

**TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PASIEN
TENTANG DIIT DIABETES MELLITUS DI RUANG
RAWAT INAP RSUD DOK II JAYAPURA**



KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Kesehatan Jurusan Gizi*

SINCE KADIWARU

NIM. 199 200 670

**DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI JAYAPURA**

2003

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dengan Judul :

**“ Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Pasien Tentang Diit
Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura “.**

Telah disetujui untuk di Seminarkan

Jayapura, Oktober 2003

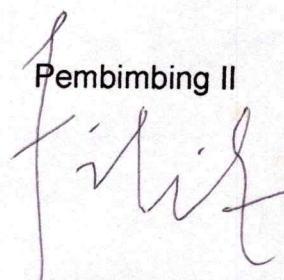
Pembimbing I



Manuntun Rotua Tambunan, SKM

Nip. 140 262 311

Pembimbing II



Fiktor M. Warkawani, AMG

Nip. 140 349 700

PENGESAHAN UJIAN KTI

Karya Tulis Ilmiah diterima oleh Panitia Ujian Akhir Pendidikan
Diploma III, Politeknik Kesehatan Jayapura dengan
Nomor : DL. 02.02.6.G.565 Tanggal 1 Agustus 2003

Untuk penyelesaian Mata Kuliah KTI I, II dan Ujian Akhir dalam rangka
memperoleh Predikat Ahli Madya Gizi (MAG) pada hari RABU
Tanggal 29 Oktober 2003



Disahkan oleh
Ketua Jurusan

G.E. SUSANTI, SKM, M.Kes

NIP. 140 075 010

Panitia Ujian :

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------|
| 1. Ketua | : G.E. SUSANTI, SKM, M.Kes | (.....) |
| 2. Sekretaris | : BUDI KRISTANTO | (.....) |
| 3. Pembimbing I | : MANUNTUN R. TAMBUNAN, SKM | (.....) |
| 4. Pembimbing II | : FIKTOR M. WARKAWANI, AMG | (.....) |
| | | |
| 5. Tim Penguji | | |
| 1. G.E. SUSANTI, SKM, M.Kes | | (.....) |
| 2. dr. YOSEF WATTIMURI | | (.....) |
| 3. MANUNTUN R. TAMBUNAN, SKM | | (.....) |
| 4. FIKTOR M. WARKAWANI, AMG | | (.....) |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

N a m a : SINCE KADIWARU
Tempat/Tgl. Lahir : MANOKWARI, 27 SEPTEMBER 1968
A g a m a : KRISTEN ADVENT
A l a m a t : Jl. Gurabesi No. 31 Kloofkamp
Jayapura – Papua

PENDIDIKAN

1. SD Advent di Manokwari Tahun 1982
2. SLTP Negeri II di Manokwari Tahun 1985
3. SMA OIKUMENE di Manokwari Tahun 1988
4. SPAG di Jayapura Tahun 1990
5. D III Gizi di Jayapura Tahun 1999 – sampai sekarang

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Jayapura
Jurusan Gizi
Karya Tulis Ilmiah
Oktober 2003

SINCE KADIWARU

**"TINGKAT PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PASIEN TENTANG DIIT
DIABETES MELITUS DI RUANG RAWAT INAP RSUD DOK II JAYAPURA"**

VIII + 33 hal + 5 tabel + 5 Lampiran

Terapi diit merupakan terapi utama dan bagian yang terpenting dalam pengobatan penderita Diabetes Melitus. Karena disamping dapat mempertahankan Kadar gula mendekati normal, diit juga dapat mengembalikan berat badan penderita mencapai normal sekaligus memperlambat timbulnya komplikasi yang lebih lanjut. Melihat hal tersebut, maka pengaturan diit pasien sangat menjadi penting namun hal itu tergantung juga kepada pasien bagaimana tingkat pengetahuan dan kepatuhannya terhadap makanan diit tersebut.

Tanpa penanganan yang baik, penyakit ini dapat menimbulkan komplikasi, baik akut maupun kronik. Bagi penderita diabetes tanpa mengerti penyakit DM, tanpa menjalankan Diit dengan baik dan tanpa latihan fisik yang teratur, sering mengalami kegagalan meskipun sudah mengkonsumsi tablet obat anti diabet (OAD) ataupun suntik insulin.

Penelitian ini menggunakan Metode Deskriptif dengan pendekatan Case Studies dengan tujuan untuk mengetahui gambaran tentang pengetahuan dan kepatuhan diit Penderita Diabetes Melitus yang dirawat di RSUD Dok II Jayapura.

Sampel dalam penelitian ini adalah semua penderita yang dirawat inap di RSUD Dok II Jayapura pada saat penelitian (total sanpling).

Pengumpulan data primer di lakukan dengan wawancara dan pengisian kuesioner oleh Responden. Selain itu juga dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Sedangkan data Sekunder yaitu data tentang gambaran umum RSUD Jayapura serta jumlah pasien inap dan rawat jalan. Penelitian dilakukan selama $\pm$ 1 bulan mulai dari tanggal 9 September – 9 Oktober 2003.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita diabetes yang dirawat rata – rata berusia di atas 40 tahun. Tingkat pengetahuan dan kepatuhan diit. Penderita Diabetes Melitus di RSUD Dok II Jayapura 83,33 % atau 10 dari 12 Responden dinyatakan cukup sedangkan 16,67 % atau 2 dari 12 Responden dinyatakan kurang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kepatuhan dalam menjalankan diit merupakan kunci dalam memperoleh asupan yang sesuai dengan kebutuhan sehingga pada akhirnya dapat dicapai status gizi yang optimal pula bagi penderita Diabetes Melitus.

(Daftar Bacaan : 17 (1988 – 2002).

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Berkat dan Rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan.

Selesainya Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan yang Penulis terima dari berbagai pihak baik moril maupun materiil, pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan selesai tepat pada waktunya. Untuk itu Penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura beserta Staf atas bantuan morilnya.
2. Ibu G. Enny Susanti, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Gizi Jayapura.
3. Ibu Manuntun R. Tambunan, SKM selaku Pembimbing I dalam penulisan ini.
4. Bapak Fiktor M. Warkawani, AMG selaku Pembimbing II dalam penulisan ini.
5. Rekan – rekan Mahasiswa dan Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
6. Anak – anak tercinta Billy, Jerold, Claus, Clarg dan suami terkasih Johanis Dumpel.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu penulis berterima kasih atas saran guna penyempurnaannya. Akhirnya semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat bagi yang membacanya.

Jayapura, Oktober 2003

Penulis

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas Berkat dan Rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan.

Selesainya Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan yang Penulis terima dari berbagai pihak baik moril maupun materiil, pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan selesai tepat pada waktunya. Untuk itu Penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura beserta Staf atas bantuan morilnya.
2. Ibu G. Enny Susanti, SKM, M.Kes selaku Ketua Jurusan Gizi Jayapura.
3. Ibu Manuntun R. Tambunan, SKM selaku Pembimbing I dalam penulisan ini.
4. Bapak Fiktor M. Warkawani, AMG selaku Pembimbing II dalam penulisan ini.
5. Rekan – rekan Mahasiswa dan Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
6. Anak – anak tercinta Billy, Jerold, Claus, Clarg dan suami terkasih Johanis Dumpel.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu penulis berterima kasih atas saran guna penyempurnaannya. Akhirnya semoga tulisan ini dapat memberikan manfaat bagi yang membacanya.

Jayapura, Oktober 2003

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal.
Halaman Judul	I
Lembaran Pengesahan	II
Daftar Riwayat Hidup	III
Abstrak	IV
Kata Pengantar	VI
Daftar Isi	VII
Daftar Tabel	IX
Daftar Lampiran	X
Bab I. Pendahuluan	1
A. Latar belakang	1
B. Batasan Masalah.....	5
C. Rumusan Masalah	6
D. Tujuan Penelitian	6
E. Manfaat Penelitian	7
Bab II. Tinjauan Pustaka	8
A. Tinjauan Umum Diabetes Melitus	8
B. Tinjauan Pengetahuan DM	13
C. Tinjauan Kepatuhan Diit	16
D. Kerangka Konsep	18

Bab III.	Metodologi Penelitian	22
	A. Tempat Penelitian	22
	B. Jenis dan Rancangan Penelitian	22
	C. Populasi dan Sempole	22
	D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data	23
	E. Instrumen Penelitian	25
	F. Pengolahan dan Penyajian Data	25
 Bab IV.	 Hasil dan Pembahasan	 26
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	26
	B. Hasil dan Pembahasan	31
 Bab V.	 Kesimpulan dan Saran	 42
	A. Kesimpulan	42
	B. Saran	42
 	 Daftar Pustaka	 44
 	 Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel	<i>Hal.</i>
1. Nilai Diagnostik Untuk Tes Toleransi Glukosa Oral	8
2. Distribusi Sampel Berdasarkan Umur	31
3. Distribusi Sampel Berdasarkan Jenis Kelamin	32
4. Distribusi Sampel Berdasarkan Tingkat Pendidikan	32
5. Distribusi Sampel Berdasarkan Tingkat Pengetahuan	33
6. Distribusi Sampel Berdasarkan Tingkat Kepatuhan	34
7. Distribusi Sampel Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Tingkat Pengetahuan	35
8. Distribusi Sampel Berdasarkan Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Kepatuhan	36

DAFTAR LAMPIRAN

<i>No.</i>		<i>Hal</i>
1.	Formulir Kuesioner Penelitian	46
2.	Lembaran Jawaban Kuesioner penelitian	47
3.	Formulir Food Weighing	49
4.	Surat Ijin Penelitian	50
5.	Master Tabel	51

BAB I

P E N D A H U L U A N

A. Latar Belakang

Jumlah penderita penyakit Diabetes Melitus akhir – akhir ini menunjukkan Kenaikan yang bermakna di seluruh dunia. Perubahan gaya hidup, seperti pola makan dan berkurangnya aktifitas fisik dianggap sebagai faktor – faktor penyebab terpenting. Oleh karenanya Diabetes Mellitus dapat saja timbul pada orang tanpa riwayat penyakit Diabetes Mellitus dalam keluarga. Proses terjadinya penyakit memakan waktu bertahun – tahun dan sebagian besar berlangsung tanpa gejala. Namun penyakit DM dapat dicegah jika kita mengetahui dasar – dasar penyakit dengan baik dan mewaspadaai perubahan gaya hidup kita, (*Elvina, 2002*).

Menurut *Diah, dkk (1995)*, Penyakit Diabetes Melitus (Kencing Manis) sebenarnya sudah dikenal sejak dulu kala. Pada dokumen purbakala yang diperkirakan dibuat ribuan tahun sebelum Masehi tercantum adanya penyakit dengan gejala kencing yang berulang kali dan banyak kencing (Poliuria). Dikatakan bahwa penyakit ini dapat bersifat genes dan berakhir dengan kematian penderita dalam waktu singkat. Pada perkembangan selanjutnya diketahui bahwa air kencing

dari penderita itu terasa manis. Namun penyebab rasa manis itu tetap belum diketahui dan dapat dijelaskan.

Penyakit diabetes di sebabkan oleh produksi insulin yang tidak memadai, terapi diet merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan semua penderita diabetes dan sering mencakup pula penurunan berat badan. Semua zat gizi sangat penting dalam diet diabetes, makanan sumber hidrat arang harus dibagi merata sepanjang hari untuk mengimbangi insulin yang ada. Ada dua jenis diabetes melitus yaitu diet bebas gula dan diet penukaran hidrat arang. Jenis diet yang diterapkan pada seseorang penderita diabetes tergantung kepada beratnya penyakit, jenis pengobatan dan cara hidup penderita. Dengan makin majunya keadaan sosial ekonomi masyarakat Indonesia serta pelayanan kesehatan yang makin baik & merata, diperkirakan diabetes melitus makin meningkat. Diabetes melitus dapat menyerang segala lapisan umur dan sosial ekonomi. Dari berbagai Epidemiologis di Indonesia didapatkan angka prevalensi sebesar 1,5 – 2,3 % pada penduduk usia lebih dari 15 tahun. Bahkan penelitian Epidemiologis terakhir di Manado didapatkan angka prevalensi sebesar 6,1 % (*Perkeni, 1999*).

Melihat pola pertumbuhan penduduk saat ini, diperkirakan pada tahun 2020 nanti akan ada sejumlah 178 juta penduduk berusia diatas

20 tahun bila asumsi prevalensi DM sebesar 2%, maka akan didapatkan 3,56 juta pasien DM. Jumlah tersebut merupakan jumlah yang cukup besar untuk ditangani sendiri oleh para ahli DM. Angka tersebut akan cenderung meningkat terus seiring dengan tingkat perubahan ekonomi. (*Sidartawan, 1996*).

Menurut catatan Sub Bagian Rekam Medik Di RSUD Jayapura untuk tahun 2000 jumlah Penderita Diabetes Melitus yang rawat inap dan rawat jalan ada 46 orang penderita, 1 orang meninggal dan pada bulan Januari sampai dengan Agustus 2001 24 orang penderita .

Menurut *Sarwono (2002)*, Dalam mengelola DM untuk jangka pendek tujuannya adalah menghilangkan keluhan / gejala DM dan mempertahankan rasa nyaman dan sehat. Untuk tujuan jangka panjang lebih jauh lagi, yaitu mencegah penyakit baik makroangiopati, mikroangiopati maupun neuropati dengan tujuan akhir menurunkan Morbiditas dan Mortalitas Diabetes Melitus. Untuk mencapai tujuan tersebut berbagai usaha untuk memperbaiki kelainan metabolik yang terjadi pada pasien DM, serta kelainan kadar gula darah, lipid maupun kelainan lain yang berpengaruh pada tujuan jangka panjang seperti tekanan darah dan berat badan. Dalam pengelolaan DM langkah pertama yang harus dilakukan adalah pengelola non farmakologis, perencanaan makanan dan kegiatan jasmani. Baru kemudian kalau

langkah-langkah tersebut sasaran pengendaliannya belum tercapai, dilanjutkan dengan langkah berikut yaitu penggunaan obat / pengelolaan Farmakologis Insulin. Pilar utama pengelolaan DM adalah : Perencanaan menu, latihan jasmani, obat berkhasiat, hipoglikemik, penyuluhan.

Berhasil tidaknya pengobatan diabetes tergantung pada kerja sama antara pengurus kesehatan dengan pasien dan keluarganya. Pasien yang mempunyai pengetahuan yang cukup tentang diabetes yang selanjutnya mengubah prilakunya akan dapat mengendalikan kondisi penyakitnya sehingga ia dapat hidup lebih lama.

(Endang, 2002).

Penelitian menunjukkan kepatuhan (Compliance) pengobatan yang rendah pada pengobatan penyakit kronik. Hanya 50 % pasien yang pada pengobatan jangka panjang dan 25 % pada kondisi atau penyakit yang asimtomatik. Pada penelitian yang spesifik untuk diabetes didapat, 80 % dari pasien yang diteliti : menyuntik Insulin dengan cara yang tidak tepat, 58 % memakai dosis yang salah dan 75 % tidak mengikuti diit yang dianjurkan. Ketidak patuhan ini merupakan salah satu hambatan untuk tercapainya tujuan pengobatan dan mengganggu manfaat yang potensial dari suatu rencana pengobatan serta mengakibatkan pasien yang memerlukan tes

/pemeriksaan dan pengobatan yang sebenarnya tidak diperlukan.
(*Sidartawan, 1996*).

Oleh karena biaya pengelolaan DM yang sangat mahal, diagnosis secara dini adalah satu-satunya cara mengendalikan penyakit yang kronis ini. DM yang didiagnosis secara dini sangat memudahkan pengelolaannya, bahkan kemungkinan hanya perlu memerlukan pengaturan makan untuk menjaga jangan sampai terjadi kelebihan atau kekurangan konsumsi energi dan zat gizi lain. (*Diah, dkk 1995*).

Diit bagi penderita DM adalah diit kalori seimbang dengan memperhatikan 3 aspek secara ketat yang dikenal dengan istilah pedoman 3 J (Jadwal makan, Jumlah dan Jenis makan), berarti bahwa seorang diabetisi harus memperhatikan benar jadwal atau kebutuhan dan jenis makan yang boleh dan tidak boleh dimakan.

(*Andry, 1997*).

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Pasien terhadap Diit Diabetes Melitus pada penderita DM yang dirawat di RSUD Dok II Jayapura.

B. Batasan Masalah.

Penyakit Diabetes Melitus adalah suatu keadaan Hiperglikemia yang disebabkan oleh faktor keturunan dan lingkungan bersama-sama

disamping ada pula faktor lain : Tingkat Pendapatan, Pola Makan, Gaya Hidup, Tingkat Penerimaan, Tingkat Pendidikan, Kepatuhan dan Pengetahuan Diit dari beberapa faktor tersebut dalam usulan penelitian ini penulis membatasi usulan penelitiannya pada faktor tingkat pengetahuan dan kepatuhan di rawat di RSUD Dok II Jayapura yang disebabkan keterbatasan waktu, tenaga penulis dan biaya.

C. Rumusan Masalah.

Berdasarkan batasan masalah maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian adalah : Bagaimanakah tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien tentang Diit Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura.

D. Tujuan Penelitian.

a. Tujuan Umum.

Diketahui gambaran tingkat pengetahuan dan kepatuhan tentang Diet Diabetes Melitus pada penderita yang masih di rawat inap di RSUD Dok II Jayapura periode bulan **September – Oktober 2003.**

b. Tujuan Khusus.

- 1. Diketahui gambaran tentang tingkat pengetahuan pasien Diet Diabetes Melitus di ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura.**

2. Diketahui gambaran tentang tingkat kepatuhan Diet Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura.

E. Manfaat Penelitian.

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi pada pihak terkait (dokter, petugas gizi, perawat) tentang tingkat pengetahuan dan kepatuhan pasien tentang diet DM sehingga dapat diupayakan cara penanganan yang lebih baik untuk mengoptimalkan kesehatan pasien dan mencegah timbulnya komplikasi diabetes.
- b. Sebagai sumbangan ilmiah dan tambahan informasi bagi peneliti lainnya.
- c. Sebagai tambahan pengetahuan dan pengalaman yang tak ternilai bagi peneliti sendiri.
- d. **Sebagai bahan bacaan bagi masyarakat tentang informasi penatalaksanaan terapi gizi pasien Diabetes Melitus.**

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) adalah suatu syndrom yang disebabkan oleh defisiensi Insulin baik relatif maupun absolut. Sehingga terjadi hyperglikemia kronis (Soewondo, 1993). DM dapat timbul secara perlahan sehingga pasien tidak menyadari akan adanya perubahan seperti banyak minum, buang air kecil lebih sering atau berat badan yang menurun. Gejala – gejala tersebut dapat berlangsung lama tanpa diperhatikan sampai kemudian penderita di diagnosis mengidap Diabetes Mellitus (Noer, 1996).

Tabel : 1

Nilai Diagnostik Untuk Tes Toleransi Glukosa Oral

	Darah Vena (Mg/dl)	Darah Kapiler (Mg/dl)	Plasma Vena (Mg/dl)
DM			
Glukosa darah puasa	> 120	≥ 120	> 140
2 Jam sesudah beban	> 180	> 200	> 200
TGT			
Glukosa darah puasa	< 120	< 120	< 140
2 Jam sesudah beban	> 120 o<150	> 140 - <200	> 140 - <200

Sumber : WHO Technical Report

Penyebab penyakit Diabetes Mellitus berupa penumpukan Glukosa darah yang membuatnya naik hingga di atas nilai normal yaitu lebih 100 mg % dalam keadaan puasa dan 140 mg % sesudah makan (Hartono, 1995).

A.1. Klasifikasi Diabetes Mellitus dan Kategori dengan Intoleransi Glukosa (WHO 1985)

a. Golongan Klinik

Diabetes Mellitus

1. Tipe I Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM) atau DM tergantung Insulin (DMTI).
2. Tipe II Non – Insulin Dependent Diabetes Melitus (N IDDM) atau DM tidak tergantung Insulin.
 - a. tidak gemuk
 - b. gemuk.
3. Malnutrition related Diabetes Mellitus (MRPM) atau DM terkait Malnutrisi (DMTM).
4. Diabetes tipe lain yang berhubungan dengan keadaan atau Sindrom tertentu :
 - a. Penyakit Pankreas
 - b. Penyakit Hormonal

- c. Karena Obat/bahan kimia lain.
 - d. Kelainan reseptor Insulin
 - e. Sindrom genetik tertentu
 - f. Sinosis Hepatitis
- b. Toleransi glukosa terganggu
- 1. tidak gemuk
 - 2. gemuk
 - 3. yang berhubungan dengan keadaan atau Sindrom tertentu.
- c. Diabetes Mellitus Gestasional

b. Golongan dengan Resiko Statistik

Pasien dengan toleransi glukosa yang normal, tetapi jelas mempunyai resiko yang lebih besar untuk timbulnya DM seperti :

- 1. Toleransi glukosa pernah abnormal dan
 - 2. Toleransi glukosa potensial abnormal ;
- (Pranagi, 1995)
- 3. Kelompok Resiko tinggi menderita Diabetes**
- **Usia lanjut**
 - **Kadar glukosa darah pernah abnormal**
 - **Keluarga Diabetes**
 - **Obesitas**

- Hipertensi
- Hiperlipidemia
- Pernah menderita DM – G
- Pernah melahirkan bayi (> 4 kg)

Menurut jenis gangguannya, Diabetes Melitus ini ada dua tipe, yaitu DM type I atau Insulin dependent Diabetes Mellitus (IDDM) dan type II atau non Insulin dependent Diabetes Melitus (NIDDM). Pada type I penderita harus di berikan suntikan Insulin dan karena tubuhnya hampir sama sekali tidak ada atau sangat rendah dalam menghasilkan Insulin.

Pada type II, didalam tubuh penderita masih di hasilkan Insulin, tetapi fungsi Insulinnya kurang aktif.

Menurut **Woteki dan Thomas (1992)**, pada umumnya IDDM itu timbul sebelum penderita berumur 40 tahun. Pada penderita DM jenis ini terdapat kerusakan sel pada pulau-pulau langerhans di dalam pankreas yang memproduksi Insulin. Kerusakan ini di sebabkan karena gangguan sistem kekebalan. Sel-sel akan berubah sifat menjadi asing sehingga di hancurkan oleh sistem kekebalan tubuh. Menurut Feingold, dkk (1991), kerusakan ini diawali oleh adanya suatu infeksi virus atau oleh sebab lain yang tidak spesifik merusak sel-sel β pankreas yang kemudian secara perlahan di ikuti dengan gangguan sistem kekebalan tubuh yang di sebut

Auto Imum. Gangguan kekebalan ini di duga juga berkaitan dengan faktor genetik. Menurut National Research Council (1989) dan Feingold, dkk (1991) resiko terjadinya IDDM meningkat pada individu dengan karakter tertentu pada sel-sel darah putihnya (HLA : Human Leucosyt Group A).

Menurut **Tjokroprawiro (1991)**, terutama di negara-negara sedang berkembang, IDDM dapat pula di sebabkan karena faktor kekurangan gizi yang disebut : Malnutrition Related to Diabetes Mellitus (MRDM, khususnya kekurangan protein pada masa kanak-kanak.

Menurut **Woteki, dkk (1992) serta Tong**, timbulnya NIDDM di pengaruhi oleh adanya faktor genetik, lingkungan serta daya hidup seseorang. Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) pada umumnya timbul setelah berumur 40 tahun.

Menurut Woteki, dkk (1992), mengemukakan bahwa di Amerika terdapat 9 % dari penduduk yang berumur lebih dari 65 tahun menderita Diabetes Melitus Tipe II (NIDDM). Dibandingkan dengan IDDM, NIDDM lebih sering terjadi 50 – 90 % adalah Overweight. Terjadinya NIDDM di pengaruhi oleh lingkungan, gaya hidup serta faktor genetik tetapi cara penurunannya belum di ketahui.

Selain IDDM dari NIDDM di kenal juga Diabetes Sekunder akibat dari gangguan dari hormon-hormon lain dan gestational Diabetes, yaitu Diabetes yang terjadi pada kehamilan. (**Diah Pranadji, 1995**).

B. Tinjauan Pengetahuan DM

Tujuan pendidikan kesehatan bagi pasien diabetes adalah meningkatkan pengetahuan pasien. Pengetahuan akan menjadi titik tolak perubahan sikap dan gaya hidup mereka. Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan yang dicakup dalam pengetahuan yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintetis dan penilaian kembali. (*Endang, 2002*).

Telah diketahui, bahwa diabetes melitus merupakan penyakit degeneratif. Dengan demikian menurut teori, tidak ada obat yang dapat menyembuhkan penderita diabetes seperti sebelumnya terserang penyakit. Oleh karena itu, tujuan umum pengobatan pada diabetes melitus adalah memperpanjang umur dan meningkatkan kualitas hidup penderita. Menurut Tjokroprawiro (1991) dan Zeman (1991), pengobatan Diabetes Melitus meliputi :

1. **Pengaturan makan** dengan memperhatikan kebutuhan gizi penderita untuk mengurangi tanda-tanda dan gejala klinik.
2. **Obat-obat hipoglikemia.**
3. **Olah raga, dan**
4. **Pendidikan dan penyuluhan untuk penderita.**

Terapi diet atau pengaturan makan bagi penderita diabetes secara umum menjaga dan memelihara tingkat kesehatan yang optimal sehingga dapat melakukan aktivitas seperti biasanya. Umumnya parameter yang digunakan untuk menentukan keadaan DM adalah gula darah yang normal.

Pengaturan makan diperlukan bagi semua penderita DM baik penderita type I (IDDM) maupun type II (NIDDM). Pada type I (Penderita mendapat Insulin), pengaturan makan terutama ditujukan untuk menyesuaikan waktu dan jumlah makan yang diberikan. Untuk penderita type II, pengaturan makan terutama untuk mengembalikan penderita ke berat badan ideal dan mencegah terjadinya penyakit Kardiovaskuler.

(Diah, 2001).

a. Tujuan Diet

⇒ Menyesuaikan makanan dengan kesanggupan tubuh untuk menggunakannya, agar penderita mencapai keadaan faal normal dan dapat melakukan tugas atau pekerjaan sehari – hari seperti biasa. (Penuntun diet, 1992).

b. Prinsip Diet

⇒ **PRINSIP** pemberian makanan bagi penderita Diabetes Mellitus **adalah** mengurangi dan mengatur konsumsi Karbohidrat **sehingga** tidak menjadi beban bagi mekanisme pengaturan gula darah.

- ⇒ Karbohidrat 60 – 70 % dari total Energi yang dianjurkan dengan menggunakan karbohidrat kompleks yang mengandung banyak serat.
- ⇒ Energi cukup untuk menjaga kestabilan BB agar tetap normal.
- ⇒ Protein cukup 15 – 20 % dari total kalori (1 gr/kg BB/har).
- ⇒ Lemak cukup 20 – 25 % dari total kalori.
- ⇒ Lemak jenuh dihindari.
- ⇒ Cukup vitamin dan mineral.
- ⇒ Tinggi serat terutama serat yang mudah larut.

c. Syarat Diit

1. Energi diberikan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan umur, jenis kelamin, TB, BB, aktifitas fisik dan proses pertumbuhan.
2. Karbohidrat diberikan 60 – 70 % dari total Konsumsi makanan / minuman yang mengandung gula dibatasi – gunakan karbohidrat kompleks.
3. Tinggi serat.
4. Protein yang nilai biologi tinggi dan nilai cernanya tinggi.
5. Lemak dibatasi terutama lemak jenuh dan kolesterol.
6. Vitamin dan mineral diberikan sesuai kebutuhan.

(Diah, Dkk, 2001)

NIDDM dibandingkan dengan IDDM, NIDDM lebih sering terjadi 50 – 90 % adalah overweight. Terjadinya NIDDM juga dipengaruhi oleh faktor genetik tetapi cara penurunnya belum diketahui.

Selain IDDM dari NIDDM di kenal juga Diabetes Sekunder akibat gangguan dari hormon-hormon lain dan Gestational Diabetes, yaitu Diabetes yang terjadi pada kehamilan. (*Diah, 1995*).

C. Tinjauan Kepatuhan Diit

Perkataan diit sering ditanggapi oleh banyak orang sebagai suatu tindakan yang akan mengganggu kenyamanan serta kemudahan dalam hidupnya sehari – hari, padahal perkataan diit tidak selalu berarti larangan atau pembatasan makanan atau minuman untuk mengobati suatu penyakit.

Tujuan utama dari Diabetes Mellitus adalah untuk mengatur kadar gula darah tetap berada dalam batas normal dan untuk mencegah terjadinya perubahan cepat kadar gula darah seperti hiperglikemia atau/ kadar gula darah yang rendah untuk pasien yang mempunyai kelebihan berat badan yang ideal. Diit Diabetes juga bertujuan untuk mencegah atau menunda timbulnya komplikasi yang dapat terjadi di kemudian hari seperti jantung, ginjal dan lain – lain yang ada kaitannya dengan pengendalian kadar gula darah. (*Andry, 1997*).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan pada penderita yang mendapat pengobatan penyakit yang bersifat kronik pada umumnya sangat rendah. Penelitian terhadap pasien Diabetes didapatkan 80 % diantaranya menyuntik Insulin dengan cara yang tidak tepat, 58 % memakai dosis yang salah dan 75 % tidak mengikuti diet yang dianjurkan. Ketidak patuhan ini selain merupakan salah satu hambatan untuk tercapainya tujuan pengobatan, juga mengakibatkan pasien mendapatkan pemeriksaan atau pengobatan yang sebenarnya tidak diperlukan untuk mengatasi ketidakpatuhan tersebut. Penyuluhan diperlukan karena penyakit Diabetes adalah penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup. Pengobatan dengan obat – obatan penting, tetapi tidak cukup. Pengobatan Diabetes memerlukan keseimbangan antara beberapa kegiatan yang merupakan bagian integral dari kegiatan rutin sehari – hari seperti makan, serta berolahraga. Pengaturan jumlah serta jenis makanan dan olah raga merupakan pengobatan yang tidak dapat ditinggalkan walaupun diakui banyak diabaikan oleh pasien serta keluarganya. Berhasil tidaknya pengobatan Diabetes tergantung pada kerja sama antara petugas Kesehatan dengan pasien dan keluarga **(Sarwono, 2002).**

Modifikasi tambahan terkadang juga diperlukan guna mengatasi keadaan lain yang menyertai DM seperti kadar lemak yang tinggi,

Tekanan darah tinggi dan keadaan gagal ginjal. Untuk kasus seperti ini tentu penanganan diitnya berbeda satu dengan yang lainnya.

Diit bagi penderita DM adalah diit kalori seimbang dengan memperhatikan 3 aspek secara ketat yang dikenal dengan istilah Pedoman 3 J (Jadwal makan, Jumlah dan Jenis makanan).

Hal ini berarti bahwa seorang penderita Diabetes harus memperhatikan benar Jadwal atau Interval waktu makan, Jumlah kalori sesuai dengan kebutuhan dan Jenis makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan (Andry Hartono, 1997).

Menurut Askandar Tjokroprawiro (1994), bahwa diit DM pada dasarnya diberikan 3 kali makan utama, 3 kali makan antara atau selingan dengan Interval waktu 3 jam. Bagi penderita DM tanpa mengerti penyakit DM, tanpa menjalankan diit dengan baik dan tanpa latihan fisik yang teratur, sering mengalami kegagalan meskipun sudah diberikan OAD (Obat Anti Diabetes). Oleh karena itu kepatuhan merupakan kunci utama dalam upaya pengendalian penyakit ini.

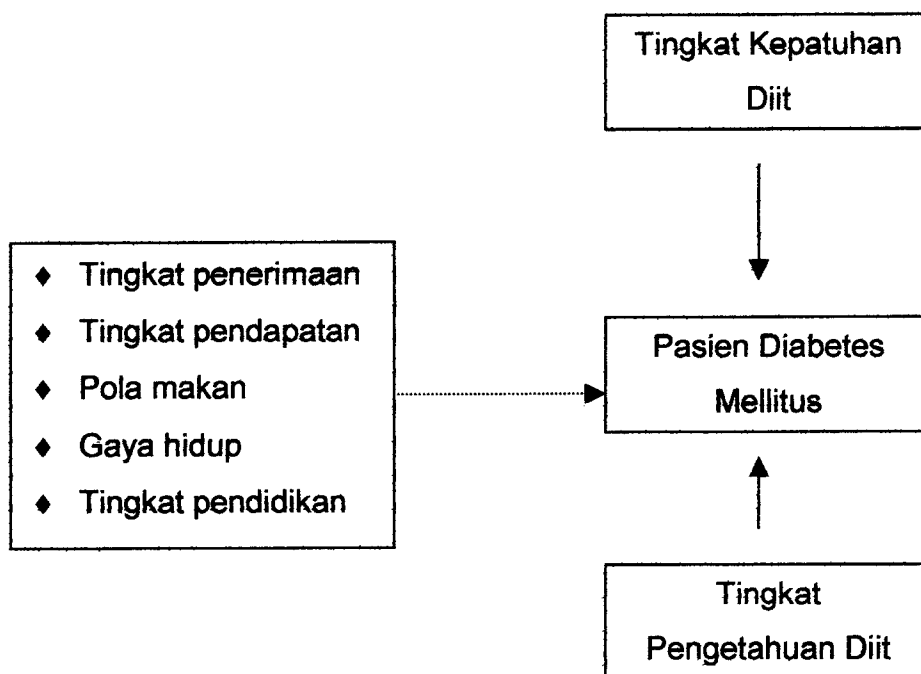
D. Kerangka Konsep

1. Alur Pemikiran Variabel Penelitian

Bagi penderita Diabetes Mellitus, tanpa mengerti penyakit Diabetes Mellitus, tanpa menjalankan diit dengan baik dan tanpa latihan fisik yang

teratur, sering mengalami kegagalan, meskipun mereka sudah minum tablet Obat Anti Diabetes (OAD) ataupun suntik Insulin. (Rina M. Moestikawati, 1996).

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam bagan berikut :



Keterangan :

.....→ Variabel yang tidak diteliti

————→ Variabel yang diteliti

2. Variabel Penelitian

a. Variabel Dependen

Adalah variabel terpengaruh. Dalam penelitian ini yang termasuk variabel dependen adalah : Penderita Diabetes Mellitus.

b. Variabel Independen

Adalah variabel yang diduga mempunyai pengaruh terhadap variabel dependen. Yang termasuk variabel Independen adalah tingkat pengetahuan tentang Diabetes Mellitus dan Kepatuhan diit.

3. Definisi Operasional dan Kriteria Obyektif

Untuk menyamakan persepsi dalam penelitian maka perlu adanya definisi operasional dan kriteria obyektif sebagai berikut :

a. *Tingkat pengetahuan tentang DM*

Adalah kemampuan pasien untuk menjelaskan tentang Diabetes Mellitus dan diit yang diberikan.

Cukup : apabila pasien mampu menjawab lebih atau sama dengan 60 % dari jumlah pertanyaan yang ada didalam quesioner.

Kurang : Apabila pasien menjawab kurang dari 60 % jumlah pertanyaan yang ada di dalam quesioner.

(Abidin, tahun 2001).

b. Kepatuhan Diit

Definisi operasional

Adalah : sikap dan perilaku pasien untuk menerima dan melaksanakan peraturan makan sesuai dengan prinsip 3 J (Jumlah kalori yang ditentukan, Jadwal diit yang dilaksanakan serta Jenis makanan yang dianjurkan untuk boleh dan tidak boleh dimakan).

Kriteria obyektif

Baik : Bila pasien melaksanakan prinsip 3 J.

Kurang : Bila pasien hanya melaksanakan satu atau dua dari prinsip 3 J. (*Andrianto, 2002*).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di RSUD Dok II Jayapura di Ruang Rawat Inap. Penelitian dilaksanakan pada bulan September – Oktober 2003.

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan yaitu : deskriptif dengan pendekatan Case Studies. Untuk mengetahui gambaran tentang pengetahuan dan kepatuhan Diit Penderita yang dirawat di RSUD Dok II Jayapura pada saat penelitian.

C. Populasi dan Sampel

1. *Populasi*

Populasi dari penelitian adalah seluruh pasien yang dirawat selama bulan September – Oktober 2003 di Ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura.

2. *Sampel.*

Sampel adalah pasien Diabetes Mellitus lama dan baru yang masih bisa makan, minum dan bersedia menjadi sampel, berusia di atas 18 tahun, dalam keadaan sadar, komplikasi dan tanpa komplikasi, laki – laki atau perempuan. Besar sampel yaitu total sampling, semua pasien yang diamati di RSUD Dok II Jayapura yang memenuhi kriteria di atas.

D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.

1. Jenis Data

a. *Data primer*

Data primer dalam penelitian ini meliputi :

1. Pengukuran : TB, BB.
2. Untuk melihat kepatuhan pasien dengan melihat Monev makanan selama 5 hari dengan metode food weighing karena lamanya pasien dirawat 5 – 7 hari saja.
3. Data tingkat pengetahuan pasien Diabetes Mellitus

b. *Data Sekunder*

Data sekunder dalam penelitian meliputi :

1. Gambaran Umum RSUD Dok II Jayapura
2. Jumlah pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan

2. Cara Pengumpulan Data

a. *Penimbangan Berat Badan*

Pengukuran berat badan pada orang dewasa dilakukan dengan berpakaian seminimal mungkin serta tanpa sepatu. Untuk mengukur Berat Badan orang dewasa dengan menggunakan timbangan injak merek Air lux dengan tingkat ketelitian 0,1 kg.

Cara pengukuran Berat Badan adalah :

1. Berdiri tegak lurus dengan pakaian seminimal mungkin tanpa memakai sepatu.
2. Timbangan pada posisi nol.
3. Kedua kaki harus tepat di posisi timbangan injak.
4. Pengukur berdiri di depan yang ditimbang.
5. Lalu dibaca hasilnya.

b. *Cara mengukur Tinggi Badan.*

1. Berdiri tegak lurus dengan kepala menghadap ke depan horizontal.
2. Lutut lurus dan tumit menyentuh dinding.
3. Tangan tergantung bebas di samping paha.
4. Microtoise di turunkan sampai menyentuh kepala.
5. Lalu baca hasilnya.

Pengukuran Tinggi Badan dengan menggunakan Microtoise dengan tingkat ketelitian 0,1cm.

⇒ Data Sekunder :

- Gambaran Umum RSUD Dok II Jayapura
- Jumlah Pasien rawat inap dan jalan.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- Quesioner Penelitian
- Recall dan food weighing Konsumsi Makanan
- Daftar Komposisi Bahan Makanan (DKBM)
- Kalkulator Fx 3600
- Timbangan injak (Bad Scall) merek air lux ketelitian 0,1kg
- Alat ukur TB (Mikrotoise) dengan tingkat ketelitian 0,1cm

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini dimasukkan dalam bentuk tabel dan penjelasan – penjelasan data diolah secara manual dengan menggunakan kalkulator FX 3600 dan cara elektronik dengan komputer program Excel dan World. Food Weghing digunakan untuk menghitung asupan Gizi dalam makanan dan minuman hasil recall 24 Jam.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUD Jayapura

1. Latar Belakang

RSUD Dok II Jayapura yang berlokasi di Jalan Kesehatan Jayapura adalah Rumah Sakit Kelas B yang mengarah ke Rumah Sakit Pendidikan, dimana sejarahnya dibangun oleh Pemerintah Hindia Belanda pada tanggal 5 Juni 1959. Pada tanggal 2 Mei 1962 penyerahan Irian Barat ke Pemerintah Republik Indonesia. Maka Rumah Sakit ini dikelola oleh Pemda Provinsi Papua pada tahun 1985 dijadikan Rumah Sakit Type C dengan SK. Depkes No. 129/GIJ/1985, pada tahun 1996 terakreditasi pada bulan Juli dan pada tahun 1997 dijadikan Type B non Pendidikan sesuai Perda No. 7 tahun 1997. Pada tahun 2001 dalam proses ke type B pendidikan. RSUD Dok II tersebut berada di atas tanah seluas 36 Ha dengan luas bangunan 1 gedung 16.000 M².

RSUD Dok II Jayapura dalam pelayanannya menerapkan konsep memberikan pelayanan yang berkualitas, lengkap dan terjangkau terutama bagi masyarakat tidak mampu. Sehingga dalam

melaksanakan kegiatannya akan menghormati dan memperlakukan penderita dengan kesamaan hak sebagai manusia seutuhnya.

2. Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Dok II Jayapura

a. Visi RSUD Dok II Jayapura

Terwujudnya RSUD Jayapura yang unggul dalam kualitas pelayanan didukung dengan SDM profesional dan sejahtera pada tahun 2005 (sejalan dengan visi Gubernur).

b. Misi RSUD Dok II Jayapura

1. Memberikan pelayanan yang berkualitas, lengkap dan terjangkau terutama bagi masyarakat yang tidak mampu.
2. Meningkatkan kualitas SDM dan meningkatkan kesejahteraan karyawan RSUD.
3. Penyediaan fasilitas yang memadai untuk menunjang pelayanan RSUD terhadap penderita dengan penyediaan dana yang memadai. Dari visi dan misi tersebut di atas diharapkan tercapainya pelayanan yang berkualitas.

3. Fasilitas Pelayanan

Berbagai Fasilitas pelayanan Kesehatan yang tersedia di RSUD Dok II Jayapura antara lain :

- Pelayanan Rawat Jalan
- Pelayanan Rawat Inap dengan kapasitas 314 tempat tidur.
- Pelayanan Gawat Darurat
- Pelayanan Laboratorium
- Pelayanan Radiologi
- Pelayanan Operasi
- Pelayanan Rehabilitasi Medik/Fisioterapi dari sosial medik (Pelayanan pada yang tidak mampu).
- Pelayanan Kamar Jenazah
- Pelayanan Ambulance (ambulance penderita dan ambulance jenazah)
- Pelayanan Gigi dan Mulut.

4. Ketenagaan

Sumber daya tenaga yang dimiliki RSUD Dok II Jayapura sebanyak 516 orang/pegawai, sedangkan yang berhubungan dengan pasien dapat diperinci sebagai berikut :

- Tenaga medik (dokter) sebanyak 43 orang.

- Tenaga Farmasi : 3 orang apoteker
- Tenaga para medis perawat : 234 orang
- Tenaga para medis non perawat : 52 orang
- Tenaga non medis : 150 orang

5. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

RSUD Jayapura mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dan penyembuhan penderita serta pemulihan cacat badan dan jiwa sesuai peraturan perundang – undangan yang berlaku dalam melaksanakan tugas.

Adapun fungsi RSUD adalah :

1. Melaksanakan usaha pelayanan medis
2. Melaksanakan pencegahan dan Rehabilitasi Medis
3. Melaksanakan usaha pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan.
4. Melaksanakan Usaha Keperawatan.
5. Melaksanakan Upaya Pendidikan dan Latihan para medis.
6. Melaksanakan sistem rujukan.
7. Sebagai tempat penelitian.

6. Kondisi Obyektif

RSUD Jayapura terletak di ibukota propinsi di wilayah yang paling luas dan spesifik, baik dari kondisi sosial maupun geografis yang dilingkupi oleh daratan rendah berupa rawa yang luas sampai ke bukit serta pegunungan tertinggi dengan tingkat penyebaran dan kepadatan penduduk tidak merata.

Sebagai Rumah Sakit rujukan bagi Rumah sakit Kabupaten dan Puskesmas juga melakukan kolaborasi bagi pendidikan bidan, perawat medis kesehatan maupun Ahli Madya Gizi dimana kondisi tersebut di atas menuntut cara pendekatan dalam kegiatan pelayanan yang bersifat khusus pula.

Berdasarkan Perda No. 7 tahun 1997 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Type B pendidikan yang memberikan pelayanan gedung 9 bidang spesialisistik dan 3 macam bidang sub spesialisistik dengan data sebagai berikut :

6.1 Kapasitas tempat tidur sebanyak 325 dengan rincian :

- **Kelas VIP** : 11 tempat tidur
- **Kelas I** : 28 tempat tidur
- **Kelas II** : 95 tempat tidur
- **Kelas III** : 191 tempat tidur

B. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 9 September – 9 Oktober 2003 di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura diperoleh 12 penderita Diabetes Melitus. Adapun hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi sebagai berikut .

1. Karakteristik Sampel

a. Umur

Tabel : 2

Distribusi Sampel Berdasarkan Umur

No.	Umur	N	%
1.	≤ 40	0	0
2.	40 – 60	9	75
3.	≥ 60	3	25
	Jumlah	12	100 %

Sumber : data primer diolah 2003

Dari data di atas terlihat bahwa 75 % atau 9 orang Penderita berumur antara 40 – 60 tahun dan 3 sampel (25 %) berumur lebih dari 60 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Andrianto 2002, dinyatakan bahwa 66,7 % adalah penderita berusia 40 – 60 tahun.

b. Jenis Kelamin

Tabel : 3

Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	n	%
1.	Pria	7	58,33
2.	Wanita	5	41,67
	Jumlah	12	100 %

Sumber : Data Primer diolah 2003

Pada Tabel 3 di atas dijelaskan bahwa dari 12 Sampel didapat 7 Sampel (58,33 %) jenis kelamin pria dan 5 orang (41,67 %) berjenis kelamin wanita.

c. Tingkat Pendidikan

Tabel : 4

Distribusi Sampel berdasarkan Tingkat Pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	n	%
1.	Tidak Sekolah	0	0
2.	SD	6	50
3.	SLTP	0	0
4.	SMU	6	50
5.	Perguruan Tinggi	0	0
	Jumlah	12	100 %

Sumber : data primer, diolah 2003

Dilihat dari tabel diatas menjelaskan bahwa 6 Sampel (50 %) yang berpendidikan SD dan 6 Sampel (50 %) berpendidikan SMU.

2. Variabel Yang Diteliti

a. Tingkat Pengetahuan Diit DM

Tabel : 5

Distribusi Sampel berdasarkan Tingkat Pengetahuan

No.	Pengetahuan tentang DM	n	%
1.	Cukup	10	83,33
2.	Kurang	2	16,67
	Jumlah	12	100 %

Sumber : data primer, diolah 2003

Dari tabel 5 diatas menjelaskan bahwa dari 12 Sampel didapat 10 orang (83,33 %) yang tingkat pengetahuannya tentang DM cukup dan sebanyak 2 orang (16,67 %) yang berpengetahuan tentang DM kurang.

b. Tingkat Kepatuhan Diit

Tabel : 6

Distribusi Sampel Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Diit

No.	Tingkat Kepatuhan Diit	n	%	Ket.
1.	Baik	8	66,67	
2.	Kurang	4	33,33	
	Jumlah	12	100 %	

Sumber : data primer, diolah 2003

Dari Tabel 6 di atas terlihat bahwa 66,67 % atau 8 Penderita mempunyai tingkat kepatuhan diit yang cukup dan 33,33 % atau 4 orang penderita mempunyai tingkat kepatuhan yang kurang. Penelitian ini tidak jauh beda dengan hasil penelitian Andrianto (2002) yang menyatakan bahwa 55,6 % (5 orang) penderita DM yang tingkat kepatuhannya dalam menjalankan diet.

c. Tingkat Pendidikan & Tingkat Pengetahuan

Tabel : 7

**Distribusi Sampel Menurut Tingkat Pendidikan
dan Tingkat Pengetahuan**

Tingkat Pendidikan	Tingkat Pengetahuan				Jumlah	
	Cukup		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
SD	4	33,33	2	16,76	6	50
SLTP/Sederajat	0		0			
SMU/Sederajat	6	50	0		6	50
Jumlah					12	100 %

Sumber data primer terolah, 2003.

Berdasarkan tabel 7 diatas terlihat bahwa tingkat pendidikan penderita DM yang SD ada 6 (50 %) dan 6 (50 %) lagi berpendidikan SMU. Dan berdasarkan tabel di atas didapat 2 (16,76 %) berpendidikan SD yang tingkat pengetahuannya kurang.

d. Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Kepatuhan

Tabel : 8

**Distribusi Sampel menurut Tingkat Pengetahuan
dan Tingkat Kepatuhan**

Tingkat Pengetahuan	Tingkat Pengetahuan				Jumlah	
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%	n	%
Cukup	10	83,33	0		10	83,33
Kurang	0		2	16,76	2	16.76
Jumlah	10	83,33	2	16,76	12	100 %

Sumber data primer terolah, 2003.

Berdasarkan tabel diatas memperlihatkan bahwa 10 (83,33 %) penderita DM mempunyai tingkat pengetahuan cukup dan kepatuhan yang baik. Dan 2 (16,76 %) penderita mempunyai tingkat pengetahuan dan kepatuhan diit yang kurang.

C. Pembahasan

1. Umur

Pada tabel 1 dapat dinyatakan bahwa semakin bertambah usia semakin beresiko untuk menderita penyakit DM.

Umur penderita Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Dok II Jayapura selama penelitian rata – rata pada umur 40 – 60 tahun sebesar 75 % (9 orang). Sedangkan diatas 60 tahun sebesar 25 % (3 orang). Hal ini sesuai dengan penelitian demografi yang mendapatkan bahwa penderita DM pada umumnya didapat setelah dekade ke – 4 (Slamet Suyono, 1995). Joko dkk juga mendapatkan sebagian besar (79,9 %) adalah penderita DM diatas 40 tahun.

2. Jenis Kelamin

Dari 12 penderita terdapat 58, 33 % (7 orang) jenis kelamin pria dan 41, 67 % (5 orang) berjenis kelamin wanita. Menurut Tjokroprawiro penderita Diabetes Melitus pada pria dan wanita berbanding 2 – 3 : 1. Jadi dapat disimpulkan penderita Diabetes Melitus lebih banyak dijumpai pada kaum pria.

3. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan tentang Diabetes Mellitus secara umum maupun khusus sering tidak terlalu mengerti apa, bagaimana cara mengatasi dan pengobatan Diabetes Mellitus. Penyakit Diabetes Melitus sebaiknya diketahui oleh masyarakat baik arti, penyebab dan cara terapinya. Pengobatan DM selain terapi pengobatan juga terapi diet

yaitu penatalaksanaan diet yang merupakan syarat utama yang harus dimiliki oleh pasien.

Dari hasil penelitian ditemukan sebanyak 83,33 % dari 12 Sampel yang pengetahuannya tentang DM cukup dan sebanyak 16,67 % (2 orang) Sampel pengetahuannya kurang. Karena 2 penderita tersebut merupakan penderita yang baru mengetahui kalau dirinya menderita Diabetes Melitus dan 2 penderita tersebut belum pernah mendengar tentang penyakit Diabetes Melitus. Rendahnya pengetahuan tentang penyakit disebabkan banyak faktor yaitu kurangnya informasi dan edukasi tentang DM (arti/dietnya). Hal ini disebabkan karena informasi kepada masyarakat sangat sulit, baik dari media elektronik maupun media massa karena wilayah yang sulit dijangkau sehingga penderita masuk Rumah Sakit terkadang sudah parah. Untuk itulah perlu adanya penyuluhan bagi pasien dan keluarga agar waspada terhadap penyakit DM. (Menurut Waspadji, dkk, 2002).

Edukasi (penyuluhan) merupakan bagian integral asuhan perawatan diabetes. Edukasi diabetes adalah pendidikan dan latihan mengenai pengetahuan dan ketrampilan dalam pengelolaan diabetes yang diberikan kepada setiap pasien DM. Disamping kepada pasien diabetes, edukasi juga diberikan kepada anggota keluarganya, kelompok masyarakat beresiko tinggi. Karena DM merupakan penyakit

metabolisme kronik, maka pengelolaannya perlu dilaksanakan secara holistik dan pemeliharaan seumur hidup. Dengan pengelolaan yang baik diyakini bahwa akan terpelihara kualitas hidup pasien yang optimal terhindar dari berbagai komplikasi kronik diabetes.

4. Tinjauan Kepatuhan Diit

Perkataan Diit sering ditanggapi oleh banyak orang sebagai suatu tindakan yang mengganggu kenyamanan serta kemudahan dalam hidupnya sehari – hari. Padahal perkataan diit tidak selalu berarti larangan atau pembatasan makanan untuk mengobati suatu penyakit.

Terapi diit merupakan terapi utama dan bagian yang terpenting dalam pengobatan penderita DM. Karena disamping dapat mempertahankan kadar gula mendekati normal, diit juga dapat mengembalikan berat badan penderita ke berat badan normal, sekaligus memperlambat tumbuhnya komplikasi lebih lanjut (Tjokroprawiro, 1994) sehingga pengaturan diit pasien menjadi sangat penting namun tergantung juga kepada pasien bagaimana napsu dan selera makannya.

Keberhasilan pelayanan gizi bagi penderita bukan saja dapat diukur dari tingkat penerimaan saja tetapi bisa juga dapat dilihat dari

tingkat kepatuhan diit, walaupun banyak faktor yang mempengaruhi seperti pengobatan dan medis lainnya.

Kendati dokter telah menetapkan diit yang tepat bagi penderita dan diit itu telah disiapkan dengan baik dalam bentuk sajian makanannya, diit yang baik itu tidak ada manfaatnya jika pasien tidak memakan sajian itu. Perawat dan keluarga pasien yang selalu berada disamping tempat tidur penderita pada waktu makanan disajikan, memegang peranan penting dalam memotivasi penderita agar menghabiskan makanan yang disajikan itu. (*Moehyi, 1999*).

Dari hasil penelitian tingkat kepatuhan diit 66,67 % dari 12 Responden adalah cukup sedangkan 33,33 % responden tingkat kepatuhan diit kurang. Hal ini disebabkan karena kondisi pasien pada saat masuk rumah sakit penderita masuk dengan penyakit komplikasi malaria dan lambung sehingga makanan yang disajikan tidak dihabiskan karena penderita mual dan muntah. Karena kepatuhan dalam menjalankan diit juga tergantung pada napsu dan selera makannya.

5. Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan

Pada tabel 7 dapat dinyatakan bahwa tingkat pendidikan seseorang menunjukkan tingkat pengetahuannya. Dimana dari 12 penderita

terdapat 6 penderita DM yang 4 (33,33 %) diantaranya yang tingkat pendidikannya SD tetapi pengetahuannya cukup. Sedangkan 2 orang (16,76 %) tingkat pendidikan dan kepatuhannya kurang. Maka dapat disimpulkan bahwa dari 6 penderita yang tingkat pendidikannya SD, 4 diantaranya mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup karena ke 4 penderita tersebut sudah mengalami perawatan (opname) sudah lebih dari 3 kali dan sudah mendapat terapi gizi dan penyuluhan yang berulang kali dari petugas gizi ruangan. Sedangkan 2 orang yang tingkat pendidikan dan pengetahuannya kurang adalah pasien baru pertama kali opname dan mengetahui kalau dirinya menderita penyakit DM.

6. Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Kepatuhan

Tingkat pengetahuan dan tingkat kepatuhan kurang ada 2 orang (16,67 %) dan 10 orang (83,33 %) yang tingkat pengetahuan dan kepatuhannya cukup. Maka dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan baik akan menghasilkan tingkat kepatuhan yang baik. Usaha yang demikian menunjukkan bahwa sang penderita teliti, dan memiliki pengetahuan cukup dalam tentang penyakitnya.

(Moerdowo, 1988)

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 12 sampel yang dirawat di RSUD Dok II Jayapura, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. 75 % atau 9 orang berusia antara 40 – 60 tahun
2. 58,33 % atau 7 orang berjenis kelamin laki – laki
3. 83,33 % atau 10 orang tingkat pengetahuan DM cukup
4. 66,67 % atau 8 orang tingkat kepatuhan diit baik
5. 33,33 % atau 4 orang tingkat kepatuhan diit kurang
6. 50 % atau 6 orang tingkat pendidikan dan tingkat kepatuhan diit cukup
7. 83,33 % atau 10 orang tingkat pengetahuan DM dan kepatuhan diit baik

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan diatas dapat diberikan saran :

1. Pada masyarakat yang berusia di atas 30 tahun diharapkan lebih memperhatikan kesehatan terhadap resiko timbulnya penyakit Diabetes Melitus.

2. Diharapkan pada penderita agar mau menjalankan diit yang diberikan di RS guna mempercepat penyembuhan.
3. Perlu adanya perhatian khusus dari petugas gizi ruangan pada penderita memiliki perilaku tidak sehat agar dalam menjalankan diit dengan prinsip 3 J (jumlah, jenis, jadwal) untuk menjaga agar kadar gula darah mendekati batas normal.
4. Perlu adanya penyuluhan dan konsultasi gizi pada penderita Diabetes dan keluarganya selama dirawat dan sesudah dirawat di Rumah Sakit guna untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan dalam penatalaksanaan diit Diabetes Melitus.
5. Kepada peneliti yang ingin melanjutkan penelitian agar mencari penyebab lain dari tingkat pengetahuan dan kepatuhan diit.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrianto, Hubungan Kepatuhan Diit, Asupan dengan Status Gizi pasien Diatebes Melitus di Ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura. 2002, KTI Hal 36 - 37
- Arikunto, Suharmi, Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek, 1998, Edisi IV, Penerbit Rineka Cipta.
- Basuki Endang, 2002, Penyuluhan Diabetes Mellitus dalam Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu, Editor : Soegondo, Pradana Soewondo, Imam Subekti, Pusat Diabetes dan Lipid RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, FKUI, hal. 131 – 134.
- Bech Merry Evelyn, 1993; Ilmu Gizi dan Diit, Yayasan Essentia Medica, Yogyakarta.
- Hartono Andry, 1995; Diet Penyakit Gula, Penerbit Arcan Jakarta.
- Hartono Andry, 1995; Tanya Jawab Diet Penyakit Gula, Arcan Jakarta.
- Karyadi Elvina, 2002; Kiat mengatasi Penyakit Diabetes, Hiperkolesterolemia Stroke, Setakan I Hal 1 – 2.
- Moehyi Syahmin, 1999; Pengaturan Makanan dan diit untuk Penyembuhan Penyakit. Cetakan Ke enam, penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama Jakarta Hal 95 – 97.
- Noer, H.M. Sjaifoellah, 1996; ef – al (editor), Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid I Edisi ketiga; Balai Penerbit FKUI.

- Nawawi Hadari, Metodologi Penelitian Bidang Sosial, 2001, Cetakan IX, Penerbit Gajah Mada University Press.
- Pranadji, Diah dkk, 1995; Perencanaan menu untuk Penderita Diabetes Mellitus, Cetakan IV, Penerbit Swadaya Bogor hal 1 – 9.
- Soegondo. S, Penyuluhan Sebagai Komponen terapi Diabetes Mellitus dalam Penatalaksanaan Terpadu; Editor Sidartawan Soegondo, Pradana Soewondo, Imam Subekti; Pusat Diabetes dan Lipid RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, FKUI, 1996 Hal 94 –
- Tjokroprawiro, Askandar, Diabeter Melitus Klasifikasi, Diagnosa dan Dasar – dasar terapi, Gramedia Jakarta, 1994.
- Waspadji. S, Diabetes Melitus terpadu : Mekanisme Dasar dan Pengolahannya yang rasional, Editor : Sidartawan Soegondo Pradana Soewando, Imam Subekti, Pusat Diabetes dan Lipid RSUP Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, FKUI, 1996, Hal 30 – 31.
- Sumber WHO Technical Series 488, 1995
- Waspadji. S, 2002 ET – al (editor), Pedoman Diet Diabetes Melitus, Edisi I, Balai penerbit FKUI
- Moerdowo. R.M, Spektrum Diabetes Melitus, 1988, Penerbit Djambatan, Hal 79.

KUISIONER PENELITIAN

No. Responden :

Tgl. Masuk RS :

Tanggal Wawancara :

Rg Perawatan :

I. Identitas Responden :

- | | | | |
|------------------|---|-----------|---|
| 1. Nama Pasien | : | 5. Alamat | : |
| 2. Jenis Kelamin | : | 6. TB | : |
| 3. Umur | : | 7. BB | : |
| 4. Agama | : | | |

II. Pertanyaan :

1. Apakah saudara pernah mendengar tentang penyakit Diabetes Mellitus ?
 - a. Ya
 - b. Tidak pernah
2. Penyakit DM dalam kehidupan sehari – hari biasa dikenal :
 - a. Penyakit Kencing Manis
 - b. Gangguan pada pankreas
 - c. a dan b benar
 - d. Tidak tahu
3. Menurut saudara apakah penderita Diabetes Mellitus perlu memperhatikan makanannya ?
 - a. Perlu
 - b. Tidak perlu
 - c. Tidak tahu
4. Bagaimana sebaiknya Jadwal Makan Penderita Diabetes Mellitus ?
 - a. 3 kali makanan utama, 3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam.
 - b. 2 kali makan utama, 3 kali makan selingan dengan interval waktu 3 jam.
 - c. Setiap kali lapar kita harus makan
 - d. Tidak tahu

5. Menurut pendapat anda apakah penyakit Diabetes Mellitus perlu mendapat diit khusus.
a. sangat perlu b. tidak perlu c. tidak tahu
6. Bagaimana sebaiknya jumlah kalori dan zat gizi lainnya makanan penderita Diabetes Mellitus ?
a. Sesuai dengan kebutuhannya c. Banyak
b. Sedikit d. tidak tahu
7. Jenis makanan yang sebaiknya dihindari oleh Penderita Diabetes Mellitus adalah makanan yang terbuat dari gula murni dan olahannya.
a. setuju b. tidak setuju c. tidak tahu
8. Tujuan pengaturan makan bagi penderita Diabetes Mellitus adalah untuk mengatur kadar glukosanya. Bagaimana menurut pendapat anda ?
a. setuju b. tidak setuju c. tidak tahu
9. Bila terasa lapar apa yang sebaiknya dikonsumsi oleh penderita diabetes Mellitus.
a. sayur dan buah golongan rendah kalori
b. banyak minum air putih
c. makanan lengkap
d. tidak tahu
10. Selain makan dan minum, olah raga perlu juga mendapat perhatian bagi penderita Diabetes Mellitus. Bagaimana pendapat anda
a. setuju b. tidak setuju c. tidak tahu

Lampiran :

Jawaban Kuisisioner

1. A

2. C

3. A

4. A

5. A

6. A

7. A

8. A

9. A

10. A

PEMERINTAH PROVINSI PAPUA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JAYAPURA

Jl. Kesehatan No.1 Dok II Telp. (0967) 533516, 533616, 533567 Fax (0967) 533781

J A Y A P U R A

Nomor : 850-15/IX/PELAT/2003
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kepala SMF/Ka.Ruang
RSUD Jayapura
Di-
J a y a p u r a

Dengan hormat,

Menindaklanjuti Surat dari Poltekes Jayapura Jurusan Kebidanan Nomor : DL.02.02.U.634 tanggal 08 September 2003 tentang Permohonan Ijin Penelitian An. SINCE KADIWARU / NIM : 199200670, bahwa yang bersangkutan diberikan ijin melakukan penelitian sesuai dengan judul, diruang-ruangan RSUD Jayapura yang Bapak/Ibu pimpin terhitung mulai tanggal 09 September s/d 09 Oktober 2003. Adapun Judul Penelitiannya adalah " Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Pasien Tentang Diet Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap RSUD Dok II Jayapura. Demikian atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jayapura, 09 September 2003

Kepala Seksi Penlat



W. UNGIRWALU, S.Sos
NIP. 140 107 868

MASTER TABEL

A. IDENTITAS PENDERITA					B. TINGKAT PENGETAHUAN			TINGKAT KEPATUHAN	
Nama Penderita	Umur (Thn)	Jenis Kelamin	Pendidikan	TB (CM)	BB (KG)	Cukup	Kurang	Baik	Kurang
Diabetes Melitus									
TIMOTIUS M	53	L	SD	162	53	Cukup	-	Baik	-
BENI L.	59	L	SMU	173	86	Cukup	-	-	kurang
MUHAMMAD A	54	L	SPG	157	78	Cukup	-	-	kurang
SELVINA S	66	P	SD	158	67	Cukup	-	-	kurang
YANTI W	52	P	SD	155	47	Cukup	-	Baik	-
MATIUS M	50	L	SMU	170	45	Cukup	-	-	kurang
RAWIT	48	P	SD	150	61	Cukup	-	Baik	-
JACK T.	52	L	SMU	169	50	Cukup	-	Baik	-
MARTAFINA	52	P	SD	158,7	66,5	-	kurang	Baik	-
MUHAMAD J	62	L	STM	160	56	Cukup	-	Baik	-
MARGARETA K.	51	P	SD	160	67	-	kurang	Baik	-
MARTINUS M.	65	L	SMU	167	66,5	Cukup	-	Baik	-