016**

(vii + VI BAB + 97 Halaman + 9 Tabel + 10 Lampiran)

**ABSTRAK**

DM sering menjadi momok bagi masyarakat, selain pengobatannya yang lama dan juga bisa menimbulkan kematian, penderita yang mengalami stroke berulang akibat dari tidak patuh menjalankan diet DM. Tujuan penelitian untuk melihat Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan menjalankan diet DM di Poliklinik Neurologi RSSN Bukittinggi 2016. Disain Penelitian *deskriptif Analitik* dengan pendekatan *cross sektional*, jumlah sampel 33 orang, pengolahan data *Chi Square test*. Hasil penelitian (60.6%) memiliki pengetahuan baik, (57.6%) memiliki sikap yang baik, (51.5%) memiliki dukungan keluarga yang positif, (54.5%) tidak patuh terhadap diet DM, Terdapat hubungan yang *significant* antara pengetahuan dengan kepatuhan diet dengan *p-value* (0.002), Terdapat hubungan yang *significant* antara sikap dengan kepatuhan diet dengan *p-value* (0.043), Terdapat hubungan yang *significant* antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet dengan *p-value* (0.002). Penelitian ini dapat menjadi acuan bagi lahan penelitian tentang tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet DM.

**Kata Kunci : Pengetahuan, sikap , dukungan keluarga , kepatuhan diet DM**

**Daftar Pustaka 22 (2003-2012)**

**KATA PENGANTAR**

****

Puji syukur penulis panjatkan pada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan makalah ini dengan baik. Shalawat beriring salam penulis haturkan kepada junjungan umat sepanjang zaman Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabat yang memberikan tauladan terindah sehingga memberi motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi penelitian dengan judul “ Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Stroke Terhadap Diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2015 “ penulisan skripsi ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana keperawatan di STIKes Perintis Sumbar Program studi keperawatan Bukittinggi.

Penelitian ini dibuat berkat bantuan dari berbagai pihak mulai dari proses persiapan, pengambilan data, sampai penyusunan laporan skripsi penelitian ini selesai. Oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku ketua keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumbar
2. Bapak Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumbar
3. Ibu Ns. Ernalinda Rosya, M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi penelitian ini
4. Bapak Asrul Fahmi selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan skripsi penelitian ini
5. Seluruh dosen dan staf keperawatan STIKes Perintis Bukittinggi yang selama ini telah mengajar, membimbing, dan membantu dalam kegiatan perkuliahan
6. Pihak diklat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang telah membantu penulis dalam proses perisinan dan pengambilan data penelitian
7. Orang tua, Suami dan anak-anak yang telah memberikan bantuan moral dan material.
8. Seluruh teman-teman keperawatan angkatan 2014 yang telah memotivasi penulis selama perkuliahan sampai skripsi penelitian ini selesai dibuat

Akhir kata, penulis berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi penelitian ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan.

 Bukittinggi, Januari 2016

 Penulis

**DAFTAR ISI**

**KATA PENGANTAR i**

**DAFTAR ISI iii**

**DAFTAR TABEL v**

**DAFTAR BAGAN vi**

**DAFTAR LAMPIRAN vii**

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Rumusan Masalah 8
	3. Tujuan Penelitian 8
	4. Manfaat Penelitian 10
	5. Ruang Lingkup Penelitian 11

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Konsep Diabetes Mellitus 12
	2. Konsep Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus 33
	3. Konsep Pengetahuan 36
	4. Konsep Sikap 40

2.5 Konsep Dukungan Keluarga 44

 2.6 Konsep Stroke 49

 2.7 Kerangka Teori 61

**BAB III KERANGKA KONSEP**

* 1. Kerangka Konsep 63
	2. Defenisi Operasional 64
	3. Hipotesa Penelitian 65

**BAB IV METODE PENELITIAN**

* 1. Rancangan Penelitian 67
	2. Lokasi dan Waktu Penelitian 67
	3. Populasi dan Sampel 67
	4. Variabel Penelitian 69
	5. Pengolahan dan Analisa Data 69

**BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. Hasil Penelitian 75
	2. Pembahasan 81

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

6.2 Kesimpulan 95

6.2 Saran 96

**DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Jadwal Makan Standar diet Diabetes Melitus yang digunakan

 penderita menurut Wapadji 32

Tabel 3.1 Defenisi Operasional 64

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan

Tentang Kepatuhan diet DM di Poliklinik Neorologi RSSN

 Bukittinggi 2016 75

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap

Tentang Kepatuhan diet DM di Poliklinik Neorologi RSSN

 Bukittinggi 2016 76

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan dukungan keluarga

Tentang Kepatuhan diet DM di Poliklinik Neorologi RSSN

 Bukittinggi 2016 76

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan

 Menjalankan diet DM di Poliklinik Neorologi RSSN

 Bukittinggi 2016 77

Tabel 5.5 Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet DM di Poliklinik

 Neorologi RSSN Bukittinggi 2016 78

Tabel 5.5 Hubungan Sikap dengan kepatuhan diet DM di Poliklinik

 Neorologi RSSN Bukittinggi 2016 79

Tabel 5.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan kepatuhan diet DM

 di Poliklinik Neorologi RSSN Bukittinggi 2016 80

**DAFTAR BAGAN**

Bagan 2.1 WOC DM Tipe 2 Penyebab Stroke 17

Bagan 2.2 Kerangka Teori 61

Bagan 3.1 Kerangka Konsep 63

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Surat izin melakukan pengambilan Data

Lampiran 2 Surat izin penelitian

Lampiran 3 Surat telah selesai melakukan penelitian

Lampiran 4 Jadwal Penelitian

Lampiran 5 Permohonan menjadi Responden

Lampiran 6 Persetujuan menjadi Responden

Lampiran 7 Kuesioner

Lampiran 8 Master Tabel

Lampiran 9 Hasil SPSS

Lampiran 10 Lembaran Konsultasi

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Penyakit tidak menular (PTM) sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik secara global, regional, nasional dan lokal. *Global Status Report on NCD World Healt Organization* melaporkan bahwa Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyebab kematian terbesar di dunia yaitu 60% (WHO, 2010). Diantara Penyakit tidak menular (PTM) yang banyak menyita perhatian adalah stroke dan Diabetes Mellitus.

 Diabetes Mellitus menduduki urutan ke 6 sebagai penyebab kematian di dunia setelah stroke, Jantung koroner, Infeksi saluran pernafasan Bawah, HIV/Aids dan Penyakit Paru Obstruktif Kronis yaitu Sekitar 1,3 juta orang, WHO memperkirakan 194 juta orang atau 5.1% dari 3.8 miliar penduduk dunia usia 20-79 tahun menderita Diabetes Mellitus, dan pada tahun 2025 diperkirakan meningkat menjadi 333 juta orang. Di Indonesia penderita Diabetes Mellitus juga diperkirakan mengalami kenaikan dari 8.4 juta orang pada tahun 2000 menjadi 21,3 juta orang pada tahun 2030 (Aditama TY, 2013), Sumatera Barat memiliki prevalensi penyakit Diabetes Millitus diatas prevalensi nasional yaitu 5.1%. sedangkan nasional 1.1% (Rikesda, 2007)

 Diabetes Mellitus seringkali menjadi momok bagi masyarakat. Karena selain pengobatannya butuh waktu yang lama dan tidak bisa disembuhkan, juga bisa menyebabkan kematian mendadak. Terutama bila darah penderita diabetes yang mengalir ke otak mengalami pembekuan, mengakibatkan penderita mengalami serangan stroke. Sebanyak 75% penderita Diabetes Mellitus meninggal karena penyakit vaskuler seperti penyakit stroke dan jantung (Price, 2006).

Diabetes Mellitus adalah kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang mengalami peningkatan kadar gula darah (glukosa) akibat kekurangan hormon insulin secara absolut/relatif, sedangkan Diabetes Mellitus tipe 2 adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan ketidak cukupan atau gangguan fungsi insulin (Savitri Ramaiah, 2011). Diabetes Mellitus apabila tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan komplikasi penyakit serius lainnya, diantaranya stroke, jantung, disfungsi ereksi, GGK, dan kerusakan sistem syaraf (Syafei, 2006).

 Pelaksanaan terapi pada pasien Diabetes Mellitus yang ada empat pilar yang perlu diperhatikan, yaitu : Edukasi, perencanaan makan, pelatihan jasmani, dan intervensi abologis.Semakin tinggi pengetahuan gizi seseorang akan semakin memperhitungkan jenis dan jumlah makanan yang di pilih untuk di konsumsi. Orang yang pengetahuan gizinya rendah akan berprilaku memilih makanan yang menarik panca indera dan tidak mengandalkan pemilihan berdasarkan nilai makanan, sebaliknya orang yang tinggi pengetahuan gizinya lebih banyak mempergunakan pertimbangan rasional dan pengetahuan tentang nilai gizi makanan tersebut (Sediaoetama, 1996).

Menurut Waspadji, (2007) menyatakan bahwa modalitas utama dalam penatalaksanaan Diabetes Mellitus terdiri dari terapi non farmakologis yang meliputi perubahan gaya hidup yang salah satunya dengan melakukan pengaturan pola makan yang dikenal sebagai terapi gizi medis. Pasien Diabetes Mellitus yang memiliki pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang memadai tentang standar diet yang tepat dapat mengaplikasikannya dalam asupan dietnya baik ketika menjalani perawatan di rumah sakit maupun dalam kesehariannya di rumah

Diet Diabetes Mellitus adalah pengaturan pola makanan bagi penderita berdasarkan jumlah, jenis, dan jadwal pemberian makanan (Sulistywaty, Lilis, 2011). Dalam penatalaksanaan diet Diabetes Mellitus, pengaturan makanan merupakan pilar yang sangat penting untuk keberhasilan penatalaksanaannya. Akan tetapi mempunyai kendala yang sangat besar, yaitu kepatuhan seseorang untuk menjalani program dietnya.

Untuk menyukseskan diet pada penderita Diabetes Mellitus diperlukan suatu Prilaku disiplin dengan prinsip 3 J yaitu tepat jadwal’ tepat jenis dan tepat jumlah. Tujuan diet Diabetes Mellitus adalah Mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah mendekati normal, Mencapai dan mempertahankan kadar lipid mendekati normal, Mencapai berat badan normal, Mencegah komplikasi kronik, Meningkatkan kualitas hidup sehingga dapat melakukan pekerjaan sehari seperti biasa.

 Kepatuhan diet Diabetes Mellitus yaitu prilaku meyakini dan menjalankan rekomendasi diet Diabetes Mellitus (Tovar (2007) merupakan salah-satu kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan penyakit Diabetes Mellitus di Indonesia (Parkeni, 2011). Berdasarkan *Decision Theory*, kepatuhan adalah bentuk pengambilan keputusan dari seseorang penderita penyakit tertentu (James 1985 dalam Suparyanto 2010), Kepatuhan merupakan hasil dari segala pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk tindakan (Anwar, 2003). Kepatuhan adalah derajat dimana pasien stroke dengan Diabetes Mellitus mengikuti anjuran klinis dari dokter dalam menjalankan program dietnya, atau sejauh mana prilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan profesional kesehatan seperti dokter, perawat, ahli gizi dan tim kesehatan lainnya (Niven ,2002). Apabila penderita Diabetes Mellitus tidak patuh menjalankan diet akan mengakibatkan penyakitnya tidak terkendali dan meyebabkan berbagai komplikasi seperti arterosklerosis, stroke, jantung, ginjal, kebutaan bahkan bisa sebagian tubuh penderita di amputasi (Suyono, 2002).

Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) ada 3 faktor penyebab pasien stroke dengan Diabetes Mellitus mematuhi program dietnya yang pertama yaitu : faktor pemudah dimana faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap pasien stroke dengan Diabetes Mellitus untuk mematuhi program dietnya, faktor ini menjadi pemicu terhadap prilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi tindakannya akibat tradisi atau kebiasaan, kepercayaan, tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi. Kedua faktor pemungkin yaitu pemicu terhadap prilaku yang memungkinkan suatu tindakan terlaksana. Faktor ini mencakup ketersedian sarana dan prasarana kesehatan. Ketiga faktor penguat yaitu faktor ini menentukan apakah tindakan kesehatan pasien stroke dengan Diabetes Mellitus mematuhi program dietnya memperoleh dukungan atau tidak dari keluarganya. Faktor ini terwujud dalam bentuk sikap dan prilaku keluarga.

Berdasarkan *journal stroke reseach and treatment*  yang berjudul *Diabetes and Stroke Prevention* oleh Luis Castilla Guerra *et al* di Brazil tahun 2012 bahwa 22,4% laki-laki penderita Diabetes Mellitus mengalami stroke sedangkan wanita lebih tinggi lagi yaitu 24,7%. Sedangkan journal lain *Diabetes mellitus and aging as a risk factor for cerebral vascular disease* oleh Cantu-Brito C *et al* Bahwa 75-80% pasien Diabetes Mellitus meninggal karena komplikasi stroke di Meksiko pada tahun 2010. Tentang kepatuhan pasien terhadap dietnya di korea selatan berdasarkan *Journal education as presciption patient with type 2 Diabetes Mellitus* oleh Mi Yeon Kim *et al* yaitu 49,7% patuh, yaitu dari 433 orang yang patuh 215 orang dan yang tidak patuh 218 orang

Hasil penelitian yang dilakuan Serour. *et al* (2007) Tentang kepatuhan penderita Diabetes Mellitus di Kuwait dalam melakukan diet dan aktivitas fisik, Menunjukan hasil bahwa 63,3 % penderita tidak patuh dalam menjalani diet, dan 64,4 % penderita tidak patuh menjalani aktivitas fisik. Hasil penelitian ini juga mengemukakan bahwa hambatan dalam kepatuhan menjalankan diet meliputi : 48,6 % kurang motivasi, 30,2 % kesulitan mengikuti diet, dan 13,7 % sering mengikuti kegiatan masyarakat.

Hasil penelitian Sari (2010) Tentang Hubungan kepatuhan diet pasien Diabetes Mellitus dengan munculnya komplikasi di puskesmas Lamongan menunjukan hasil dari 57 responden yang tidak patuh terhadap diet sebanyak 32 orang yaitu 56,14 %, dan yang mengalami komplikasi dari 57 responden sebanyak 33 orang yaitu 57,89 %.

Dari hasil penelitian Febrina, dkk (2014) Hasil penelitian tentang Hubungan Kepatuhan diet degan kadar gula darah sewaktu pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di rawat inap RSUD Sukoharjo didapat 71 orang tidak patuh dan hanya 25 orang yang patuh.

Sedangkan Stroke merupakan penyebab kematian dan kecacatan utama di dunia, yaitu ± 6 juta orang di dunia terserang stroke dan di prediksi meningkat menjadi 8 juta orang pada tahun 2030 (WHO, 2010) dari 6 juta orang hanya 2 juta orang yang bertahan hidup dan 40% mengalami kecacatan. Di Indonesia penderita stroke menduduki urutan Pertama di Asia dengan prevalensi 12.1% per 1000 penduduk (Yayasan Stroke Indonesia, 2013) dan di Sumatera Barat angka kejadian stroke lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 31.2% merupakan yang tertinggi di Indonesia (Rikesda, 2013), di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada bulan Januari sampai Desember 2015 adalah 3085 orang dan yang meninggal dunia sebanyak 383 orang.

Stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan syaraf yang di akibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan yang lain dari itu (WHO). Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang serius karena ditandai dengan tingginya morbiditas dan mortalitasnya. Selain itu, tampak adanya kecenderungan peningkatan insidennya (Bustan, 2007).

Secara garis besar stroke dibagi menjadi 2 yaitu: Stroke bukan karena pendarahan/Stroke Iskemik yaitu penyakit stroke yang terjadi oleh karena suplai darah ke otak terhambat atau berhenti. Pada Stroke Iskemik, aliran darah ke otak terhenti karena atheroklerosis (penumpukan kolesterol pada dinding pembuluh darah) atau bekuan darah yang telah menyumbat suatu pembuluh darah ke otak. Hampir sebagian besar pasien atau sebesar 83% mengalami stroke jenis ini, Sedangkan stroke karena perdarahan/Haemorragic yaitu penyakit stroke yang terjadi oleh karena pecahnya  pembuluh darah di otak terdiri dari perdarahan intraserebral, perdarahan subarakhnoid Pada stroke haemorragic pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes kedalam suatu daerah di otak dan merusaknya.

Memang kunci mencegah maupun menyembuhkan stroke pada penderita diabetes adalah stabilnya kadar gula darah, ini tidak harus kembali ke posisi normal, asalkan stabil di kisaran 100-200 mg/dl. Maka sudah cukup untuk mencegah atau memulihkan dari penyakit stroke yang sudah terjadi. Biasanya obat-obatan apapun yang diberikan untuk menyembuhkan kelumpuhan dari stroke akan sia-sia selama gula darahnya tidak terkendali. Ini memang berhubungan dengan sirkulasi darah dan kondisi perfusi jaringan. Pada gula darah yang tidak terkendali, segala jenis makanan, oksigen maupun obat-obatan akan sulit mencapai jaringan yang rusak.

Dari data Medical Record Jumlah kunjungan pasien stroke di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada bulan Januari sampai Desember 2015 adalah sebanyak 10.800 orang, dan 1600 orang diantaranya adalah penderita Diabetes Mellitus tipe 2. Jadi rata-rata pasien stroke dengan Diabetes Mellitus tipe 2 setiap bulan adalah 133 orang. Dari 1600 orang pasien stroke menderita Diabetes Mellitus tipe 2 yang menderita stroke berulang sebanyak 365 orang.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 11 Desember 2015 di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi berdasarkan wawancara dengan 15 orang pasien stroke dengan diabetes mellitus, 3 orang diantaranya merupakan penderita stroke berulang dan 12 orang stroke awal, dari 15 orang pasien stroke 8 orang tidak patuh, dan hanya 7 orang pasien yang patuh terhadap dietnya. Dan dari 8 orang yang tidak patuh diperoleh data bahwa 5 orang pasien mengatakan malas mengikuti anjuran diet karena sering merasa lapar dimalam hari sehingga pasien tidak bisa mematuhi dietnya, 3 orang pasien mengatakan bosan dengan program diet yang dianjurkan dan pasien juga mengatakan keluarganya juga tidak selalu mengingatkan karena mereka juga tidak memahami benar tentang diet Diabetes Mellitus. Sebagian besar pasien tidak mengetahui bahwa penyakit Diabetes Mellitus bisa meyebabkan stroke.

* 1. **Rumusan masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka peneliti merumuskan masalah pada penelitian ini adalah” faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016”. Pada penelitian kali ini faktor yang dipilih adalah pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga.

* 1. **Tujuan Penelitian.**
		1. **Tujuan Umum**

Untuk mengetahui tentang hubungan faktor-faktor seperti pengetahuan, Sikap dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Diketahuinya distribusi frekwensi pasien stroke dengan Diabetes Mellitus diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016
2. Diketahuinya distribusi frekwensi pengetahuan pasien Stroke dengan Diabetes Mellitus terhadap diet Diabetes Mellitus diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016
3. Diketahuinya distribusi frekwensi Sikap pasien Stroke dengan Diabetes Mellitus terhadap diet Diabetes Mellitus diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016
4. Diketahuinya distribusi frekwensi Dukungan Keluarga pasien Stroke dengan Diabetes Mellitus terhadap diet Diabetes Mellitus diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016
5. Diketahuinya hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016
6. Diketahuinya hubungan sikap dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016
7. Diketahuinya hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke diruangan Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016

**1.4.** **Manfaat Penelitian**

**1.4.1 Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini penulis dapat mengaplikasikan ilmu yang di peroleh dari perkulihan dalam kehidupan sehari-hari mengenai kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada penderita stroke dengan Diabetes Mellitus.

**1.4.2 Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi tambahan referensi perpustakaan tentang tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus.

**1.4.3 Bagi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi**

Hasil Penelitian akan dapat digunakan oleh Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi sebagai bahan referensi untuk merencanakan program yang dapat meningkatkan kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke melalui program baru atau program yang sudah berjalan di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

**1.4.4 Bagi Pasien**

Bertambahnya pengetahuan pasien tentang penyakit Diabetes Mellitus dan meningkatnya kesadaran pasien dalam menjalankan dietnya.

**1.5. Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini di maksud untuk melihat ada atau tidaknya hubungan antara pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus tipe 2. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada bulan Februari tahun 2016, sampel dalam penelitian ini yaitu pasien stroke dengan Diabetes Mellitus tipe 2 yang berobat atau dirujuk ke lokasi tersebut. Pengambilan sampel dilakukan secara *Non Probality Sampling* dan perkiraan aktual subjek 33 orang responden. Penelitian ini dilakukan secara kuantitatif dengan desain studi *Cross Sectional* untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus. Pengambilan data pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga menggunakan kuesioner. Sedangkan penilaian kepatuhan diet Diabetes Mellitus berdasarkan data kuesioner masing-masing responden yaitu Patuh apabila responden mematuhi semua program diet yang mencakup jumlah, jadwal dan jenis makanan, Tidak Patuh apabila responden tidak mematuhi satu atau lebih program diet Diabetes Mellitus yang telah ditentukan.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

**2.1. Konsep Diabetes Mellitus**

**2. 1.1. Definisi**

Menurut Sylvia Anderson Price (2006), Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat. Jika telah berkembang penuh secara klinis, maka Diabetes Mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerotik dan penyakit vascular mikroangiopati, dan neuropati. Sedangkan Diabetes mellitus tipe 2 adalah suatu kondisi medis yang ditandai dengan ketidak cukupan atau gangguan fungsi insulin (Savitri Ramaiah, 2011). Pendapat lain Diabetes Mellitus tipe 2 adalah Kondisi dimana tubuh pasien tidak cukup menerima insulin atau karena resistensi insulin sehingga menyebabkan kadar gula darah dalam darah tinggi (ADA, 2005). Berdasarkan pengertian para ahli jadi dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atu berada dalam rentang normal, karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta, maka Diabetes Mellitus tipe 2 dianggap sebagai Non insulin Dependent Diabetes Mellitus.

**2.1.2 Etiologi**

Penyakit Diabetes Mellitus type II dapat disebabkan oleh beberapa hal, antara lain:

* + - 1. Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memicu timbulnya Diabetes Mellitus tipe 2. Hal ini pankreas mempunyai kapasitas β disebabkan jumlah/kadar insulin oleh sel maksimum untuk disekresikan. Oleh karena itu, mengonsumsi makanan secara berlebihan dan tidak diimbangi oleh sekresi insulin dalam jumlah memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan menyebabkan Diabetes Mellitus

* + - 1. Faktor genetik

Seorang anak dapat diwarisi gen penyebab Diabetes Mellitus orang tua. Biasanya, seseorang yang menderita Diabetes Mellitus mempunyai anggota keluarga yang juga terkena penyakit tersebut. Jika kedua orang tua menderita Diabetes Mellitus, insiden Diabetes Mellitus pada anak-anaknya meningkat, tergantung pada umur berapa orang tua menderita Diabetes Mellitus. Resiko terbesar bagi kedua orang tua mengalami penyakit ini sebelum berumur empat puluh tahun. Riwayat keluarga pada kakek dan nenek kurang berpengaruh secara signifikan terhadap cucu

* + - 1. Usia

Umumnya penderita Diabetes Mellitus tipe 2 mengalami perubahan fisiologi yang secara drastis sehingga tubuh mereka tidak peka terhadap insulin dan sering muncul setelah usia 30 tahun keatas.

* + - 1. Stres

Stres kronis cenderung membuat seseorang makan makanan yang manis-manis untuk meningkatkan kadar lemak serotonin otak. Serotonin ini mempunyai efek penenang sementara untuk meredakan stresnya. Tetapi gula darah dan lemak berbahaya bagi mereka yang berisiko mengidap penyakit Diabetes Mellitus.

**2.1.3 Klasifikasi Diabetes Mellitus**

Menurut Stanley L. Robbins (2007), Diabetes Mellitus secara-tradisional diklasifikasikan menjadi dua kategori utama yaitu:

* + - 1. Diabetes Mellitus primer, yang merupakan bentuk tersering berasal dari defek pada produksi dan/atau kerja insulin.
			2. Diabetes Mellitus sekunder, timbul akibat semua penyakit yang menyebabkan kerusakan luas islet pankreas, seperti pankreatitis, tumor, obat tertentu, kelebihan zat besi (hemokromatosis), pengangkatan substansi pankreas secara bedah, atau endokrinopati genetik atau didapat berupa antagonisasi kerja insulin.
			3. Menurut Brunner & Suddarth (2001), adabeberapa tipe Diabetes Mellitus yang berbeda. Klasifikasi penyakit Diabetes Mellitus ini dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya. Antara lain:
1. Tipe1: Diabetes Mellitus tergantung insulin (Insulin dependent Diabetes Mellitus [IDDM]). Diabetes Mellitus tipe 1 adalah -penyakit hiperglikemia akibat ketiadaan absolute insulin. Pengidap penyakit ini harus mendapat insulin pengganti. Diabetes Mellitus tipe1 biasanya dijumpai pada orang yang tidak gemuk berusia kurang dari 30 tahun, dengan perbandingan laki - laki sedikit lebih banyak dari pada wanita. Karena insiden diabetes tipe I memuncak pada usia remaja, dimana dahulu bentuk ini disebut sebagai diabetes juvenilia. Namun, diabetes tipe1 dapat timbul pada segala usia.
2. Tipe 2: Diabetes Mellitus tidak tergantung insulin (Non-Insulin ­Dependent Diabetes Mellitus [NIDDN]). Diabetes Mellitus tipe 2 adalah penyakit hiperglikemia akibat insensitivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel - sel beta pankreas. Diabetes Mellitus tipe 2 biasanya pada orang yang berusia lebih dari 30 tahun, dan dahulu disebut sebagai diabetes awitan dewasa. Pasien wanita lebih banyak daripada pria.
3. Diabetes Mellitus Gestasional (gestasional diabetes mellitus [GDM]) terjadi pada wanita hamil yang sebelumnya tidak mengidap diabetes. Sekitar 50% wanita mengidap kelainan ini akan kembali ke status non diabetes setelah kehamilan berakhir. Namun, resiko mengalami Diabetes Mellitus tipe 2 pada waktu mendatang lebih besar dari pada normal.
	* 1. **Patofisiologi Diabetes Mellitus Tipe 2**

Pankreas adalah kelenjar penghasil insulin yang terletak dibelakang lambung. Pankreas merupakan kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta karena itu disebut pulau-pulau langerhans. Pulau-pulau langerhans merupakan kumpulan sel-sel yang mengeluarkan insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah.

Menurut Suzanne C. Smeltzer (2001) pada Diabetes Mellitus tipe 2 terdapat dua masalah utama yangberhubungan dengan insulin, yaitu:

* + - 1. Resistensi insulin

Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisms glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada Diabetes Mellitus tipe 2 disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang diekskresikan. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak manipu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi Diabetes Mellitus tipe 2.

* + - 1. Gangguan sekresi insulin

Meskipun terdapat gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas tipe 2, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya, Diabetes Mellitus tipe 2 dapat menyebabkan stroke iskemik karena terbentuknya plak aterosklerotik pada dinding pembuluh darah yang disebabkan oleh gangguan metabolisme glukosa sistemik. Dimana Diabetes Mellitus mempercepat kejadian aterosklerotik baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar diseluruh pembuluh darah, termasuk pembuluh darah otak dan terjadilah stroke, dan taerjadinya stroke pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 kemungkinan juga karena hiperinsulinemia, berkurangnya vasodilatasi arteriol serebral.

* + 1. **Woc Diabetes Mellitus tipe 2 penyebab Strok**

Bagan 2.1

 Genetik Pola makan Usia Stres

Defisiensi Insulin

Transpor Glukosa ke sel menurun

Glukosa menumpuk dalam darah

Hiperglikemi

**Diabetes Mellitus tipe 2**

Tubuh tidak mampu mengubah glukosa menjadi energi

Glukoneogenesis oleh hati (asam amino, asam lemak, glikogen )

Obesitas Peningkatan lemak di pembuluh darah

LDL dan VLDL membawah lemak masuk ke endotel

Pembuluh arteri

Oksidasi kolesterol dan trigliserida

Membentuk radikal bebas

Merusak sel endotel

 Reaksi Inflamasi dan imun terbentuk jaringan parut

Leukosit tertarik kedaerah cidera Leukosit tertarik kedaerah cidera

Dan menempel

 Bermigrasi ke interstisial Aktifasi pembekuan dan fibrosis

Melepaskan sitokoin inflamatory Terbentuk bekuan darah (trombus)

Merangsang proliserasi otot polos Terbentuk plak arterosklorosis

 ( Pertumbuhan sel otot polos, trombus

 penimbunan lemak dan jaringan parut)

Sel otot polos tumbuh di tunika intima

 Menyumbat pembuluh darah

 Otak kekurangan oksigen dan nutrien

 Iskemi sere

 Infark serebri

 **Stroke iskemi/ CVA**

* + 1. **Gambaran Klinis**

Menurut Brunner & Suddarth (2001), tanda dan gejala atau manisfestasi klinik yang muncul pada penderita Diabetes Mellitus diantaranya adalah :

1. *Poliuria* (penigkatan pengeluaran urin) dikarenakan air tidak dapat diserap oleh tubulus ginjal menyebabkan kegiatan osmotik dari glukosa. Jika kadar gula darah sampai diatas 160-180 mg/dL, maka glukosa akan sampai ke air kemih. Jika kadarnya lebih tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Karena ginjal menghasilkan air kemih dalam Jumlah yang berlebihan, maka penderita sering berkemih dalam jumlah yang banyak. Ini menyebabkan kehilangan air, glukosa, dan elektrolit pada tubuh, gejala ini lebih sering terlihat pada Diabetes Mellitus tipe I dibandingkan tipe 11.
2. *Polidipsia* (peningkatan rasa haus) akibat volume urin yang sangat besar dan keluarnya air yang menyebabkan dehidrasi eksternal akibatnya timbul rasa haus dan ingin minum terus.
3. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi. Gangguan aliran darah yang dijumpai pada pasien Diabetes Mellitus lama juga berperan menimbulkan kelelahan.
4. *Polifagia* (peningkatan rasa lapar) akibat keadaan pasca absorptif yang kronik, katabolisme protein dan lemak, dan kelaparan relatif sel - sel. Glukosa yang tidak masuk ke dalam sel menyebabkan timbulnya rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar. Sering terjadi penurunan berat badan.
5. Peningkatan angka infeksi akibat peningkatan konsentrasi glukosa di sekresi mukus, gangguan fungsi imun, dan penurunan aliran darah pada penderita Diabetes Mellitus.
6. Kesemutan, kebas, kelemahan pada otot.
7. Rabas vagina, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria.
8. Berat badan turun (penurunan volume plasma menyebabkan hipotensi postural), kehilangan potasium dan pemecahan protein menyebabkan kelemahan. Gejala awalnya adalah berat badan menurun drastis, sering lelah, lesu dan tidak bergairah. Hal itu disebabkan glukosa merupakan sumber energi, dan tenaga tubuh. tidak dapat masuk ke dalam sel. Sumber energi akan diambil dan hati berkurang akibatnya badan semakin kurus dan berat badan menurun.
9. Penglihatan kabur mungkin akibat perubahan dalam lensa atau akibat retinopati.
10. Luka yang tidak sembuh – sembuh
11. Ketonuria (terdapatnya zat keton dalam jumlah yang berlebihan dalam urin)
12. Pruritus, infeksi pada kulit terjadi karna infeksi yang diakibatkan oleh bakteri dan jamur sering terlihat secara umum.

Keluhan ini saja tidak cukup untuk menetapkan klien mempunyai penyakit Diabetes Mellitus, perlu pemastian dengan pemeriksaan kadar gula darah vena. Perkeni (2002) menetapkan kriteria diagnostik yang menyatakan diabetes melitus adalah:

* + - * 1. Kadar gula darah sewaktu (plasma vena.) 200 mg/dl
				2. Kadar glukosa darah puasa (plasma vena) 126 mg/d
				3. Kadar plasma 200 mg/dl pada 2jam sesudah beban glukosa 75 gram.
		1. **Komplikasi Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang memiliki komplikasi (menyebabkan terjadinya penyakit lain) yang paling banyak. Hal ini berkaitan dengan kadar gula darah yang tinggi terus menerus, sehingga berakibat rusaknya pembuluh darah, saraf dan struktur internal lainnya

Zat kompleks yang terdiri dari gula di dalam dinding pembuluh darah menyebabkan pembuluh darah menebal dan mengalami kebocoran. Akibat penebalan ini maka aliran darah akan berkurang, terutama yang menuju ke kulit dan saraf.

Kadar gula darah yang tidak terkontrol juga cenderung menyebabkan kadar zat lemak dalam darah meningkat, sehingga mempercepat terjadinya *aterosklerosis* (penimbunan plak lemak di dalam pembuluh darah). *Aterosklerosis .* ini 2-6 kali lebih sering terjadi pada penderita Diabetes Mellitus.

Sirkulasi darah yang buruk ini melalui pembuluh darah besar (makro) bisa melukai otak, jantung, dan pembuluh darah kaki *(makroangiopati*), sedangkanpembuluh darah kecil (mikro) bisa melukai mata, ginjal, saraf dan kulit serta memperlambat penyembuhan luka. Penderita Diabetes Mellitus bisa mengalami berbagai komplikasi jangka panjang jika diabetesnya tidak dikelola dengan baik. Komplikasi yang lebih sering terjadi dan mematikan adalah serangan jantung dan stroke*.*

Kerusakan pada pembuluh darah mata bisa menyebabkan gangguan penglihatan akibat kerusakan pada retina mata *(retinopati diabetikum).* Kelainan fungsi bisa menyebabkan gagal ginjalsehingga penderita harus menjalani cuci darah *(dialisa).* Gangguan pada saraf dapat bermanifestasi dalam beberapa bentuk. Jika satu saraf mengalami kelainan fungsi *(mononeuropati),* maka sebuah lengan atau tungkai bisa secara tiba-tiba menjadi lemah. Jika saraf yang menuju ke tangan, tungkai dan kaki mengalami kerusakan *(polineuropati diabetikum),* maka pada lengan dan tungkai bisa dirasakan kesemutan atau nyeri seperti terbakar dan kelemahan.

Kerusakan pada saraf menyebabkan kulit lebih sering mengalami cedera karena penderita tidak dapat merasakan perubahan tekanan maupun suhu. Berkurangnya aliran darah ke kulit juga bisa menyebabkan ulkus(borok) dan semua penyembuhan luka berjalan lambat. Ulkus di kaki bisa sangat dalam dan mengalami infeksi serta masa penyembuhannya lama sehingga sebagian tungkai harus diamputasi.

* + 1. **Pencegahan**

Menurut Perkeni (2002) dan Hembing (2005), terdapat tiga, upaya pencegahan Diabetes Mellitus tipe 2 yaitu:.

* + - 1. Pencegahan primer

Primer adalah upaya yang ditujukan pada orang-orang yan termasuk kelompok resiko tinggi, yakni mereka yang belum. menderita tetapi berpotensi untuk menderita Diabetes Mellitus tipe 2. Tentu saja untuk pencegahan primer ini harus dikenal faktor-faktor yang berpengaruh terhadap timbulnya Diabetes Mellitus tipe 2 dan upaya yang perlu dilakukan untuk menghilangkan faktor-faktor tersebut. Berikut hal-hal yang harus dilakukan dalam pencegahan primer:

1. Pola makan sehari-sehari harus seimbang dan tidak berlebihan
2. Olahraga secara teratur dan banyak beraktivitas
3. Usahakan berat badan dalam betas nomial
4. Hindari obat-obatan yang dapat menimbulkan Diabetes Melllitus *(diabetogenik).*
	* + 1. Pencegahan sekunder

Maksudnya pencegahan sekunder adalah upaya mencegah atau menghambat timbulnya komplikasi dengan tindakan deteksi dini dan memberikan pengobatan sejak awal timbulnya penyakit. Sejak awal harus diwaspadai dan sedapat mungkin dicegah kemungkinan terjadinya komplikasi menahun. Berikut hal-hal yang harus dilakukan :

* + - * 1. Diet sehari-hari harus seimbang dan sehat
				2. Menjaga berat badan dalam batas normal
				3. Usaha pengendalian gula darah agar tidak terjadi komplikasi
				4. Olahraga sesuai kemampuan fisik dan umur
			1. Pencegahan tersier

Apabila komplikasi menahun terjadi juga, maka pengelola harus berusaha mencegah terjadinya kecacatan lebih lanjut dan merehabilitasi pasien sedini mungkin, sebelum kecacatan tersebut lebih parah. Berikut pencegahan yang di maksud:

* + - * 1. Mencegah terjadinya kebutaan jika menyerang pembuluh mata
				2. Mencegah gagal ginjal kronik jika menyerang pembuluh darah ginjal
				3. Mencegah stroke jika menyerang pembuluh darah otak
				4. Mencegah terjadinya ganggren jika terjadi luka.
		1. **Pengaturan Diet Bagi Penderita Diabetes Mellitus Type II**

Prinsip pengaturan makan pada Diabetes Mellitus hampir sama dengan anjuran makan untuk orang sehat, yaitu makanan yang beragam, bergizi dan berimbang atau lebih dikenal dengan gizi seimbang maksudnya adalah sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penentuan jumlah makanan yang dibutuhkan bagi penderita Diabetes Mellitus disesuaikan dengan status gizi penderita tersebut, bukan dari kadar gula dalam darah (Waspadji, 2007). Hal yang sangat penting ditekankan adalah pola makan yang disiplin dalam hal Jadwal makan, Jenis dan Jumlah makanan.

Pengaturan porsi makanan sedemikian rupa sehingga asupan zat gizi tersebar sepanjang hari. Penurunan berat badan ringan atau sedang (5-10kg) sudah terbukti dapat meningkatkan kontrol diabetes, walaupun berat badan idaman tidak dicapai. Penurunan berat badan dapat diusahakan dicapai dengan baik dengan penurunan asupan energi yang moderat dan peningkatan pengeluaran energi. Dianjurkan pembatasan kalori sedang yaitu 250-500 kkal lebih rendah dari asupan rata-rata sehari. Komposisi makanan yang dianjurkan meliputi:

* + - 1. Karbohidrat

Rekomendasi ADA tahun 1994 lebih memfokuskan pada jumlah total karbohidrat daripada jenisnya. Rekomendasi untuk sukrosa lebih liberal. Buah dan susu sudah terbukti mempunyai respon glikemik yang lebih rendah dari pada sebagian besar tepung-tepungan. Walaupun berbagai tepung-tepungan mempunyai respon glikemik yang berbeda, prioritas hendaknya lebih pada jumlah total karbohidrat yang dikonsumsi daripada sumber karbohidrat. Anjuran konsumsi karbohidrat untuk diabetesi di Indonesia:

* + - * 1. 45-65% total asupan energi
				2. Pembatasan karbohidrat tidak dianjurkan < 130 g/hari.
				3. Makanan harus mengandung lebih banyak karbohidrat terutama berserat tinggi.
				4. Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% sehari ( 3-4 sdm)
				5. Makan 3 kali sehari untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari

Penggunaan pemanis alternatif pada diabetesi, aman digunakan asal tidak melebihi batas aman (Accepted Dialy Intake).

1. Fruktosa < 50 gr/hr, jika berlebih menyebabkan diare
2. Sorbitol < 30 gr, jika berlebih menyebabkan kembung, diare
3. Manitol < 20 gr/hr
4. Aspartam 0 mg/ kg BB?hr
5. Sakarin 1 gr/hr
6. Acesulfame K 15 mg/kg BB/hr
7. Siklamat 11 mg/kg BB/hr

Bukti ilmiah menunjukkan bahwa penggunaan sukrosa sebagai bagian dari perencanaan makan tidak memperburuk kontrol glukosa darah pada individu dengan diabetes tipe 1 dan 2. Sukrosa dari makanan harus diperhitungkan sebagai pengganti karbohidrat makanan lain dan tidak hanya dengan menambahkannya pada perencanaan makan. Dalam melakukan subtitusi ini kandungan zat gizi dari makanan-makanan manis yang pekat dan kandugan zat gizi lain dari makanan yang mengandung sukrosa harus dipertimbangkan, seperti lemak yang sering ada bersama sukrosadalammakanan.

* + - 1. Fruktosa

Menaikkan glukosa plasma lebih kecil daripada sukrosa dan kebanyakan karbohidrat jenis tepung-tepungan. Dalam hal ini fruktosa dapat memberikan keuntungan sebagai bahan pemanis pada diet diabetes. Namun pengaruhnyadalam jumlah besar (20% energi) potensial merugikan pada kolesterol dan LDL. Penderita disiplemia hendaknya menghindari mengkonsumsi fruktosa dalam jumlah besar, namun tidak ada alasan untuk menghindari makanan sepertibuah-buahan dan sayuran yang mengandung fruktosa alami maupun konsumsi sejumlah sedang makananyangmengandungpemanisfruktosa. Sorbitol, manitol dan xylitol adalah gula alkohol biasa mengadung 7 kalori /gram menghasilkan respon glikemik lebih rendah daripada sukrosa dan karbohidrat lain. Penggunaan pemanis tersebut secaraberlebihan dapat mempunyai pengaruh laksatif. Sakarin, aspartame adalah pemanis tak bergizi yang dapat diterima sebagai pemanis pada semua penderita Diabetes Mellitus

* + - 1. Serat

Rekomendasi asupan serat untuk orang dengan Diabetes Mellitus sama dengan untuk orang yang tidak Diabetes Mellitus yaitu dianjurkan mengkonsumsi 20-35 gr serat makanan dari berbagai sumber bahan makanan. Di Indonesia anjurannya adalah kira-kira 25 gr/1000 kalori/ hari dengan mengutamakan serat larut air.

* + - 1. Protein

Menurut konsensus pengelolaan Diabetes Mellitus di Indonesia tahun 2006 kebutuhan protein untuk diabetisi 15%-20% energi. Perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg berat badan perhari atau 10% dari kebutuhan energi dengan timbulnya nefropati pada orang dewasa dan 65% hendaknya bernilai biologic tinggi. Sumber protein yang baik adalah ikan, seafood, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan dan tahu-tempe.

* + - 1. Total lemak

Anjuran asupan lemak di Indonesia adalah 20-25% energi. lemak jenuh < 7% kebutuhan energi dan lemak tidak jenuh ganda <10% kebutuhan energi, sedangkan selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal. Asupan kolesterol makanan hendaknya dibatasi tidak lebih dari 300 mg perhari. Apabila peningkatan LDL merupakan masalah utama, dapat diikuti anjuran diet disiplin diet dislipidemia. Tujuan utama pengurangan konsumsi lemak jenuh dan kolesterol adalah untuk menurunkan risiko penyakit kardiovaskular.

* + - 1. Garam

Anjuran asupan untuk orang dengan Diabetes Mellitus sama dengan penduduk biasa yaitu tidak lebih dari 3000 mgr atau sama dengan 6-7 g (1 sdt) garam dapur, sedangkan bagi yang menderita hipertensi ringan sampai sedang, dianjurkan 2400 mgr natrium perhari atau sama dengan 6 gr/hari garam dapur. Sumber

* + - 1. Alkohol

Anjuran penggunaan alkohol untuk orang dengan Diabetes Mellitus sama dengan masyarakat umum. Dalam keadaan normal, kadar glukosa darah tidak terpengaruh oleh penggunaan alkohol dalam jumlah sedang apabila diabetes terkendali dengan baik. Alkohol dapat meningkatkan resiko hipoglikemia pada mereka yang menggunakan insulin atau sulfonylurea. Karena itu sebaiknya hanya diminum pada saat makan. Bagi orang dengan Diabetes Mellitus yang mempunyai masalah kesehatan lain seperti pancreatitis, dislipidemia, atau neuropati mungkin perlu anjuran untuk mengurangi atau menghindari alkohol. Asupan kalori dari alkohol diperhitungkan sebagai bagian dari asupan kalori total dan sebagai penukar lemak (1 minuman alkohol sama dengan 2 penukar lemak).

* + - 1. Kebutuhan kalori

Kebutuhan kalori sesuai untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal. Komposisi energi adalah 45-65% dari karbohidrat, 10-20% dari protein dan 20-25% dari lemak. Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan orang dengan Diabetes Mellitus. Di antaranya adalah dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/kg BB ideal, ditambah dan dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu jenis kelamin, umur, aktivitas, kehamilan/laktasi, adanya komplikasi dan berat badan.

* + - 1. Perhitungan berat badan ideal (BBI) dengan rumus Brocca yang dimodifikasi:
				1. BBI = 90% x (TB dalam cm-100) x 1 kg
				2. Bagi pria dengan TB di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm , rumus modifikasi menjadi: BBI = (TB dalam cm – 100) x 1 kg
				3. BB Normal : bila BB ideal ± 10%
				4. Kurus : < BBI + 10%
				5. Gemuk : > BBI + 10%
		1. **Faktor-faktor penentu kebutuhan energy yaitu:**
			1. Jenis kelamin Kebutuhan kalori wanita sebesar 25 kkal/kg BB ideal dan pria 30 kkal/kg BB ideal
			2. Umur
				1. 40-59 tahun dikurangi 5% dari energi basal
				2. 60-69 tahun dikurangi 10 % dari energi basal
				3. > 70 tahun dikurangi 20% dari energi basal
				4. Pada bayi dan anak-anak kebutuhan kalori adalah jauh lebih tinggi daripada orang dewasa, dalam tahun pertama bisa mencapai 112 kal/kg BB.
				5. Umur 1 tahun membutuhkan lebih kurang 1000 kalori dan selanjutnya pada anak-anak lebih daripada 1 tahun mendapat tambahan 100 kalori untuk tiap tahunnya.
			3. Aktifitas fisik atau pekerjaan

Kebutuhan kalori ditambah sesuai dengan intensitas aktifitas fisik. Penambahan kalori dari aktifitas fisik:

* + - * 1. Keadaan istirahat : ditambah 10% dari kebutuhan basal
				2. Keadaan aktifitas ringan: ditambahkan 20% dari kebutuhan basal
				3. Keadaan aktifitas sedang: ditambahkan 30% dari kebutuhan basal
				4. Keadaan aktifitas berat dan sangat berat: ditambahkan 40 & 50% dari kebutuhan basal

Jenis aktifitas dikelompokkan sebagi berikut :

1. Keadaan istirahat : berbaring di tempat tidur.
2. Ringan : pegawai kantor, pegawai toko, guru, ahli hukum, ibu rumah tangga dan lain-lain
3. Sedang : pegawai di industri ringan, mahasiswa, militer yang sedang tidak perang, .
4. Berat : petani, buruh, militer dalam keadaan latihan, penari, atlit.
5. Sangat berat : tukang becak, tukang gali, pandai besi.
	* + 1. Berat badan
6. Bila gemuk: dikurangi 20-30% tergantung dari tingkat kegemukan.
7. Bila kurus: ditambah 20-30% tergantung dari tingkat kekurusan untuk menambah berat badan.
8. Untuk tujuan penurunan berat badan jumlah kalori yang diberikan paling sedikit 1000-1200 kalori perhari untuk wanita dan 1200-1600 kalori perhari untuk pria.

**2.1.11 Pemilihan Jenis Makanan**

 Penderita Diabetes Mellitus harus memahami jenis makanan apa yang boleh dimakan secara bebas, makanan yang mana harus dibatasi dan makanan apa yang harus dibatasi secara ketat, ( Waspadji, 2007 )

 Makanan yang harus dihindari adalah makanan yang banyak mengandung karbohidrat sederhana, makanan yang banyak mengandung kolesterol, lemak trans, lemak jenuh serta tinggi natrium, ( ADA, 2010 ). Makanan yang diperbolehkan adalah sumber karbohidrat kompleks, makanan tinggi serat larut air, dan makanan diolah sedikit minyak. Penggunaan gula murni diperbolehkan hanya sebatas sebagai bumbu, ( Waspadji et al, 2010)

 Makanan yang mengandung karbohidrat mudah diserap seperti sirup, gula, dan sari buah harus dihindari. Sayuran dengan kandungan karbohidrat tinggi seperti buncis, wortel, kacang panjang, kacang kapri, daun singkong, bayam dan bit harus dibatasi tidak boleh dalam jumlah yang banyak. Buah-buahan berkalori tinggi seperti nanas, anggur, mangga, pisang, sirsak, alpukat dan sawo sebaiknya dibatasi. Sayuran yang bebas dikonsumsi adalah sayuran dengan kandungan kalori rendah seperti oyong, ketimun, labu siam, labu air, lobak, selada air, jamur kuping dan tomat. Selain itu makanan yang perlu dihindari yaitu makanan yang mengandung banyak kolesterol, lemak trans, dan lemak jenuh serta tinggi natrium, (Waspadji et al, 2010 ).

 Selain itu , Parkeni (2011) menyebutkan bahwa penderita Diabetes Mellitus harus membatasi makanan dari jenis gula, minyak dan garam. Banyak penderita Diabetes Mellitus tipe 2 mengeluh karena makanan yang tercantum dalam daftar menu diet kurang bervariasi sehingga sering merasa membosankan. Untuk itu agar ada variasi dan tidak menimbulkan kebosanan, dapat diganti dengan makanan penggati lain. Perlu diingat dalam dalam penggunaan makanan penukar,kandungan zat gizinya harus sama dengan makanan yang digantikannya, (Suyono, 2009).

**2.1.12 Pengaturan Jadwal makan**

 Pengaturan jadwal makan juga penting karena berkaitan dengan kadar glukosa darah (ADA, 2010). Penderita Diabetes Mellitus makan harus sesuai jadwal, yaitu 3 kali makan utama, 3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam. Jadwal makan standar yang digunakan oleh penderita Diabetes Mellitus menurut Waspadji (2007) yang disajikan dalam bentuk tabel adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis makanan** | **Waktu** | **Total Kalori** |
| 123456 | Makan PagiSelinganMakan SiangSelinganMakan Sore/MalamSelingan | 07.0010.0013.0016.0019.0021.00 | 20%10%30%10%20%10% |

Sumber : Waspadji, 2007

**2.1.13 Standar dan Prinsip Diet Diabetes Mellitus Tipe 2**

 Menurut Waspadji et al. (2010), standar diet Diabetes Mellitus diberikan pada pasien Diabetes Mellitus atau pasien sehat yang bukan penyandang Diabetes Mellitus sesuai kebutuhannya. Terdapat 8 jenis standar diet menurut kandungan energi, yaitu diet Diabetes Mellitus 1100, 1300, 1500, 1700, 1900, 2100, 2300 dan 2500 kalori. Secara umum, standar diet 1100 kalori sampai dengan 1500 kalori untuk penderita Diabetes Mellitus yang gemuk. Diet 1700 kalori sampai dengan 1900 kalori untuk penderita Diabetes Mellitus yang berat badan normal. Sedangkan diet 2100 sampai dengan 2500 kalori untuk penderita Diabetes Mellitus kurus, (Waspadji et al, 2010). Prinsip diet bagi penderita Diabetes Mellitus menurut Parkeni (2011), yaitu :

1. Energi disesuaikan dengan kebutuhan dengan faktor koreksi umur, jenis kelamin, aktifitas, dan berat badan.
2. Karbohidrat 45-60% dari energi total.
3. Protein 10-20% dari energi total.
4. Lemak 20-25% dari energi total, penggunaan lemak jenuh < 7%; lemak tidak jenuh ganda < 10%, selebihnya lemak tidak jenuh tunggal; dan kolesterol < 300 mg/hari.
5. Makanan yang perlu dihindari adalah makanan yang banyak mengandung kolesterol, lemak trans, lemak jenuh serta makanan yang banyak mengandung natrium.
6. Makanan yang dianjurkan adalah sumber karbohidrat kompleks, makanan tinggi serat dan makanan yang dilah dengan sedikit minyat.
7. Gula untuk bumbu diperbolehkan. Dalam Satu hari hanya diperbolehkan knsumsi gula < 5% kebutuhan energi.

**2.2. Konsep Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

* + 1. **Pengertian Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

Berdasarkan *Decision Theory*, kepatuhan adalah bentuk pengambilan keputusan dari seseorang penderita penyakit tertentu (James 1985 dalam Suparyanto 2010), Kepatuhan merupakan hasil dari segala pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk tindakan (Anwar, 2003). Kepatuhan adalah derajat dimana pasien stroke dengan Diabetes Mellitus mengikuti anjuran klinis dari dokter dalam menjalankan program dietnya, atau sejauh mana prilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan profesional kesehatan seperti dokter, perawat, ahli gizi dan tim kesehatan lainnya (Niven ,2002). Kepatuhan diet Diabetes Mellitus yaitu prilaku meyakini dan menjalankan rekomendasi diet Diabetes Mellitus (Tovar (2007)

Kepatuhan diet merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan Diabetes Mellitus tipe 2. Hal tersebut dikarenakan perencanaan makanan merupakan salah satu dari 4 pilar utama dalam pengelolaan Diabetes Mellitus tipe 2 (Parkeni, 2011). Menurut Sukardji (2009), kepatuhan penderita Diabetes Mellitus tipe 2 terhadap prinsip gizi dan perencanaan makanan merupakan kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan Diabetes Mellitus namun merupakan salah satu kendala dalam pelayanan Diabetes Mellitus. Menurut Ellis (2010), kepatuhan diet merupakan masalah besar yang terjadi pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2 saat ini. Berdasarkan penelitian Delameter (2006), nilai kepatuhan yang terendah pada pengobatan penderita Diabetes Mellitus tipe 2 yaitu diet dan aktivitas fisik. Hal tersebut didukung oleh Tovar (2007) yang mengatakan bahwa diet merupakan kebiasaan yang paling sulit dirubah dan paling rendah tingkat kepatuhannya dalam manajemen diri seorang penderita Diabetes Mellitus.

* + 1. **Faktor - faktor yang Berhubungan dengan kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

Menurut Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2003) faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan meliputi faktor predisposisi (faktor – faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai tradisi), Pengetahuan merupakan faktor pemudah kepatuhan diet Diabetes Mellitus, dimana, yang mempunyai pengetahuan baik lebih patuh dibandingkan yang berpengetahuan kurang (Browne, 2000; Tovar, 2007). Di Indonesia juga menunjukan adnya hubungan antara tingkat pengetahuan dan kepatuhan diet Diabetes Mellitus (Munawar, 2001; Uji 2001). Namun sebaliknya, dari beberapa penelitian menunjukan hasil sebaliknya bahwa pengetahuan tidak berhubungan secara bermakna dengan diet yang dijalankan penderita Diabetes Mellitus (Darbiyono, 2011 ; Quyang, 2007), Sikap juga merupakan faktor pemudah kepatuhan diet Diabetes Mellitus. Berdasarkan penelitian Anderson *et al* (1993), Pasien Diabetes Mellitus dengan tingkat kepatuhan diet tinggi mempunyai sikap lebih positif, karena sikap yang positif dapat membantu meningkatkan keinginan mereka dalam menjalankan diet dengan baik.

faktor - faktor pemungkin (faktor - faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau  tindakan) dan faktor - faktor penguat (faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku) seperti dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga merupakan faktor penguat kepatuhan diet Diabetes Mellitus, dimana dukungan keluarga maupun dukungan sosial erat kaitannya dengan prilaku kesehatan karena adnya interaksi sosial dari keluarga untuk mendukung penderita mematuhi dietnya (Hendro, 2010). Dalam berbagai penelitian dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus yang dijalan kan penderita Diabetes Mellitus (Haryonoo, 2009; Vijan *et al*, 2005 ; Melina & Tri Sulist Yarmi, 2007). Penelitian Dye *et al* (2003) yang menunjukan sebagian besar penderita Diabetes Mellitus merasa sulit untuk mematuhi dietnya karena biasanya anggota keluarga mereka tidak menyukai makanan diet yang mereka kosumsi. Rendahnya dukungan keluarga ternyata berdampak negatif bagi penderita Diabetes Mellitus yaitu menyebabkan depresi sehingga mereka cenderung tidak mengikuti diet yang dianjurkan (Barbara *et al*, 2009). Namun dalam penelitian Warsono ( 2000) ; Uji (2001) dan Hendro (2010) menunjukan bahwa dukungan dari keluarga tidak mempunyai hubungan dengan kepatuhan diet yang dijalankan oleh penderita Diabetes Mellitus.

Dalam hal kepatuhan Carpenito L.j (2000) berpendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah segala sesuatu yang dapat berpengaruh positif sehingga penderita tidak mampu lagi mempertahankan kepatuhanya, sampai menjadi kurang patuh dan tidak patuh.

* 1. **Konsep Pengetahuan**
		1. **Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dengan segala bentuk tindakan seseorang, (Arikunto, 2006).

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (hidung, mata, telinga dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran, dan indera penglihatan (Notoatjmojo, 2005).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan yaitu: tahu (know), memahami (comprehention), aplikasi (application), analisis (analilysis), sintesis (sintesis) dan evaluasi (evaluation). (Notoadmojo, 2005)

* + 1. **Tingkat Pengetahuan**

Menurut Notoadmmodjo (2011), pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai Enam tingkatan, yaitu:

* 1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya

* 1. Memahami (*Comprehention*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut dan dapat menyebutkannya saja, tetapi orang tersebut harus dapat menginterprestasikan secara benar tentang objek yang diketahuinya.

* 1. Aplikasi (*Application*)

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

* 1. Analisis (*Analilysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

* 1. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakan dalam satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi- formulasi yang telah ada. yang telah dibaca.

* 1. Evaluasi (*Evaluation*)

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

* + 1. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan**

Menurut Notoadmojo (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu:

1. Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun, semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. (Nursalam & Siti Pariani 2000).

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap orang lain menujuk kearah suatu cita-cita tertentu. (Suwono, 1992). Jadi, dapat dikatakan bahwa pendidikan itu menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupannya untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula menerima pengetahuan yang dimilikinya (Nursalam&Pariani, 2000).

1. Pekerjaan

Pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan dan kehidupan keluargannya. (Nursalam & Pariani 2000).

1. Sosial Ekonomi

Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga tidak begitu memperhatikan pesan- pesan yang disampaikan karena lebih memikirkan kebutuhan- kebutuhan lain yang lebih mendesak. (Efendi Nasrul, 1998).

**2.3.4. Kriteria tingkat pengetahuan**

Menurut Khomsan (2000), pengetahuan seseoran dapat diketahui dengan :

* 1. Baik : Hasil presentasi ≥ 60%
	2. Kurang : Hasil presentasi < 60%
	3. **Konsep Sikap**
		1. **Pengertian Sikap**

Sikap merupakan salah istilah yang sering digunakan dalam mengkaji atau membahas tingkah laku manusia dalam kehidupan sehari-hari. Sikap yang ada pada seseorang akan membawa warna dan corak pada tindakan, baik menerima maupun menolak dalam menanggapi sesuatu hal yang ada diluar dirinya. Melalui pengetahuan tentang Sikap akan dapat menduga tindakan yang akan diambil seseorang terhadap sesuatu yang dihadapinya. Meneliti Sikap akan membantu  untuk mengerti tingkah laku seseorang.

Menurut   Ahmadi (2007),   Sikap   adalah   kesiapan merespon yang bersifat positif atau negatif terhadap objek atau situasi secara konsisten. Pendapat ini memberikan gambaran bahwa Sikap merupakan reaksi mengenai objek atau situasi yang relatif stagnan yang disertai  dengan adanya  perasaan tertentu dan  memberi dasar   pada   orang   tersebut untuk   membuat   respon atau perilaku dengan cara tertentu yang dipilihnya. Sedangkan menurut Secord dan Backman dalam Azwar (2005) bahwa  Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran  (kognisi) dan   predisposisi  tindakan  (konasi) seseorang terhadap  satu aspek dilingkungan sekitarnya.

Sikap (*attitude*) menurut Purwanto (2000:141) merupakan suatu cara bereaksi terhadap suatu perangsang. Suatu kecenderungan untuk bereaksi dengan cara tertentu terhadap suatu perangsang atau situasi yang  dihadapinya. Dalam hal ini, Sikap merupakan penentuan penting dalam tingkah laku manusia untuk bereaksi. Oleh karena itu, orang yang memiliki Sikap positif terhadap suatu objek atau situasi tertentu ia akan memperlihatkan kesukaaan atau kesenangan (*like*), sebaliknya orang yang memiliki Sikap negatif ia akan memperlihatkan ketidaksukaan atau ketidaksenangan (*dislike*).

Berdasarkan defenisi-defenisi sikap diatas, diketahui bahwa sikap mempunyai 3 komponen yaitu : komponen kognitif, komponen emosi dan komponen prilaku/perbuatan.

Dalam  teori  fungsional  yang  dikembangkan  oleh  Katz dinyatakan bahwa untuk memahami bagaimana Sikap seseorang menerima dan menolak perubahan haruslah berangkat dari dasar motivasional Sikap itu sendiri. Apa yang dimaksudkan oleh Katz sebagai dasar   motivasional  merupakan fungsi Sikap bagi individu yang bersangkutan.

Sikap terbentuk atas dasar pengalaman dalam hubungannya dengan objek di luar dirinya. Sikap seseorang akan bertambah kuat atau sebaliknya tergantung pada pengalaman-pengalaman masa lalu, oleh situasi saat sekarang dan oleh  harapan-harapan di masa yang akan datang. Pada dasarnya Sikap itu merupakan faktor pendorong bagi seseorang untuk melakukan kegiatan.

* + 1. **Unsur-Unsur Sikap**

Menurut Ahmadi (2007) mengungkapkan ada tiga unsur yang terdapat dalam Sikap, yaitu:

1. Komponen *cognitive*, berupa pengetahuan, kepercayaan atau pikiran yang didasarkan pada informasi  yang berhubungan dengan objek.
2. Komponen *affective*, menunjuk pada dimensi emosional dari Sikap, yaitu emosi yang berhubungan dengan objek. Objek di sini dirasakan sebagai menyenangkan atau tidak menyenangkan.
3. Komponen  behavior atau *conative,* melibatkan salah satu predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) untuk bertindak terhadap objek.

Berdasarkan pendapat tersebut, Sikap seseorang akan menjadi kuat disebabkan suatu kepercayaan atau kesadaran yang tinggi tentang sesuatu melalui proses psikologis antara ketiga unsur tersebut.

* + 1. **Fungsi Sikap**

Menurut Ahmadi (2007) adalah sebagai berikut:

1. Sikap berfungsi sebagai alat untuk menyesuaikan diri.
2. Sikap berfungsi sebagai alat pengatur tingkah laku.
3. Sikap berfungsi sebagai alat pengatur pengalaman-pengalaman
4. Sikap berfungsi sebagai pernyataan kepribadian.
	* 1. **Cara mengukur Sikap**

Menurut Saam (2013), pengukuran sikap dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu:

1. Pengukuran Lansung tidak berstruktur

Caranya dengan melakukan wawancara bebas (*free interview)* tapi berpedoman pada panduan wawancara.

1. Pengukuran Lansung Berstruktur

Pengukuran sikap secara lansung berstruktur artinya menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun secara sistematis dan berstruktur yang ditanyakan secara lansung kepada responden baik secara lisan atau tertulis. Salah satu alat pengukur sikap yang cukup terkenal adalah pengukuran sikap dengan skala *Likert.* Skala ini disebut juga “*Summated Rating”.*

Skala Likert mengukur sikap dengan sejumlah pertanyaan dan berilah tanda centang (√) pada alternatif jawaban yang cocok menurut responden. Alternatif jawaban adalah SS:Sangat Setuju, S:Setuju, RR:Ragu-ragu, TS:Tidak Setuju dan STS:Sangat Tidak Setuju

Sedangkan Menurut Azwar (2005) terdapat beberapa metod euntuk mengukur Sikap, yaitu:

1. Observasi perilaku

Untuk mengetahui Sikap seseorang terhadap sesuatu dapat diperhatikan melalui perilakunya, sebab perilaku merupakan salah satu indikator  Sikap individu.

1. Pertanyaan langsung

Ada dua asumsi yang mendasari penggunaan metode pertanyaan langsung guna mengungkapkan Sikap. Pertama, asumsi bahwa individu merupakan orang yang paling tahu mengenai dirinya sendiri. Kedua, asumsi keterus terangan bahwa manusia akan mengemukakan secara terbuka apa yang dirasakannya. Oleh karena itu dalam metode ini, jawaban yang diberikan oleh mereka yang ditanyai dijadikan indikator Sikap mereka. Akan tetapi, metode ini akan menghasilkan ukuran yang valid hanya apabila situasi dan kondisinya memungkinkan kabebasan berpendapat tanpa tekanan psikologis maupun fisik.

1. Pengungkapan langsung

Pengungkapan langsung (directh assessment) secara tertulis dapat dilakukan dengan menggunakan item tunggal maupun dengan menggunakan item ganda.

1. Skala Sikap

Skala Sikap (attitude scales) berupa kumpulan pernyataan-pernyataan mengenai suatu objek Sikap. Salah satu sifat skala Sikap adalah isi pernyataannya yang dapat berupa pernyataan langsung yang jelas tujuan pengukurannya akan tetapi dapat pula berupa pernyataan tidak langsung yang tampak kurang jelas tujuan pengukurannya bagi responden.

1. Pengukuran terselubung

Dalam metode pengukuran terselubung (covert measures), objek pengamatan bukan lagi perilaku yang tampak didasari atau sengaja dilakukan  oleh seseorang melainkan reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi di luar kendali orang yang bersangkutan.

* 1. **Konsep Dukungan Keluarga**
		1. **Pengertian dukungan keluarga**

Dukungan keluarga didefinisikan oleh Gottlieb (1983) dalam Zainudin (2002) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Menurut Sarason (1983) dalam Zainudin (2002). Dukungan keluarga adalah keberatan, kesedihan, kepedulian dari orang-orang yang dapat diandalkan, menghargai dan menyayangi kita, pandangan yang samajuga dikemukakan oleh Cobb (2002) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai adanya kenyamanan, perhatian, penghargaan atau menolong orang dengan sikap menerima kondinya, dukungan keluarga tersebut diperoleh dari individu maupun kelompok.

* + 1. **Fungsi Pokok Keluarga**

Fungsi keluarga biasanya didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah  (Fridman,1999 : 24) :

* + - 1. Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) : untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.
			2. Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan.
			3. Fungsi reproduktif : untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
			4. Fungsi ekonomis : untuk memenuhi kebutuhan keluarga,seperti sandang, pangan, dan papan.
			5. Fungsi perawatan kesehatan : untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan
		1. **Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan**

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Friedman (1981) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

1. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyoganya meminta bantuan orang lain dilingkungan sekitar keluarga.

1. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan dirumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau kepelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
2. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
3. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada).
	* 1. **Bentuk Dukungan Keluarga**
	1. Dukungan Emosional *(Emosional Support)*
4. Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Meliputi ungkapan empati, (misalnya: umpan balik, penegasan) (Marlyn, 1998).
5. Dukungan Penghargaan *(Apprasial Assistance)*
6. Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota. Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargan) positif untuk penderita kusta, persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita kusta dengan penderita lainnya seperti orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri) (Marlyn, 1998).
7. Dukungan Materi *(Tangibile Assistance)*
8. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, mencakup bantuan langsung seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan maupun menolong dengan pekerjaan waktu mengalami stress (Marlyn, 1998)
9. Dukungan Informasi *(informasi support)*
10. Keluarga berfungsi sebagai sebuah koletor dan disse  minator (penyebar) informasi tentang dunia, mencakup memberri nasehat, petunjuk-petunjuk, saran atau umpan balik. Bentuk dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga adalah dorongan semangat, pemberian nasehat atau mengawasi tentang pola makan sehari-hari dan pengobatan. Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat (Utami, 2003).
11. Hubungan dukungan keluarga dengan harga diri

Dukungan keluarga mempengaruhi kesehatan. Dukungan keluarga yang baik seseorang dapat mengurangi stres misalnya dengan menyibukkan diri. Dukungan keluarga yang positif sebanding dibawah intensitas stres yang tinggi dan rendah, misalnya seseorang dengan dukungan keluarga tinggi dapat memiliki harga diri yang lebih tinggi sehingga tidak mudah terserang stres. Peran keluarga mempunyai pengaruh yang sangat tinggi dalam harga diri, sebuah keluarga yang memiliki harga diri yang rendah akan tidak mempunyai kemampuan dalam membangun harga diri anggota keluarganya dengan baik, keluarga akan memberikan umpan balik yang negatif dan berulang-ulang akan merusak harga diri bagi penderita, harga dirinya akan terganggu jika kemampuannya menyelesaikan masalahnya tidak adekuat. Akhirnya penderita mempunyai pandangan negatif terhadap penyakitnya dan kemampuan bersosialisasi dengan lingkungannya (Anonimus, 2011).

* + 1. **Kriteria Dukungan Keluarga**

Menurut Sabri dan Sutanto kriteri dukungan keluarga dapat di kategorikan menjadi 2 kategori berdasarkan nilai mean yaitu :

* 1. Positif : Hasil Presentasi ≥ mean
	2. Negatif : Hasil Presentasi < mean
	3. **Konsep Stroke**
		1. **Pengertian Stroke**

Stroke adalah gejala-gejala defisit fungsi susunan syaraf yang di akibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak dan bukan yang lain dari itu (WHO). Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang serius karena ditandai dengan tingginya morbiditas dan mortalitasnya. Selain itu, tampak adanya kecenderungan peningkatan insidennya (Bustan,2007). Stroke merupakan penyakit serebrovaskuler  yang  menunjukan  beberapa kelainan struktural yang disebabkan oleh beberapa  keadaan patologis dari pembuluh darah serebral atau dari seluruh pembuluh darah otak, yang disebabkan robekan pembuluh darah atau  oklusi  parsial  atau  total  yang bersifat  sementara  atau permanen (Doengoes, 2000). Menurut Mansjoer (2000), stroke didefinisikan  sebagai  sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresi cepat, berupa deficit neurologis fokal dan/ global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non-traumatik. Sedangkan menurut Price & Wilson (2006), stroke merupakan penyakit serebrovaskuler yang  mengacu  kepada setiap gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat pembatasan  atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri di  otak.

* + 1. **Etiologi Stroke**

Menurut WHO, stroke adalah tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak lokal dengan gejala-gejala yang berlangsung 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Mansjoer (2000), etiologi stroke dan persentase mempengaruhinya antara lain:

* + - 1. Infark otak (80%)
			2. Emboli
1. Emboli kardiogenik

Fibrilasi atrium atau aritmia lain.

Trombus mural ventrikel kiri.

Penyakit katup mitral atau aorta.

 Endokarditis (infeksi atau non-infeksi).

1. Emboli paradoksal (foramen ovale paten)
2. Emboli arkus aorta
3. Aterotrombotik (penyakit pembuluh darah sedang-besar)
	* + 1. Perdarahan intracranial
				1. Arteri karotis interna
				2. Arteri serebri media
				3. Lakuner (oklusi arteri perforans kecil)
			2. Pendarahan intraserebral (15%)
			3. Hipertensif
			4. Malformasi arteri-vena
			5. Amngiopati mailoid
			6. Pendarahan subaraknoid (5%)
			7. Trombosis sinus dura
		1. **Tanda dan gejala Stroke**

Stroke  menyebabkan  berbagai  defisit  neurologik,  bergantung  pada lokasi  lesi  (pembuluh  darah  mana  yang  tersumbat),  ukuran area  yang perfusinya  tidak  adekuat,  dan  jumlah  aliran  darah  kolateral  (sekunder  atau aksesori).  Fungsi  otak  yang  rusak  tidak dapat  membaik  sepenuhnya.  Ada beberapa manifestasi klinis dari penyakit stroke, yaitu:

* + - 1. Kehilangan motorik antara lain hemiplegia dan hemiparesis.
			2. Kehilangan komunikasi antara lain  disatria (kesulitan  berbicara), disfasia atau  afasia  (bicara  defektif  atau  kehilangan  bicara),  apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya).
			3. Gangguan persepsi  antara  lain  disfungsi  persepsi  visual,  gangguan hubungan visual-spasial, dan kehilangan sensori.
			4. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik.
			5. Disfungsi kandung kemih (Brunner & Suddarth, 2002).

Sedangkan menurut Mansjoer (2000), gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya. Manifestasi klinis strok akut dapat berupa :

* + - 1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis) yang timbul mendadak.
			2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
			3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma).
			4. Afasia (bicara tidak lancer, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
			5. Disartria (bicara pela atau candel).
			6. Gangguan penglihatan (hemianopia atau monokuler) atau diplopia.
			7. Ataksia (trunkal atau anggota badan)
			8. Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala.
		1. **Patofisiologi Stroke**

Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang di suplai oleh pembuluh darah yang tersumbat (Muttaqin,  2008). Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari flak arterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turgulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak pada area yang di suplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan, dan edema dan kongesti di sekitar area (Muttaqin,  2008).

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukan perbaikan (Muttaqin,  2008). Karena trombosit biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embelus menyebabkan edema dan nekrosis di ikuti trombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalisis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan pendarahan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur.

Perdarahan pada otak lebih disebabkan oleh ruptur arteriosklerosis dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebri yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit serebropaskular, karena perdarahan yang luas terjadi distruksi masa otak peningkatan tekanan intrakranial yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falks serebri atau foramen magnum.

Kematian disebabkan oleh kompresi batang otak, hemesper otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepergitiga kasus perdarahan otak di nekleus kaudatus, talamus, dan pons. Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebri dapat reversibel untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung. Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan menyebabkan menurunnya tekanan  perfusi otak serta terganggunnya drainase otak.

* + 1. **Komplikasi dan prognosis Stroke**
			1. **Komplkasi**
1. Hipoksia cerebral
2. Penurunan aliran darah cerebral
3. Meluasnya area cidera (Smeltzer, C Suzanne, 2002)

Komplikasi-komplikasi tersebut dikelompokkan berdasarkan:

1. Berhubungan dengan immobilisasi; infeksi pernafasan (radang paru-paru / pneumonia), nyeri tekan, konstipasi dan thrombophlebitis
2. Berhubungan dengan paralisis; nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas dan terjatuh
3. Berhubungan dengan kerusakan otak; epilesi dan sakit kepala
4. Hydrochepalus
	* + 1. **Prognosis**

Prognosis serebrovaskuler pada tingkat keadaan stroke beragam, ada yang ringan, sedang dan berat. Pada stroke yang ringan ada yang pulih sempurna gejalanya dalam waktu 24 jam. Stroke jenis ini sering disebut *Transient Ischemic Attack* (TIA) yang berarti serangan iskemik sepintas. Ada pula stroke ringan yang sembuh sempurna gejalanya dalam waktu lebih dari 24 jam disebut *Reversible Ischemic Neurologic Defisit* (RIND) yang berarti gangguan saraf ischemic yang pulih. Walaupun TIA dan RIND dapat sembuh sempurna tetap harus diwaspadai karena kemungkinan kambuh cukup besar dan biasanya dapat lebih berat dan meninggalkan cacat.

Sebagian besar recovery dari kemampuan fungsional terjadi pada enam bulan tahun pertama terjadinya stroke, tetapi beberapa recovery berlanjut dari enam bulan sampai dua tahun setelah itu. Kemampuan seseorang untuk belajar merupakan hal yang utama karena rehabilitasi adalah sebuah proses pembelajaran. Hal penting lainnya adalah multifaktor yang terlibat diantaranya adalah fisik, psikologi, dan fungsi sosial yang saling berkaitan. Ukuran frekuensi yang paling tinggi adalah tercapainya derajat kemandirian seseorang dalam hal Activity Daily Living (ADL).

* + 1. **Pemeriksaan Diagnostik Stroke**

Menurut (Doenges dkk, 2000) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penyakit stroke adalah:

1. Angiografi serebral: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri atau adanya titik oklusi/ ruptur.
2. CT-scan: memperhatikan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark
3. Pungsi lumbal: menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, dan TIA*(Transient Ischaemia Attack)*atau serangan iskemia otak  sepintas. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subarakhnoid atau perdarahan intra kranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi.
4. MRI*(Magnetic Resonance Imaging):* menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan malformasi arteriovena.
5. Ultrasonografi Doppler: mengidentifikasi penyakit arteriovena.
6. EEG (*Electroencephalography)*: mengidentifikasi penyakit didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
7. Sinar X: menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral
	* 1. **Penatalaksanaan Stroke**

Penatalaksanaan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3-5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler. Medikasi antitrombosit dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.

* + - 1. **Penatalaksanaan pembedahan**

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebri dengan (Muttaqin,  2008):

1. Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher
2. Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA
3. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut
4. Ligasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma.
	* + 1. **Penatalaksanaan stroke di unit gawat darurat**

Pasien yang koma dalam pada saat masuk rumah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Fase akut biasanya berakhir 48-72 jam. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini. Selain itu tindakan yang dapat dilakukan untuk menyatabilkan keadaan pasien dengan konsep gawat darurat yang lain yaitu dengan konsep ABC

1. Airway artinya mengusahakan agar jalan napas bebas dari segala hambatan, baik akibat hambatan yang terjadi akibat benda asing maupun sebagai akibat strokenya sendiri. Contoh tindakan adalah Pasien dipantau kalau ada komplikasi pulmonal ( aspirasi, atelektasis, pneomonia ), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan nafas, imobilitas, atau hivoventilasi dan jangan biarkan makanan atau minuman masuk lewat hidung.
2. Breathing atau fungsi bernapas yang mungkin terjadi akibat gangguan di pusat napas (akibat stroke) atau oleh karena komplikasi infeksi di saluran napas. Contoh tindakannya adalah intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke masif, karena henti pernafasan, henti jantung seringkali merupakan penyebab stroke, akan tetapi juga bisa merupakan komplikasi dari stroke tersebut.
3. Cardiovaskular function (fungsi kardiovaskular),  yaitu fungsi jantung dan pembuluh darah. Seringkali terdapat gangguan irama, adanya trombus, atau gangguan tekanan darah yang harus ditangani secara cepat. Gangguan jantung seringkali merupakan penyebab stroke, akan tetapi juga bisa merupakan komplikasi dari stroke tersebut. Contoh tindakannya adalah pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang dan jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

Tindakan lain yang dapat dilakukan antara lain setelah keadaan pasien stabil yaitu: Mansjoer, (2000):

1. Pasang jalur intravena dengan larutan salin normal 0,9% dengan kecepatan 20 ml/jam, jangan memakai cairan hipotonis seperti dekstrosa 5 % dalam air dan salin 0,45% karena dapat memperhebat edema otak;
2. Buat rekamanan EKG dan lakukan foto rontgen otak;
3. Tegakan diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik;
4. CT scan atau MRI bila alat tersedia
	1. **Penatalaksanaan Keperawatan**

Penderita yang mengalami stroke dengan infark yang luas melibatkan sebagian besar hemisfer dan disertai adanya hemiplagia kontra lateral hemianopsia, selama stadium akut memerlukan penanganan medis dan perawatan yang didasari beberapa prinsip. Secara praktis penanganan terhadap iskemia serebri sebagai berikut:

1. Penanganan suportif imun
2. Pemeliharaan jalan nafas dan ventilasi yang adekuat.
3. Pemeliharaan volume dan tekanan darah yang kuat.
4. Koreksi kelainan gangguan antara lain payah jantung atau aritmia.

Meningkatkan darah cerebral

1. Elevasi tekanan darah
2. Intervensi bedah
3. Ekspansi volume intra vaskuler
4. Anti koagulan
5. Pengontrolan tekanan intrakranial
6. Obat anti edema serebri steroid
7. Proteksi cerebral (barbitura)

Macam-macam obat yang digunakan antara lain

1. Obat anti agregrasi trombosit (aspirasi)
2. Obat anti koagulasi : heparin
3. Obat trombolik (obat yang dapat menghancurkan trombus)
4. Obat untuk edema otak (larutan manitol 20%, obat dexametason.
	* 1. **Pencegahan Stroke**
5. **Penceganhan Primer**
6. Strategi kampanye nasional yang terintegrasi dengan program pencegahan penyakit vascular lainnya.
7. Memasyarakatkan gaya hidup sehat bebas rokok
8. Menghindari : rokok, stres mental, alkohol, kegemukan, konsumsi garam berlebihan, obat-obatan golongan amfetamin, kokain dan sejenisnya.
9. Mengurangi : kolesterol dan lemak dalam makanan.
10. Mengendalikan : hipertensi, Diabetes Mellitus, penyakit jantung dan penyakit vaskularaterosklerotik lainnya.
11. Menganjurkan : konsumsi gizi seimbang dan olahraga teratur.
12. **Pencegahan Sekunder**
13. Modifikasi gaya hidup beresiko stroke dan faktor resiko lainnya:
14. Hipertensi : diet, obat antihipertensi yang sesuai
15. Diabetes Mellitus : diet, obat hipoglikemik oral/insulin
16. Penyakit jantung aritmianonvalvular (antikoagulan oral)
17. Dislipidemia: diet rendah lemak dan obat antidislipidemia
18. Berhenti merokok, hindari alkohol, kegemukan, dan kurang gerak
19. Hiperurisemia: diet antihiperurisemia
20. Polisitemia
21. Melibatkan peran serta keluarga seoptimal mungkin
22. Asetosal (asam asetil salisilat)
23. Antikoagulan oral (warfarin/ dikumarol)
	1. **Kerangka Teori**

Berikut ini kerangka teori yang didasarkan pada toeri-teori yang sudah dipaparkan sebelumnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien stroke dengan diit DM

Bagan 2.2

Diabtes Mellitus Tipe 1

Diabtes Mellitus Tipe 2

Diabtes Mellitus Tipe 1

Diabtes Mellitus

Etiologi

Stres

Usia

Pola Makan

Genetik

Komplikasi Diabetes Mellitus

GGK

Stroke

Dll

Ulkus

Jantung

Stroke Iskemik

Stroke Haemoragic

Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus

Faktor Permudah

 .Pengetahuan

. Sikap

Faktor Pemungkin

. Srana dan Prasarana Rumah Sakit

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus

Faktor Penguat

. Dukungan Keluarga

Berdasarkan bagan 2.2 Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien stroke dengan diet Diabetes Mellitus secara teoritis dipengaruhi oleh beberapa faktor; 1.faktor pemudah yaitu: a) pengetahuan, dimana semakin baik atau tinggi pengetahuan penderita maka semakin patuh atau semakin sadar penderita tersebut dalam menjalankan diet nya dan akan selalu memperhitungkan jenis, jumlah dan jadwal makan sesuai dengan program diet yang telah ditentukan ,b) Sikap dimana penderita stroke dengan Diabetes Mellitus yang mempunyai sikap positif dan kesadaran diri untuk sembuh akan lebih patuh dalam menjalankan program diet nya. 2. Faktor pemungkin yaitu sarana dan prasarana Rumah Sakit dan faktor ini tidak diteliti karena keterbatasan waktu dan alat ukur. 3. Faktor pendukung yaitu; Dukungan keluarga, dimana keluarga yang baik adalah keluarga yang bisa memotivasi, memberikan dukungan penuh, serta memberikan perhatian sehingga penderita lebih bersemangat serta lebih termotivasi untuk sembuh dari penyakit nya sehingga mau menjalankan diet nya dengan benar.

Sumber : Teori menurut Lawrence Green (dalam Notoatmojo,2007)

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP, DEFINISI 0PERASIONAL DAN HIPOTESA**

**3.1 Kerangka Konsep**

 Kerangka konsep disusun berdasarkan kerangka teori yang telah diuraikan sebelumnya. Pada penelitian ini faktor-faktor yang diteliti untuk dihubungkan dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus yaitu: tingkat pengetahuan, sikap, dan dukungan keluarga. Berikut merupakan kerangka konsep yang digunakan pada penelitian kali ini.

 **Varabel Independen Variabel Dependen**

Tingkat Pengetahuan Pasien Stroke dengan Diabetes Millitus Mellitus

Tingkat Kepatuhan Pasien Stroke terhadap diet Diabetes Mellitus

Sikap Pasien Stroke dengan Diabetes Mellitus

Dukungan Keluarga Pasien Stroke dengan Diabetes Mellitus

**Gambar 3.1 : Kerangka konsep Penelitian**

Faktor Tingkat pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga selanjutnya akan dijadikan variabel Independen penelitian, sementara tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus merupakan variabel Dependen

* 1. **Definisi Operasional**

Tabel 3.1 Definisi Operasional

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Vaiabel** | **Definisi****Operasional** | **Cara Ukur** | **Alat Ukur** | **Skala Ukur** | **Hasil Ukur** |
| 1 | Variabel independen:Pengetahuan pasien stroke dengan DM | Jawaban responden terhadap pertanyaan tentang diet DM yang diajukan | Wawancara Terpimpin | Kuesioner | Ordinal | Baik :≥ 60%Kurang:˂ 60%(Khomsan, 2000) |
| 2 | Variabel independen:Sikap pasien stroke dengan DM | Keyakinan dan Tindakan yang dilakukan responden atas pernyataan yang diajukan mengenai atuaran diet DM  | Wawancara Terpimpin | Kuesioner | Ordinal | Baik :≥ 60%Kurang :˂ 60%(Khomsan, 2000) |
| 3 | Variabel independen:Dukungan Keluarga pasien stroke dengan DM | Jawaban responden mengenai sikap keluarga dalam satu rumah terhadap diet DM yang sedang dijalankan  | Wawancara Terpimpin | Kuesioner | Ordinal | Positif : ≥ nilai mean 26,12Negatif : ˂ nilai mean 26,12(Hendro, 2010) |
| 4 | Variabel dependen:Tingkat Kepatuhan pasien stroke terhadap diet DM | Responden menjalankan reko mendasi diet DM dalam 3 hal utama yaitu: (a) Jumlah makanan, b) Jenis makanan dan (c) Waktu makan. | Wawancara Terpimpin | Kuesioner | Ordinal | 1. Patuh: Responden mengikuti semua standar diet yang dianjurkan mencakup: a.jumlah,

b.Jenis, c.Jadwal1. Tidak Patuh: Responden tidak mengikuti Satu atau lebih standar diet yang dianjurkan mencakup: a.jumlah,

b.jenisc.jadwal(ADA,2010),(Parkeni,2011),(Waspadji *et al,* 2010) |

**3.3 Hipotesis Penelitian**

Berdasarkan kerangka konsep yang diajukan diatas, maka hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

Ha1 : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus.

Ha2 :Ada hubungan antara sikap dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus.

Ha3 :Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus pada pasien stroke dengan Diabetes Mellitus.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

**4.1 Rancangan Penelitian**

Rancangan penelitian adalah *deskriptif analisis* dengan pendekatan penelitian *Cross Sectional* yaitu data variabel independen dengan variabel dependen di ambil secara bersamaan (Notoadmojo, 2012). Vaiabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga, dan variabel dependennya adalah tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus.

**4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di ruang Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Waktu penelitian tanggal 12 sampai 29 Februari 2016.

**4.3 Populasi dan Sampel**

**4.3.1 Populasi**

Populasi penelitian merupakan keseluruhan *(universum)* dari objek penelitian yang dapat berupa manusia, hewan, tumbuh-tumbuhan, udara, gejala, nilai, peristiwa,sikap hidup, dan sebagainya. Sehingga objek-objek ini dapat menjadi sumber data penelitian (Siregar, 2013).

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien stroke dengan Diabetes Mellitus tipe 2 di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi bulan Februari 2015 sebanyak 133 orang.

Dari data Medical Record Jumlah kunjungan pasien stroke di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada bulan Januari sampai Desember 2015 adalah sebanyak 10.800 orang, dan 1600 orang diantaranya adalah penderita Diabetes Mellitus tipe 2. Jadi rata-rata pasien stroke dengan Diabetes Mellitus tipe 2 setiap bulan adalah 133 orang. Dari 133 orang tersebut diambil sampel dengan menggunakan rumus Arikunto, (2000) yaitu: n = 25% x N adalah sebanyak 33 orang.

**4.3.2 Sampel**

Sampel adalah bagian dari populasi, sampel ini diambil berdasarkan *Non* *Probality Sampling* dimana sampel ditemukan atau ditentukan sendiri oleh peneliti. Sedangkan jenisnya adalah *Purposive Sampling* atau jugmental sampling yaitu penarikan Sampel secara purposif merupakan cara penarikan sampel yang dilakukan memilih subjek berdasarkan kriteria spesifik yang ditetapkan oleh peneliti. Yang menjadi responden pada penelitian ini harus memenuhi kriteria sebagai berikut.

1. Kriteria Inklusi :
2. Bersedia menjadi responden
3. Berumur ≥ 20 tahun
4. Pasien stroke yang telah terdiagnosa Diabetes Mellitus
5. Pasien tidak pikun dan bisa tulis baca
6. Kriteria Eklusi
7. Pasien Stroke dengan Diabetes Mellitus yang berumur < dari 20 tahun
8. Pasien menolak untuk menjadi responden
9. Besar Sampel : jumlah sampel pada penelitian ini menggunakan rumus Arikunto (2002) yaitu : n = 25% x N adalah sebanyak 33 orang. Jumlah sampel 33 orang tersebut didapat selama 18 hari yaitu: dari tanggal 12 sampai 29 Februari 2016.
	1. **Variabel Penelitian**
		1. **Identifikasi Variabel**

Yang menjadi Variabel Independen adalah pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga sedangkan variabel Dependen adalah Tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus

* 1. **Pengolahan dan Analisa data**
		1. **Pengumpulan data**
1. **Data Primer.**

Data yang dikumpulkan dengan menanyakan langsung kepada responden tentang variabel yang akan diteliti

1. **Data Sekunder**

Data yang diperoleh dari catatan-catatan rumah sakit seperti data dari Medical Record, informasi rumah sakit yang menunjang penelitian.

1. **Proses Pengumpulan Data**

Peneliti mengambil surat izin untuk pengambilan data awal dari kampus Perintis Bukittinggi untuk diklat Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, lalu pihak diklat mengasih surat pengantar untuk pengambilan data kepada peneliti yang ditujukan ke Poliklinik Neorologi dan *Medical Record* Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, kemudian peneliti minta surat pengantar izin penelitian ke kampus yang ditujukan ke diklat, lalu diklat memberi surat izin penelitian kepada peneliti untuk melakukan penelitian di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Setelah itu peneliti mengambil data awal di bagian *Medical Record* dan selanjutnya melakukan penelitian dengan memilih responden yang memenuhi kriteria untuk dijadikan sampel, kemudian peneliti meminta kesedian responden untuk di jadikan sampel, maka pengumpulan data dilakukan dengan tahapan pemberian penjelasan tentang tujuan, mamfaat, dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan kepada responden. Setelah responden memahami penjelasan yang diberikan, responden diminta persetujuannya yang dibuktikan dengan menandatangani informant consent dan untuk pengisian lembaran koesioner diisi lansung oleh responden.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan Instrumen berupa kuesioner. Sedangkan untuk pengisian kuesioner ini peneliti menjelaskan pada pasien stroke yang menjalankan diet Diabetes Mellitus bagaimana cara pengisian kuesioner tersebut. Peneliti mengingatkan responden untuk mengisi semua pertanyaan dengan lengkap. Kuesioner yang telah diisi dikumpulkan dan diperiksa kelengkapannya. Kemudian peneliti mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan terimakasih pada responden atas kerja samanya.

* + 1. **Teknik Pengolahan Data**
1. Memeriksa data *(Editing*)

Setelah kuesioner diisi oleh responden, dilakukan pemeriksaan kembali untuk melihat kembali apakah ada kesalahan dalam pengisian kuesioner

1. Mengkode data (*Koding*)

Merupakan kegiatan merubah data dari bentuk huruf menjadi data bentuk bilangan angka yang berguna untuk mempermudah variabel dalam entry data.

1. Variabel independen pengetahuan : Pengetahuan Tinggi diberi kode B (baik) dan pengetahuan rendah diberi kode K (kurang)
2. Variabel independen sikap : Sikap Positif diberi kode B (baik) dan dan sikap Negatif diberi kode K (kurang)
3. Variabel independen dukungan keluarga : Dukungan Keluarga Positif diberi kode P (Positif) dan Negatif diberi kode N (Negatif)
4. Variabel Dependen Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus : Patuh terhadap Diet Diabetes Mellitus diberi kode P (Patuh) dan tidak patuh diberi kode TP (Tidak Patuh).
5. Tabulasi Data

Memasukan Data pada tabel-tabel dan menghitungnya, setelah data terkumpul kemudian di tabulasi dan dikelompokan sesuai dengan variabel yang di teliti.

1. Membersihkan Data (*Cleaning*)

Setelah semua data dari sumber data atau responden selesai skemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pengecekan data.

* + 1. **Teknik Analisa Data**

Melakukan analisis data, khususnya terhadap data penelitian menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak di analisis (Hidayat, 2009)

1. **Analisa Univariat**

Analisa yang digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi data dan statistik deskriktif untuk melihat dari variabel independen pengetahuan, sikap dan dukungan keluaga pasien stroke dengan Diabetes Mellitus, Variabel dependen tingkat kepetuhan pasien strok dengan Diabetes Mellitus terhadap dietnya. Tujuannya adalah untuk mendapatkan (distribusi frekuensi) tedensi sentral (mean, median dan modus) dari masing-masing variabel.

1. Menilai pengetahuan menggunakan skala Gutman, dimana responden memilih jawaban benar atau salah. Dimana jika menjawab benar mendapat skor 1 dan menjawab salah mendapat nilai 0.

Menentukan nilainya digunakan rumus :



Keterangan :

P= Nilai Persentase

F= Jumlah Alternati Jawaban

N= Nilai Keseluruhan

1. Baik = Hasil Persentasi ≥ 60% diberi kode B
2. Kurang = < 60% diberi kode K
3. Nilai sikap diukur dengan menggunakan skala Gutman, dimana responden memilih jawaban benar atau salah. Dimana jika menjawab benar mendapat skor 1 dan menjawab salah mendapat nilai 0.

Menentukan nilainya digunakan rumus :



Keterangan :

P= Nilai Persentase

F= Jumlah Alternati Jawaban

N= Nilai Keseluruhan

1. Baik = Hasil Persentasi ≥ 60% di beri kode B
2. Kurang = < 60% diberi kode K
3. Nilai Dukungan Keluarga :

Nilai dukungan keluarga yaitu : Selalu 4, kadang-kadang 3, jarang 2 dan tidak pernah 1. Selanjutnya nilai masing-masing jawaban diakumulasikan. Skor kumulatif tersebut kemudian di kategorikan menjadi 2 kategori berdasarkan nilai mean. Jika total skor ≥ nilai mean 26,12 diberi kode P (Positif) dan jika < nilai mean 26,12 diberi kode N (Negatif). Sabri dan Susanto, (2008)

1. Tingkat Kepatuhan pasien stroke dengan Diabetes Mellitus terhadap diet Diabetes Mellitus

Kepatuhan diet Diabetes Mellitus dinilai 3 aspek yaitu : Kepatuhan jumlah, jenis dan jadwal diet. Jika patuh diberi kode P (Patuh) dan tidak patuh kode TP (Tidak Patuh).

1. **Analisa Bivariat**

Menurut Notoatmojo (2012), Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diperkirakan mempunyai hubungan yaitu variabel independen dan variabel dependen disajikan dalam bentuk tabel silang. Mencari hubungan dua variabel tersebut digunakan uji statistik *Chi-Square* melalui komputerisasi, menggunakan rumus :



Keterangan :

X2 = Statistik Chi-Square

∑ = Jumlah Total

O = Nilai Observasi

E = Hasil yang diharapkan (Budiarto, 2002)

Melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik, digunakan batas kemaknaan 0’05, sehingga penilaian p ≤ 0,05 maka secara statistik dikatakan bermakna, jika nilai p > 0,05 maka hasil perhitungan dikatakan tidak bermakna. (Budiarto, 2002).

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dari tanggal 12 sampai 29 Februari 2016 di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Selama penelitian jumlah kunjungan pasien stroke sebanyak 460 orang, 460 orang tersebut yang menderita stroke Haemorargicberjumlah 115 orang, sedangkan stroke ischemiksebanyak 345 orang. 345 orang pasien stroke ischemik yang menderita Diabetes Mellitus adalah sebanyak 133 orang. 133 orang di dapatkan sampel sebanyak 33 orang. Kemudian dilakukan penelitian terhadap 33 orang responden tersebut tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus, maka diperoleh data tentang responden sebagai berikut :

**5.1.1. Analisa Univariat**

**5.1.1.1. Faktor Pengetahuan**

  **Tabel 5.1.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Kepatuhan Diet Diabetes Millitus di Ruang Poliklinik**

**Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Pengetahuan**  | **N** | **%** |
| 12 | Baik Kurang  | 2013 | 60.639.4 |
|  | Jumlah | 33 | 100 % |

Tabel 5.1 menunjukan dari 33 orang responden lebih dari sebagian responden 60.6 % memiliki pengetahuan yang baik tentang kepatuhan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

**5.1.1.2 Sikap Responden**

**Tabel 5.2.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Tentang Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus di Ruang Poliklinik**

**Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Sikap**  | **N** | **%** |
| 12 | Baik Kurang  | 1914 | 57,642,4 |
|  | Jumlah | 33 | 100 % |

Tabel 5.2 menunjukan dari 33 orang responden lebih dari sebagian 57,6% memiliki sikap yang baik tentang kepatuhan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

**5.1.1.3 Dukungan Keluarga**

**Tabel 5.3.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga**

**Tentang Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus di Ruang Poliklinik**

**Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Dukungan Keluarga**  | **N** | **%** |
| 12 | Positif Negatif  | 1716 | 51.548.5 |
|  | Jumlah | 33 | 100 % |

Tabel 5.3 menunjukan dari 33 orang responden lebih dari sebagian 51.5% memiliki dukungan keluarga yang positif tentang kepatuhan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

**5.1.1.4.Kepatuhan Menjalankan Diet Diabetes Mellitus**

**Tabel 5.4.**

**Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kepatuhan Menjalankan**

**Diet Diabetes Mellitus di Ruang Poliklinik**

**Neurologi RSSN Bukittinggi Tahun 2016**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **No** | **Kepatuhan diet**  | **N** | **%** |
| 12 | Patuh Tidak patuh  | 1518 | 44.554.5 |
|  | Jumlah | 33 | 100 % |

Tabel 5.4 menunjukan dari 33 orang responden lebih dari sebagian (54,5 %) tidak patuh dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

**5.1.2. Analisa Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Pengujian hipotesis dilakukan untuk mengambil keputusan apakah hipotesis yang diajukan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan pengujian statistik *chi square*. Hubungan variabel independen dan variabel dependen dikatakan bermakna apabila nilai p yang diperoleh < 0,05. Hasil analisa bivariat pada penelitian ini adalah :

**5.1.2.1.Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

**Tabel 5.5**

**Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi RSSN Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pengetahuan**  | **Kepatuhan Diet DM**  | **Total** | **OR** | ***p-value*** |
| Tidak Patuh  | Patuh  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Kurang  | 12 | 92.3 | 1 | 7.7 | 13 | 100 | 28,000 | 0,002 |
| Baik |  6 | 30 | 14 | 70 | 20 | 100 |
| Jumlah  | 18 | 54.5 | 15 | 45.5 | 33 | 100 |

α = 0.05

Tabel 5.5. menunjukan dari 20 responden yang memiliki pengetahuan baik tentang diet Diabetes Mellitus yang patuh dengan diet lebih dari sebagian (70.0%), yang tidak patuh dengan diet kurang dari sebagian (30%) di poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016, Sedangkan dari 13 responden yang memiliki pengetahuan Kurang yang patuh dengan diet kurang dari sebagian (7,7 %), yangtidak patuh dengan diet hampir seluruhnya (92,3%) di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p. 0,002 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan pasien stroke dalam diet Diabetes Mellitus di Ruang Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Hasil analisis didapatkan nilai *Odds ratio* = 28.000 artinya Responden yang memiliki pengetahuan baik akan memberi peluang 28 kali lebih patuh dari responden yang pengetahuan kurang terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

5.2.1.2.**Hubungan Sikap dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

**Tabel 5.6**

**Hubungan Sikap dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

**di Poliklinik Neurologi RSSN Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sikap** | **Kepatuhan Diet DM**  | **Total** | **OR** | ***p-value*** |
| Tidak Patuh  | Patuh  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Kurang  | 11 | 78.6 | 3 | 21.4 | 14 | 100 | 6,286 | 0,043 |
| Baik |  7 | 36.8 | 12 | 63.2 | 19 | 100 |
| Jumlah  | 18 | 54.5 | 15 | 45.5 | 33 | 100 |

α = 0.05

Tabel 5.6 menunjukan dari 19 responden yang memiliki sikap baik tentang diet Diabetes Mellitus yang patuh dengan diet lebih dari sebagian (63,2%), yang tidak patuh dengan diet kurang dari sebagian (36,8%) di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016, Sedangkan dari 11 responden yang memiliki sikap Kurang yang patuh dengan diet kurang dari sebagian (21,4 %), yang tidak patuh dengan diet sebagian besar (92,3%) di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p-0,043, sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan sikap dengan kepatuhan pasien stroke dalam diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Hasil analisis didapatkan nilai *Odds Ratio* = 6.286, artinya Responden yang memiliki sikap baik akan memberi peluang 6,286 kali lebih patuh dari responden yang sikapnya kurang baik terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

5.2.1.3.**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

**Tabel 5.7**

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

**di Poliklinik Neurologi RSSN Bukittinggi**

**Tahun 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dukungan Keluarga**  | **Kepatuhan Diet DM**  | **Total** | **OR** | ***p-value*** |
| Tidak Patuh  | Patuh  |
| n. | % | n. | % | N | % |
| Negatif | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 16 | 100 | 1,875 | 0,036 |
| Positif |  8 | 47.1 | 9 | 52.9 | 17 | 100 |
| Jumlah | 18 | 54.5 | 15 | 45.5 | 33 | 100 |

 α = 0,05

Tabel 5.7 menunjukan dari 17 responden yang memiliki dukungan keluarga positif tentang diet Diabetes Mellitus yang patuh dengan diet lebih dari sebagian (52,9%), yang tidak patuh dengan diet kurang dari sebagian (47,1%) di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016, Sedangkan dari 16 responden yang memiliki dukungan negatif dari keluarga yang patuh dengan diet kurang dari sebagian (37,5 %), yang tidak patuh dengan diet lebih dari sebagian (62,5%) di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p- 0,036 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Dari hasil analisis didapatkan nilai *Odds Ratio* = 1.875, artinya Responden yang memiliki dukungan keluarga positif akan memberi peluang 1,875 kali lebih patuh dari responden yang mendapat dukungan keluarga negatif terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

* 1. **Pembahasan**

**5.2.1 Analisa univariat**

**5.2.1.1.Pengetahuan Responden**

Tabel 5.1 diketahui bahwa dari 33 orang responden lebih dari sebagian responden ( 60.6 %) memiliki pengetahuan yang baik tentang kepatuhan terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

Menurut Arikunto, (2006) bahwa Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dengan segala bentuk tindakan seseorang,

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Sri Rahayu, (2011) tentang hubungan antara tingkat pengetahuan diet Diabetes Mellitus dan kepatuhan diet dengan kadar gula pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2 di ruang rawat inap RSUD Pondan Arang Boyolali, dari 38 responden (50%) berpengetahuan baik, dan (81,6%) responden patuh terhadap dietnya.

Asumsi peneliti bahwa responden telah banyak memiliki pengetahuan baik yaitu lebih dari sebagian yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit dan diet Diabetes Mellitus hal ini dikarenakan responden telah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang penyakit dan dietnya di rumah sakit, puskesmas, maupun melalui televisi, radio dll. Tingkat pengetahuan dalam penelitian ini didasarkan pada 12 pertanyaan mengenai penyakit dan diet Diabetes Mellitus secara umum. Pada penelitian ini diketahui (60,6%) responden berpengetahuan baik dan responden yang berpengetahuan kurang yaitu (39,4%). Dari (60,6%) responden berpengetahuan baik 6 orang diantaranya dapat menjawab semua pertanyaan dengan benar, hal ini mungkin disebabkan karena responden tersebut sudah mendengar penyuluhan dari tim kesehatan di Rumah Sakit, Puskesmas, maupun melalui televisi, radio dan sarana lainnya. Sedangkan responden yang berpengetahuan kurang banyak salah menjawab pertanyaan nomor 4, 5, 6, 7 dan 8 yaitu tentang standar diet Diabetes Mellitus. Dari hasil tersebut menunjukan bahwa lebih dari sebagian pasien stroke dengan Diabetes Mellitus di Poliklinik Neorologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi memiliki pengetahuan yang baik mengenai penyakit dan diet Diabetes Mellitus. Hal ini dimungkinkan karena mereka sudah mendapat informasi yang memadai dari dokter dan edukator atau konseling gizi di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi maupun tempat pelayanan kesehatan lain.

**5.1.1.2.Sikap Responden**

Tabel 5.2 diketahui dari 33 orang responden lebih dari sebagian (57,6%) memiliki sikap yang baik tentang diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasiona Bukittinggi Tahun 2016

Menurut   Ahmadi, (2007)  Sikap   adalah   kesiapan merespon yang bersifat positif atau negatif terhadap objek atau situasi secara konsisten. Pendapat ini memberikan gambaran bahwa Sikap merupakan reaksi mengenai objek atau situasi yang relatif stagnan yang disertai  dengan adanya  perasaan tertentu dan  memberi dasar   pada   orang   tersebut untuk   membuat   respon atau perilaku dengan cara tertentu yang dipilihnya. Sedangkan menurut Secord dan Backman dalam Azwar (2005) bahwa  Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran  (kognisi) dan   predisposisi  tindakan  (konasi) seseorang terhadap  satu aspek dilingkungan sekitarnya.

Hasil penelitian ini didukung oleh Penelitian Humaidi, (2011). Tentang Hubungan sikap dengan kejadian faktor pencetus Diabetes Mellitus di Kabupaten Bagan Siapi-api Riau, dari 69 responden lebih dari sebagian (75%) sikap responden adalah baik.

Asumsi peneliti bahwa responden telah banyak mempunyai sikap baik yaitu lebih dari sebagian. Dimana responden yang mempunyai sikap baik tak lepas dari dorongan dari dalam dirinya sendiri untuk segera sembuh, dimana mereka sudah memahami akan penting nya diet bagi kesembuhan penyakitnya maka timbulah sikap baik atau positif dari dalam dirinya tentang penyakit Diabetes Mellitus dan dietnya. Hal ini terbukti dari hasil jawaban kuesioner responden sebanyak 19 orang responden mempunyai sikap baik, karena responden sudah memahami penting nya diet bagi kesembuhan penyakit Diabetes Mellitus, dan responden juga takut terjadi stroke berulang apabila tidak patuh menjalankan diet Diabetes Mellitus.

**5.2.1.3.Dukungan Keluarga**

Tabel 5.3 diketahui dari 33 orang responden lebih dari sebagian (51,5%) memiliki dukungan keluarga yang positif di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016

Menurut Zainudin, ( 2002) bahwa Dukungan keluarga didefinisikan yaitu adanya informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

 Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Vijan *et al*. (2005) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus ditemukan sebanyak 13 dari 14 orang penderita Diabetes Mellitus tipe 2 di Amerika Serikat menyatakan bahwa perhatian dan dukungan dari keluarga yang positif dapat membuat mereka lebih mematuhi diet.

 Beberapa penelitian di juga menunjukan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2,diantaranya Penelitian Sarasoni, (2012) tentang hubungan dukungan keluarga dengan resiko terjadinya kejadian diabetes militus di Wilayah kerja Puskesmas Lubuk Sikaping Pasaman, dimana lebih dari 85 responden lebih dari sebagian responden (60.5 %) memiliki dukungan baik tentang resiko terjadinya Diabetes Mellitus di Wilayah kerja Puskesmas Lubuk Sikaping Pasaman propinsi Sumatera Barat Indnesia.

Asumsi peneliti bahwa telah banyak responden yang memperoleh dukungan positif, yaitu lebih dari sebagian hal ini dikarenakan pihak keluarga juga telah banyak tahu tentang pentingnya diet bagi penderita penyakit Diabetes Mellitus dan keluarga juga ingin anggota keluarganya yang sakit cepat sehat oleh karena itu timbullah dari pihak keluarga dukungan yang positif bagi anggota keluarganya yang sakit untuk patuh terhadap dietnya.

**5.2.1.4.Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

Tabel 5.4 diketahui dari 33 orang responden lebih dari sebagian (54.5%) tidak memiliki kepatuhan dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

Menurut Suparyanto, ( 2010) bahwa berdasarkan *Decision Theory*, kepatuhan adalah bentuk pengambilan keputusan dari seseorang penderita penyakit tertentu dimana kepatuhan merupakan hasil dari segala pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk tindakan. Anwar, (2003). Kepatuhan adalah derajat dimana pasien stroke dengan Diabetes Mellitus mengikuti anjuran klinis dari dokter dalam menjalankan program dietnya, atau sejauh mana prilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan profesional kesehatan seperti dokter, perawat, ahli gizi dan tim kesehatan lainnya. Niven, (2002). Kepatuhan diet Diabetes Mellitus yaitu prilaku meyakini dan menjalankan rekomendasi diet Diabetes Mellitus Tovar, (2007)

Menurut Waspadji, ( 2010) bahwa Orang yang mengalami masalah diet Diabetes Mellitus hendaknya memakan makanan yang mengandung karbohidrat mudah diserap seperti sirup, gula, dan sari buah harus dihindari. Sayuran dengan kandungan karbohidrat tinggi seperti buncis, wortel, kacang panjang, kacang kapri, daun singkong, bayam harus dibatasi tidak boleh dalam jumlah yang banyak. Buah-buahan berkalori tinggi seperti nanas, anggur, mangga, pisang, sirsak, alpukat dan sawo sebaiknya dibatasi. Sayuran yang bebas dikonsumsi adalah sayuran dengan kandungan kalori rendah seperti oyong, ketimun, labu siam, labu air, lobak, selada air, jamur kuping dan tomat. Selain itu makanan yang perlu dihindari yaitu makanan yang mengandung banyak kolesterol, lemak trans, dan lemak jenuh serta tinggi natrium.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Norma, (2010) hubungan tingkat kepatuhan diet pasien Diabetes Mellitus dengan munculnya komplikasi di puskesmas pesantren II kota Kediri, dari 57 responden lebih dari sebagian (56,14%) responden tidak patuh terhadap diet Diabetes Mellitus. Penelitian ini berbanding terbalik dengan penelitiaan Sri Rahayu, (2011) tentang hubungan antara tingkat pengetahuan diet Diabetes Mellitus dan kepatuhan diet dengan kadar gula pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2 di ruang rawat inap RSUD Pondan Arang Boyolali, dari 38 responden (50%) berpengetahuan baik, dan (81,6%) responden patuh terhadap dietnya.

Asumsi peneliti kepatuhan diet yang rendah pada penderita Diabetes Mellitus di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi disebabkan karena masih adanya responden berpengetahuan yang kurang dan rendahnya informasi yang mereka dapatkan mengenai aturan serta cara mempertahankan diet yang baik, belum semua responden memiliki sikap yang baik terhadap penyakit dan diet yang dijalankan, hal ini dikarenakan mereka belum paham tentang pentingnya kepatuhan diet bagi kesembuhan penyakit Diabetes Mellitus, dan juga masih adanya keluarga yang tidak mendukung anggota keluarga yang sakit untuk mematuhi dietnya.

**5.2.2. Analisa Bivariat**

**5.2.2.1.Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p-value = 0,002 < 0,05 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan pasien stroke dalam diet Diabetes Mellitus di Ruang Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

Menurut Smelzert, ( 2003) bahwa Diabetes Mellitus merupakan penyakit yang memiliki komplikasi (menyebabkan terjadinya penyakit lain) yang paling banya, Hal ini berkaitan dengan kadar gula darah yang tinggi terus menerus, sehingga berakibat rusaknya pembuluh darah, saraf dan struktur internal lainnya, Zat kompleks yang terdiri dari gula di dalam dinding pembuluh darah menyebabkan pembuluh darah menebal dan mengalami kebocoran. Akibat penebalan ini maka aliran darah akan berkurang, terutama yang menuju ke kulit dan saraf. Kadar gula darah yang tidak terkontrol juga cenderung menyebabkan kadar zat lemak dalam darah meningkat, sehingga mempercepat terjadinya *aterosklerosis* (penimbunan plak lemak di dalam pembuluh darah). *Aterosklerosis* ini 2-6 kali lebih sering terjadi pada penderita Diabetes Mellitus. Sedangkan Diabetes Mellitus bagi penderita stroke merupakan gejala yang dialami penderita sebagai pencetus terjadinya stroke karena itu perlu mengatur diet Diabetes Mellitus tersebut dimana penderita stroke yang mengalami Diabetes Mellitus harus memahami jenis makanan apa yang boleh dimakan secara bebas, makanan yang mana harus dibatasi dan makanan apa yang harus dibatasi secara ketat.

 Menurut Waspadji, ( 2000) bahwa Pengetahun penderita stroke dengan Diabetes Mellitus harus memahami jenis makanan apa yang boleh dimakan secara bebas, makanan yang mana harus dibatasi dan makanan apa yang harus dibatasi secara ketat, Makanan yang harus dihindari adalah makanan yang banyak mengandung karbohidrat sederhana, makanan yang banyak mengandung kolesterol, lemak trans, lemak jenuh serta tinggi natrium

Di Indonesia, penelitian yang menunjukan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan tingkat kepatuhan diet juga telah dibuktikan oleh beberapa peneliti diantaranya Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Sri Rahayu, (2011) tentang hubungan antara tingkat pengetahuan diet Diabetes Mellitus dan kepatuhan diet dengan kadar gula pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2 di ruang rawat inap RSUD Pondan Arang Boyolali. Dimana terdapatnya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus, dari 38 responden (50%) berpengetahuan baik, dan (81,6%) responden patuh terhadap dietnya. Burhanuddin, (2011) tentang hubungan pengetahuan dengn tindakan mengatasi pencegahan gejala Diabetes Mellitus di ruang Interne RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2011, dimana terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tindakan mengatasi pencegahan gejala Diabetes Militus, dengan *p-value* (0.023 < 0,05)

Asumsi peneliti, adanya hubungan pengetahuan dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus karena responden yang memiliki pengetahuan baik akan menyadari tentang pentingnya diet bagi kesembuhan penyakitnya, dengan adanya kesadaran tersebut, mereka akan terdorong untuk mempraktekkannya pada kehidupan nyata. Sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang tidak tahu mengenai aturan serta cara mempertahankan diet yang baik, dan responden yang mempunyai pengetahuan kurang juga cenderung sulit memahami dan mengikuti anjuran dari petugas kesehatan tentang diet Diabetes Mellitus.

5.2.2.2. **Hubungan Sikap dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus**

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p-value = 0,043 < 0,05 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan sikap dengan kepatuhan pasien stroke dalam diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016. Adanya hubungan tersebut karena adanya sikap yang baik dengan kepatuhan yang baik antara pasien dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus.

Menurut Notoadmojo, (2004) bahwa Sikap merupakan istilah yang sering digunakan dalam mengkaji atau membahas tingkah laku manusia dalam kehidupan sehari-hari. Sikap yang ada pada seseorang akan membawa warna dan corak pada tindakan, baik menerima maupun menolak dalam menanggapi sesuatu hal yang ada diluar dirinya. Melalui pengetahuan tentang Sikap akan dapat menduga tindakan yang akan diambil seseorang terhadap sesuatu yang dihadapinya. Meneliti Sikap akan membantu  untuk mengerti tingkah laku seseorang.

Sedangkan Menurut   Ahmadi, ( 2007) bahwa   Sikap   adalah   kesiapan merespon yang bersifat positif atau negatif terhadap objek atau situasi secara konsisten. Pendapat ini memberikan gambaran bahwa Sikap merupakan reaksi mengenai objek atau situasi yang relatif stagnan yang disertai  dengan adanya  perasaan tertentu dan  memberi dasar   pada   orang   tersebut untuk   membuat   respon atau perilaku dengan cara tertentu yang dipilihnya.

Pendapat ini didukung oleh Secord dan Backman dalam Azwar (2005) bahwa  Sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran  (kognisi) dan   predisposisi  tindakan  (konasi) seseorang terhadap  satu aspek dilingkungan sekitarnya.maka sikap dalam pemenuhan kebutuhan diet harus dilakukan sesuai dengan aturan

Menurut Purwanto, (2000) bahwa sikap seseorang merupakan suatu cara bereaksi terhadap suatu perangsang. Suatu kecenderungan untuk bereaksi dengan cara tertentu terhadap suatu perangsang atau situasi yang  dihadapinya. Dalam hal ini, Sikap merupakan penentuan penting dalam tingkah laku manusia untuk bereaksi. Oleh karena itu, orang yang memiliki Sikap positif terhadap suatu objek atau situasi tertentu ia akan memperlihatkan kesukaaan atau kesenangan *(like),* sebaliknya orang yang memiliki Sikap negatif ia akan memperlihatkan ketidaksukaan atau ketidaksenangan *(dislike).* Jadi pasien stroke yang mengalami masalah pemenuhan diet Diabetes Mellitus harus memiliki sikap yang baik karena penyakit stroke dalam penyembuhan harus memiliki ketaraturan dalam menjalankan dietnya.  Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Humaidi, (2011). bahwa terdapat hubungan yang *significant* antara sikap dengan faktor pencetus gejala Diabetes Mellitus di Kabupaten Bagan Siapi-api Riau Tahun 2011” dengan p-value ( 0.011< 0,05).

Asumsi peneliti, adanya hubungan sikap dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus karena responden yang memiliki sikap yang baik cenderung patuh terhadap dietnya, sebaliknya responden dengan sikap kurang baik cenderung tidak mematuhi dietnya. Sikap baik responden telah melahirkan keyakinan bahwa kepatuhan terhadap diet akan membuat mereka cepat sembuh, dan membuat mereka mampu bertanggung jawab untuk mempraktekkan sikap yang telah diambil tersebut dalam kehidupan nyata.

5.2.2.3. **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Diabetes-Mellitus**

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p-value = 0,036 < 0,05 sehingga H0=Ditolak maka dapat disimpulkan ada Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien stroke dalam melaksanakan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

Menurut Friedman, (2009) bahwa dukungan keluarga memiliki fungsi keluarga yang biasanya didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Adapun fungsi keluarga tersebut adalah, Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian) : untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung, Fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial : proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan, Fungsi reproduktif : untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia, Fungsi ekonomis untuk memenuhi kebutuhan keluarga,seperti sandang, pangan, dan papan,serta fungsi perawatan kesehatan : untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan

Jadi dukungan keluarga menurut Gottlieb, (2002) yaitu informasi verbal, sasaran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimaannya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan sosial, secara emosional merasa lega diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya. Sedangkan kepatuhan diet Menurut Sylvia, ( 2000) mengatakan kepatuhan dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus haruslah betul dipahami dan di jalani karena dengan diet yang baik maka penyakit akan dapat tertolong maka gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis pada tubuh akan cepat dirasakan kekurangannya.

 Menurut Sukardji, (2009) bahwa kepatuhan diet merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan Diabetes Mellitus tipe 2. Hal tersebut dikarenakan perencanaan makanan merupakan salah satu dari 4 pilar utama dalam pengelolaan Diabetes Millitus tipe 2, kepatuhan penderita Diabetes Millitus tipe 2 terhadap prinsip gizi dan perencanaan makanan merupakan kunci keberhasilan dalam penatalaksanaan Diabetes Mellitus namun merupakan salah satu kendala dalam pelayanan Diabetes Mellitus.

 Beberapa penelitian di Indonesia juga menunjukan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2.Diantaranya penelitian Anggina *et al*. (2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga juga berhubungan dengan kepatuhan diet pada pasien Diabetes Mellitus tipe 2 usia 41-65 tahun di RSUD Cimahi. Pasien yang mendapat dukungan positif dari keluarganya (96,7%) lebih patuh menjalankan diet dibandingkan yang mendapat dukungan negatif dari keluarga (76,7%). Selain itu penelitian Haryono (2009) pada 35 responden pasien Diabetes Mellitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Godean I, Yogyakarta menunjukan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet mereka. Penelitian Sarasoni, ( 2012) Yaitu terdapat hubungan yang *significant* antara dukungan keluarga dengan resiko terjadinya kejadian diabetes militus di Wilayah kerja Puskesmas Lubuk Sikaping Pasaman tahun 2012 . dengan p-value ( 0,045< 0,05 )

 Menurut Ellis (2010), kepatuhan diet merupakan masalah besar yang terjadi pada penderita Diabetes Millitus tipe 2 saat ini. Dan juga didukung penelitian Delameter, (2006) bahwa nilai kepatuhan yang terendah pada pengobatan penderita Diabetes Millitus tipe 2 yaitu diet dan aktivitas fisik, yang mengatakan bahwa diet merupakan kebiasaan yang paling sulit dirubah dan paling rendah tingkat kepatuhannya dalam manajemen diri seorang penderita Diabetes Mellitus

Asumsi peneliti, adanya hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kepatuhan diet Diabetes Mellitus karena keluarga yang memberikan dukungan positif mampu menjadi stimulan dan motivasi bagi responden dalam menjalankan diet, semakin baik pula responden memahami diet atau semakin sadar responden tersebut dalam menjalankan dietnya dan akan selalu memperhitungkan jenis, jumlah dan jadwal makan sesuai dengan program diet yang telah ditentukan. Dukungan keluarga juga akan membuat kesadaran diri responden untuk sembuh semakin tinggi.

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**6.1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 33 orang responden tentang Faktor faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien stroke terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016, dapat disimpulkan bahwa :

6.1.1.Lebih dari sebagian responden (60.6%) memiliki pengetahuan yang baik terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

6.1.2. Lebih dari sebagian responden (57.6%) memiliki sikap yang baik terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

6.1.3. Lebih dari sebagian responden (51.5%) memiliki dukungan keluarga yang positif terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

6.1.4. Lebih dari sebagian responden (54.5%) memiliki ketidak patuhan terhadap diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2016.

6.1.5. Terdapat hubungan yang *significant* antara pengetahuan dengan kepatuhan pasien stroke dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukitinggi Tahun 2016 dengan p-value (0.002< 0,05)

6.1.6. Terdapat hubungan yang *significant* antara sikap dengan kepatuhan pasien stroke dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukitinggi Tahun 2016 dengan p-value (0.043< 0,05)

6.1.7. Terdapat hubungan yang *significant* antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien stroke dalam menjalankan diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukitinggi Tahun 2016 dengan p-value (0.036< 0,05)

* 1. **Saran**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dikemukakan diatas, maka ada beberapa saran yang hendak peneliti sampaikan, diantaranya :

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**
			1. Pedoman bagi pembaca lainnya tentang perawatan pasien dengan Stroke dan lebih mengembangkan materi yang terkait dengan diet Diabetes Mellitus pasien stroke di Poliklinik Neurologi sehingga dapat dijadikan bekal bagi mahasiswa dan peneliti selanjutnya

6.2.1.2.Bisa menjalin kerjasama antar lintas program dengan rumah sakit stroke yang nantinya dapat meningkatkan tentang diet Diabetes Millitus pasien stroke

* + 1. **Bagi Lahan**

6.2.2.1.Saling memahami dalam memberikan kepatuhan tentang diet Diabetes Mellitus pasien stroke sehingga saat keluar nantinya akan mampu menjalankan diet Diabetes Mellitus pasien stroke sesuai dengan menu diet yang ditentukan.

6.2.2.2.Melakukan latihan di rumah sakit agar pasien stroke tidak lagi susah mengatur diet Diabetes Mellitus.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**
			1. Melakukan penelitian yang sejalan dengan penelitian ini, mungkin dapat menjadikan sebagai bahan acuan
			2. Peneliti selanjutnya dapat memperdalam dan memperkuat kajiannya tentang aspek sosial ekonomi,tingkat pendidikan, sehingga nantinya akan sejalan dengan penelitian ini

**DAFTAR PUSTAKA**

Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik.* Jakarta: Rineka Cipta

ADA. (American Diabetes Associatin,2010). *Position Statement:* Standar of Medical Care in Diabetes 2010.

Bruner & Suddarts. (2002). *Keperawatan medikal bedah*. (Edisi 8). Jakarta: EGC

Bustan, (2007). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.* Jakarta : PT Rineka Cipta

Ellis, G.E (2010). *An Assesment of the factors That Affeckt the self care Behaviors of Diabetic*

Kemenkes RI (2013). *Riset Kesehatan Dasar tahun 2013.* Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.

Kemenkes RI (2007). *Riset Kesehatan Dasar tahun 2007.* Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI.

Khomsan, A. (2000). *Teknik Pengukuran Pengetahuan Gizi* Bogor. Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumber Daya Keluaga. Fakultas Pertanian IPB.

Masjur, J (2000). *Endokrinologi Klinik Kongres Nasional.* Bandung: Parkeni

Mansjoer, Arif dkk. 2000. *Kapita Selekta.* Media Aesculapius: Jakarta

Niven, N (2002). *Psikologi Kesehatan.* Jakarta : EGC

Notoadmojo, S (2010). *Ilmu Prilaku Kesehatan .*Jakarta : PT Rineka Cipta

Notoadmojo, S (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan .*Jakarta : PT Rineka Cipta

Nursalam. (2011). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.* Jakarta: Salemba Jakarta

Parkeni (2011). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Type 2 di Indonesia 2011.*

Sabri, L & Susanto, P.H (2008). *Statistik Kesehatan* Edisi 2. Jakarta : Rajawali

Siregar, R (2004). *Pengaruh Penyuluhan Gizi Terhadap Kepatuhan Diet Pada Penyandang Diabetes type 2 Rawat Jalan RS Mohammad Hoesin Palembang tahun 2004.*

Supriasa et. Al (2001). *Penilaian Status Gizi.* Jakarta: EGC

Susanto (2010). *Cekal Penyakit Moodern Hiprtensi, Stroke, Jantung, Kolesterol dan Diabetes. :*Andi Yogyakarta

Thompson, F.E dan Amy (2001). *DietaryAssesmen Methodology* dalam :*Nutrition in the nPrevention and Treatment of Desease 2.*

Tovar, E (2007). *Relation ships Between Psichosocial Factors and Adherence to Diet and Exercise in Adult With Diabetes Type 2.*

Waspadji, S (2007). *Pedoman Diet Diabetes Mellitus.* Jakarta : EGC

Waspadji, S (2010). *Daftar Bahan Penukar.* Jakarta : EGC

**PERMHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth,

Bapak/ibu/sdr/i calon responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa S1 Keperawatan stikes perintis Bukittinggi

Nama : Susi Amelia

Nim : 14103084105064

Bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul “ FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN STROKE TERHADAP DIET DIABETES MELLITUS DI POLIKLINIK NEOROLOGI RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2016”.

Adapun tujuan penelitian ini untuk kepentingan pendidikan peneliti,dan segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan peneliti bertanggung jawab apabila informasi yang diberikan akan merugikan bagi responden. Apabila Bapak/Ibu/Sdr/i menyetujui untuk menjadi responden, maka peneliti mohon kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk menandatangani lembar persetujuan.

 Bukittinggi, Januari 2016

 Peneliti

 Susi Amelia

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa S1 Keperawatan Stikes Perintis Bukittinggi yang berjudul “FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN STROKE TERHADAP DIET DIABETES MELLITUS DI POLIKLINIK NEOROLOGI RSSN BUKITTINGGI TAHUN 2016”.

Demikianlah pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bukittinggi, Januari 2016

Responden

 ( )

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS**

 **SUMATERA BARAT JURUSAN KEPERAWATAN**

**Kuesioner Penelitian**

Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan

 Pasien Stroke Terhadap Diet Diabetes Mellitus di Poliklinik

Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016

Bapak/Ibu/Saudara saya Susi Amelia mahasiswi sekolah tinggi ilmu kesehatan perintis sumatera barat jurusan keperawatan semester akhir sedang dalam proses penyusunan skripsi. Skrisi saya berjudul Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Stroke Terhadap Diet Diabetes Mellitus di Poli Klinik Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2015. Berkaitan dengan judul tersebut, saya mengharapkan bantuan Bapak/Ibu/saudara untuk mengisi kuesioner penelitian saya tersebut.

 Atas kesedian Bapak/Ibu/Saudara untuk terlibat dalam penelitian ini, saya ucapkan terimakasih.

 **SUSI AMELIA**

 **14103084105064**

**Lembar Kuesioner Penelitian**

**Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Stroke Terhadap Diet Diabetes Mellitus di Poliklinik Neorologi**

**Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi 2016**

1. **IDENTITAS RESPONDEN**

No Responden :

Nama Inisial :

Umur :

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Bacalah setiap soal pertanyaan dan jawaban secara seksama dan teliti
2. Berilah tanda ceklis/centang (√) pada jawaban yang dianggap tepat dan benar
3. Kuesioner yang telah diisi lengkap mohon dikembalikan kepada peneliti
4. Terimakasih dan selamat mengisi
5. **PENGETAHUAN**

**Petunjuk** : Jawablah Pertanyaan di bawah ini dengan cara melingkari pada butir pilihan jawaban nomor 1 dan 2 yang Bapak/Ibu/Saudara ketahui sebagai jawaban benar ( jawaban boleh lebih dari Satu ).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pernyataan** | **Benar** | **Salah** | **Kode** |
| **1** | Diet Diabetes Mellitus adalah pengaturan pola makanan bagi penderita DM berdasarkan jumlah, jenis, dan jadwal pemberian makanan |  |  |  |
| **2** | Pengaturan pola makan /diet DM merupakan salah satu kunci keberhasilan dari penatalaksanaan penyakit DM |  |  |  |
| **3** | Jadwal makan Pagi bagi penderita DM adalah jam 10.00 Wib |  |  |  |
| **4** | Total kalori untuk makan pagi pada penderita DM adala 10% |  |  |  |
| **5** | Standar diet DM 2100 sampai dengan 2500 kalori adalah untuk penderita DM kurus. |  |  |  |
| **6** | Standar diet DM 1100 kalori sampai dengan 1500 kalori adalah untuk penderita DM yang gemuk |  |  |  |
| **7** | Standar diet DM 1700 kalori sampai dengan 1900 kalori adalah untuk penderita DM yang berat badan normal |  |  |  |
| **8** | Total kalori untuk makan siang pada penderita DM adala 30% |  |  |  |
| **9** | Penderita DM harus menghindari makanan dari karbohidrat sederhana seperti gula pasir, madu, sirup, cake, permen, minuman ringan, selai. |  |  |  |
| **10** | Penderita DM boleh memakan jeroan, kuning telor, lemak daging, otak, durian, susu *full cream* |  |  |  |
| **11** | Penderita DM boleh memakan makanan berpengawet, ikan asin, telor asin, abon dan kecap |  |  |  |
| **12** | Penderita DM harus menghindari memakan santan/kelapa, mentega, keju, krim, dan margarin |  |  |  |

1. **Sikap**

**Petunjuk** : Jawablah Pertanyaan di bawah ini dengan cara memberi tanda

 ( **√** ) pada butir pilihan jawaban nomor 1 dan 2 yang Bapak/Ibu/Saudara anggap paling tepat .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pernyataan** | **Dilakukan****(1)** | **Tidak dilakukan****(2)** | **Kode** |
| 1 | Saya makan pagi jam 07.00 Wib |  |  |  |
| 2 | Saya makan siang jam 13.00 Wib |  |  |  |
| 3 | Saya makan malam jam 19.00 Wib |  |  |  |
| 4 | Saya akan memakan makanan selingan pada jam 10.00, 16.00, dan jam 21.00 Wib |  |  |  |
| 5 | Total kalori waktu makan pagi saya adalah 20% kalori |  |  |  |
| 6 | Total kalori waktu makan siang saya adalah 30% kalori |  |  |  |
| 7 | Total kalori waktu makan malam saya adalah 20% kalori |  |  |  |
| 8 | Saya akan menghidari memakan dari sumber karbo hidrat sedaerhana seperti gula pasir, madu, sirup, cake, permen, minuman ringan, selai |  |  |  |
| 9 | Saya akan menghindari memakan makanan dari sumber lemak jenuh dan trans seperti jeroan, kuning telor, lemak daging, otak, durian, susu *full cream* |  |  |  |
| 10 | Saya akan menghindari memakan makanan mengandung natrium tinggi dan berpengawet, seperti ikan asin, telor asin, abon dan kecap |  |  |  |

1. **DUKUNGAN KELUARGA**

**Petunjuk** : Jawablah Pertanyaan di bawah ini dengan cara memberi tanda

( **√** ) pada butir pilihan jawaban nomor 1, 2, 3 dan 4 yang Bapak/Ibu/Saudara anggap paling tepat .

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Tidak Pernah****( 1 )** | **Jarang****( 2 )** | **Kadang-kadang****( 3 )** | **Selalu****( 4 )** | **Kode** |
| 1 | Apakah anggota keluarga (Bapak/Ibu sendiri) menyediakan makanan sesuai diet |  |  |  |  |  |
| 2 | Apakah anggota keluarga mengawasi jadwal makan Bapak/Ibu |  |  |  |  |  |
| 3 | Apakah anggota keluarga memberikan dorongan kepada Bapak/Ibu untuk makanan sesuai anjuran diet yang di jalankan |  |  |  |  |  |
| 4 | Apakah anggota keluarga menganjurkan Bapak/Ibu untuk mengurangi makanan yang mengandung gula dalam jumlah yang banyak |  |  |  |  |  |
| 5 | Apakah anggota keluarga mengingatkan Bapak/ibu untuk tidak memakan makanan tinggi kolesterol |  |  |  |  |  |
| 6 | Apakah anggota keluarga mengingatkan Bapak/ibu untuk memakan sayur dan buah sesuai anjuran |  |  |  |  |  |
| 7 | Apakah anggota keluarga menyediakan makanan pagi setiap jam 07.00 Wib? |  |  |  |  |  |
| 8 | Apakah anggota keluarga menyediakan makanan siang setiap jam 14.00 Wib? |  |  |  |  |  |
| 9 | Apakah anggota keluarga menyediakan makanan malam setiap jam 19.00 Wib? |  |  |  |  |  |
| 10 | Apakah anggota keluarga bapak/ibu meyediakan makanan selingan pada jam 10.00, 16.00, dan jam 21.00 Wib |  |  |  |  |  |

1. **Tingkat Kepatuhan**

**Petunjuk** : Jawablah Pertanyaan di bawah ini dengan cara memberi tanda

( **√** ) pada butir pilihan jawaban nomor 1 dan 2 yang Bapak/Ibu/Saudara anggap paling tepat .

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pertanyaan** | **Dilakukan****(1)** | **Tidak dilakukan****(2)** | **Kode** |
| 1 | Saya makan tepat waktu sesuai jadwal program diet yang sudah ditentukan |  |  |  |
| 2 | Saya makan makanan yang sesuai anjuran ahli gizi dan tim kesehatan lainnya |  |  |  |
| 3 | Saya selalu menghindari makanan/minuman sirup, sari buah dan gula |  |  |  |
| 4 | Saya selalu membatasi memakan sayuran mengandung karbohidrat tinggi seperti buncis, wortel, kacang panjang, daun sinkong dan bayam |  |  |  |
| 5 | Saya selalu membatasi memakan buah-buahan berkalori tinggi seperti nanas, anggur, mangga, pisang, sirsak dan alpukat. |  |  |  |
| 6 | Saya selalu menghindari makanan Yang banyak mengandung minyak/tinggi lemak seperti makanan siap saji, gorengan, usus dan hati |  |  |  |
| 7 | Saya selalu memilih sayuran rendah kalori seperti ketimun, labu siam, lobak, selada air, jamur kuping dan tomat. |  |  |  |
| 8 | Saya memakai gula pengganti seperti gula jagung pada saat ingin mengkosumsi makanan dan minuman yang manis |  |  |  |
| 9 | Saya selalu menghindari makan makanan yang asin-asin |  |  |  |
| 10 | Saya selalu melakukan variasi makanan pada jadwal diet makan saya agar tidak terjadi kebosanan |  |  |  |