

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus

1. Definisi Diabete Melitus

Diabetes melitus yang biasa dikenal di masyarakat dengan penyakit kencing manis, dan merupakan penyakit kronis atau menahun, DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang mempunyai karakteristik yaitu terjadi kelainan sekresi insulin atau kelainan pada kerja insulin. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah (*American Diabetes Assosiation, 2012*).

2. Klasifikasi Diabetes melitus

Menurut Price dan Wilson (2006) klasifikasi diabetes melitus ada empat yaitu:

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 yaitu kelainan autoimun, akibat disfungsi autoimun dengan kerusakan sel-sel beta dan idiopatik biasa tanpa adanya autoimun dengan kerusakan sel-sel beta dan tidak diketahui sumbernya. DM tipe 1 penderitanya sangat tergantung pada suntikan insulin, biasanya timbul pada anak-anak orang yang terdiagnosa langsung memerlukan suntikan insulin karena pankreasnya sangat sedikit atau sama sekali tidak membentuk insulin (Price & Wilson, 2006)

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes ini disebabkan oleh gangguan sekresi insulin dan disebabkan faktor genetik yang dipicu oleh pola hidup yang tidak sehat. Pankreas relatif cukup menghasilkan insulin, tetapi insulin yang ada berkerja kurang sempurna karena adanya resistensi insulin. Kelompok diabetes tipe 2 tidak bergantung pada pemberian insulin pengobatan ditemukan dengan perencanaan makanan yang baik dan latihan jasmani secara teratur (Price & Wilson, 2006).

c. Diabetes gestasional

Diabetes tipe ini terjadi selama masa kehamilan yang disebabkan karena peningkatan sekresi hormon yang mempunyai efek metabolik terhadap toleransi glukosa, penderita DM gestasional beresiko tinggi terhadap morbiditas dan mortalitas perinatal dan mempunyai frekuensi kematian janin yang lebih tinggi (Price & Wilson, 2006).

d. Diabetes melitus tipe khusus lain

Diabetes tipe ini adalah penderita yang mengalami kelainan genetik dalam sel beta, ditandai dengan penderita yang obesitas dan resistensi terhadap insulin. Kelainan kerja genetik pada kerja insulin menyebabkan sindrom resistensi insulin. Diabetes melitus tipe lain yang berhubungan dengan keadaan tertentu seperti penyakit pankreas, penyakit hormonal, obat-obatan atau bahan kimia lain, kelainan insulin, sindrom genetik tertentu dan penyebab lain yang belum diketahui (Price & Wilson, 2006).

3. Faktor Resiko

Diabetes melitus memiliki beberapa faktor resiko menurut Padila (2012).

Faktor resiko tersebut adalah :

a. Usia

Usia adalah salah satu faktor resiko DM. Seseorang dengan usia diatas 45 tahun lebih beresiko DM dimana pada usia diatas 45 tahun mengalami penurunan fungsi tubuh (Padila, 2012).

b. Riwayat keluarga atau keturunan

Jika salah satu orang tua menderita DM maka kemungkinan seseorang akan beresiko DM sebesar 15%, jika kedua orang tua menderita DM maka seseorang akan beresiko terkena DM sebesar 75%, saudara kandung dengan adanya DM 10% beresiko DM (Padila, 2012).

c. Faktor imunologi

Faktor imunologi yaitu dengan adanya respon autoimun yang merupakan respon abnormal (Padila, 2012).

d. Faktor lingkungan

Lingkungan dapat memicu virus atau toksin sehingga proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta (Padila, 2012).

e. Gaya hidup

Gaya hidup yang tidak sehat juga dapat beresiko DM, dimana seseorang yang mempunyai kebiasaan hidup yang tidak sehat menjadi pemicu terjadinya resiko DM.

f. Kelebihan berat badan dan obesitas

Seorang wanita dengan diabetes gestasional beresiko 40% untuk terkena DM tipe 2 (Padila, 2012).

g. Stress

Stress juga menjadi faktor resiko dimana hormon stress meningkatkan tekanan darah, kadar gula darah, menyerang otot dan menekan sistem imun sehingga menyebabkan resistensi insulin (Padila, 2012).

4. Etiologi

Diabetes Melitus tipe 1 ditandai dengan kelainan autoimun dari sel beta pankreas. Kerusakan tersebut disebabkan oleh virus, obat-obatan tertentu juga dapat memicu pada kelainan autoimun. Pada penderita DM tipe 2 dimana sekresi insulin yang berkerja tidak optimal juga adanya resistensi insulin sehingga pelepasan insulin oleh sel beta pankreas berkurang. Sering terjadi pada obesitas dimana terdapat defisiensi insulin relatif (Price & Wilson, 2006).

5. Komplikasi Diabetes Melitus

Menurut Price & Wilson (2006), komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua yaitu kategori mayor terdiri atas komplikasi metabolik akut dan komplikasi vaskular jangka panjang. Komplikasi-komplikasi tersebut :

a. Komplikasi metabolik akut

Komplikasi metabolik akut disebabkan oleh perubahan yang relatif akut dari konsentrasi glukosa plasma. Komplikasi metabolik yang terjadi pada DM tipe 1 yaitu *ketoacidosis diabetik* (DKA). Kemudian komplikasi yang kedua yaitu terjadi apabila kadar insulin sangat menurun penderita DM akan mengalami hiperglikemia dan glukosuria berat. Komplikasi selanjutnya terjadi pada DM tipe 2 yaitu komplikasi seperti hiperglikemia, hiperosmolar, koma nonketotik (HHNK) komplikasi tersebut adalah komplikasi metabolik akut lain dari diabetes yang sering terjadi pada DM tipe 2 yang lebih tua, bukan karena defisiensi insulin

absolut, hiperglikemia juga muncul tetapi tanpa ketosis. Komplikasi metabolik akut dengan adanya hipoglikemia yang terjadi pada penderita DM yang menggunakan terapi insulin. Hipoglikemi terjadi karena penderita DM yang menggunakan terapi insulin menerima insulin yang jumlahnya lebih banyak daripada yang dibutuhkannya (Price & Wilson, 2006).

b. Komplikasi kronik jangka panjang

Komplikasi vaskuler jangka panjang dari DM yang melibatkan pembuluh-pembuluh kecil, mikroangiopati, dan pembuluh-pembuluh sedang dan besar makroangiopati. Mikroangiopati merupakan lesi spesifik DM yang menyerang kapiler dan arteriola retina, glomerulus ginjal dan saraf-saraf perifer, otot-otot serta kulit. Hiperglikemia dengan insiden dan berkembangnya retinopati ada kaitannya, manifestasi dini retinopati berupa mikroaneurisma (pelebaran sakuler yang kecil) dari arteriola retina akibatnya terjadi pendarahan, neovaskularisasi dan jaringan parut retina dapat mengakibatkan kebutaan. Makroangiopati diabetik akan mengakibatkan penyumbatan vaskular jika mengenai arteri-arteri perifer akan menyebabkan gangren pada ekstermitas, insufisiensi serebral dan setroke (Price & Wilson, 2006).

6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Pencegahan atau pengobatan dapat dilakukan dengan melaksanakan 4 pilar utama diabetes melitus dengan edukasi, olahraga, pengaturan pola makan, dan pengobatan. Diabetes melitus relatif tidak bisa disembuhkan akan tetapi dapat dihindari komplikasinya, dengan melakukan pencegahan disiplin adalah kunci dari keberhasilan pengendalian DM. Disiplin dalam melakukan pengaturan pola makan, kegiatan fisik atau olahraga, pengobatan dan edukasi (Sudoyo, 2006).

- a. Disiplin edukasi dengan aktif mencari sumber informasi-informasi mengenai pengetahuan tentang diabetes melitus, melalui buku-buku kesehatan, seminar atau media informasi lainnya (Sudoyo, 2006).
- b. Disiplin pengaturan pola makan dengan makanan yang mengandung unsur yang lengkap seperti protein, lemak, vitamin, mineral serta kecukupan air. Penderita DM harus mengetahui jumlah makanan, jenis dan kalori makanan dan perlu didiskusikan dengan ahli gizi (Sudoyo, 2006).
- c. Pengobatan biasanya dengan menggunakan dua jenis obat yang dipakai untuk mengendalikan kadar gula darah, yaitu berupa tablet atau suntik (Sudoyo, 2006).
- d. Selain dengan ketiga pilar tersebut olahraga sangat penting bagi penderita DM, olahraga dapat menurunkan kadar gula darah dengan cara meningkatkan pembakaran glukosa dan peningkatan kadar insulin, dalam berolahraga juga perlu diperhatikan olahraga yang dipilih seperti apa, lama olahraga dan frekuensinya lebih tepat serta tidak membahayakan tubuh. Olahraga yang dianjurkan untuk penderita DM adalah olahraga yang dilakukan selama kurang lebih 30 menit dan dilakukan sebanyak 3 - 5 kali dalam seminggu secara teratur. Olahraganya sedang seperti berjalan kaki, berenang, bersepeda dan *joging* (Sudoyo, 2006).

7. Diet diabetes melitus

a. Pengertian Diet

Diet diabetes melitus merupakan salah satu terapi nonfarmako, terapi ini sangat disarankan untuk penderita DM terapi nonfarmako dengan pengaturan pola makan yang didasarkan pada status gizi penderita DM dan melakukan modifikasi berdasarkan kebutuhan individu (Sudoyo, 2006).

b. Tujuan Diet

Penderita DM melakukan diet untuk mencapai tujuan dari penatalaksanaan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2014) sebagai berikut :

- 1) Memberikan makanan yang sesuai dengan kebutuhan penderita DM
- 2) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang ideal
- 3) Memenuhi kebutuhan energi yang cukup untuk memelihara tingkat kesehatan optimal dan aktivitas normal.
- 4) Mempertahankan kadar gula darah dalam batas normal dengan menyeimbangkan asupan makanan.
- 5) Mempertahankan berat badan menjadi normal
- 6) Menurunkan kadar lemak darah dimana penderita DM memiliki resiko penyakit jantung, oleh karena itu penderita DM lebih memilih lemak yang dikonsumsi sehingga dengan melakukan diet DM dapat mengontrol kadar lemak darah.
- 7) Mencegah atau mengurangi komplikasi akut penderita DM yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, penyakit-penyakit jangka pendek, masalah-masalah yang berhubungan dengan kelainan jasmani dan komplikasi kronik DM seperti penyakit ginjal, neuropati dan penyakit jantung, komplikasi tersebut dapat menyebabkan kematian jika komplikasinya tidak dicegah.

c. Perencanaan Diet

Perencanaan diet yaitu mengatur pola makan atau penghitungan kebutuhan kalori sesuai dengan kebutuhan penderita DM yang mempertimbangkan presentase konsumsi kalori yang berasal dari karbohidrat, protein dan lemak. Rencana diet pada penderita DM untuk mengatur jumlah kalori yang dikonsumsi perhari. Jumlah

kalori yang disarankan bervariasi tergantung jumlah kebutuhan apakah untuk mempertahankan, meningkatkan atau menurunkan berat badan (Price & Wilson 2006)

d. Jumlah Diet

Perhitungan jumlah kalori ditentukan oleh status gizi, umur, ada tidaknya stres akut dan kegiatan jasmani. Kebutuhan jumlah kalori ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan, 25 kalori untuk perempuan dan 30 kalori untuk laki-laki. Penentuan status gizi dapat dipakai indeks masa tubuh (IMT). Penentuan status gizi dengan IMT dihitung berdasarkan pembagian berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan tinggi badan (dalam meter) kuadrat (Sudoyo, 2006).

Tabel 2.1. Klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT)

Klasifikasi	IMT
Berat badan	<18,5
Berat badan normal	18,5 – 22,9
Berat badan lebih	>23,0
Resiko obes	23,0 – 24,9
Obes 1	25,0 – 29,9
Obes 2	>30

Tabel 2.2. Klasifikasi Berat Badan (BB)

Klasifikasi	Berat Badan
Berat badan kurang	90% BBI
Berat badan normal	90 – 110% BBI
Berat badan lebih	110 – 120% BBI
Gemuk	>120 % BBI

1) Menentukan status nutrisi dengan berat badan ideal (BBI). Perhitungan dengan

rumus Broca yang dimodifikasi :

$BBI (kg) = 90\% \times (\text{Tinggi badan dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$. Bagi laki-laki yang tingginya <160 cm, dan perempuan <150

2) Perhitungan dimodifikasi menjadi (Sudoyo, 2006) :

a) BBI (kg) = (tinggi badan (dalam cm) – 100) x 1 kg.

b) Penentuan status gizi = (berat badan aktual : berat badan ideal) x 100%

3) Penentuan kebutuhan kalori per hari menurut Sudoyo (2006) :

a) Kebutuhan basal

Laki-laki : BB ideal (kg) x 30 kalori

Wanita : BB ideal (kg) x 25 kalori

b) Koreksi atau penyesuaian :

Tabel 2.3 Koreksi atau penyesuaian

Faktor koreksi	Koreksi
Aktivitas ringan (duduk-duduk, nonton televisi, dll)	+10%
Aktivitas sedang (kerja kantoran, ibu rumah tangga, perawat, dokter)	+20%
Aktivitas berat (olahragawan, tukang becak, buruh bangunan, dll)	+30%
Berat badan gemuk	-20%
Berat badan lebih	-10%
Berat badan kurus	+20%
Umur diatas 40 tahun	-5%

4) Stres metabolik seperti infeksi, operasi, stroke, dll : +10-30%

5) Kehamilan trimester I dan II : +300 kalori

6) Kehamilan trimester III dan menyusui : +500 kalori

7) Makanan tersebut dibagi dalam 3 porsi besar makan pagi 20%, makan siang 30%, makan malam 25% diantara makan besar 2-3 porsi ringan (10-15%).

8) Puasa terlalu ekstrim sebaiknya dihindari untuk mencegah abnormalitas hormonal, dan mencegah pemecahan glikogen diliver (glikogenesis) yang akan meningkatkan kadar gula darah (Sudoyo, 2006).

e. Jenis Diet

Jenis bahan makanan untuk diet DM seperti karbohidrat, protein dan lemak :

- 1) Karbohidrat sebagai sumber energi yang dibutuhkan oleh tubuh, karbohidrat yang diberikan pada penderita DM tidak boleh lebih dari 55-65% dari total kebutuhan energi sehari, atau tidak boleh lebih dari 70%.

Anjuran pemberian karbohidrat menurut Sudoyo, (2006) :

- a) Kandungan total kalori pada makanan yang mengandung karbohidrat, lebih ditentukan oleh jumlahnya dibandingkan dengan jenis karbohidrat itu sendiri.
- b) Total kebutuhan kalori perhari 60-70% diantaranya berasal dari karbohidrat.
- c) Jumlah sukrosa sebagai sumber energi tidak perlu dibatasi, tetapi tidak boleh sampai melebihi jumlah kalori perhari.
- d) Fruktosa tidak boleh lebih dari 60 gram/hari
- e) Bagi pengonsumsi alkohol harus dibatasi tidak boleh lebih dari 10 gram/hari.

2) Protein

- a) Dibutuhkan 15-20% dari total kebutuhan perhari.
- b) Dalam keadaan kadar glukosa darah yang terkontrol asupan protein tidak akan mempengaruhi konsentrasi glukosa darah.
- c) Keadaan kadar gula darah tidak terkontrol pemberian protein sekitar 0,8-1,0 mg/kg berat badan perhari.
- d) Sumber protein yang baik adalah *seafood* seperti ikan, udang cumi, dll. Daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe (Sudoyo, 2006).
- e) Penderita DM dengan nefropati perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg berat badan perhari atau 10% dari kebutuhan energi dan 65% hendaknya bernilai biologi tinggi, kecuali pada penderita DM yang sudah menjalani hemodialisis asupan protein menjadi 1-1,2 g/kg BB/hari (Sudoyo, 2006).

f) Penderita DM dengan komplikasi kardiovaskular, maka sumber protein nabati lebih dianjurkan dari protein hewani (Sudoyo, 2006).

3) Lemak

a) Makanan yang mengandung lemak jenuh dibatasi, jumlah maksimal 10% dari total kebutuhan kalori perhari.

b) Batasi asupan lemak bentuk trans dan asupan asam lemak tidak jenuh rantai panjang maksimal 10% dari asupan kalori perhari.

c) Dianjurkan untuk mengkonsumsi ikan seminggu 2-3 kali untuk mencukupi kebutuhan asam lemak tidak jenuh.

d) Asupan lemak dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori.

e) Tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi (Sudoyo, 2006).

4) Serat

a) Penderita DM dianjurkan mengonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat (Sudoyo, 2006).

b) Anjuran mengonsumsi serat bagi penderita DM adalah 20-35gram/hari yang berasal dari berbagai sumber bahan makanan (Sudoyo, 2006).

5) Pemanis Alternatif

a) Pemanis alternatif aman digunakan selama tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake/ADI*). Pemanis alternatif dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis yang tidak berkalori (Sudoyo, 2006).

b) Pemanis berkalori perlu diperhitungkan kandungan kalornya sebagai bagian dari kebutuhan kalori, seperti glukosa alkohol dan fruktosa. Glukosa alkohol antara lain isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol dan xylitol (Sudoyo, 2006).

- c) Fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada penyandang DM karena dapat meningkatkan kadar LDL, namun tidak ada alasan menghindari makanan seperti buah dan sayuran yang mengandung fruktosa alami (Sudoyo, 2006).
- d) Pemanis tak berkalori termasuk: aspartam, sakarin, acesulfame potassium, sukralose, neotame (Sudoyo, 2006).
- e) Penderita DM dapat menggunakan daftar makanan penukar untuk memilih jenis makanan. Penderita DM dapat memilih jenis makanan dengan menyesuaikan kebutuhan kalornya. Dalam daftar makanan penukar dapat menggunakan ukuran rumah tangga (URT), yaitu sebagai alat ukur yang terdapat dirumah tangga.

f. Jadwal Diet

- 1) Jadwal makanan penderita DM teratur dijam yang sama.
- 2) Penderita DM tidak boleh menunda makan.
- 3) Memperhatikan obat yang harus dikonsumsi/insulin yang disuntikkan
- 4) Frekuensi makan untuk mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari 3 kali makan utama yang diatur dalam persentase, makan pagi 20%, siang 30%, dan sore 25% (Sudoyo, 2006).
- 5) Dapat mengkonsumsi makanan selingan buah atau makanan ringan sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari 10-15% perhari (Sudoyo, 2006).

B. Kepatuhan

Patuh adalah suka menuruti perintah, taat dalam melaksanakan perintah atau aturan. Kepatuhan dapat diartikan sebagai perilaku yang sesuai dengan aturan dan sikap disiplin, sebagai contoh dalam kepatuhan dimana seseorang dikatakan patuh berobat jika seseorang tersebut mau mendatangi petugas kesehatan untuk berobat sesuai dengan ketentuan

jadwal yang telah ditetapkan dan orang tersebut mau melaksanakan sesuai dengan anjuran yang telah ditetapkan oleh petugas kesehatan (Ali dalam Normasari, (2013)).

Patuh suatu sikap positif seseorang atau individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan yang terlihat secara jelas dan berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Kepatuhan diartikan suatu ketaatan dari perintah atau aturan, ketaatan tersebut didasarkan pada rasa hormat, bukan karena rasa takut (Elly dalam Normasari, 2013). Kepatuhan adalah suatu sikap, perilaku suatu individu dalam mentaati suatu peraturan dan kemampuan dalam bersikap (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2015). Perilaku yaitu suatu tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsangan lingkungan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2015). Menurut Sunaryo (2004) perilaku adalah suatu aktivitas atau kegiatan yang bersangkutan yang terjadi karena adanya stimulus dan respon sehingga dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

C. Kepatuhan Diet DM

Kepatuhan merupakan tingkat penilaian penderita DM dalam penatalaksanaan diet DM dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau paramedis, sebagaimana ketentuan yang disarankan pada penderita diabetes melitus. Banyak penderita diabetes melitus yang mengalami kegagalan dalam melaksanakan diet, hal ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya tidak menjalani diet dengan baik karena faktor eksternal dan internal (Tjokropawiro, dalam Eva, 2012).

D. Tingkat kepatuhan

Tingkat kepatuhan adalah suatu cara seseorang berperilaku sesuai dengan apa yang disarankan atau diberikan. Tingkat kepatuhan dapat dikategorikan menjadi beberapa kategori. Kozeir & Berman (2010) mengkategorikan tingkat kepatuhan menjadi 2, yaitu mematuhi rencana yang dianjurkan dan tidak mematuhi setiap aspek yang dianjurkan. selanjutnya Azwar (2016) mengatakan bahwa untuk kategorisasi individu kedalam tingkatan atau kategori berjenjang menjadi 3 jenjang dapat menggunakan rumus sebagai berikut: $\mu - t_{(\alpha/2, n-1)}(s\sqrt{n}) \leq x \leq \mu + t_{(\alpha/2, n-1)}(s\sqrt{n})$

μ = *meanteoritispadaskala*

$t_{(\alpha/2, n-1)}$ = *Hargatpada $\alpha/2$ danderajatkebebasann - 1*

s = *Deviasistandarskor*

n = *Banyaknya subjek*

E. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Diet DM

1. Dukungan Keluarga

Salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet adalah dukungan keluarga dan hubungan yang positif dan bermakna, berupa dukungan emosional, instrumen, informasional seperti mengikutsertakan keluarga dalam setiap program pengobatan, penyuluhan dan pemantauan kadar gula darah (Rizani, 2016).

2. Dukungan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah orang yang mengetahui kondisi kesehatan pasien sehingga tenaga kesehatan berperan untuk menyampaikan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien sehingga mereka memiliki peran yang besar, tenaga kesehatan juga menyampaikan hal-hal yang harus dilalukan oleh pasien untuk proses kesembuhannya, bisa dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan (Fauzi, 2013).

3. Motivasi

Kepatuhan diet DM dipengaruhi oleh faktor motivasi, dimana pasien membutuhkan dorongan untuk melakukan diet DM sehingga pasien akan merasa keinginan untuk sembuh semakin besar dan kecemasan akibat dari komplikasi penyakit yang diderita, motivasi yang baik dapat membuat penderita DM melakukan dan mematuhi diet DM yang dianjurkan (Heryati, 2014).

4. Pengetahuan

Kepatuhan pasien dalam melakukan diet dipengaruhi oleh pengetahuan, penderita DM yang tahu bagaimana cara melakukan diet DM yang didapat dari pendidikan, sumber informasi atau media masa. Pengetahuan yang didapat secara tidak langsung akan mempengaruhi kepatuhan penderita DM dalam pelaksanaan diet dari pada penderita DM yang tidak tahu atau tidak memiliki pengetahuan (Senuk, 2013).

5. Sikap

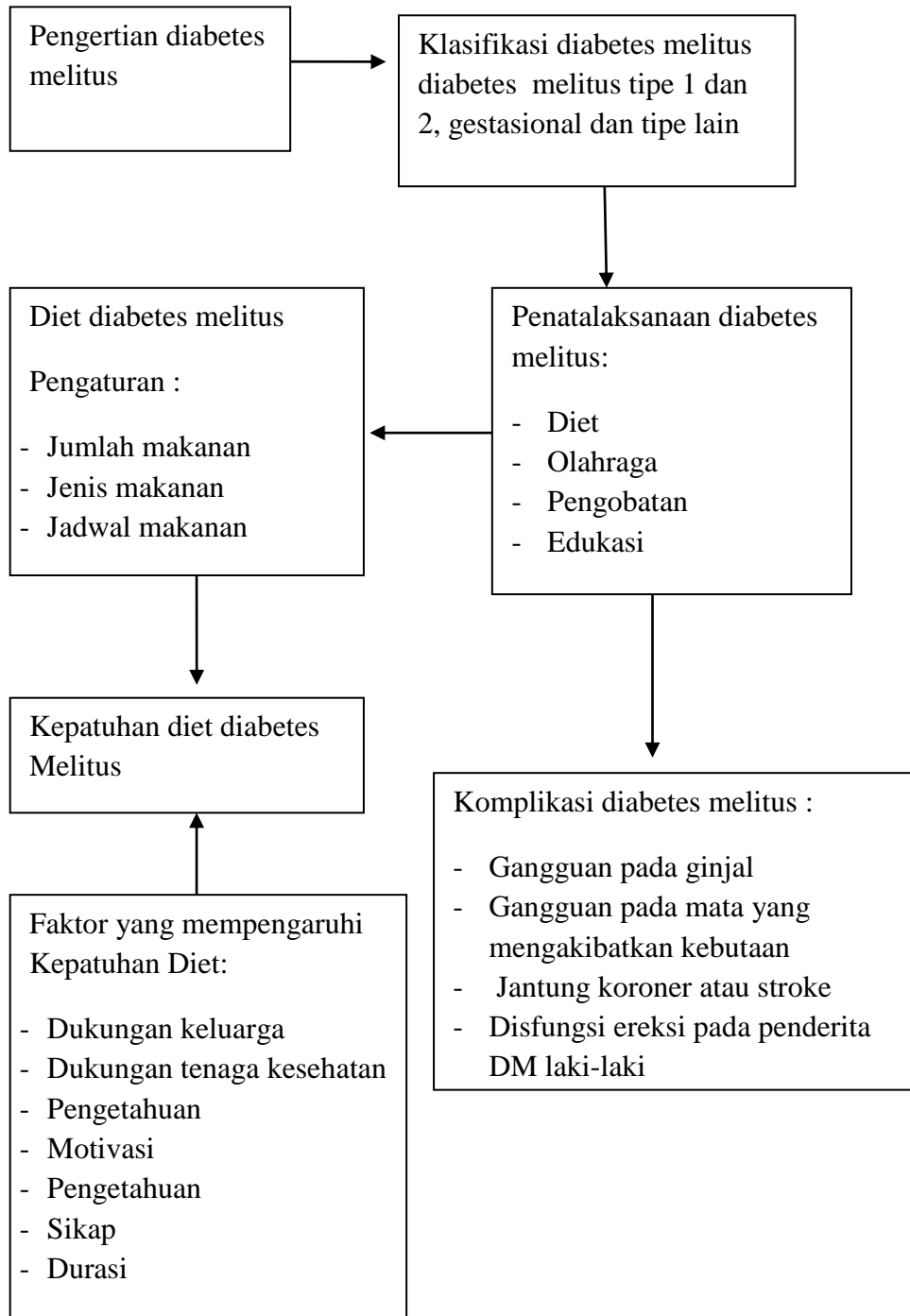
Kepatuhan diet penderita DM dipengaruhi oleh sikap, sikap penderita DM yang tidak baik akan mempengaruhi diet DM sehingga sikap tidak baik maka diet yang dilakukan juga tidak baik sebaliknya, jika penderita DM sikapnya baik akan mematuhi diet yang dianjurkan (Herlena, 2013).

6. Faktor lama menderita penyakit

Menurut Van de Lear, dkk (2006) penderita DM yang baru terdiagnosa yaitu 4 tahun pertama dan lama menderita DM setelah 4 tahun terdiagnosa. Lamanya seseorang menderita DM menjadi salah satu faktor kepatuhan dalam menjalani diet, penderita DM yang sudah lama terdiagnosa DM lebih dari 6 tahun tidak patuh dalam menjalani diet DM, karena tidak adanya dukungan dalam melakukan diet DM (Agborsangaya, 2013).

F. Kerangka Teori

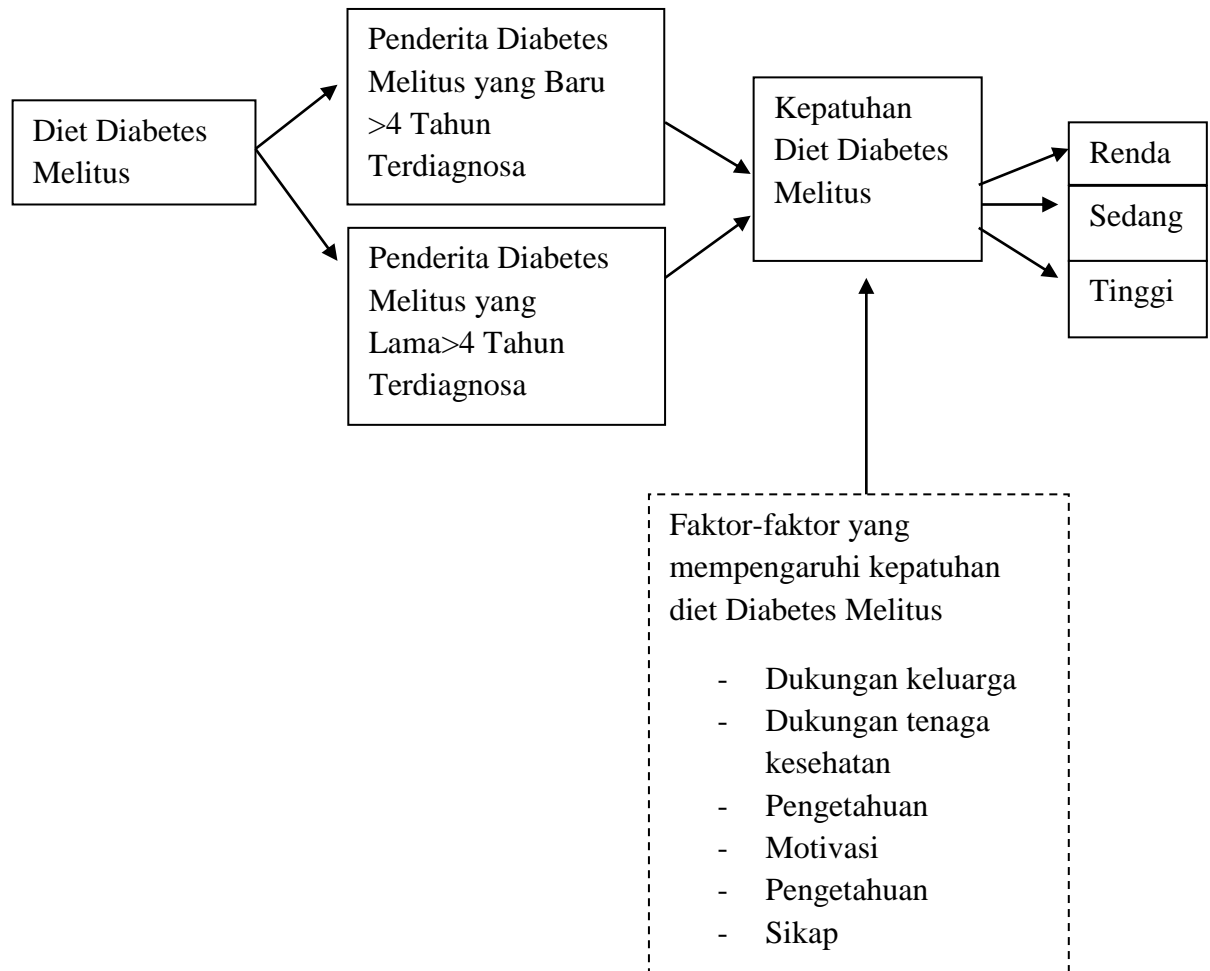
Gambar 2.1 Kerangka Teori



ADA, 2012; Prince & Wilson, 2006; Sudoyo, 2006; Padila, 2012; Kemenkes RI, 2014; Agborsangaya, 2013.

G. Kerangka Konsep

Gambar 2.2 Kerangka Konsep



H. Hipotesis

H₀ : Tidak terdapat perbedaan kepatuhan diet pada penderita Diabetes Melitus yang baru dan yang sudah lama terdiagnosa di Puskesmas Kasihan I.

H_a : Ada perbedaan kepatuhan diet pada penderita Diabetes Melitus yang baru dan yang sudah lama terdiagnosa di Puskesmas Kasihan I