

**DETERMINAN KETIDAKPATUHAN DIET
PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE 2**

(Studi Kualitatif di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang)

Artikel Penelitian

disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
studi pada Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro



disusun oleh:

BANU HANIFAH AL TERA

G2C 007 014

PROGRAM STUDI ILMU GIZI FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG

2011

**DETERMINAN KETIDAKPATUHAN DIET
PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE 2**
(Studi kualitatif di wilayah kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang)

Banu Hanifah Al Tera¹, Etika Ratna Noer²

Abstrak

Latar belakang: Ketidakpatuhan pasien dalam perencanaan makan merupakan salah satu kendala dalam pengobatan Diabetes Melitus tipe 2 (DMT2). Data laporan WHO tahun 2003 menunjukkan kurang dari 50% pasien DM di negara berkembang mematuhi pengaturan makan yang diberikan. Perilaku terkait kepatuhan diet merupakan suatu hal yang spesifik dan berbeda antar individu sehingga diperlukan penelitian secara mendalam terhadap setiap responden penelitian.

Tujuan: Mengetahui faktor perilaku yang melatarbelakangi ketidakpatuhan diet penderita DMT2

Metode: Penelitian ini termasuk penelitian deskriptif dengan metode kualitatif. Teknik pengambilan responden secara *snowball sampling* sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Triangulasi sebagai *crosscheck* data dilakukan kepada keluarga atau teman responden serta petugas kesehatan.

Hasil: Hasil penelitian terhadap 13 responden menunjukkan bahwa belum ada responden yang

melakukan pengaturan makan sesuai jumlah energi, jenis makanan, dan jadwal makan yang dianjurkan. Faktor predisposisi ketidakpatuhan diet penderita DMT2 adalah kurang pengetahuan mengenai diet DMT2, kurang kepercayaan terhadap efektivitas diet, dan persepsi yang salah terhadap keseriusan penyakit yakni dengan anggapan bahwa DMT2 yang diderita merupakan *DM kering* yang tidak mempunyai risiko komplikasi. Faktor pemungkin ketidakpatuhan diet penderita DMT2 adalah kurang ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas edukasi dan konseling gizi. Faktor penguat ketidakpatuhan diet penderita DMT2 adalah anjuran teman untuk mengonsumsi berbagai macam makanan fungsional, kurangnya dukungan keluarga dan kurangnya dukungan edukasi dan konseling dari petugas kesehatan.

Kesimpulan: determinan ketidakpatuhan diet penderita DMT2 adalah kurangnya dukungan

edukasi dan konseling dari petugas kesehatan.

Kata kunci: ketidakpatuhan diet, diabetes melitus tipe 2, kualitatif,

-
1. Mahasiswa, Program Studi Ilmu gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang
 2. Dosen, Program Studi Ilmu gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang

**DIET NONCOMPLIANCE DETERMINANT
OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS SUFFERER**
(Qualitative study in Puskesmas Srandol Semarang's work area)

Banu Hanifah Al Tera¹, Etika Ratna Noer²

Abstract

Background: Noncompliance diet is the one problem for Type 2 Diabetes Mellitus treatment. WHO showed that 50% patient in developed countries disobeying diet plan. Specific and different noncompliance diet behavior from each individual needs further and deep research in each research subject.

Objective: to explore behavior factors that influence diet noncompliance of Type 2 Diabetes Mellitus.

Method: this is a descriptive research used qualitative method. Respondent recruited by using purposive sampling appropriated with inclusion and exclusion criteria. Data collected by using in depth interview and observation. Triangulation to crosscheck data validity collected from family, friends, and health provider.

Result: all respondent can not apply diet recommendations of food amount, kinds, and schedule. Predisposition factor of diet noncompliance are less knowledge about diet, less diet effectiveness belief, inappropriate perception of DM seriousness by thinking that *DM kering* have low risk of complication. Enabling factors are less availability and achievement of nutrition education and counseling facilities. Reinforcing factors are functional food recommendation from friends, less family support, and less education and counseling from health provider.

Conclusion: diet noncompliance determinant of Type 2 Diabetes Mellitus are less education and counseling about diet from health provider.

Key word: diet noncompliance, Type 2 Diabetes Mellitus, qualitative

-
1. Student, Nutritional Science Study Program, Medical Faculty, Diponegoro University, Semarang
 2. Lecture, Nutritional Science Study Program, Medical Faculty, Diponegoro University, Semarang

PENDAHULUAN

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit degeneratif kronis yang semakin meningkat prevalensinya di masa mendatang.¹ Indonesia menempati peringkat keempat negara dengan penderita DM terbanyak di dunia.^{2,3} *World Health Organization* (WHO) memprediksi kenaikan jumlah pasien di Indonesia dari 8.4 juta pada tahun 2000 menjadi 21.3 juta pada tahun 2030.⁴ Kasus Diabetes Melitus tipe 2 (DMT2) sebagai kasus yang paling banyak dijumpai mempunyai

latar belakang berupa genetik, resistensi insulin, dan insufisiensi sel beta pankreas dalam memproduksi insulin.^{5,6} Salah satu faktor penyebab tingginya prevalensi DMT2 adalah pola makan yang tidak sehat meliputi diet tinggi karbohidrat dan lemak, kebiasaan mengkonsumsi makanan siap saji dengan kandungan natrium tinggi, dan konsumsi makanan rendah serat.⁷

Empat pilar utama pengelolaan DMT2 adalah perencanaan makan, latihan jasmani, obat berkhasiat hipoglikemik, dan penyuluhan.⁸ Perencanaan makan merupakan komponen utama keberhasilan penatalaksanaan DMT2.⁹ Perencanaan makan bertujuan membantu penderita DMT2 memperbaiki kebiasaan makan sehingga dapat mengendalikan kadar glukosa, lemak, dan tekanan darah.^{4,8}

Keberhasilan perencanaan makan bergantung pada perilaku penderita DMT2 dalam menjalani anjuran makan yang diberikan. Ketidakpatuhan pasien dalam perencanaan makan merupakan salah satu kendala dalam pengobatan DMT2. Data laporan WHO tahun 2003 menunjukkan hanya 50% pasien DMT2 di negara maju mematuhi pengobatan yang diberikan.¹¹

Perilaku terkait kepatuhan diet merupakan suatu hal yang spesifik dan berbeda antar individu sehingga diperlukan penelitian secara mendalam terhadap setiap subjek penelitian.¹³ Green dan Kreuter mengajukan sebuah kerangka teori (teori Green) yang mempelajari mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku sehat seseorang mencakup faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat dimana tepat digunakan untuk meneliti perilaku kesehatan individu dengan penyakit kronik.^{13,14} Teori Green merupakan model yang tepat bagi penanganan pasien DMT2 karena terbukti dapat meningkatkan kepatuhan kontrol gula darah pasien.¹⁵

Puskesmas mempunyai peran penting dalam menunjang program pencegahan primer DM.¹⁶ Pada tahun 2009 Puskesmas Srandol mendapatkan 772 kunjungan pasien DMT2 dan mengalami peningkatan jumlah kunjungan pasien yang cukup signifikan pada tahun 2010 yakni sebesar 1787 kasus. Pada tahun 2010 Puskesmas Srandol menempati peringkat ketiga Puskesmas dengan jumlah kunjungan pasien DMT2 terbanyak di Kota Semarang. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti mendapatkan pertanyaan penelitian yakni apa determinan ketidakpatuhan diet penderita DMT2 di wilayah kerja Puskesmas Srandol kota Semarang? Penelitian ini bertujuan meneliti faktor perilaku yang melatarbelakangi ketidakpatuhan diet penderita DMT2 sebagai suatu bentuk perilaku kesehatan menggunakan kerangka teori Green.

METODE PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Srandol kota Semarang pada bulan Mei - Juni 2011. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan dengan metode kualitatif.¹⁷⁻¹⁹ Metode kualitatif dipilih untuk menggali lebih jauh mengenai gambaran kepatuhan diet dan faktor perilaku yang melatarbelakangi ketidakpatuhan diet tersebut sebagai langkah awal untuk penelitian selanjutnya.

Pengambilan responden dilakukan dengan metode *purposive sampling* sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi yang ditetapkan adalah pasien DMT2 yang berobat atau memeriksakan gula darah di Puskesmas Srandol, dapat berkomunikasi dengan baik, dan bersedia menjadi responden penelitian dengan mengisi *informed consent*. Sedangkan kriteria eksklusi adalah responden meninggal pada saat proses penelitian, dan memutuskan untuk berhenti menjadi partisipan pada saat proses penelitian. Triangulasi data dilakukan kepada keluarga atau teman responden serta petugas kesehatan. Keluarga yang dapat menjadi responden meliputi orang tua, anak, suami, istri atau saudara lain sedangkan teman dapat meliputi teman kerja atau teman bergaul. Kriteria responden untuk triangulasi data adalah dekat atau tinggal serumah dengan responden (untuk keluarga atau teman responden), mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia diwawancarai dengan mengisi *informed consent*.

Pemilihan responden dimulai dengan pencarian data penderita DMT2 yang

pernah berobat atau memeriksakan gula darah di Puskesmas Sronдол. Berdasarkan perkembangan responden di lapangan peneliti mendapat 15 responden namun dua diantaranya *drop out* karena responden menolak diwawancarai pada pertemuan berikutnya, sehingga total responden penelitian adalah 13 responden. Triangulasi data diperoleh dari 13 keluarga terdekat responden dan lima tenaga kesehatan. Responden tenaga kesehatan diperoleh dari satu ahli gizi, satu dokter, satu perawat senior, satu tenaga laboratorium, serta satu orang kader Posyandu Lansia. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan diet penderita DM yang dilihat dari pola makan responden meliputi jumlah energi, jenis makanan, dan jadwal makan. Jumlah total asupan energi perhari responden diperoleh melalui *recall 24* jam kemudian dikonversi dari ukuran rumah tangga (URT) ke dalam ukuran gram perhari dan dibandingkan dengan kecukupan energi individu yang dianjurkan perhari yang dihitung menggunakan rumus *Brocca*.^{4,20} Jenis makanan responden selama satu bulan terakhir diperoleh dengan menggunakan instrumen *Food Frequency Semi Qualitative* (FFSQ) kemudian dibandingkan dengan anjuran jenis makanan menurut Perkeni tahun 2006.⁴ Jadwal makan diperoleh melalui *recall 24* jam kemudian dibandingkan dengan standar Perkeni 2006. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor predisposisi (pengetahuan, kepercayaan, motivasi), faktor pemungkin (ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan), dan faktor penguat (teman, keluarga, dan petugas kesehatan). Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam (*in depth interview*).¹⁷⁻¹⁹ Wawancara mendalam dilakukan minimal tiga kali untuk setiap responden penelitian. Data yang dikumpulkan antara lain data identitas subjek meliputi nama, alamat, umur, pendidikan, pekerjaan, tempat berobat, hubungan dengan responden (khusus untuk responden triangulasi data), data *recall 24* jam, data FFSQ, dan data wawancara mendalam dengan responden.

Alat yang digunakan untuk pengambilan data adalah peneliti sendiri dengan bantuan pedoman wawancara semiterstruktur, alat perekam suara, catatan lapangan, formulir *recall 24* jam, dan formulir FFSQ. Analisis data yang digunakan adalah analisis data kualitatif dan dalam penyajiannya berdasarkan dari

data yang terkumpul kemudian disimpulkan. Data kualitatif diolah sesuai variabel yang tercakup dalam penelitian dengan metode induksi.¹⁷⁻¹⁹

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran umum wilayah penelitian

Puskesmas Spondol terletak di Kelurahan Spondol Kecamatan Banyumanik

Semarang Selatan. Puskesmas ini terletak di tepi jalan utama sehingga memudahkan jangkauan oleh pasien untuk berobat. Wilayah kerja Puskesmas ini mencakup kelurahan Spondol Kulon, Spondol Wetan, serta Banyumanik.

Puskesmas ini memiliki empat dokter umum, empat perawat, tujuh bidan, dan hanya satu ahli gizi. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas ini berkisar

40.528 jiwa yang terdiri dari 19.772 penduduk laki-laki dan 20.486 penduduk perempuan.

Tabel 1. Sarana pelayanan kesehatan Puskesmas Spondol

Sarana pelayanan kesehatan	Jumlah
Kelurahan siaga	3 buah
Forum Kesehatan Desa (FKD)	3 buah
Bidan FKD	3 orang
Posyandu balita	38 buah
Posyandu lansia	24 buah

Program pelayanan yang dilakukan oleh Puskesmas Spondol antara lain Balai pengobatan, Kesehatan ibu dan anak, Imunisasi, Gigi, Gizi, Lansia, Perkesmas, UKS/UKGS, Pemberantasan Penyakit Menular, Kesehatan lingkungan, Laboratorium sederhana, dan Kesehatan jiwa.

Puskesmas Spondol menempati peringkat ketiga Puskesmas dengan kunjungan penderita DM terbanyak di kota Semarang. Pada tahun 2009 Puskesmas Spondol mendapatkan 772 kunjungan pasien DMT2 dan mengalami peningkatan jumlah kunjungan pasien yang cukup signifikan pada tahun 2010 yakni sebesar 1787 kasus. Puskesmas Spondol memiliki satu wilayah dengan angka kejadian DMT2 tertinggi yaitu RW 8 Spondol kulon. Hasil wawancara dengan petugas Puskesmas menunjukkan bahwa dalam wilayah tersebut terdaftar lebih dari 15 responden.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Tabel 2. Karakteristik responden penelitian

Karakteristik responden	Jumlah (n=13)
1. Jenis kelamin	
- Laki-laki	6
- Perempuan	7
2. Usia (tahun)	
- <45	1
- 45-59	10
- 60-70	2
3. Pekerjaan	
- ibu rumah tangga	7
- tidak bekerja	4
- buruh	2
4. Tingkat pendidikan	
- tidak sekolah	2
- tamat SD	3
- tamat SMP	4
- tamat SMA	3
- tamat PT	1
5. Lama menderita DM2 (tahun)	
- < 2	1
- 2 - 7	10
- > 7	2
6. Status gizi (kg/m ²)	
- kurang	3
- normal	9
- lebih	1

Berdasarkan tabel.1 didapatkan proporsi lelaki (6 orang) hampir sama dengan perempuan (7 orang). Jenis kelamin mempunyai hubungan dengan kepatuhan pengaturan makan penderita DM. Laki-laki cenderung mengkonsumsi makanan lebih banyak sehingga kepatuhan diet pada laki-laki cenderung lebih rendah.¹¹

Umur responden penelitian berada antara 42-64 tahun dengan penderita terbanyak berada pada rentang 45-59 tahun. Rentang usia tersebut termasuk ke dalam rentang usia produktif sehingga diharapkan masih dapat menerima dan melaksanakan anjuran yang diberikan.²⁰ Umur juga mempunyai pengaruh terhadap kepatuhan dalam menerapkan terapi nonfarmakologi berupa aktivitas fisik. Pasien dengan umur lebih muda lebih banyak melakukan aktivitas fisik daripada pasien yang lebih tua. Sedangkan orang dewasa tua lebih mematuhi pengobatan farmakologik daripada dewasa muda.²¹

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden bervariasi. Sebagian besar responden (9 orang) tidak lulus SMP dan dua orang diantaranya tidak bersekolah. Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin sulit untuk menerima informasi yang diberikan. Tingkat pendidikan rendah mempunyai hubungan dengan rendahnya kepatuhan dan tingginya kematian terkait DM.²²

Jangka waktu responden menderita DM terlama adalah 12 tahun dan paling baru adalah tiga bulan. Jangka waktu menderita suatu penyakit dapat menurunkan kepatuhan terhadap kepatuhan pengobatan.^{11,21} Berdasarkan hasil wawancara ada satu responden yang tidak mengatur makan karena frustrasi.

Kotak. 1

“...wah, saya tu ndak ngatur makan mbak, ya dulu ngatur selama 5 tahunan lah, apa-apa dicoba, lha tapi bayangin aja mbak, udah 12 tahun, ndak ada hasilnya apa-apa, ya istilahnya sudah frustrasi mbak, jadi ya habis itu saya makannya ya biasa lagi...”

R.12,57 tahun

Pernyataan responden tersebut sesuai dengan hasil penelitian Glasgow et al yang menunjukkan bahwa pasien dengan jangka waktu menderita DMT2 lebih lama akan cenderung mengkonsumsi makanan yang tidak tepat, mengkonsumsi makanan tinggi lemak, dan lebih tidak mengikuti aturan diet yang diberikan.^{11,22}

KEPATUHAN DIET PENDERITA DMT2

Kepatuhan diet penderita DMT2 sebagai bentuk perilaku kesehatan merupakan ketaatan dan keaktifan penderita DMT2 terhadap aturan makan yang diberikan. Pola makan penderita DMT2 meliputi jumlah energi, jenis makanan, dan jadwal makan.

Tabel 3. Asupan makan responden

Asupan	Kecukupan	Kategori ⁴	Jumlah Responden (n=13)
Energi	<70%	Defisit tingkat berat	8
	70-79%	Defisit tingkat sedang	3
	80-89%	Defisit tingkat rendah	2
	90-119%	Normal	-
Karbohidrat	<45%	Kurang	-
	45-65%	Normal	11
	>65%	Lebih	2
Serat	<20 gr/hari	Kurang	12
	20-35 gr/hari	Cukup	1
	>35 gr/hari	Lebih	-
Protein	<15%	Kurang	-
	15-20%	Cukup	12
	>20%	Lebih	1
Lemak	<20%	Kurang	5
	20-25%	Cukup	5
	>25%	Lebih	3

1. Jumlah energi

Hasil *recall* 24 jam terhadap responden menunjukkan bahwa belum ada

responden yang mampu mencukupi kecukupan asupan total energi perhari. Sebagian besar responden (8 orang) tergolong memiliki defisit asupan energi tingkat berat. Asupan paling rendah responden adalah 43% dari kecukupan energi individu. Kecukupan asupan energi dalam sehari dapat mempertahankan berat badan normal, meningkatkan status gizi penderita DMT2, serta mencegah penurunan berat badan lebih lanjut.²³

Berdasarkan hasil wawancara, seluruh responden mengalami penurunan berat badan antara 7-40% dari berat badan sebelum menderita DMT2 dan tiga responden diantaranya memiliki status gizi kurang. Sebagian responden (6 responden) sampai saat ini masih merasakan terjadinya penurunan berat badan. Penurunan berat badan yang dilakukan pada pasien dengan kelebihan

berat badan dapat membantu kontrol glukosa darah.^{6,25} Namun apabila

penurunan berat badan berlanjut maka akan meningkatkan risiko pasien untuk mengalami gizi kurang. Status gizi kurang akan menurunkan sistem kekebalan tubuh sehingga penderita DMT2 lebih rentan terhadap infeksi dan meningkatkan risiko komplikasi.²⁶

2. Jenis makanan

a. Sumber karbohidrat

Jumlah asupan total karbohidrat pada penderita DM tidak boleh melebihi 45-65% dari total asupan energi.⁴ Rerata asupan karbohidrat responden berkisar antara 51.5-70.1% perhari. Hanya ada dua responden mengkonsumsi dalam jumlah lebih.

Berdasarkan hasil penelitian seluruh responden menggunakan nasi beras giling putih sebagai makanan pokok dengan rata-rata konsumsi 2-3 kali sehari. Hanya satu responden yang mengkonsumsi nasi merah tiga kali sehari sebagai campuran nasi putih. Responden memilih nasi merah karena anjuran dari teman yang menyatakan bahwa nasi merah tersebut dapat menurunkan gula darah. Penelitian oleh Oki et al menunjukkan bahwa beras merah mengandung metabolit antosianin dan proantosianidin yang berfungsi sebagai antioksidan.^{27,28} Penelitian lain oleh Takikawa menunjukkan bahwa antioksidan antosianin dapat menurunkan kadar gula darah dengan meningkatkan sekresi insulin oleh pankreas.²⁹

Sejumlah lima responden mengkonsumsi gula murni (sukrosa) satu kali sehari dan tiga responden mengkonsumsi gula murni lebih dari dua kali sehari dengan jumlah 15-20g tiap sajian. Sejumlah enam responden lainnya sama sekali tidak mengkonsumsi gula murni karena menganggap gula murni merupakan pantangan bagi penderita DM. Sebagian kecil responden (3 responden) pernah menggunakan pemanis buatan. Akan tetapi seluruh responden berhenti menggunakan karena menganggap rasa pemanis buatan tersebut tidak terlalu enak. Ada satu responden yang mengkonsumsi makanan yang berasal dari gula dan sirup dengan frekuensi lebih dari tiga kali sehari. Hal tersebut dikarenakan responden tidak mau minum apabila tidak terasa manis. Selain itu responden percaya bahwa gula darah dapat dikontrol hanya dengan obat tanpa pengaturan makan. Sukrosa boleh dikonsumsi oleh penderita DM namun jumlah total asupan tidak boleh melebihi 5% dari total asupan energi.⁴ Asupan sukrosa responden tersebut melebihi anjuran yaitu mencapai 20% dari total energi per hari sehingga dapat meningkatkan risiko hiperglikemi.⁴

Konsumsi serat responden berkisar antara 4.1-21.5 gr/hari.
Hasil

penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden belum dapat memenuhi anjuran asupan serat perhari. Hanya ada dua responden yang mengetahui pentingnya penambahan asupan serat yang berasal dari sayuran dan buah-buahan. Namun asupan serat responden tersebut tetap masih kurang dikarenakan sayuran dan buah-buahan tidak selalu tersedia dalam menu keluarga sehari-hari.

Kotak.2

“...kalau makan ya sayurnya ditambah mbak, ya tapi kalau makan ya seadanya yang disiapin ibu mbak, ya nggak mesti, kadang ada kadang ya nggak ada...”

R.2, 56 tahun

“...ya harusnya ditambah sayur sama buahnya mbak, lha tapi ya kalau di rumah nggak ada ya nggak makan, jarang masak sayur sih mbak...”

R.8. 53 tahun

Makanan tinggi serat mampu mengontrol glukosa darah dan mengurangi kebutuhan insulin.⁶ Makanan tinggi serat juga memberi rasa kenyang yang lebih lama tanpa menambah energi sehingga jarak waktu timbulnya rasa lapar semakin lama. Hal ini dapat membantu penderita DMT2 menurunkan berat badan dan mencegah kegemukan.²⁴ Anjuran asupan serat untuk penderita DMT2 sama dengan untuk orang normal yaitu 20-35 gr/hari dengan mengutamakan serat larut air.⁴ Hanya satu responden yang mengkonsumsi oat dan bekatul untuk sarapan setiap hari. Responden mengkonsumsi jenis makanan tersebut karena mendapat informasi dari anaknya bahwa makanan tersebut dapat mengendalikan kadar gula darah. Oat dan produk makanan yang mengandung oat β glukukan dapat menurunkan glukosa post prandial pada pasien DMT2.³⁰⁻³¹

Penelitian oleh Pamorita membuktikan bahwa bekatul dapat menurunkan kadar gula darah secara signifikan.³² Oat dan bekatul mengandung serat larut air yang memperlambat absorpsi glukosa dalam lambung dan mempertahankan kadar gula darah.³³

Sayuran yang paling sering dikonsumsi oleh responden adalah bayam yakni lebih dari dua kali per minggu. Sedangkan jenis sayuran lain

dikonsumsi dengan frekuensi rata-rata sekali seminggu. Ada satu

responden yang hanya mau mengonsumsi kol karena responden beranggapan bahwa semua sayur dapat meningkatkan kadar asam urat. Semua jenis sayuran boleh dikonsumsi oleh penderita asam urat karena tidak mempunyai kaitan dengan meningkatnya kadar asam urat darah.²⁵ Sebagian kecil responden (3 orang) mengonsumsi produk makanan fungsional merk “K” dengan frekuensi 1-2 kali sehari. Alasannya karena anjuran teman yang berhasil menurunkan gula setelah mengonsumsi produk tersebut. Klaim produk tersebut adalah satu takar produk (30 ml) setara dengan konsumsi 1 kg sayur. Produk tersebut belum terbukti secara klinis dapat menurunkan kadar gula darah dan mengandung zat gizi setara dengan 1 kg sayur. Responden merasakan bahwa responden tidak merasa lapar bahkan meninggalkan jadwal makan apabila telah mengonsumsi produk tersebut. Sehingga risiko hipoglikemi responden dapat meningkat karena kurangnya asupan makanan dan jadwal makan tidak teratur.

Buah yang paling banyak dikonsumsi responden adalah buah pisang. Sebagian besar responden (8 orang) mengonsumsi buah pisang dengan frekuensi antara 3-4 kali seminggu. Jenis pisang yang dikonsumsi adalah pisang kepok, pisang susu, dan hanya dua responden yang mengonsumsi pisang ambon. Alasan responden mengonsumsi buah pisang adalah karena buah tersebut mudah didapat dan harganya terjangkau. Buah mengandung banyak vitamin dan serat yang baik untuk dikonsumsi penderita DM. Buah yang dianjurkan adalah buah yang berasa tidak terlalu manis seperti melon, pepaya, semangka, apel dan sebagainya karena memiliki kandungan fruktosa yang cukup rendah. Kelebihan konsumsi fruktosa akan mengganggu kadar kolesterol dan LDL darah penderita DMT2.²⁴

b. Sumber protein

Anjuran konsumsi protein dalam satu hari pada penderita DMT2

adalah 15-20% dari total kalori.⁴ Rendahnya aktivitas insulin pada pasien

DMT2 akan menghambat sintesis protein.²⁴ Oleh karena itu kecukupan

asupan protein dibutuhkan untuk mempertahankan sintesis protein. Asupan protein responden perhari berkisar antara 12.5-21.0% dengan konsumsi utamaberasal dari protein nabati.

Seluruh responden mengkonsumsi sumber protein nabati berupa tempe dan tahu dengan frekuensi hampir setiap hari. Alasan konsumsi protein nabati tersebut adalah karena harga yang terjangkau dan mudah didapat.

Sebanyak 50% dari asupan protein penderita DMT2 dianjurkan

berasal dari sumber protein hewani.²⁴ Sumber protein hewani utama seluruh responden berasal dari telur ayam dan daging ayam dengan frekuensi 1-2 kali perminggu. Responden jarang mengkonsumsi sumber protein hewani lainnya seperti daging kambing dan daging sapi. Alasannya adalah harga makanan tersebut tidak terjangkau. Responden hanya memakan makanan tersebut apabila pergi ke acara tertentu. Jenis ikan yang paling banyak dikonsumsi adalah jenis ikan asin kering, lele, dan mangut karena ikan tersebut murah dan mudah didapat. Namun frekuensi konsumsi ikan ini juga sangat jarang (1 kali per minggu) karena sebagian besar responden tidak menyukai ikan.

c. Sumber lemak

Asupan lemak responden perhari berkisar antara 14.9-27.7%. Anjuran asupan lemak perhari pada penderita DMT2 adalah 20-25% dari total energi.⁴ Sumber asupan lemak utama responden berasal dari minyak goreng dan santan. Minyak goreng merupakan sumber lemak jenuh yang memerlukan pembatasan jumlah asupan kurang dari 7% total energi perhari. Sumber utama minyak goreng responden adalah konsumsi gorengan dengan frekuensi hampir setiap hari. Selain itu, cara pemasakan dengan cara digoreng dan ditumis juga mendominasi menu masakan responden. Pemberian edukasi mengenai cara pemasakan dan pemilihan jenis makanan sumber lemak perlu dilakukan.

3. Jadwal makan

Tabel.3 Jadwal makan responden

Jadwal makan	Jumlah responden
<3 kali makan utama	7
3 kali makan utama	5
>3 kali makan utama	1
Total	13

Prinsip dasar pengaturan jadwal makan penderita DMT2 adalah tiga kali makanan utama dan tiga kali makanan selingan yang diberikan dalam interval kurang lebih tiga jam.⁴ Berdasarkan prinsip tersebut maka belum ada responden yang menerapkan jadwal makan sesuai anjuran. Sebagian kecil responden (2 orang) tidak pernah sarapan dan tidak mengetahui pentingnya sarapan bagi penderita DMT2. Seluruh responden jarang mengkonsumsi selingan diantara waktu makan, bahkan beberapa sengaja tidak mencantumkan selingan karena menganggap bahwa mengurangi makan berarti tanpa mencantumkan selingan.

Sebagian besar responden (8 orang) mengkonsumsi obat hipoglikemik golongan sulfonilurea yang mempunyai waktu paruh 6-7 jam dan seharusnya dikonsumsi 15-30 menit sebelum makan.³⁴ Apabila konsumsi obat tersebut tidak diikuti pengaturan jadwal makan maka akan meningkatkan risiko terjadinya hipoglikemi.³⁴

Ada satu responden makan makanan utama lebih dari tiga kali sehari disertai selingan berupa makanan ringan seperti keripik. Alasan makan dengan jumlah besar dan frekuensi sering tersebut adalah responden beranggapan bahwa apabila badan lemas berarti membutuhkan asupan makanan. Responden tersebut merasakan badan lemas setelah makan sehingga semakin menambah jumlah asupan makanan. Keadaan lemas pada penderita DMT2 dapat disebabkan meningkatnya kadar gula darah karena terjadi hiperglikemi sehingga responden seharusnya mengurangi jumlah dan frekuensi makan.⁵

Kotak.2

“...Kalau sehari saya makannya nggak mesti mbak, pokoknya bisa 4-5 kali, lha kan setahu saya kalau lemes kan kurang makan ya saya makan trus mbak...”

R.4, 56 tahun

A. Faktor Predisposisi Ketidapatuhan Diet Penderita DMT2

Faktor predisposisi merupakan faktor dalam diri seseorang yang memudahkan orang tersebut untuk melakukan suatu perilaku kesehatan.¹⁴ Faktor predisposisi yang diteliti terdiri dari pengetahuan, kepercayaan, dan motivasi yang melatarbelakangi kepatuhan diet responden.

A. Pengetahuan responden

Pengetahuan responden dilihat dari beberapa aspek meliputi pengetahuan responden mengenai pengertian, tanda, penyebab, pengelolaan, dan pengaturan makan pada DMT2.

1. Pengetahuan responden mengenai pengertian DMT2

Berkaitan dengan pengertian DM seluruh responden menyatakan bahwa DM berkaitan dengan gula darah.

Kotak.3

“...diabetes itu ya penyakit karena gula darahnya naik mbak, normalnya kurang tahu mbak...”

R.2,56 tahun

“...diabetes itu ya penyakit yang gula darahnya naik mbak, normalnya kurang lebih 100an bukan...”

R.5, 64 tahun

Berkaitan dengan pengertian tersebut, sebagian besar responden (9

orang) tidak mengetahui lebih jauh mengenai kadar gula darah normal. Sejumlah tiga responden menyatakan kadar gula darah normal dengan kurang dari 100mg/dl dan satu responden menjawab kurang dari 200mg/dl. Kadar gula darah sewaktu normal adalah <100mg/dl untuk

plasma vena dan <90mg/dl untuk kapiler.⁴ Pengetahuan responden mengenai DMT2 dikaitkan dengan tingkatan pengetahuan menurut Notoadmodjo berada pada tingkatan “tahu” yakni hanya mengetahui

mengenai pengertian penyakit DMT2 sebatas pada hubungannya dengan

kadar gula darah tanpa mengetahui lebih jauh mengenai kadar gula darah normal.¹³

Seluruh responden hanya mengetahui bahwa mereka terkena DM tanpa mengetahui jenis DM yang diderita. Kurangnya pengetahuan responden dapat disebabkan karena kurangnya paparan informasi dari petugas kesehatan maupun media massa. *American Diabetes Association/ World Health Organization* (ADA/WHO) membagi DM menjadi empat tipe berdasarkan penyebab dan proses penyakitnya yakni DM Tipe 1, DM Tipe 2, DM saat kehamilan, dan DM tipe spesifik lain.^{9,35}

Kotak.4

“...kalau gula saya tu gula kering mbak, kalau luka langsung kering, cepet sembuhnya, tahunya ya dari tetangga itu mbak...”

R.4, 56 tahun

„...Lha saya tu gulanya gula kering mbak, Maksudnya gula kering tu ya kalau luka biasanya jadi kayak bu X (R.1) itu ya, lha saya tu kalau luka cepet sembuh, nggak mbekas, nggak bosok lah mbak, lha itu namanya gula kering...”

R.6, 53 tahun

Sejumlah enam responden menganggap bahwa DM yang diderita adalah *DM kering*. Persepsi responden mengenai *DM kering* adalah DM yang apabila terkena luka akan cepat sembuh (kering). Persepsi tersebut didapat dari tetangga dan teman responden. Pada prinsipnya semua luka yang dialami oleh penderita DM akan sulit sembuh apabila gula darah tidak terkontrol dan telah terjadi komplikasi pada sistem saraf dan pembuluh darah.²³

Hasil pengamatan dan wawancara menunjukkan bahwa seluruh responden menderita DMT2 dengan ditandai gejala yang muncul dan ketidakgantungan pada terapi insulin. Sebelum mengetahui menderita DM, ada satu responden yang mengalami DM gestasional dengan ditandai dengan melahirkan bayi lebih dari 4 kg.³⁶ Namun responden merasa bangga dengan hal tersebut dan tidak menganggap hal tersebut sebagai faktor risiko DMT2.

Kotak.5

“...Anak saya yang terakhir itu dulu lahirnya 4,5 kilo lebih mbak, sehat mbak, ya malah seneng banget wong anaknya gemuk begitu mbak, ya nggak bahaya lah...”

R.1, 45 tahun

2. Pengetahuan responden mengenai gejala DM

Kotak.6

“...tandanya ya berat badannya turun, trus lemes, sama pipis terus, pengen minum terus...”

R.1, 45 tahun

“...pokokny dulu kalau pas saya ke belakang air kencingnya kata istri saya dirubung semut mbak...”

R.11, 60 tahun

“...ya pokoknya kan katanya tambah kurus, nak tambah kurus tetangga bilang tu kena gula mbak...”

R.13, 50 tahun

Gejala klasik yang umum pada DMT2 adalah poliuria (banyak buang air kecil), polidipsia (cepat merasa haus), polifagia (cepat merasa lapar), penurunan berat badan, dan cepat merasa lelah (*fatigue*).^{6,35} Berkaitan dengan gejala DM tersebut sejumlah lima responden menyatakan dengan penurunan berat badan, tujuh responden menyatakan dengan rasa lemas, dua responden menyatakan minum terus menerus (polidipsi), empat responden menyatakan dengan buang air kecil terus menerus (poliuria), dan satu responden menyatakan dengan air kencing yang dikerumuni semut. Pengetahuan yang cukup mengenai gejala DMT2 akan memudahkan pasien untuk mengetahui gejala apabila gula darah tidak terkontrol.

Berdasarkan hasil pengamatan terdapat satu responden yang mengalami gatal-gatal di sekujur tubuh. Namun responden beranggapan bahwa hal tersebut merupakan reaksi alergi. Responden tetap tidak mau mengatur makan bahkan selalu mengkonsumsi makanan dan minuman manis setiap kali makan. Reaksi gatal-gatal dapat terjadi pada penderita DMT2 dengan kadar gula darah tinggi sehingga terjadi ketidaknormalan sirkulasi darah dan meningkatnya risiko kulit untuk terinfeksi bakteri atau

jamur.³⁶ Pengetahuan responden yang kurang mengenai penyebab gatal-

gatal tersebut meningkatkan risiko responden untuk terkena komplikasi lebih lanjut.

Kotak.7

“...nak saya tu bukan masalah gula melitus nya mbak, tapi ini badan saya tu gatelnya minta ampun mbak, tiap hari tu ya mesti minum apa ini mbak (CTM), kao nggak ya nggak bisa tidur, ini punggung saya sampai mbaret (luka) semua...”

R.9, 56 tahun

3. Pengetahuan responden mengenai penyebab DMT2

Pengetahuan responden mengenai penyebab penyakit DMT2 bervariasi. Sejumlah dua responden menyatakan penyebab DMT2 karena faktor keturunan. Kecenderungan responden menyatakan bahwa DMT2 berkaitan dengan keturunan disebabkan karena terdapat keluarga yang terkena penyakit yang sama dan informasi yang didapat dari teman responden.

Kotak.8

“...lha mungkin keturunan, mbah saya dulu kena tapi kan nggak tau ya mbak jaman dulu gula itu apa masih asing, kakak saya itu juga kena mbak...”

R.1, 45 tahun

Riwayat penyakit DMT2 keluarga memegang peranan penting dalam kejadian penyakit DMT2. Penyakit DMT2 akan berkembang 5-10 kali lebih tinggi pada saudara perempuan dan laki-laki serta anak perempuan dan laki-laki dengan riwayat DMT2 keluarga dibandingkan dengan responden dengan usia dan berat badan sama tetapi tanpa riwayat DMT2 keluarga.⁵

Selain disebabkan oleh keturunan, sejumlah empat responden menyebutkan bahwa penyakit yang diderita disebabkan karena pola makan. Responden tersebut mengkonsumsi makanan dalam porsi besar, banyak mengkonsumsi makanan manis, dan mengkonsumsi alkohol sebelum mengetahui mengidap DM.

Kotak.9

“...kalau katanya dokter gula itu mungkin dulu makannya nggak benar mbak, dulu kan pokok”e serabutan apa-apa dimakan,nasi itu bisa dua piring, saya kan dulu suka minum alkohol juga...”

R.2,58 tahun

“...gara-gara suka minum manis kayaknya mbak, kalau dulu tu tiap minum es teh bisa 5-6 kali sehari, sangking segernya ...”

R.3, 52 tahun

“...Kalo katane sih gara-gara makannya nggak benar mbak, ya gara-gara suka manis...”

R.6,53 tahun

Sebagian kecil responden (2 orang) memiliki riwayat mengkonsumsi alkohol lebih dari 3 kali seminggu. Penelitian oleh Linda menunjukkan bahwa terjadi peningkatan risiko DMT2 pada laki-laki usia pertengahan dengan asupan alkohol tinggi, namun asupan alkohol tingkat sedang tidak menambah risiko DMT2 pada laki-laki dan perempuan umur pertengahan.³⁷⁻³⁸ Namun setelah mengetahui terkena DM, responden tersebut menghentikan konsumsi alkohol karena takut akan memperparah penyakitnya.

Sebagian responden (4 orang) memiliki riwayat mengkonsumsi minuman manis dalam jumlah banyak.

Penelitian oleh Sculze menunjukkan adanya hubungan antara konsumsi minuman dengan gula sederhana dengan peningkatan risiko peningkatan berat badan dan risiko DMT2 pada wanita. Hal tersebut disebabkan kelebihan asupan energi karena gula tersebut dan partikel gula yang mudah terserap oleh tubuh.³⁹

Kotak.10

“...Nggak tahu mbak, tahu-tahu kena...”

R.13, 50 tahun

“...Stres mungkin mb...”

R.11, 52 tahun

Sejumlah lima responden menyatakan tidak mengetahui penyebab DMT2 dan satu responden menyatakan disebabkan karena stres pikiran. Responden yang menyatakan tidak tahu dikarenakan responden tersebut merasa bahwa tidak ada anggota keluarga lain yang terkena DM dan sebelumnya mereka mempunyai pola makan biasa. Sedangkan responden

yang menyatakan penyebab DM karena stres dikarenakan responden

memang sedang mengalami masalah keluarga dan masalah ekonomi.

Perasaan stres psikologis dengan reaksi putus asa menyebabkan

aktivitas aksis *hipothalamo-pituitary-adrenal*. Hal ini akan menyebabkan abnormalitas endokrin, termasuk meningkatnya kadar kortisol, dan menurunnya kadar steroid seks. Ketidak-seimbangan hormonal ini juga menyebabkan perlemakan organ-organ dalam (*viseral adiposity*) yang berperan penting dalam perkembangan resistensi insulin yang mengakibatkan penyakit DMT2 dan kardiovaskuler.⁴⁰ Stres emosi (seperti marah) menyebabkan peningkatan pelepasan *corticotropic-releasing hormone* (CHR) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan pelepasan hormon adrenokortikotropin (ACTH) dan kortisol. Hiperkortisolemia yang terjadi sebagai respon terhadap stres kronik (seperti perasaan sedih sepanjang hari, sulit tidur, merasa lemah, perasaan murung, tidak dapat berkonsentrasi, dan merasa hidupnya tidak berharga), akan menyebabkan hiperglikemia melalui perangsangan glukoneogenesis hati.⁴¹

Pengetahuan yang cukup dan benar mengenai penyebab DMT2 dapat mendorong responden melakukan perubahan perilaku sehingga mengantisipasi hal-hal yang menurut mereka sebagai pencetus DMT2.²¹

Sebagian besar responden telah mengubah pola makan dengan mengurangi porsi makan, mengurangi konsumsi gula murni, dan menghindari alkohol setelah mengetahui terkena DM.

4. Pengetahuan responden mengenai pengelolaan DM

Secara umum pengelolaan DMT2 terdiri dari terapi non farmakologis yang terdiri dari pengaturan makan dan olahraga serta terapi farmakologis menggunakan obat.⁸ Berdasarkan hasil wawancara seluruh responden mengetahui bahwa pengelolaan DM adalah dengan pengaturan makan. Hanya dua responden yang menyatakan bahwa pengelolaan DMT2 meliputi olahraga.

Kotak.11

“...Ya pokoknya makannya dijaga, olahraganya juga...”

R.2, 58 tahun

“...saya disuruh minum obat dan ngatur makan...”

R.3, 56 tahun

Manfaat olahraga bagi penderita DM antara lain menurunkan kadar glukosa darah selama olahraga sampai dengan 24 jam setelah olahraga, menurunkan kadar insulin basal dan sesudah makan, meningkatkan sensitivitas tubuh terhadap insulin, memperbaiki profil lipid, menurunkan tekanan darah pada hipertensi ringan dan sedang, mengintensifkan penggunaan sumber energi tubuh, memperbaiki kondisi kardiovaskuler, meningkatkan kebugaran jasmani, serta meningkatkan rasa nyaman dan kualitas hidup.²³

Pengetahuan mengenai pengelolaan DM yang terbatas pada pengaturan makan disebabkan karena responden belum pernah mendapatkan konsultasi gizi dan lupa dengan hasil konsultasi yang diberikan. Ketidaktahuan responden mengenai pengelolaan DM selain pengaturan makan dapat menurunkan kontrol glukosa darah sehingga membuat responden mendapatkan terapi farmakologi yang seharusnya belum diperlukan.⁸

5. Pengetahuan mengenai perencanaan makan

Pengaturan makan pada penderita DM secara umum meliputi pengaturan jumlah, jenis, dan jadwal makan. Hampir seluruh responden (12 orang) mengatakan bahwa pengaturan makan pada DM adalah dengan mengurangi makan terutama nasi dan makanan manis.

Kotak.12

“...Ngurangin nasi sama makanan yang manis-manis mbak...”

R.7,42 tahun

Jumlah total energi dalam satu hari tidak dipahami oleh responden.

Hanya satu responden menyatakan bahwa jumlah makanan dalam satu hari harus diatur namun responden tersebut tidak melaksanakannya karena memandang hal tersebut terlalu rumit.

Kotak.13

“...Makannya itu dulu disuruh ngatur pake gram-graman, kalau makan ditimbang dulu, tapi ya saya nggak ngerti mbak, jadi ya ndak ngatur...”

R.11, 60 tahun

Sejumlah enam responden mengetahui pengaturan jadwal makan yakni tiga kali sehari namun tidak mengetahui pentingnya mencantumkan jadwal makanan selingan.

Kotak.14

“...Makannya yang teratur mbak, 3 kali sehari, udah ndak nyemil mbak kan ndak boleh banyak makan...”

R.7, 42 tahun

Walaupun responden mengetahui pengaturan jadwal makan namun pada prakteknya sebagian besar responden tidak menerapkan hal tersebut. Seluruh responden cenderung makan ketika merasa lapar dengan tidak memperhatikan jumlah dan interval makan. Pengetahuan mengenai pengaturan jadwal makan masih sangat kurang, bahkan dua responden menyatakan bahwa jadwal makan yang benar adalah dua kali makan utama. Alasan responden tersebut adalah penderita DM tidak boleh mengonsumsi makan dalam jumlah banyak.

Pengetahuan responden mengenai jenis makanan yang tidak dianjurkan masih kurang. Sebagian besar responden menyatakan bahwa cara pengelolaan makanan adalah dengan mengurangi makanan manis. Makanan manis yang dihindari meliputi gula, pisang ambon, nangka, sawo, dan kecap. Sebagian besar responden menghindari konsumsi gula, namun beberapa tetap mengonsumsi gula pada pagi hari. Pada dasarnya gula boleh dikonsumsi namun tidak boleh melebihi 5% dari total kebutuhan energi. Terdapat satu responden yang tidak dapat menghindari makanan manis terutama gula dan sirup dengan alasan memang responden tersebut tidak bisa makan apabila tidak manis dan lebih mempercayai obat untuk menurunkan gula darah. Pengetahuan yang baik belum tentu dapat menerapkan perilaku sesuai anjuran. Responden tersebut mengetahui mengenai cara pengaturan makan pada DMT2 yakni dengan mengurangi

konsumsi makanan manis namun responden tersebut tidak mau menghindari makanan tersebut.

Kotak.15

“...Ya tahu mbak,, ngurangin yang manis-manis kan mbak, tapi ya mau gimana lagi mbak, saya tu kalau nggak manis rasanya nggak makan, saya tu bisa nggak makan nasi tapi yang penting kena manis...”

R.9, 56 tahun

Hanya dua responden yang menyatakan bahwa pengaturan makan adalah dengan menambahkan jumlah sayur dan buah. Sayur dan buah merupakan sumber serat yang dianjurkan untuk dikonsumsi penderita DMT2.⁶ Pengetahuan responden mengenai pengaturan makan masih kurang. Pengetahuan yang kurang akan menyebabkan pengaturan makan kurang benar sehingga menurunkan kontrol gula darah.

B. Kepercayaan

Menurut teori *Health Belieft Model* (HBM) perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsi seseorang terhadap keseriusan penyakit, kerentanan terhadap penyakit, persepsi terhadap keuntungan serta hambatan dari perubahan perilaku.⁴³⁻⁴⁴ Kepercayaan terhadap efektivitas pengaturan makan juga dapat mendorong pasien untuk melakukan perubahan perilaku sesuai dengan anjuran yang diberikan.⁴²

1. Kepercayaan terhadap efektivitas pengaturan makan

Kepercayaan penderita DMT2 mengenai efektivitas pengaturan makan terhadap penurunan gula darah bervariasi. Sebagian besar responden (9 orang) mempercayai efektivitas pengaturan makan untuk mengontrol gula darah.

Kotak.19

“...insya Allah kalau makannya diatur nanti nggak lemes, dua bulan yang lalu tu saya ngedrop mbak, makannya kan waktu itu sal sel males makan, langsung kayak gitu, lha memang harus dari makan sih mbak..”

R.1 45 tahun

“...Ya percaya mbak, soalnya saya kan sempet nggak minum obat tapi ya kalau tetep ngatur makan ya gula darahnya tetep turun kemarinn tu pas minum obat malah lemes, jadinya suruh berhenti sama pak gik, ya yang penting makannya bener aja insya allah sembuhlah mbak ...”

R.3,56 tahun

Pengalaman pribadi dapat mendorong seseorang untuk melakukan

suatu perilaku kesehatan.⁴³ Kepercayaan terhadap efektivitas pengaturan makan dalam mengontrol gula darah didorong oleh pengalaman pribadi responden. Satu responden memiliki pengalaman terkena hipoglikemi dengan ditandai rasa lemas dan berkunang-kunang ketika tidak mengatur makan. Dua responden lain sempat tidak mengkonsumsi obat namun gula darah masih terkontrol karena mengatur makan.

Sejumlah tiga responden lainnya menganggap pengaturan makan tidak efektif dalam mengontrol gula darah. Responden juga lebih mempercayai obat daripada pengaturan makan untuk mengontrol gula darah. Responden tersebut berpendapat bahwa obat lebih cepat menurunkan gula darah serta memiliki efek dan aturan yang jelas. Selain itu, responden tersebut juga merasakan apabila mengkonsumsi obat dapat lebih mudah dilakukan.

Kotak.20

“...Kalau saya lebih percaya obat mbak, ya gimana ya, soalnya kalau obat kan jelas aturannya, berapa gramnya gitu ya, jadinya cepet menurunkan...”

R.2.58 tahun

“...Wahh,, saya milih obat aja mbak, daripada ngatur makan tu ribet banget, ya kan yang nurunkan gula tu obat nya mbak, saya makan manis-manis ya gulanya bisa turun...”

R.9,56 tahun

“...Kalau saya tu lebih cenderung obat sih mbak, jelas gitu mbak, kalau ngatur makan ya mungkin bisa ngatur darah tapi kan ndak langsung, jadinya klo saya bilang ngatur makan tu nggak efektif...”

R.11, 60 tahun

Sebagian kecil responden (4 orang) percaya terhadap kegunaan makanan tertentu untuk mengontrol gula darah. Kepercayaan tersebut didorong oleh adanya informasi dari teman maupun keluarga responden. Seseorang terkadang menerima kepercayaan terhadap suatu makanan berdasarkan keyakinan tanpa pembuktian terlebih dahulu.¹³ Makanan fungsional yang dipercaya dapat menurunkan gula darah antara lain jamu, air kelapa, gula aren, teh hijau, jengkol, *byanghong* (sejenis rempah-rempah yang banyak digunakan untuk jamu), oat, nasi merah, dan bekatul.

Kotak.21

“...Itu lho mbak, minum jamu paitan kan kalau pait tu bisa ngrontokin gula di badan mbak, itu kata temen saya mbak, lalu minum susu telur madu, kadang saya minum, lha itu tu banyak energinya apa apanya gitu mbak, sama minum air kelapa, ya pokoknya bisa menurunkan gula lah mbak...”

R.2,58 tahun

“...Saya tiap hari minum teh hijau sama gula aren dua kali, trus kalau ada tu makan jengkol tu lho mbak, kalau kata teman-teman yang kena DM juga satu bisa turun gulanya mbak, kalau makan nasiny tu saya dicampur nasi merah, trus kalau pagi saya makannya oat dicampur bekatul mbak...”

R.5,64 tahun

Kepercayaan responden terhadap makanan tidak didasari dengan pengetahuan mengenai makanan tersebut. Ada satu responden yang mengonsumsi teh hijau dengan gula aren dua kali sehari. Teh hijau mempunyai efek antidiabetik dan menurunkan kadar gula darah.⁴⁵ Namun gula aren merupakan gula sederhana yang mudah diserap tubuh dan cepat meningkatkan kadar gula darah. Oleh karena itu, konsumsi teh hijau dan gula aren secara bersamaan mempunyai efek yang saling berlawanan sehingga tidak dapat dipastikan dapat menurunkan kadar gula darah.

Oat serta bekatul mengandung serat larut air yang dapat menurunkan kadar gula darah.^{32,33} Makanan lain seperti jengkol, *byanghong*, serta macam-macam jamu memerlukan penelitian lebih lanjut sebelum dinyatakan merupakan zat penurun gula darah.

2. Persepsi mengenai keseriusan penyakit DMT2 dan kerentanan

terkena komplikasi

Persepsi responden mengenai keseriusan penyakit DMT2 bervariasi. Sebagian kecil responden (4 orang) menyatakan bahwa DMT2 merupakan penyakit yang serius dengan alasan DMT2 merupakan penyakit yang tidak dapat sembuh dan rentan terkena komplikasi.

Kotak.16

“...menurut saya sih ya serius, kan nggak bisa sembuh, sama bisa kena ini mbak (luka kaki), trus kalau nggak diatur bener-bener bisa nyebar kemana-mana, nanti livernya sama jantungnya bisa kena...”

R.2, 58 tahun

Sedangkan responden lainnya tidak menganggap DM sebagai penyakit yang serius. Sejumlah tiga responden diantaranya belum terkena komplikasi dan mengalami luka yang cepat sembuh sehingga tidak merasakan adanya ancaman dalam penyakitnya. Sejumlah enam responden lainnya menganggap bahwa jenis DM yang diderita adalah *DM kering* yang tidak membahayakan.

Kotak.17

“...Lha saya tu gulanya gula kering mbak, ya menurut saya gula saya nggak bahaya...”

R.6, 53 tahun

Persepsi masyarakat mengenai *DM kering* dan *DM basah* merupakan persepsi yang kurang benar karena tidak terdapat jenis DM tersebut. Semua jenis DMT2 berpotensi mengalami luka yang sukar sembuh apabila gula darah tidak terkontrol.³⁵⁻³⁶ Persepsi mengenai adanya jenis DM tersebut dapat menurunkan motivasi responden untuk melakukan pengaturan makan karena responden merasa aman dari ancaman komplikasi.

Kotak.18

“..mbah saya dulu kena tapi kan nggak tahu ya mbak jaman dulu gula itu apa masih asing, ya makannya biasa aja mbak, lha ndak tahu kalau bisa nurun...”

R.3,56 tahun

Teori HBM menyebutkan apabila seseorang menilai bahwa mereka rentan terkena suatu penyakit atau penyakit tersebut akan membawa dampak yang serius maka mereka akan cenderung melakukan suatu aktivitas untuk menghindari penyakit tersebut.⁴¹ Seseorang yang mempunyai orang tua atau saudara dengan DMT2 akan cenderung melakukan perubahan perilaku untuk menghindari faktor risiko perkembangan DMT2 tersebut seperti perubahan pola makan dan pengendalian berat badan. Responden yang memiliki saudara menderita penyakit yang sama tidak berupaya untuk memperkecil risiko perkembangan penyakit tersebut. Hal tersebut disebabkan kurangnya pengetahuan responden mengenai faktor risiko DMT2.

3. **Keuntungan dan hambatan pengaturan makan**

Hambatan yang dialami oleh seseorang sebagai hasil evaluasi dari perilaku yang telah diterapkan akan mempengaruhi konsistensi penerapan perilaku tersebut.⁴⁴ Hambatan yang dialami responden berasal dari situasi di sekitar responden yang tidak mendukung pengaturan makan responden. Situasi tempat pesta, lingkungan kantor dan lingkungan rumah yang tidak mendukung program diet pasien mempunyai risiko untuk menurunkan kepatuhan diet pasien. Beberapa responden terpaksa memakan makanan yang disediakan dengan alasan tidak enak atau memang jarang makan makanan tersebut di rumah. Hanya ada satu responden yang tetap membatasi asupan makan di tempat umum karena takut terkena komplikasi.

Kotak.22

“...paling kalau di mantenan ada makanan enak-enak, ya dimakan, kan yo sekali-sekali lah mbak, haha...”

R.2,58 tahun

“...kalau pas ke rapat persekutuan doa itu, ndak enak kalau ndak makan...”

R.5,64 tahun

. Sebagian responden merasakan adanya keuntungan dalam menjalankan diet yang ada yakni beberapa mendapatkan kontrol gula darah yang lebih baik sehingga mereka tidak lagi merasakan lemas ataupun gejala lain. Selain itu tiga responden menganggap bahwa dengan mengatur makan dapat mencegah komplikasi lebih lanjut sehingga menurunkan biaya pengobatan. Apabila seseorang merasakan keuntungan dari perubahan perilaku maka orang tersebut akan mempertahankan perubahan perilaku tersebut.⁴¹

Kotak.23

“...nanti kalau nggak luka lagi kan hemat biaya mbak...”

R.1, 45 tahun

“...Gulannya turun mbak, sama badannya lebih enak, nggak pipis terus, nggak lemes...”

R.7, 42 tahun

C. Motivasi

Motivasi merupakan suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan seseorang tersebut melakukan kegiatan untuk mencapai tujuan.¹³ Sebagian besar responden mempunyai motivasi untuk mengatur makan walaupun dalam praktiknya masih terbatas dikarenakan keterbatasan pengetahuan ditandai dengan kemauan responden untuk mengurangi nasi dan makanan manis.

Kotak.25

“...saya pengen sembuh mbak, nggak kena luka lagi, kapok saya, nanti kan bisa pengajian lagi...”

R.3, 56 tahun

“...biar sehatlah mbak, biar gemuk lagi...”

R.13, 50 tahun

Menurut responden, sejumlah tiga responden mengatur makan setelah terkena komplikasi, tujuh responden setelah terdiagnosis DM, dan tiga

responden tidak mengatur makan. Faktor utama yang mendorong responden

untuk melakukan diet adalah supaya sehat dan tidak mengalami luka.

Sejumlah tiga responden menyatakan tidak mempunyai keinginan untuk mengatur makan. Responden juga tidak melakukan pengaturan makan baik dalam jumlah energi, jenis makanan, maupun jadwal makan. Alasan responden adalah karena frustrasi karena jangka waktu menderita DM terlalu lama serta menganggap bahwa pengaturan makan tidak efektif. Perasaan frustrasi yang dialami oleh responden merupakan suatu bentuk respon emosional negatif yang berpengaruh besar bagi kualitas hidup responden. Hal tersebut sesuai dengan penelitian oleh Goldney membuktikan bahwa penderita DM yang mengalami frustrasi dan depresi akan mengalami kemunduran kemampuan mental dalam mengatur pola hidup termasuk dalam pengaturan pola makan, pelaksanaan olahraga, konsumsi obat, dan pengendalian emosi.⁴⁷

B. Faktor pemungkin

Faktor pemungkin adalah faktor yang memungkinkan terjadinya suatu perilaku kesehatan.^{13,14} Puskesmas sebagai tempat pelayanan yang paling dekat dengan masyarakat memiliki fungsi preventif, promotif, dan kuratif bagi penderita DM2.¹⁶ Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Puskesmas didapatkan bahwa Puskesmas Spondol memiliki penanganan bagi penderita DM meliputi pengobatan, laboratorium, penyuluhan kesehatan, usaha peningkatan gizi, pencatatan, dan pelaporan serta di penanganan luar gedung antara lain kegiatan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dan pembinaan Peran Serta Masyarakat.

Puskesmas Spondol terletak di tepi jalan utama sehingga memudahkan jangkauan pasien untuk berobat. Seluruh responden menyatakan bahwa Puskesmas Spondol dapat dijangkau dari segi lokasi maupun biaya pengobatan. Namun beberapa responden kadang lebih memilih untuk berobat di Dokter atau rumah sakit dengan alasan pelayanan dan fasilitas Puskesmas yang tidak memadai. Puskesmas Spondol hanya memiliki fasilitas pengobatan sederhana dan laboratorium sederhana. Sistem rujukan diterapkan bagi kasus yang tidak dapat ditangani oleh pihak Puskesmas.¹ Puskesmas Spondol juga memiliki sarana

konsultasi gizi, namun belum dapat berfungsi maksimal dalam memberikan

pelayanan edukasi dan konseling gizi.

Kotak. 26

“...kalau berobat tu ya kadang-kadang di Puskesmas, tapi kalau yang agak parah ya langsung ke rumah sakit mbak, lha wong Puskesmas tu gitu-gitu aja, nanti malah tambah parah...”

R.2, 56 tahun

“...dulu ke Puskesmas mbak, trus ke dokter, lha pas balik lagi berobat di Puskesmas kan dikasih obat beda lagi kan mbak, ya ndak saya minum soale malah takut kenapa-napa, trus sampai sekarang ke dokter lagi, males ke Puskesmas...”

R.10, 52 tahun

Kegiatan peningkatan peran serta masyarakat dilakukan dengan melaksanakan Posyandu Lansia. Kegiatan ini dilaksanakan secara rutin sebulan sekali bersamaan dengan Posyandu balita. Tempat, waktu pelaksanaan, dan kegiatan yang diadakan dalam Posyandu tersebut dapat berubah berubah sesuai permintaan masyarakat. Kegiatan dalam Posyandu lansia mencakup pendaftaran, penimbangan berat badan, pengobatan dan penyuluhan. Pengecekan darah khususnya gula darah di Posyandu Lansia RW 8 Spondol Kulon dilakukan atas permintaan masyarakat karena daerah tersebut mempunyai angka kejadian DM cukup tinggi dibandingkan daerah lain. Angka kunjungan Posyandu lansia ini setiap bulannya mencapai 15-

25 lansia. Sebagian besar lansia datang untuk berobat dan memeriksa gula darah.

Penyuluhan yang dilakukan di Posyandu Lansia seharusnya dapat digunakan sebagai upaya peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai pengaturan makan pada penderita DM. Namun berdasarkan hasil wawancara dengan responden dan kader Posyandu menunjukkan bahwa belum pernah ada penyuluhan bagi Lansia yang dilakukan oleh pihak Puskesmas. Penyuluhan yang pernah dilakukan hanya ditujukan bagi ibu bayi dan balita.

Berdasarkan hasil wawancara sebagian kecil responden (4 orang) tidak pernah mengunjungi Posyandu lansia untuk berobat atau memeriksakan gula darah. Alasan dari responden tidak mengunjungi Posyandu adalah tidak sempat, lebih memilih untuk pergi ke dokter, dan tidak mengetahui bahwa terdapat Posyandu lansia. Tempat tinggal responden yang cukup jauh dari lokasi Posyandu menyebabkan kurangnya penyebaran informasi mengenai adanya Posyandu lansia

tersebut. Letak Posyandu Lansia yang jauh dari tempat tinggal responden juga

menyebabkan sulitnya keterjangkauan responden ke lokasi Posyandu. Ada satu responden yang menyatakan bahwa responden tidak dapat mengunjungi Posyandu karena tidak kuat berjalan dengan kondisi kaki yang luka.

Kotak.27

"...Kalau saya periksa darah tu ya di laboratorium itu mbak, lha emang ada Posyandu to mbak, saya malah nggak tahu, hahaha...."

R.5, 64 tahun

"...nak riyin nggih kulo mriko mbak, lha tapi bar dawah niki nggih boten saged, mboten kiat,pun setahunan lah mbak, saking Puskesmas riyin sanget mrikine, nak sakniki nggih boten enten mbak..."

(kalau dulu saya kesana, tapi setelah saya jatuh saya tidak bisa kesana, tidak kuat, sudah satu tahun, pihak Puskesmas sudah dulu sekali kesini, kalau akhir-akhir ini tidak ada)

R.10, 52 tahun

"...Saya nggak sempat kesitu mbak, lha wong kerjaan banyak, nggak ada temene pula,, ya kalau pas diajak ya kesana..."

R.13, 50 tahun

Pelaksanaan Perkesmas oleh petugas Puskesmas dilakukan melalui *home visit caref*. *Home visit* dilakukan pada pasien dengan komplikasi yang membutuhkan perawatan di rumah. Pelaksanaan tergantung pada kondisi pasien yakni 2-3 kali seminggu dan dilanjutkan fase pemantauan apabila kondisi pasien telah membaik. *Home visit* melibatkan anggota medis serta ahli gizi. Ahli gizi bertugas memberikan penyuluhan mengenai pengaturan makan DM kepada responden atau keluarganya.

Sejumlah dua responden mendapatkan kunjungan dari petugas kesehatan karena mengalami komplikasi. Responden tersebut menganggap bahwa pelayanan yang diberikan oleh pihak Puskesmas melalui *home visit care* sudah sangat memuaskan.

Kotak.28

"...Ya kalau untuk home care itu masing-masing pasien dikunjungi ahli gizi minimal 2 kali mbak, nanti kita jelaskan makanannya bagaimana..."

Ahli gizi,37 tahun

"... kalau home care itu nanti saya ya ke rumah pasiennya, 2-3 kali lah, sampai pasiennya membaik, atau paling nggak bisa cuci lukany sendiri..."

Perawat senior,45 tahun

Kotak.29

“...wah, saya tu bersyukur sekali sudah dikunjungi sama pak gik itu mbak, sudah repot-repot begitu, sangat puas lah mbak...”

R.1,45 tahun

“... ya alhamdulillah sekali mbak, sampai datang ke rumah, ya pokoknya sangat puas, sudah sangat maksimal mbak...”

R.3,56 tahun

C. Faktor Penguat

Faktor penguat merupakan faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku kesehatan yang terwujud dalam sikap dan perilaku teman, keluarga, atau petugas kesehatan.^{14,15}

1. Teman

Teman sebagai kelompok referensi perilaku mempunyai peranan cukup besar dalam pengaturan makan responden. Keberhasilan teman dalam menjalani diet tertentu dapat mendorong responden mengikuti apa yang dilakukan teman tersebut. Sebanyak tiga responden mengikuti diet teman yang telah berhasil menurunkan gula darah walaupun makanan yang disarankan tersebut belum terbukti sebagai zat penurun gula darah. Penyebaran produk khusus seperti makanan fungsional merk K (sejenis minuman dengan klaim mengandung 1 kg sayur sekali takar) juga diperoleh dari saran teman.

Kotak.30

“...Ya saya makan jengkol, bekatul, nasi merah itu ya tahunya dari teman-teman mbak, lha mereka kan gulanya bisa turun gara-gara makan itu, jadinya saya ikutan...”

R.5, 64 tahun

Selain dalam hal penyebaran makanan fungsional, peran teman juga terlihat dalam penyebaran istilah dan persepsi yang kurang benar mengenai DM yakni dengan anggapan bahwa DM merupakan *DM kering* yang tidak berbahaya.

2. Keluarga

Peranan keluarga terhadap keberhasilan diet penderita DM sangat besar. Keterbatasan peran keluarga akan menurunkan kepatuhan diet penderita DM dengan pengetahuan dan kesadaran diet yang rendah. Peran aktif keluarga dapat memberikan suasana yang kondusif untuk mendukung pengaturan makan responden.

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden dan keluarganya sebagian besar responden menyatakan dukungan dari keluarga hanya mencakup pengobatan terutama biaya berobat dan pembelian makanan fungsional seperti jamu, air kelapa, gula aren, teh hijau, jengkol, *byanghong* (sejenis rempah-rempah yang banyak digunakan untuk jamu), oat, nasi merah, dan bekatul.

Kotak.31

“...Wah, kalau keluarga ya paling mbiayain berobat mbak, yang lain paling ya beliin klorofil itu mbak, ya kalau makan udah diserahkan saya sendiri mbak, ...”

R.2, 58 tahun

“...Keluarga ya paling kasih biaya berobat mbak, makannya sih nggak ngurusin mbak, lha wong ya lebih tahu saya daripada mereka...”

R.11, 60 tahun

Kurangnya dukungan keluarga dalam pengaturan makan responden

disebabkan sebagian besar keluarga responden (6 orang) menganggap bahwa responden telah memahami cara mengatur makannya sendiri.

Beberapa anggota keluarga kadang mengingatkan

responden apabila responden menyalahi aturan makan. Hanya terdapat dua responden yang mendapat dukungan total dari istri mulai dari persiapan sampai penyajian makan. Pemberian edukasi dan konseling mengenai pengaturan makan penderita DM seharusnya dilakukan kepada pasien dan keluarganya untuk meningkatkan dukungan keluarga.

Kotak.32

“...Yang ngurusin makanan saya ya mbok wedok itu mbak, apa yang disiapin ya saya makan...”

R.3, 56 tahun

3. Petugas kesehatan

Peranan petugas kesehatan sangat penting dalam upaya peningkatan pengetahuan penderita DM mengenai pengaturan makan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan edukasi dan konseling. Petugas yang terlibat pada proses tersebut terdiri dari berbagai pihak seperti dokter, ahli gizi, maupun edukator non institusi lainnya.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap responden sejumlah tujuh

responden mendapatkan penyuluhan dari dokter, dua responden mendapatkan penyuluhan dari ahli gizi Puskesmas, dan empat responden belum pernah mendapatkan penyuluhan dari siapapun. Responden yang menyatakan belum pernah mendapat penyuluhan dikarenakan responden hanya diberi obat ketika menemui petugas kesehatan. Namun berdasarkan wawancara pengetahuan seluruh responden mengenai diet masih kurang yakni sebatas mengurangi makanan nasi dan makanan manis. Kurangnya penjelasan mengenai anjuran diet menyebabkan responden tidak mengetahui cara pengaturan makan yang baik jumlah energi, jenis makanan, maupun jadwal makan.

Kotak.33

“...Konsultasi di Puskesmas untuk pasien DM itu ya dilakukan mbak, tapi ya kalau ada rujukan dari dokter atau pasiennya minta, itu juga jarang sekali mbak, Kalau semuanya ya saya nggak sanggup mbak...”

Ahli gizi

“...ya kalau ada pasien ya dikasih obat, makannya? Ya disuruh ngatur, ngurangin nasi sama manis, kan disini pasiennya banyak ya mbak, yang piket satu tok, ya kalau mau jelasin macam- macam waktunya selak habis, ya kalau pasiennya tanya ya dijawab...”

Dokter

Ahli gizi Puskesmas pada dasarnya mengetahui pentingnya pengaturan

makan bagi penderita DM serta memiliki keterampilan dalam memberikan penyuluhan bagi penderita DM. Namun kesulitan utama bagi ahli gizi untuk

memberikan penyuluhan adalah karena keterbatasan tenaga. Puskesmas

Spondol hanya memiliki satu ahli gizi dengan tugas rangkap. Prioritas pekerjaan ahli gizi tidak terletak pada penanganan kasus DM namun pada program lain seperti penanganan gizi buruk dan konsultasi ibu dan anak. Pelaksanaan konsultasi gizi di Puskesmas hanya dilakukan apabila ada rujukan dari dokter atau adanya permintaan dari pasien. Dokter Puskesmas juga memiliki keterbatasan dalam mendukung pengaturan makan penderita DMT2. Penanganan yang diberikan hanya sebatas pemberian obat dan sedikit edukasi gizi. Hal tersebut disebabkan banyaknya pasien yang berobat dan kurangnya dokter jaga.

KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui determinan ketidakpatuhan diet penderita DMT2 dengan menggunakan wawancara mendalam. Data yang dihasilkan mempunyai keterbatasan karena dilakukan kepada responden dalam jumlah dan waktu yang terbatas.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian belum ada responden yang mengatur makanan menurut jumlah energi, jenis makanan, dan jadwal makan sesuai dengan anjuran. Sebagian besar responden hanya mengurangi nasi dan makanan manis tanpa memperhatikan keteraturan jadwal makan, pemilihan jenis makanan, dan total energi dalam satu hari.

Faktor predisposisi kepatuhan diet penderita DM adalah kurangnya pengetahuan responden DM mengenai pengaturan makan pada diet DM, kurangnya kepercayaan terhadap efektivitas diet DM, dan persepsi yang salah terhadap keseriusan penyakit DM yakni dengan anggapan bahwa DM yang diderita merupakan *DM kering* yang tidak mempunyai risiko komplikasi. Faktor pemungkin kepatuhan diet penderita DMT2 adalah kurang ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas edukasi dan konseling gizi. Faktor penguat kepatuhan diet penderita DM adalah anjuran teman dalam untuk mengkonsumsi berbagai macam

makanan fungsional, kurangnya dukungan keluarga dan kurangnya edukasi dan

konseling dari petugas kesehatan.

SARAN

Petugas kesehatan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat perlu mengadakan penyuluhan lebih lanjut mengenai pengaturan makan meliputi jumlah energi, jenis makanan, dan jadwal makan. Penyuluhan dengan menggunakan pamflet dan contoh menu akan dapat lebih memudahkan pasien untuk mengatur makan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada responden penelitian dan seluruh petugas kesehatan Puskesmas Spondol yang telah berpartisipasi dan memberikan banyak informasi kepada peneliti. Kepada pembimbing yang telah membantu terselesaikannya penelitian ini. Selain itu peneliti juga ingin mengucapkan terima kasih kepada orang tua serta teman-teman yang telah memberikan motivasi dan dukungan bagi penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Setiawati SH. Sistem rujukan pasien diabetes melitus. Dalam: penatalaksanaan diabetes melitus terpadu. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004. Hal.191-196.
2. Departemen Kesehatan. Jumlah penderita diabetes Indonesia ranking ke-4 di dunia. [serial online]. 5 September 2005 [dikutip pada 25 Februari 2011], Available from: URL: <http://www.depkes.go.id>.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. [Tahun 2030 prevalensi diabetes melitus di Indonesia mencapai 21,3 juta orang](#) [serial online]. 2009 [dikutip pada 25 Februari 2011], Available from: URL: <http://www.depkes.go.id>.
4. Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia. Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia. Jakarta; 2006.
5. Suyono S. Patofisiologi diabetes melitus. Dalam: penatalaksanaan diabetes melitus terpadu. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004. Hal.7-15.
6. Mahan LK, Stump SE. Krause's: Food nutrition and diet therapy, 11th edition. Penvsylvania: WB Saunders; 2004. Hal 39-48.
7. Budiyanto. Gizi dan kesehatan. Malang: Bayu Media dan UMM Press; 2002.
8. Waspadji S. Diabetes melitus: mekanisme dasar dan pengelolaannya yang rasional. Dalam: penatalaksanaan diabetes melitus terpadu. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004. Hal. 29-41.
9. Soegondo S, Gustaviani R. Sindrome Metabolik. Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta : Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI: 2007. Hal. 1857-2, 1864-4.
10. Mellin A, Sztainer DN, Patterson J, Sockalosky J, Unhealthy weight management behavior among adolescent girls with type 1 diabetes mellitus: the role of familial eating patterns and weight-related concerns. J Adolesc Health 2004;35:278–289.
11. WHO. Adherence to long term therapies – evidence for action. [serial online]. 2003 [dikutip pada 26 Maret 2011]; [20 layar]. Available from: URL: [http:// www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence).

12. Siddiqui A, Ahmedani MY, Masood Q, Miyan Z. Compliance to dietary counseling [provided](#) to patients with type 2 diabetes at a tertiary care hospital. *Journal of Diabetology* 2010;1:5.
13. Notoatmojo S. Ilmu perilaku kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta; 2010.
14. Green L.W, Kreuter M. Health promotion planning: an educational and environmental approach. Mayfield publishing company, 2nd edition; 2000.
15. Salinero Fort et al. Effectiveness of PRECEDE model for health education on changes and level of control of HbA1c, blood pressure, lipids, and body mass index in patients with type 2 diabetes mellitus. *BMC Public Health*; 2011. 11:267
16. Hadi Z. Pelayanan dasar penanganan diabetes melitus di Puskesmas. Dalam: penatalaksanaan diabetes melitus terpadu. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2004. Hal.199-203.
17. Saryono, Anggaraeni MD. Metodologi penelitian kualitatif dalam bidang kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
18. Moleong LJ. Metodologi penelitian kualitatif. Bandung: Remaja Rosdakarya; 2010.
19. Utarini A. Metode penelitian kualitatif. Yogyakarta: UGM; 2000.
20. Waspadji S, Sukardji K, Octarina M. Pedoman diet diabetes melitus. Jakarta: FKUI; 2007
21. Badan Pengawas Obat dan Makanan. Kepatuhan pasien faktor penting dalam keberhasilan terapi. Vol.7 no 5. 2006.
22. Delamater AM, Jacobson AM, Anderson BJ, Cox D, Fisher L, Lustman P, et al. Physicosocial therapies in diabetes: report of the Physicosocial therapies working group. *Diabetes Care* 2001;24:1286-1292.
23. Darmono. Pola hidup sehat penderita diabetes melitus. Dalam: Naskah lengkap diabetes mellitus ditinjau dari berbagai aspek penyakit dalam. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro; 2007. Hal.15-29.
24. Hartono A. Terapi gizi dan diet rumah sakit. Yogyakarta: EGC; 2005.
25. Oki T et al., Polymericprocyanidins as radical-scavenging components in red-hulled rice. *J Agric Food Chem*, 2002; 50:7524-7529.

26. Sheng Hu G, Kai-Xiu X, Jeong SJ, Kim D. Relationship of Phenolic Compounds and Free-radical Scavenging Activity in Black and Red Rice
Extract. *Korean J. Breed. Sci.* 2010; 42(2) : 129~138
27. Ghosh D, Konishi T. Anthocyanins and anthocyanin-rich extracts: role in diabetes and eye function. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007;16 (2):200-208.
28. Tapola N, Karvonen H, Niskanen L, Mikola M, Sarkkinen E. Glycemic responses of oat bran products in type 2 diabetic patients. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*: 2005; 15:255–261.
29. Behall KM, Scholfield D, Hallfrisch J. Comparison of Hormone and Glucose Responses of Overweight Women to Barley and Oats. *J Am College Nutr* 2005;24: 3:182–188.
30. McKeown NM, Meigs JB, Liu S, Wilson P, Jacques PF. Whole-grain intake is favorably associated with metabolic risk factors for type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2002 ;76:390–8.
31. Pamorita A. Efek pemberian bekatul terhadap kadar gula darah. Universitas Diponegoro Semarang . 2005
32. American Diabetes Association. Standart of medical care in diabetes 2010. *Diabetes care* (suppl 1); 2010;33:S11-61.
33. Subekti. Neuropati diabetik. Ilmu penyakit dalam. Jakarta: EGC. 2005. hal.1902-7.
34. Linda Kao WH, Puddey IB, Boland LL, Watson RL, Brancati FL. Alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes mellitus. *AM J Epidemiol* 2001;154:748-57.
35. Beulens J, Stolk RP, Schouw YT, Grobbee DE, Hendriks H, Bots ML. Alcohol consumption and risk of type 2 diabetes mellitus among older women. *Diabetes Care* (2005); 28(12); 2933-2938.
36. Malik VS, Sugar-Sweetened Beverages and Risk of Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes *Diabetes Care*. 2010 33:2477–2483.
37. Mooy JM, De Fries H, Grootenhuys PA, Bouter LM, Heine RJ. Mayor stressful life events in relation to prevalence of undetected type 2 diabetes. The Hoorn study. *Diabetes Care* 2000; 23:197-201.

38. Corwin EJ. Handbook of Pathophysiology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.
39. Greenhalgh T, Helman C, Chowdhury AM. Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. *BMJ* 1998;316:978–83
40. Browning CJ, Thomas SA. Behavioural change: An evidence based handbook for social and public health..Elsevier:philadelphia. 2005Page10-12
41. Hayden JA. Introduction to Health Behavior Theory. Jones and Barnett Publisher.2009. page 31-44
42. Tsuneki H, Ishizuka I, Terasawa M, Wu JB, Sasaoka T, Ikuko Kimura I. Effect of green tea on blood glucose levels and serum proteomic patterns in diabetic (db/db) mice and on glucose metabolism in healthy humans. *BMC Pharmacology*. 2004 4:18.
43. Departemen kesehatan. Pedoman pelatihan generasi muda dalam pembangunan kesehatan. Ditjen pembangunan kesehatan. Bina peran serta masyarakat. Depkes RI. Jakarta; 1996.

Lampiran 1 . Daftar karakteristik dan asupan informan

No	Jnis kela min	Um ur	Pekerjaan	Durasi Dm	BB	TB	Status gizi	AKGi	Rata-rata energi	% E	Katego ri	% KH	Katego ri	% L	Kategori	%P	Katego ri	Serat
1	P	45	ibu rumah tangga	7.5th	44.2	150.2	Normal	1299.5	971.4	74.8	Kurang	60.7	Normal	23.3	Normal	15.2	Normal	8.1
2	L	58	Pensiunan	7 th	60.3	167.4	Normal	2090.7	1318	63	Kurang	61.1	Normal	21.6	Normal	16.1	Normal	18.5
3	L	56	Pensiunan	5 th	49.1	160.5	Normal	1876.8	969.8	51.7	Kurang	57	Normal	20.3	Normal	21.1	Lebih	8.4
4	P	56	Ibu rumah tangga	4 thn	46.2	161.5	Kurang	1867.3	1545	82.7	Kurang	64.7	Normal	16	Normal	18.2	Normal	21.5
5	L	64	Pensiunan	4thn	58.6	165.7	Normal	2039.9	1515.4	74.3	Kurang	70.2	lebih	15.2	Normal	13.5	Normal	16.1
6	P	53	Ibu rumah tangga	5thn	65.2	159.5	Lebih	1520.9	1046	68.8	Kurang	51.6	Normal	27.7	Lebih	20	Normal	16.5
7	L	42	tukang batu	3 bln	46.7	160.3	Kurang	2035.1	1119.3	55	Kurang	59.1	Normal	23.2	Normal	17	Normal	10.7
8	P	53	ibu rumah tangga	6thn	43.2	150.8	Normal	1314.4	889.8	67.7	Kurang	59.6	Normal	17.2	Normal	17.7	Normal	13.7
9	P	56	ibu rumah tangga	5thn	52.7	153.2	Normal	1376.5	1153	83.8	Kurang	70	Lebih	16.2	Normal	12.5	Normal	4.6
10	P	52	ibu rumah tangga	6thn	46.5	156.2	Normal	1436.1	618.3	43.1	Kurang	54.9	Normal	27.5	Lebih	16.8	Normal	11.1
11	L	60	pensiunan	2 thn	56.6	160.8	Normal	1887.8	1148	60.8	Kurang	65	Normal	14.9	Normal	18.7	Normal	8.6
12	L	57	satpam	12 thn	48.9	158.7	Kurang	2025.1	1360.4	67.2	Kurang	55.9	Normal	25.2	Lebih	17.9	Normal	8.4
13	P	50	ibu rumah tangga	4 thn	51.8	156.5	Normal	1461.9	1059	72.4	Kurang	53.8	Normal	25	Normal	20	Normal	11.5

Lampiran 2. Matriks faktor predisposisi responden

	Pengetahuan Pengaturan makan	Persepsi terhadap keseriusan dan risiko komplikasi	Kepercayaan terhadap Efektivitas diet	Kepercayaan terhadap makanan alternatif	Motivasi
R.1	Mengurangi nasi Mengurangi manis Makan teratur 3 kali	Serius Takut komplikasi	Percaya	Tidak ada	Tidak luka
R.2	Mengurangi nasi Mengurangi manis Makan 2 kali	Serius Komplikasi	Obat	Jamu paitan Susu telur madu Air kelapa	Hidup lama
R.3	Mengurangi nasi Menghindari minuman dan makanan manis Makan teratur 3 kali	Serius Takut komplikasi	Percaya	Klorofil	Sembuh
R.4	Mengurangi nasi Menghindari gula	Biasa Gula kering	Obat	Tidak ada	Tidak ada
R.5	Mengurangi nasi Makan teratur 2 kali	Biasa	Percaya	Teh hijau Gula aren Bekatul Oat Jengkol	Gula turun
R.6	Mengurangi nasi Menghindari minuman manis	Biasa Gula kering	Percaya	Tidak ada	Sehat
R.7	Mengurangi nasi Menghindari minuman manis Makan teratur 3 kali	Serius Takut komplikasi	Percaya	Klorofil Jamu paitan	Sehat Tidak luka
R.8	Mengurangi nasi Menghindari minuman manis Makan 2 kali	Biasa	Percaya	Tidak ada	Hidup lama
R.9	Mengurangi manis	Biasa Gula kering	obat	Tidak ada	Tidak ada
R.10	Mengurangi nasi Tidak minum gula	Biasa Gula kering	Percaya	Jamu paitan	Hidup lama
R.11	Mengurangi nasi Mengurangi manis Makan teratur 3 kali	Biasa Gula kering	obat	Jamu paitan	Sehat
R.12	Mengurangi nasi Mengurangi makanan manis Makan teratur 3 kali	Biasa Gula kering	Percaya	Byanghong	Tidak ada
R.13	Mengurangi nasi Menghindari manis	Serius Takut komplikasi	Percaya	Byanghong	Sehat

Lampiran. 3

PEDOMAN WAWANCARA
DETERMINAN KETIDAKPATUHAN DIET
PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE 2

(Studi Kualitatif di Wilayah Kerja Puskesmas Srandol Kota Semarang)

I. Identitas responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Jumlah keluarga :
6. Alamat :
7. Tempat berobat :
8. Berat badan :
9. Tinggi badan :
10. Telah terdiagnosis DM tipe 2 selama (hari/bulan/tahun)
11. Hubungan dengan responden* :

*untuk triangulasi data

II. Faktor predisposisi

1. Pengetahuan

a. Pengetahuan dasar mengenai DM tipe 2

1. Menurut responden apakah Diabetes melitus/kencing manis itu?
(pengertian, jenis, gejala, penyebab, kadar gula darah normal, penyebab kenaikan kadar gula darah)
2. Bagaimanakah pengelolaan/pengobatan DM/kencing manis?
(olahraga, pengaturan makan, obat)
3. Bagaimanakah prinsip perencanaan diet bagi penderita DM? (jumlah energi, jenis makanan, waktu makan)

2. Kepercayaan

- a. Bagaimanakah tanggapan responden keseriusan penyakit DM dan kerentanannya terhadap komplikasi?

- b. Apakah responden yakin dengan perencanaan diet yang diberikan akan membawa kondisi responden menjadi lebih baik?
- c. Apa responden merasakan hambatan atau keuntungan dari pengaturan makan yang dilakukan?

3. Motivasi

Apa yang mendorong responden untuk melakukan pengaturan makan?

III. Faktor pemungkin

Ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan

- a. Apakah responden mengunjungi fasilitas kesehatan tertentu untuk mengontrol penyakit DM yang diderita (berapa frekuensinya)?
- b. Mengapa responden memilih mengunjungi fasilitas kesehatan tersebut?
- c. Apakah manfaat yang dirasakan ketika mengunjungi fasilitas kesehatan tersebut?
- d. Apakah hambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan tersebut?
- e. Bagaimanakah tanggapan responden mengenai fasilitas tersebut? (meliputi segi peralatan, jam buka, keterjangkauan biaya, ketersediaan obat)
- f. Apakah responden mendapat pelayanan dari Program kesehatan tertentu?

IV. Faktor penguat

1. Peranan petugas kesehatan

- a. Apakah yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam mendukung perencanaan makan responden? (penyuluhan, konseling, kunjungan rumah, lain-lain)
- b. Bagaimana pendapat responden mengenai dukungan yang telah diberikan?
- c. Apa yang diharapkan responden dari pelayanan petugas kesehatan?

2. Peranan keluarga/teman sebaya

- a. Apakah yang dilakukan oleh keluarga/teman sebaya dalam mendukung perencanaan makan responden?
- b. Bagaimana pendapat responden mengenai dukungan yang telah diberikan?
- c. Apa harapan responden terhadap dukungan yang diberikan?

Lampiran 1
Dokumentasi kegiatan



Proses wawancara dengan informan



penimbangan informan



Pengukuran tinggi badan informan



Posyandu lansia RW 8 Kelurahan Srandol Kulon



Suasana wawancara dengan informan dari petugas Puskesmas

Lampiran.5 Jawaban Wawancara Informan

1. Faktor predisposisi

a. Pengetahuan mengenai pengaturan makan DM

Informan	Jawaban	Kata kunci
1	ya makannya dikurangi, nasinya mbak, trus nggak makan yang manis-manis, nggak minum gula, kaya tempe bacem itu mbak, kalau nasi tu ya secentong, banyak sayurinya, ya sayunya bukan kuahnya mbak, makanan manis tu ya pisang ambon, nangka, duren, kecap, roti manis-manis gitu mba, banyaklah mbak. Makannya ya selaparnya mbak, nggak tentu aturannya sih sehari 3 kali, tapi kadang ya cuma 1 kali kalau males makan, ngemilnya jarang mbak	Mengurangi nasi Mengurangi manis Makan teratur 3 kali
2	Cara ngatur makannya ya pokoknya makan nasi yang dulu 1 piring ya saya kurangi jadi setengah, trus nanti kalau lapar saya makan kimpul mbak pokokny palawija mbak, sayurinya yang banyak kan banyak vitaminnya, trus puasa senin kamis juga, ya kalau makan sih 2 kali aja ya mbak, kan nggak boleh banyak-banyak,, lha trus kan suruh ngurangin manis-manis ya mbak jadi saya minum gulanya kalau pagi mbak, segelas ya setelah minum klorofil itu, makanan manis tu ya gula itu mbak,	Mengurangi nasi Mengurangi manis Makan 2 kali
3	Ngatur makannya ya pokoknya makan yang disediakan mbok wedok mbak, nasinya dikurangin, minum klorofil dari anak saya 2 kali pagi dan sore, ndak minum legi minumnya air putih, sayurinya banyak, airnya mbak yang banyak yang penting seger. Sehari makan 3 kali mbak, kadang nyemil Nyemil pisang, tapi kan nggak boleh sembarang pisang raja, raja nangka, nangka, sawo, manis sekali itu kan,	Menghindari minuman dan makanan manis Makan teratur 3 kali
4	Nak sak ngertine kulo nggih ngirangi sekul mbak, kalih gendhis niku, nak maeme nggih nak lemes mbak, sedinten saged 5 kali, nak lemes kan musti maem to, (setahu saya mengurangi makan nasi dan gula, makannya ya kalau lemas, sehari bisa 5 kali, kalau lemas kan mesti makan kan)	Mengurangi nasi Menghindari gula
5	Ngurangi makan, ya nasi itu mbak, ya intinya itu aja mbak, kalau makan ya diusahakan 3 kali sehari, idealnya kan begitu ya mbak,	Mengurangi nasi Makan teratur 3 kali
6	Ngatur makannya ya nasinya separo aja mbak, sama nggak minum manis, makannya ya kalau lapar, ndak mesti mbak, kan yang penting Cuma ngurangi nasi sama manis itu mbak	Mengurangi nasi Menghindari minuman manis
7	Ngurangin nasi sama makanan yang manis-manis mbak, kaya gula, pisang raja, nangka, sawo, pokokny yang rasanya manislah mbak. Makannya yang teratur mbak, 3 kali sehari, udah ndak nyemil mbak kan ndak boleh banyak makan.	Mengurangi nasi Menghindari minuman manis Makan teratur 3 kali
8	Makannya kalau dulu sepiring sekarang separo, nggak makan manis-manis mbak, kayak pisang ijo tu mb, sama nggak minum gula. Makannya 2 kali mbak, jam 10an sama sore, setahu saya ndak boleh banyak-banyak mbak.	Mengurangi nasi Menghindari minuman manis Makan 2 kali
9	Ngurangin yang manis-manis mbak, ya gula, coklat, keju, pokoknya semua makanan yang rasanya manis lah mbak, itu aja mbak, kalau makan ya selaparnya, kalau saya yang penting tu	Mengurangi manis

	kena manis, ndak makan nasi ndak papa asal minum manis,	
10 nanti	Nggih pokoke ngatur makan mbak, mboten pareng stres, mangkih gulane nginggil, nggih ngurangi sekul, mboten, ngunjuk gendhis, ngoten mawon mbak, nak makane wah kulo serabutan, paling 2 kali mbak, mboten pernah sarapan kulo, (Ya pokokny ngatur makannya mbak, gboleh stress gulanya naik, yang dikurangi nasinya, ndak boleh minum gula, itu aja mbak, saya makannya tidak teratur mbak, saya tidak pernah sarapan)	Mengurangi nasi Tidak minum gula
11	Makannya tu dulu disuruh ngatur pake gram-graman, kalau makan ditimbang dulu, tapi ya saya nggak ngerti mbak, jadi nggak ngatur, paling ya makan nasinya dikurangi secentong saja, lalu gulanya Cuma kalau pagi, ya itu tok mbak. Kalau makan ya 3 kali mbak, ya aturannya dulu 3 kali.	Mengurangi nasi Mengurangi manis Makan teratur 3 kali
12	Wah ya pokoknya tu ngurangin makan, sama yang manis-manis mbak, yang dikurangin tu nasinya, yang manis ya gula itu mbak. Kalau aturannya makan 3 kali mbak, tapi ya saya nggak ngatur ya selaparnya	Mengurangi nasi Mengurangi makanan manis Makan teratur 3 kali
13	Makannya dikurangin mbak, nasinya setengah centong, ndak minum gula, sayurnya ditambah, paling sekali aja kalau pagi tu boleh, makannya ya selaparnya, ndak mesti,	Mengurangi nasi Menghindari manis (gula)

b. Persepsi terhadap keseriusan penyakit DM dan kerentanan terhadap komplikasi

informan	Jawaban	Kata kunci
1	Ya lumayan mbak, kan nggak bisa sembuh, sama nanti tu bisa kena luka kayak gini mbak (luka kaki)	Serius Takut komplikasi
2	Ya kalau serius pa tidak kan tergantung orangnya ya mbak, kalau menurut saya sih ya serius kan nggak bisa sembuh, sama bisa kena ini mbak (luka kaki), trus kalau nggak diatur bener-bener bisa nyebar kemana-mana mbak, ya nanti livernya sama jantungnya bisa kena	Serius Komplikasi
3 saya	Ya serius lah mbak, lha nanti kalau ndak bener malah luka lagi, takut saya kena luka, sakitnya masya Allah mbak, kapok kena luka ini mbak.	Serius Takut komplikasi
4 saya	Nggih biasa mawon mbak, nak kulo malah wedi hipertensine niki, lha kan nak kulo kenginge gula kering, nak luka langsung kering mbak, ngertose nggih saking tonggo (biasa saja mbak, saya lebih takut dengan hipertensi, terkena gula kering mbak, kalau luka langsung kering, tahunya ya dari tetangga)	Biasa Gula kering
5	Ya biasa aj mbak, nggak terlalu bahaya, wong ya selama ini saya baik-baik saja, kalau luka tu ya cepet sembuh mbak, nak orang bilang kan kalau luka nanti mremem kemana-mana ya mbak, saya nggak, bisa dibilang gula kering lah mbak.	Biasa
6	Lha saya tu gulanya gula kering mbak, ya menurut saya gula saya nggak bahaya, luka di paha saya juga langsung sembuh. Maksudnya gula kering tu ya kalau luka biasanya jadi kayak bu X itu ya, lha saya tu kalau luka cepet sembuh, nggak mbekas, nggak bosok lah mbak, lha itu namanya gula kering.	Biasa Gula kering
7	Wah ya serius sama bahaya mbak, ngeri, soalny akan nggak bisa sembuh ya mbak, lha kalau nggak diatur nanti kayak pak S dan	Serius

	bu N itu, luka di kaki,, medeni lah mbak	
8	Ya menurut saya biasa aja mbak, nggak bahaya lha kan saya adem ayam saja gini, emang kalau katanya bisa nyebar kemana- mana ya mbak tapi ya sampe sekarang saya nggak kenapa- kenapa ya biasa aja gini mbak, nyebar tu maksudnya ya nanti bisa ke jantung, liver, ya kemana-mana lah mbak, trus ada luka, saya ndak pernah luka owk mbak, adem ayam saja gini mbak.	Biasa
9	Saya nggak takut mbak, gula saya tu gula kering, jadi ya enjoy aja mbak, gula tu nggak bahaya, kalau saya kan paling yang masalah tu bukan gulanya tapi ne lho mbak, badan saya tu gatel gatelnya minta ampun	Biasa Gula kering
10	Wah lha nek bahaya nggih bahaya mbak, kan mboten saged mantun, ya katanya bisa luka, tapi saya klo luka tu kering owk mb, gula kering pa ya, jadiny ya biasa aja,	Serius Gula kering
11	Kalau saya sih bilang biasa aj ya mbak, walopun tidak bisa sembuh tapi kan istilahnya nggak terlalu bahaya, nggak kayak kanker gitu lah,	Biasa Biasa
12	nggak bahaya mbak, saya baik-baik aja kok selama 12 tahun, saya nggak takutlah sama luka itu, kemarin luka juga tapi cepet sembuh, ya kalau emang udah tanggalnya ya pasti bablas lah mbak,	Serius Takut komplikasi
13	Bahaya mbak, nanti katanya bisa mbleber kemana-mana,. Ya lukanya mbak, nanti bisa kayak bu N itu nggak bisa jalan kakiny rusak	

c.Kepercayaan terhadap efektivitas diet DM

Informan	Jawaban	Kata kunci
1	Percaya mbak, insya Allah kalau makannya diatur nanti nggak lemes, dua bulan yang lalu tu saya ngedrop mbak, makannya kan waktu itu sal sel males makan, langsung kayak gitu, lha memang harus dari makan sih mbak,	Makan
2	Kalau saya lebih percaya obat mbak, ya gimana ya, soalnya kalau obat kan jelas aturannya, berapa gramnya gitu ya, jadinya cepet menurunkan. Itu lho mbak, minum jamu paitan kan kalau pait tu bisa ngrontokin gula di badan mbak, itu kata temen saya mbak, lalu minum susu telur madu, kadang saya minum, lha itu tu banyak energinya apa apanya gitu mbak, sama minum air kelapa, ya pokoknya bisa menurunkan gula lah mbak, terus minum klorofil 2 kali, nak udah minum tu perutnya anteng mbak, ya ndak makan ndak papa soale udah kerasa anteng	Obat Makanan alternatif (jamu,susu, telur, madu, air kelapa, K)
3	Percaya mbak, sekarang kan nggak dikasih obat mbak, tapi ya gulanya turun mbak, kemarin tu pas minum obat malah lemes, jadinya suruh berhenti sama pak gik, ya yang penting makannya bener aja insya allah sembuhlah mbak.	Obat
4	Nganu sih mbak, nak sing nurunke gula nggih percoyo obat mawon lah mbak, mangkih nak minume teratur nggih normal, lha wong makan koq ya repot ngoten, mending obat mawonlah, (kalau yang menurunkan gula saya percaya obat saja, kalau minumannya teratur ya nanti normal, makan saja koq ya repot, lebih baik obat saja)	
5	Saya percaya ngatur makannya mbak, sama kalau obat ya obat herbal, kalo obat yang dari dokter itu nanti kalau kebanyakan	Makanan alternatif

	ginjalnya yang kena. Saya tiap hari minum teh hijau sama gula aren dua kali, trus kalau ada tu makan jengkol tu lho mbak, kalau kata teman-teman yang kena gula juga satu bisa turun gulanya mbak, kalau makan nasiny tu saya dicampur nasi merah, trus kalau pagi saya makannya oat dicampur bekatul mbak.	(the jijau, gula aren, jengkol, nasi merah, bekatul)
6 penting	ya percaya aja mbak, pokoknya minum obat diimbangi makan yang bener bisa turunlah gulanya, ya kalau saya yang makannya aja lah mbak, ngati-ati.	makan
7 katanya	Insyallah kalau ngatur makan bisa turun gulanya mbak. Minum klorofil tu lho mbak, dua kali, ya pokoknya orangnya bisa nurunin gula	Makan Makanan alternatif merk K
8	Ya percaya mbak, soalnya tu saya kan sempet nggak minum obat tapi ya kalau tetep ngatur makan ya gula darahnya tetep normal	makan
9	Wahh, saya milih obat aja mbak, daripada ngatur makan tu ribet banget, ya kan yang nurunkan gula tu obat nya mbak, saya makan manis-manis ya gulanya bisa turun owk,	obat
10	Nggih percoyo makane lah mb, lha kan obate mahal nggih, kadang mboten saged tumbas, lha nak kulo kan gulane gara-gara stres, (ya saya percaya obatnya mbak, kan obatnya mahal kadang tidak bisa beli, kalau saya kan gulanya gara-gara stres)	makan
11	Kalau saya tu lebih cenderung obat sih mbak, jelas gitu mbak, kalau ngatur makan ya mungkin bisa ngatur darah tapi kan ndak langsung, jadinya kalau saya bilang ngatur makan tu nggak efektif Ya minum jamu paitan tu lho mbak, pokoknya kalau rasanya pait bisa rontok gulanya.	Obat Makanan alternatif (jamu paitan) makan
12	Istilahnya ya saya tetep percaya ngatur makan mbak, tapi ya mau gimana lagi,,sudah frustrasi mbak,, hahaaa Minum rebusan byahong tu mbak, kadang-kadang kalau dibuatin istri	
13	Insyallah percaya mbak, ini saya sudah agak gemukan lagi mbak, semenjak ngatur makan,	makan

d.Motivasi

Informan	Jawaban	Kata kunci
1	Ya biar ndak luka lagi mbak,	Tidak luka
2	Biar sembuh, hidup lama, bisa momong cucu, haha	Sembuh
3 saya,	saya pengen sembuh mbak, nggak kena luka lagi, kapok	Sembuh
4	nanti kan bisa pengajian lagi Hahaa, apa ya mbak, ndak ada,	Tidak ada
5	Biar gulanya turunlah mbak,	Gula turun
6	Biar sehat,	Sehat
7 kayak	Ya supaya badannya enak mbak, sehat terus, saya takut tetangga depan itu mbak, kaki saya biar nggak kemeng lagi	Sehat Tidak luka
8	Biar hidup panjang, hahaa	Hidup lama
9	ya yang saya bilang itu, males saya ngatur makan mbak, ya pake obat aja bisa	Tidak ada
10 umurlah	Sakjane nggih nak kulo pengen diparingi panjang mbak, lha tangungane katah	Hidup lama
11	Ya biar sehat, ndak ngrepotin anak-anak	Sehat

12	nggak mau ngatur makan lagi saya, frustasi wong ya nggak ada perubahan mbak,	Tidak ada
13	Biar sehatlah mbak, biar gemuk lagi	Sehat

2. Faktor pemungkin

Informan	Jawaban
1	Saya berobatnya ya di Puskesmas, tapi kalau pas dirawat ya di rumah sakit. Kalau dari puskesmas tu ngunjungi saya mulai 3 kali seminggu, tapi sekarang kan sudah sembuh jadinya sudah nggak lagii, waktu itu bu hesti (ahli gizi) juga kesini kasih tahu makanannya, ya kalau yang ngasih tahu makanan yang boleh dan nggak boleh ya ibunya itu mbak, sama dulu pas dirawat ada dokter ngasih tahu juga. ya ada juga Posyandu lansia mbak, sebulan sekali, nanti dicek gulanya sama dikasih obat, wah ya alhamdulillah sekali wong ya nggak perlu repot ke Puskesmas mbak, pelayanannya memuaskan lah mbak,
2	Wah, kalau saya itu lebih percaya berobat ke dokter ya mbak, kalau di puskesmas itu cuma gitu-gitu doank mbak, kadang-kadang saja mbak kesananya, ya kalau yang ngasih tahu yang boleh dimakan apa ya dari dokter gula mbak, dari puskesmas nggak pernahada Posyandu itu mbak, tanggal 9, ya kadang lah kesana mbak, kalau nggak lupa,
3	Dulu berobatnya di rumah sakit, lha setelah sakit tu seminggu sekali dari puskesmas ke rumah saya mbak, nyuci ini, dikasih salep, Kalau dulu ada juga bu siapa yang saya lupa, tu ngasih tahu makanan yang boleh dimakan, ada Posyandu itu mbak, pas di depan rumah itu, ya nanti dikasih obat sama cek gula mbak,
4 nggih	Nak kulo priksan teng susteran mbak, riyin nggih kadang teng Puskesmas, ya nak kerasa badane mboten enak mbak, ya nak sing maringi ngerti makanan doktere mbak, tapi nggih lali nopo mawon,
5	Kalau saya tu kan berobatnya di klinik 24 jam, kadang aja ke Puskesmas, kalau dokternya bilang normal ya baguslah, tapi kalau masalah ngasih tahu makanan yang boleh dimakan tu ya belum pernah mbak, tu kan saya tahunya ya dari teman-teman yang pada kena gula melitus, nyari tahu sendirilah mbak, Lho ada Posyandu to? Saya malah nggak tahu,
6	Saya berobatnya ya di Posyandu itu mbak, sebulan sekali, minta obat sama priksa gula, ya kalau yang beri tahu makanannya sih cari tahu ndiri mbak, dari yang udah kena itu, kalau dari puskesmas paling ya Cuma obat aja, paling Cuma dikasih tahu suruh ngurangin manis sama pak dokter mbak, ahli gizi apa to mbak? Ndak tahu ik
7	Kalau saya ya di posyandu mbak, nanti dipriksa gulanya trus dikasih obat sama pak gik, Ya membantu sekali nggak perlu jauh-jauh ke puskesmas Kalau yang ngasih tahu makanannya ya dari teman-teman saja, dari Posyandu nggak pernah mbak,
8	Berobatnya di RST mbak, yang gratis, ya klo di Posyandu kan bayar, ya kadang-kadang mbak kesana, kan dulu saya pengurusnya mbak, Yang kasih tahu makannya gimana-gimana ya dari dokter mbak,
9	Saya priksanya ya di Posyandu, nanti dikasih obat sama pak gik trus cek gula, tensi, kalau pengen ya cek semuanya kayak kolesterol ya mbak. Yang kasih tahu makannya ya dari temen-temen mbak, sama saudara,
10	Berobate di dokter mbak, nak teng puskesmas pernah tapi wedi obate mboten cocok mbak, jadine mboten mriko meleh, posyandu owh nggih ngertos mbak, tapi kan wong sikile kados ngeten yo mboten saged mriko, riyin nggih mriko, nak seking puskesmas mboten enten sing mriki mbak,
11	Kalau sekarang ya paling ke Posyandu itu mbak, ya kalalu lagi parah banget baru ke dokter, Makannya dulu yang kasih tahu dokter mbak, dari Puskesmas nggak pernah

12	Berobatnya ya di dokter mbak, tapi ya udah jarang, priksa gula terakhir setahun lalu, pas kemarin tu sempat ke puskesmas, tapi sana ndak bisa nanganin trus dirujuk ke rumah sakit Nggak pernah ke posyandu mbak
13	Kadang-kadang ke posyandu mbak, tpi sekarang jarang, sibuk mbak, Nak makanane nggih cari tahu sendiri dari temen-temen mbak,

3. Faktor penguat

Informan	Jawaban
1	Kalau dari puskesmas tu ngunjungi saya mulai 3 kali seminggu, tapi sekarang kan sudah sembuh jadinya sudah nggak, waktu itu bu x (ahli gizi) juga kesini kasih tahu makanannya, kalau keluarga ya biasa aja mbak, paling Cuma mengingatkan tapi ya ndak sebegitunya wong ya saya tau sendirilah mbak
2	Keluarga ya mendukung mbak, mulai dari makan sama obat, kalau makan ya Cuma mengingatkan sedikit aja mbak, nanti kalau saya pengen makan apa ya dimasakin. Masalahnya lebih tahu saya sih mbak
3	Keluarga mendukung sekali mba, yang ngurus makan saya ya mbokwedok itu,
4	Keluarga ya biasa aja mbak, paling biayain berobat
5	Keluarga ya beliin jengkol sama bekatul itu mbak, masalah ngaturnya gimana sudah dari saya sendiri
6	Nak keluarga nggih paling masakke mbak, kaleh nak berobat niko) (Kalau keluarga ya paling masak mbak, sama kalau berobat)
7	Keluarga ya mendukung mbak, kan istri saya yang nyiapin masakan
8	Kalau keluarga sih biasa aja mbak, kan yang masak juga saya jadinya untuk ngatur makan dari saya sendiri, paling nak pas parah sakitnya bawa ke rumah sakit
9	Ya kalau untuk makannya sih nggak ya mbak, sodara-sodara tu sudah mengingatkan suruh ngatur ni itu tapi ya gara-gara sayanya sendiri ya mreka mundur sendiri mbak,
10	Ndukunge nggih numbaske obat mbak, nak masalah maem nggih mboten, dilehke mawon (mendukungnya ya membelikan obat, kalau makan sih membiarkan saja)
11	Ya lumayan mbak, mendukungnya ya kalau saya sakit nanti berobatin saya,
12	Istri saya tu ya suruh ngatur makan lagi mbak, katanya saya keliatan kurus, tapi ya kalau masalah dukungan ya mendukung caranya ya nyuruh saya ngatur makan trus, tapi sayayang ndak mau, ya dianya nyerah akhirnya,
13	Kalau keluarga ya sudah diserahkan ke saya mbak, suami ya biasa, anak malah ndak mudeng, jadinya ya kayaknya dukungannya biasa aja mbak.

