

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADISI
MAGIBUNG MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN *SELF-
MANAGEMENT* DIET PENDERITA DIABETES MELLITUS**

PENELITIAN CROSS SECTIONAL

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh

**YAYUK RATNASARI DEWI ANGGRENI
131711123061**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 15 Januari 2019
Yang Menyatakan

Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM. 131711123061

HALAMAN PERNYATAAN

**PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM : 13171123061
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADISI *MAGIBUNG*
MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN *SELF-MANAGEMENT DIET*
PENDERITA DIABETES MELITUS**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 15 Januari 2019

Yang Menyatakan,

(Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni)

LEMBAR PERSETUJUAN

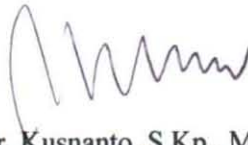
SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADISI MAGIBUNG
MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN *SELF-MANAGEMENT* DIET PENDERITA
DIABETES MELLITUS**

Oleh
Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM. 131711123061

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL : 18 JANUARI 2019

Oleh
Pembimbing Ketua



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP : 196808291989031002


Pembimbing



Lailatun Ni'mah., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP : 198606022015042001

Mengetahui
a. n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I




Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP : 196808291989031002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADISI MAGIBUNG MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN *SELF-MANAGEMENT* DIET PENDERITA DIABETES MELLITUS

Oleh
Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM. 131711123061

TELAH DIUJI
PADA TANGGAL : 22 JANUARI 2019

PANITIA PENGUJI

- Ketua : 1. Dr. Abu Bakar, M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B
NIP : 198004272009121002
- Anggota : 2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP : 196808291989031002
3. Lailatun Ni'mah, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP : 198606022015042001

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui
a. n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP : 196808291989031002

Believe you can and you're halfway there.

-Theodore Roosevelt

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Ida Sang Hyang Widhi Wasa, berkat dan anugerah penyertaan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADISI *MAGIBUNG* MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN *SELF-MANAGEMENT* DIET PENDERITA DIABETES MELITUS”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas program pembelajaran di bangku kuliah hingga dapat menyelesaikan pendidikan Program Studi Keperawatan.
2. Bapak Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sekaligus pembimbing ketua yang telah memberikan kesempatan, dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners serta telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Lailatun Ni'mah, S. Kep., Ns., M.Kep.selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Dr. Abu Bakar, M.Kep., Ns.Sp.Kep.M.B. selaku penguji yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam perbaikan penyusunan skripsi ini.
5. Seluruh civitas akademika Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas segala bentuk bantuan maupun fasilitas yang telah diberikan dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Keperawatan.

6. Kedua orang tua saya yang tercinta, Bapak Nyoman Wisiasana, S.Sos dan Ibu Ni Nyoman Kerti serta kedua adik saya, Ade Yulianthini Pramesti dan Diah Ayu Pradnya Paramitha, atas doa dan segala bentuk dukungan yang selalu diberikan kepada saya dalam menempuh pendidikan.
7. Seluruh Angkatan B20 yang telah membantu serta memotivasi dalam menyelesaikan penelitian ini.
8. Seluruh responden penelitian yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam penyelesaian penelitian ini.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebut namanya satu persatu atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Saya menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini oleh karena itu masukan, kritik maupun saran yang bersifat konstruktif sangat diharapkan sehingga nantinya dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan. Semoga Ida Sang Hyang Widhi Wasa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi dukungan dan bantuan menyelesaikan skripsi ini, dan semoga skripsi ini berguna bagi semua pihak.

Surabaya, 15 Januari 2019

Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni

ABSTRACT

THE CORRELATION AMONG THE LEVEL OF KNOWLEDGE, MAGIBUNG TRADITION IN KARANGASEM COMMUNITY AND SELF-MANAGEMENT DIETS OF DIABETES MELLITUS PATIENTS

Cross Sectional Study

By: Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni

Introduction. Diabetes mellitus as one of the non-communicable diseases (NCDs), which requires a patient's self-awareness in managing their lifestyle, one of which is 3J diets. Diabetes patients lack of understanding and their liabilities to participate in a particular tradition are some of the factors which discourage the diabetic patients to do the 3J diets which lead to poor self-management. The purpose of this study was to identify the correlation among the patients level of knowledge, traditions of the Magibung in the Karangasem community and the patients self-management.

Method. The design study was using Cross Sectional method. The population are the Diabetes Mellitus type 2 patients in Karangasem Regency. The total sample is 138 respondents. The sampling technique used was purposive sampling. The independent variables in this study are the level of knowledge of the patients and the Magibung tradition of the people of Karangasem. The dependent variable in this study is self-management diets. The data were collected using questionnaires and were analyzed using spearman rho analysis.

Result. The results showed that there was a correlation between the level of knowledge and self-management diets ($p = 0,000$), meanwhile there was no correlation between the Magibung tradition of Karangasem community and self-management diets ($p = 0.184$).

Discussion. The level of education, age and economic level have a dominant factor to the level of knowledge of patients in Karangasem Regency. Diets does not prevent patients from participating in the Magibung tradition while paying attention to self-control. Health workers are expected to optimize health education amongst DM patients by paying attention to the local culture, especially to the elderly groups to better understand about DM self-management through discussion activities such as home visits, counseling or holding special gatherings

Keywords: knowledge level, Magibung tradition, self-management diets

ABSTRAK

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADIDI *MAGIBUNG*
MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN *SELF-MANAGEMENT* DIET
PENDERITA DIABETES MELITUS**

Penelitian *Cross Sectional*

Oleh : Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni

Pengantar. Diabetes Melitus (DM) sebagai salah satu dari *non-communicable diseases* (NCDs) yang membutuhkan kemandirian penderita dalam mengelola gaya hidup, salah satunya diet tepat jadwal, jumlah, dan jenis (3J). Pemahaman pasien DM yang kurang dan kewajiban berpartisipasi dalam tradisi merupakan faktor yang menghambat penderita DM sehingga tidak menjalankan diet 3J dan menyebabkan *self-management* buruk. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita diabetes melitus.

Metode. Rancangan penelitian menggunakan *cross sectional*. Populasinya adalah pasien diabetes melitus tipe 2 di Kabupaten Karangasem. Total sampel adalah 138 responden, diambil sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *self-management* diet. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner, dan data dianalisis dengan menggunakan analisis *spearman rho*.

Hasil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan tingkat pengetahuan dengan *self-management* diet ($p=0,000$) dan tidak ada hubungan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet ($p=0,184$).

Diskusi. Tingkat pendidikan, usia dan tingkat ekonomi memiliki faktor dominan dalam tingkat pengetahuan penderita DM di Kabupaten Karangasem. Diet DM tidak menghambat penderita untuk tetap berpartisipasi dalam tradisi *magibung* dengan tetap memperhatikan kontrol diri. Untuk petugas kesehatan diharapkan lebih mengoptimalkan *health education* dengan memperhatikan budaya setempat kepada penderita DM dengan lebih ditekankan kepada masyarakat khususnya dengan kelompok usia lansia agar lebih memahami tentang manajemen diri DM, melalui kegiatan diskusi dalam bentuk kunjungan rumah (puskesmas keliling), konseling atau mengadakan perkumpulan khusus untuk penderita DM.

Kata kunci : tingkat pengetahuan, tradisi *magibung*, *self-management* diet

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI.....	vi
UCAPAN TERIMAKASIH.....	vii
ABSTRACT.....	x
ABSTRAK.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan umum.....	5
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Diabetes Melitus.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Faktor risiko dan klasifikasi.....	7
2.1.3 Manifestasi klinis.....	9
2.1.4 Kriteria diagnostik.....	10
2.1.5 Manajemen umum pada Diabetes Melitus.....	11
2.1.6 Komplikasi.....	14
2.1.7 Diet Diabetes Melitus.....	14
2.2 Tradisi <i>Magibung</i>	20
2.2.1 Definisi tradisi <i>Magibung</i>	20
2.2.2 Proses tradisi <i>Magibung</i>	21
2.2.3 Aspek nilai tradisi <i>Magibung</i>	24

2.2.4	Tradisi <i>Magihung</i> dalam diet Diabetes	27
2.3	Tingkat Pengetahuan	29
2.3.1	Definisi	29
2.3.2	Tingkat pengetahuan	29
2.3.3	Faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan	31
2.3.4	Pengetahuan dalam manajemen Diabetes	34
2.4	<i>Diabetes Self-Management</i>	35
2.4.1	Definisi	35
2.4.2	Komponen <i>Diabetes self-management</i>	36
2.4.3	Faktor yang mempengaruhi <i>Diabetes self-management</i>	41
2.5	Teori <i>Culture Care</i>	44
2.5.1.	Konsep umum Teori <i>Culture Care</i>	44
2.5.2.	Komponen Teori <i>Culture Care</i>	50
2.5.3.	Teori <i>Culture Care</i> dalam <i>Diabetes self-management</i>	54
2.6	Keaslian Penelitian	55
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		59
3.1	Kerangka Konseptual	59
3.2	Hipotesis	61
BAB 4 METODE PENELITIAN		62
4.1	Desain Penelitian	62
4.2	Populasi, Sampel dan Sampling	62
4.2.1	Populasi	62
4.2.2	Sampel dan besar sampel	62
4.2.3	Sampling	64
4.3	Variabel Penelitian	65
4.3.1	Variabel independen	66
4.3.2	Variabel dependen	66
4.4	Definisi Operasional	67
4.5	Instrumen	69
4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas	72
4.6.1	Uji validitas	72
4.6.2	Uji reliabilitas	72
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian	73

4.8	Prosedur Pengumpulan Data.....	73
4.8.1	Cara analisis data.....	74
4.8.2	Pengolahan data.....	75
4.9	Kerangka Kerja.....	77
4.10	Prinsip Etik	77
4.11	Keterbatasan Penelitian	79
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		80
5.1	Hasil Penelitian.....	80
5.1.1	Gambaran tempat dan waktu penelitian	80
5.1.2	Karakteristik demografi responden	81
5.2	Analisis Data.....	82
5.2.1	Hubungan tingkat pengetahuan dengan <i>self-management</i> diet	83
5.2.2	Hubungan tradisi <i>Magibung</i> dengan <i>self-management</i> diet	84
5.3	Pembahasan	84
5.3.1	Hubungan tingkat pengetahuan dengan <i>self-management</i> diet	84
5.3.2	Hubungan tradisi <i>Magibung</i> dengan <i>self-management</i> diet.....	88
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		92
6.1	Kesimpulan.....	92
6.2	Saran	92
DAFTAR PUSTAKA		94

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) sebagai salah satu dari *non-communicable diseases* (NCDs) yang ditandai hiperglikemia dengan pemicu tingginya pola konsumsi makanan tinggi karbohidrat, asam lemak serta minuman tinggi gula (*World Health Organization*, 2016; Riddle *et al.*, 2018). DM memerlukan kemandirian penderita dalam mengelola gaya hidup, namun hasil yang didapat belum optimal dan banyak penderita belum menunjukkan kemandirian dalam mengelola DM (Kusnanto, 2012). Diet adalah dasar penatalaksanaan DM berupa pengaturan makan dengan memberikan semua unsur makanan esensial sesuai kebutuhan energi, yang bertujuan mempertahankan BB dan mencegah fluktuasi kadar glukosa darah melalui kepatuhan pada prinsip 3J (ketepatan jadwal, jenis dan jumlah makanan) (Smeltzer *et al.*, 2010; Soelistijo *et al.*, 2015). Beberapa penelitian di Kenya, Taiwan, Korea dan beberapa negara Bagian Barat juga mengkonfirmasi sebagian besar pasien DM tidak mengikuti anjuran diet (Lin *et al.*, 2008; Cha *et al.*, 2012; Abdulrehman *et al.*, 2016a; *International Diabetes Federation*, 2017).

Penelitian yang dilakukan beberapa daerah di Indonesia menunjukkan tingkat kepatuhan penderita DM untuk melakukan pengaturan makan menurut anjuran 3J masih kurang (Al Tera and Noer, 2011; Wiardani and Moviana, 2015; Astari, Hasibuan and Effiana, 2016; Purwandari and Susanti, 2017). Wawancara yang telah dilakukan peneliti bulan September 2018 kepada 15 orang penderita DM didapatkan bahwa 8 orang (53%) tidak menjalani diet DM (3J) secara teratur.

International Diabetes Federation (IDF) mengkonfirmasi pada tahun 2017 sekitar ±425 juta orang di seluruh dunia, atau 8,8% penduduk dewasa dengan rentang usia 20-79 tahun, diperkirakan menderita DM dengan 79% penderita tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Indonesia menempati peringkat keenam seluruh dunia dengan ±10,3 juta penduduk terdiagnosa DM dan peringkat keempat dunia dengan ±7,6 juta penduduk hidup dengan DM tanpa mengetahui penyakitnya (*International Diabetes Federation, 2017*). Data RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan prevalensi penderita DM di Indonesia meningkat menjadi 8,5% dibandingkan 6,9% di tahun 2013 untuk usia diatas 15 tahun (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Provinsi Bali memiliki peningkatan proporsi penderita secara nasional dari 1,3% pada tahun 2013 menjadi %pada tahun 2018, sedangkan laporan Surveilans Terpadu Penyakit (STP) Provinsi Bali, menjabarkan bahwa DM berada pada posisi ketiga dalam 10 besar penyakit tidak menular dengan jumlah kasus baru sebanyak 12.553 kasus di tahun 2016 (Dinas Kesehatan Provinsi Bali, 2017; Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018). Surveilans oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem menunjukkan kasus DM masih menjadi 10 penyakit terbanyak pada pasien di Puskesmas dengan peningkatan dari 2.112 kasus di tahun 2015 menjadi 2.368 kasus di tahun 2016. Hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem pada bulan Oktober 2018 didapatkan data penyandang DM terbaru mencatat peningkatan sejumlah 2511 kasus di bulan Januari-September 2018 (Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem, 2017).

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan dengan *self-management* diet penderita DM di Kabupaten Karangasem.
2. Menganalisis hubungan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita DM.

1.4 Manfaat Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah penelitian yang telah ditelaah maka manfaat penelitian sebagai berikut:

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi keilmuan Keperawatan khususnya pengetahuan manajemen gaya hidup secara mandiri terutama diet dan nutrisi penderita DM dengan memperhatikan nilai-nilai budaya.

1.4.2 Praktis

1. Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar tenaga kesehatan dalam memberikan upaya promosi kesehatan dan preventif kepada masyarakat khususnya di komunitas berkaitan dengan manajemen gaya hidup dan perilaku *self-management* diet penderita DM dengan memperhatikan tradisi budaya setempat.

2. Responden

Penelitian ini diharapkan mampu membantu meningkatkan kesadaran reponden penderita DM dalam menjalankan *self-management* diet DM walaupun berdampingan dengan tradisi budaya setempat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

DM adalah salah satu dari NCDs yang mengacu kepada sindrom gangguan metabolik kronis oleh karena gangguan sekresi insulin atau ketidakmampuan tubuh menggunakan insulin yang dihasilkan secara efektif, dengan hiperglikemia sebagai tanda umum DM yang tidak terkontrol (Riddle *et al.*, 2018). DM adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein, mengarah ke hiperglikemia sebagai respon peningkatan kadar glukosa dalam darah karena tubuh tidak dapat menghasilkan atau cukup hormon insulin atau menggunakan insulin secara efektif (Black and Hawks, 2014; International Diabetes Federation, 2017). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa DM merupakan salah satu penyakit kronik metabolik akibat gangguan pada insulin dengan tanda khas hiperglikemia.

2.1.2 Faktor Risiko dan Klasifikasi

DM adalah sekelompok penyakit yang ditandai dengan gula darah tinggi akibat seseorang menderita DM, tubuh tidak membuat insulin yang cukup (tipe 1) atau tidak dapat menggunakan insulin dengan benar (tipe 2), maka gula darah akan menumpuk di dalam darah (*National Centers for Disease Control and Prevention*, 2017). Ras, riwayat DM dalam keluarga, dan riwayat DM gestasional sebelumnya dikombinasi dengan usia lanjut, kelebihan berat badan dan obesitas,

diet dan gaya hidup tidak sehat, tidak aktifitas fisik serta merokok adalah faktor resiko umum terjadinya DM (*World Health Organization*, 2016). Hiperlipidemia dan hiperglikemi kadang dikaitkan dengan tingginya pola konsumsi terhadap makanan tinggi karbohidrat, tinggi asam lemak serta minuman tinggi gula (Sujaya, 2008; *National Centers for Disease Control and Prevention*, 2017). DM dapat diklasifikasikan ke dalam kategori umum sebagai berikut (Black and Hawks, 2014; *World Health Organization*, 2016; Riddle *et al.*, 2018):

1. DM tipe 1 (*Insuline-Dependent Diabetes Melitus/ IDDM*)

Dikenal sebagai DM yang bergantung pada insulin atau DM onset anak-anak, dimana penderita membutuhkan pemberian insulin setiap hari untuk mengatur jumlah glukosa dalam darah mereka akibat dari kerusakan sel beta autoimun, biasanya menyebabkan defisiensi insulin absolut. Jika mereka tidak memiliki akses ke insulin, mereka tidak dapat bertahan hidup. DM tipe 1 dapat diturunkan sebagai heterogen, sifat multigenik.

2. DM tipe 2 (*Non-Insuline-Dependent Diabetes Melitus/ NIDDM*)

Gangguan yang melibatkan genetik dan faktor lingkungan, disamping itu obesitas juga sebagai salah satu faktor resiko mayor. DM tipe ini disebabkan oleh hilangnya sekresi insulin sel beta secara progresif diikuti dengan resistensi insulin.

3. DM gestasional (*Gestasional Diabetes Melitus/ GDM*),

DM yang terdiagnosis pertama kali pada trimester kedua atau ketiga kehamilan, dimana penderita tidak memiliki diabetes sebelum kehamilan.

4. Jenis diabetes spesifik karena penyebab lain, misalnya :

a. Akibat dari defek genetik dari sel beta.

- b. Sindrom diabetes monogenik (seperti diabetes neonatal dan *maturity-onset diabetes of the young*—MODY).
- c. Penyakit pankreas eksokrin (seperti pankreatitis, neoplasia, fibrosis kistik, trauma/ pankrektomi).
- d. Obat-obatan yang diinduksi kimia (seperti penggunaan glukokortikoid, dalam pengobatan HIV/AIDS, atau setelah transplantasi organ; diazoksida, tiazid, fenitoin natrium [Dilantin], nokotinic acid).
- e. Endokrinopati (seperti akromegali, sindrom Cushing, feokrositoma, hipertiroid).
- f. Infeksi (rubella congenital, infeksi sitomegalovirus).
- g. Sindrom genetik terkait DM (Sindrom Down, Sindrom Klinefelter, korea Huntington).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) adalah sebagai salah satu tanda umum dari DM, kemudian diikuti dengan gejala klasik DM yaitu: peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuria), peningkatan rasa haus dan minum (polidipsi) dan akibat perjalanan patofisiologis penyakit, disertai penurunan berat badan walaupun peningkatan rasa lapar dan makan terus menerus (polifagi)(Black and Hawks, 2014; Riddle *et al.*, 2018). Ciri-ciri yang membedakan DM tipe 1 dan tipe 2 dikemukakan dalam tabel 2.1 sebagai berikut :

Tabel 2.1 Ciri-ciri yang membedakan DM

Ciri-ciri	DM tipe 1	DM tipe 2
Onset usia	Biasa terjadi sebelum usia 30 tahun atau mungkin pada semua usia	Penderita biasa usia > 30 tahun.
Tipe onset	Mendadak, dengan onset cepat hiperglikemia	Tersamar, mungkin asimtomatik atau asimtomatik ringan; pelan-pelan tubuh akan beradaptasi dengan hiperglikemia

Ciri-ciri	DM tipe 1	DM tipe 2
Onset usia	Biasa terjadi sebelum usia 30 tahun atau mungkin pada semua usia	Penderita biasa usia > 30 tahun.
Produksi insulin endogen	Sedikit atau tidak ada	< normal Normal > normal
BB saat onset	Berat badan cenderung ideal atau kurus	85% klien adalah obesitas; beberapa dengan bb ideal
Gejala	Poliuria, polidipsi, polifagi, letih	Seringkali tidak ada, mungkin gejala ringan hiperglikemia
Pengelolaan diet	Esensial	Esensial
Pengelolaan olahraga	Esensial	Esensial
Pemberian insulin eksogen	Bergantung pada insulin	20-30% perlu insulin
Kebutuhan edukasi	Saat diagnosis dan seterusnya	Saat diagnosis dan seterusnya

Sumber: Black J M & Hawks J H. 2014. Buku Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Edisi 8 Buku 3. Jakarta: Penerbit Salemba Medika

2.1.4 Kriteria Diagnostik

Diagnosis DM mudah diketahui melalui gejala klasik (poliuri, polidipsi, polifagi, dan penurunan berat badan), namun tetap diperlukan pemeriksaan fisik, riwayat medis, dan uji laboratorium untuk menegakkan diagnosa penderita (Black and Hawks, 2014; Khardori, 2018; Riddle *et al.*, 2018). Beberapa jenis skrining dan kondisi penderita DM (Black and Hawks, 2014; Riddle *et al.*, 2018) sebagai berikut:

1. Kadar glukosa plasma puasa >126mg/dl (puasa diartikan sebagai tidak makan kalori minimal 8 jam).
2. Gejala klasik ditambah kadar glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (sewaktu diartikan sewaktu-waktu tanpa mempertimbangkan kapan waktu makan terakhir).
3. Kadar glukosa plasma 2 jam post pandrial (PP) >200 mg/dl.
4. Kadar hemoglobin glikosilase (HbA1c) >7%.

2.1.5 Manajemen Umum pada DM

American Diabetes Association merekomendasikan manajemen gaya hidup sebagai aspek mendasar dari perawatan DM dan termasuk edukasi dan dukungan manajemen diabetes (*Diabetes Self-Management Education and Support—DSMES*), terapi nutrisi medis (*Medical Nutrition Therapy—MNT*), aktivitas fisik, konseling merokok, penggunaan obat hipoglikemik oral atau insulin dan perawatan psikososial (Black and Hawks, 2014; Soelistijo *et al.*, 2015; Khardori, 2018; Riddle *et al.*, 2018). Tujuan dalam merawat pasien DM adalah untuk menghilangkan gejala dan mencegah, atau setidaknya memperlambat, perkembangan komplikasi, seperti : meminimalkan risiko mikrovaskular (yaitu, penyakit mata dan ginjal) dengan melalui kontrol glikemia dan tekanan darah; serta pengurangan risiko makrovaskular (yaitu, koroner, serebrovaskular, perifer vaskular), melalui kontrol lipid dan hipertensi, berhenti merokok, dan terapi aspirin; dan pengurangan risiko metabolik dan neurologik melalui kontrol glikemia (Khardori, 2018).

1. Diet dan Nutrisi
2. Aktifitas Fisik

Aktifitas fisik menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan metabolisme karbohidrat, membantu menjaga dan menurunkan BB, meningkatkan sensitifitas insulin, meningkatkan kadar *high-density lipoprotein* (HDL), menurunkan kadar trigliserid, menurunkan tekanan darah serta mengurangi ketegangan dan stress (Black and Hawks, 2014). kegiatan jasmani sehari-hari dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali seminggu selama $\pm 30-45$ menit (Soelistijo *et al.*, 2015).

3. Pengobatan

Intervensi farmakologi dipertimbangkan ketika penderita tidak bisa mencapai kadar glukosa normal/hampir normal dengan diet atau olahraga, melalui obat antihyperglikemia oral (Black and Hawks, 2014; Soelistijo *et al.*, 2015) seperti : pemacu sekresi insulin (*insulin secretagogue*), peningkatan sensitivitas terhadap insulin, penghambat absorpsi glukosa di saluran cerna, penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*), penghambat SGLT-2 (*Sodium Glukose Contranporter-2*). Obat antiglikemia suntik, seperti insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi keduanya.

4. Perawatan psikososial

Aspek ini menjadi hal yang tidak kalah penting untuk dipertimbangkan dalam manajemen DM. Tristiana, dkk (2016) melalui hasil penelitiannya menunjukkan bahwa proses pasien DM tipe 2 mengalami proses transisi dari kondisi sehat dalam kondisi sakit. Proses transisi dimulai dengan respon kehilangan siklus yang mempengaruhi tipe 2 DM pasien untuk kontrol diri dan membuat hak pengambilan keputusan untuk perawatan diri. Pengendalian diri akan membuat tipe 2 pasien DM mampu beradaptasi dan terlibat dengan pengalaman baru yang menjadi kebiasaan baru untuk tipe 2 pasien DM dan akan memfasilitasi tipe 2 pasien DM dalam beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal dan membuat pasien DM tipe 2 memiliki harapan positif dalam hidup mereka.

Pasien dan penyedia perawatan harus fokus bersama tentang bagaimana mengoptimalkan gaya hidup dari saat evaluasi medis komprehensif awal, di

seluruh evaluasi dan tindak lanjut berikutnya, dan selama penilaian komplikasi dan manajemen kondisi komorbid untuk meningkatkan perawatan DM (Riddle *et al.*, 2018). Layanan kesehatan yang terstruktur dengan baik melalui pembentukan dan dukungantimkesehatan serta sarana prasarana kesehatanmenjadi intervensi yang penting dalam membantu orang dengan DM menjalani kehidupan yang panjang dan relatif sehat, meskipun itu adalah penyakit kronis progresif. Keteraturan dalam mengontrol kadar glukosa darah dan risiko penyakit kardiovaskular melalui konseling untuk mempromosikan diet sehat dan aktivitas fisik, dan melalui penggunaan obat-obatan, dianggap sebagai “investasi terbaik” untuk mengurangi dampak kesehatan dariNCDs(*World Health Organization*, 2016)

Sehingga berdasarkan pada beberapa jabaran diatas, seluruh aspek biologis (fisik), psikologis, sosial dan spiritual berperan dalam manajemen terapi DM untuk meningkatkan kualitas hidup penderita. Efektivitas manajemen DM pada akhirnya tergantung pada kepatuhan penderita dengan rekomendasi dan pengobatan. Pendidikan kesehatan menjadi sangat vital karena itu merupakan komponen penting dari manajemen diabetes. Pasien perlu memahami prinsip dan pentingnya diet yang sehat, aktivitas fisik yang memadai, menghindari tembakau dan penggunaan alkohol yang berbahaya, kepatuhan terhadap obat-obatan, kebersihan kaki dan alas kaki yang sesuai, dan kebutuhan untuk penilaian berkala terhadap kontrol metabolik dan kewaspadaan terhadap komplikasi.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi akut seperti ketoasidosis dan hipoglikemia, serta komplikasi jangka panjang yang mempengaruhi mata, ginjal, kaki, saraf, otak, jantung dan pembuluh darah (*Ministry of Public Health and Sanitation, 2010*).

2.1.7 Diet Diabetes Melitus

Penatalaksanaan diet adalah komponen esensial dari penatalaksanaan dan perawatan diabetik, dengan tujuan membantu klien meningkatkan pengendalian metabolisme dengan mengubah perilaku makan (Riddle *et al.*, 2018). Keterlibatan tim kesehatan (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan lainnya, dan pasien serta keluarga menjadi komponen keberhasilan diet DM dalam perencanaan diet seimbang (Black and Hawks, 2014). Prinsip pengaturan makan dengan makanan seimbang sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu serta menekankan pada hal vital berupa: keteraturan jadwal, tepat jenis dan tepat jumlah kandungan kalori atau 3J serta penggunaan pemanis buatan, terutama pada penderita yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri (Black and Hawks, 2014; Soelistijo *et al.*, 2015). Tujuan dari merencanakan pola makan/diet adalah untuk mendapatkan kontrol metabolik yang baik dengan memperbaiki pola makan dan olahraga. Pola makan sehat untuk diabetesi adalah karbohidrat yang dianjurkan adalah 50-55%, lemak 25-30%, dan protein 20%.

Prinsip 3J yang pertama, tepat Jadwal yaitu 3 kali makanan utama dan 2-3 kali makanan selingan per hari dengan interval waktu 3 jam. Kedua, tepat Jenis dengan menghindari makanan manis (makanan selingan yang mengandung gula) dan makanan berlemak tinggi serta menerapkan pola makan sehat dengan

konsumsi sayur dan buah dan mengontrol pemasukan karbohidrat. Ketiga, tepat Jumlah yaitu cukup kalori untuk mencapai atau mempertahankan berat badan ideal. Pengaturan makanan bisa disesuaikan sesuai dengan keadaan penderita bisa dijumpai adanya komplikasi. Cukup vitamin dan mineral.

Kepatuhan terhadap prinsip 3J diet adalah salah satu aspek yang paling menantang dalam pengelolaan DM. Beberapa informasi spesifik penderita DM yang perlu diketahui oleh tenaga kesehatan dalam merencanakan diet DM adalah: selera makan, penggunaan alkohol, penggunaan pemanis buatan, alergi makanan, pengaruh kultur dan etnis pada kebiasaan makan, kemampuan untuk memperoleh dan menyiapkan makanan (finansial), sumber daya terkini yang digunakan masyarakat, jumlah dan aktifitas fisik, penyakit kronis yang perlu modifikasi diet, penyakit gastrointestinal, vitamin dan suplemen makanan yang digunakan, pola berat badan, perhatian diet, kesehatan gigi dan mulut, dan obat-obatan dengan implikasi pada makanan.

1. Komposisi Makanan yang Dianjurkan

a. Karbohidrat

- 1) Karbohidrat yang dianjurkan sebesar 45-65% total asupan energi.
Terutama karbohidrat yang berserat tinggi.
- 2) Pembatasan karbohidrat total <130 g/hari tidak dianjurkan.
- 3) Glukosa dalam bumbu diperbolehkan sehingga penderita dapat makan sama dengan makanan keluarga yang lain.
- 4) Sukrosa tidak boleh lebih dari 5% total asupan energi.

- 5) Pemanis alternative dapat digunakan sebagai pengganti glukosa, asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian (*Accepted Daily Intake/ ADI*).
 - 6) Dianjurkan makan tiga kali sehari dan bila perlu dapat diberikan makanan selingan seperti buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.
- b. Lemak
- 1) Asupan lemak dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori, dan tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi.
 - 2) Komposisi yang dianjurkan: lemak jenuh <7% kebutuhan kalori; lemak tidak jenuh ganda <10%; dan selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal.
 - 3) Bahan makanan yang perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak trans antara lain: daging berlemak dan susu fullcream.
 - 4) Konsumsi kolesterol dianjurkan < 200 mg/hari.
- c. Protein
- 1) Kebutuhan protein sebesar 10–20% total asupan energi.
 - 2) Sumber protein yang baik adalah ikan, udang, cumi, daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.
 - 3) Pada pasien dengan nefropati diabetik perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/kg BB perhari atau 10% dari kebutuhan energi, dengan 65% diantaranya bernilai biologik tinggi. Kecuali

pada penderita DM yang sudah menjalani hemodialisis asupan protein menjadi 1-1,2 g/kg BB perhari.

d. Natrium

- 1) Anjuran asupan natrium untuk penderita DM sama dengan orang sehat yaitu <2300 mg perhari.
- 2) Penderita DM yang juga menderita hipertensi perlu dilakukan pengurangan natrium secara individual.
- 3) Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit.

e. Serat

- 1) Penderita DM dianjurkan mengonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat.
- 2) Anjuran konsumsi serat adalah 20-35 gram/hari yang berasal dari berbagai sumber bahan makanan.

f. Pemanis Alternatif

- 1) Pemanis alternatif aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman ADI.
- 2) Pemanis alternatif dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis tak berkalori.
- 3) Pemanis berkalori perlu diperhitungkan kandungan kalornya sebagai bagian dari kebutuhan kalori, seperti glukosa alkohol dan fruktosa.

- 4) Glukosa alkohol antara lain *isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol dan xylitol*.
- 5) Fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada penderita DM karena dapat meningkatkan kadar LDL, namun tidak ada alasan menghindari makanan seperti buah dan sayuran yang mengandung fruktosa alami.
- 6) Pemanis tak berkalori termasuk: *aspartam, sakarin, acesulfame potassium, sukralose, neotame*.

2. Jenis Makanan

Bahan makanan yang dilarang, dibatasi, atau dihindari untuk diet DM (Smeltzer *et al.*, 2010; Tjokoprawiro, 2011) adalah sebagai berikut:

- a. Mengandung banyak gula sederhana seperti: gula pasir, gula jawa, sirup, jeli, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis, minuman ringan dalam botol, es krim, kue-kue manis, dodol, dan *cake*.
- b. Mengandung banyak lemak seperti: makanan siap saji (*fast food*) dan gorengan.
- c. Mengandung banyak natrium seperti: ikan asin, telur asin dan makanan yang diawetkan.
- d. Buah-buahan yang manis atau disebut dengan buah golongan A, seperti: sawo, mangga, jeruk, rambutan, durian dan anggur,

Bahan makanan yang dianjurkan untuk diet DM (Smeltzer *et al.*, 2010; Tjokoprawiro, 2011) adalah sebagai berikut:

- a. Sumber makanan dengan kandungan karbohidrat kompleks seperti: nasi, mie, roti, kentang, singkong, ubi dan sagu.
- b. Sumber protein rendah lemak, seperti: ikan, ayam tanpa kulit, susu skim, tahu, tempe, dan kacang-kacangan.
- c. Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu makanan yang mudah dicerna dan diolah dengan cara dipanggang, dikukus, direbus dan dibakar.
- d. Buah-buahan yang kurang manis atau buah golongan B, seperti: papaya, kedondong, pisang, apel, tomat, dan semangka yang kurang manis.

3. Kebutuhan Kalori

Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penderita DM, antara lain dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kal/kg BB ideal. Jumlah kebutuhan tersebut ditambah atau dikurangi bergantung pada beberapa faktor yaitu jenis kelamin, umur, aktivitas, berat badan, dan lain-lain.

a. Jenis Kelamin

Kebutuhan kalori basal perhari untuk perempuan sebesar 25 kal/kgBB sedangkan untuk pria sebesar 30 kal/kgBB.

b. Umur

Pasien usia di atas 40 tahun, kebutuhan kalori dikurangi 5% untuk setiap dekade antara 40 dan 59 tahun. Pasien usia diantara 60 dan 69 tahun, dikurangi 10%. Pasien usia di atas 70 tahun, dikurangi 20%.

c. Aktifitas Fisik atau pekerjaan

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

d. Stress metabolik

Penambahan 10-30% tergantung dari beratnya stress metabolic (sepsis, operasi, trauma).

e. Berat Badan

Penderita DM yang gemuk, kebutuhan kalori dikurangi sekitar 20-30% tergantung kepada tingkat kegemukan. Penderita DM kurus, kebutuhan kalori ditambah sekitar 20-30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB. Jumlah kalori yang diberikan paling sedikit 1000-1200 kal perhari untuk wanita dan 1200-1600 kal perhari untuk pria.

2.2 Tradisi *Magibung*

2.2.1 Definisi Tradisi *Magibung*

Tradisi *magibung* merupakan salah satu bentuk kearifan lokal yang tumbuh dan berkembang di Bali sejak jaman kerajaan Karangasem (sekarang Kabupaten Karangasem) dan masih dipertahankan secara turun-temurun hingga

kini, yang biasa ditemukan pada beberapa daerah di Bali dan masyarakat Bali pada sebagian Lombok. *Magibung* berasal dari kata “*gibung*” atau “*gabung*” yang memiliki arti bersama atau berkumpul dalam satu kelompok, kemudian diberi awalan “*ma-*” sehingga menjadi “*magibung*” yang dikenal dengan tradisi makan bersama dalam satu wadah (Tripayana, 2016; Sukerti *et al.*, 2017). Pelaksanaan kegiatan ini melibatkan keluarga atau masyarakat adat setempat secara keseluruhan, baik laki-laki atau perempuan dan melibatkan semua golongan masyarakat tanpa membeda-bedakan. Tradisi *magibung* sebagai warisan leluhur dari nenek moyang masyarakat Bali turut dijelaskan dalam Lontar Dwi Jendra Tattwa, sebagai berikut :

*“Wus Amuja, Ida Katuran bojana
Sampun usan aneda bojana,
anyarik sang putra kabeh, Lor wetun kidul kulon
Sampunang wus amuja, Ida katuran bojana
Sampuning wus aneda bojana
Inutus putara ira meneda bojana kenem diri atunggil wadah”*

Artinya :Setelah selesai beribadah, sang Imam disajikan makanan, kemudian keempat anaknya diminta untuk melanjutkan sisa makanannya. Di sana menghadap ke utara, timur, selatan, barat. Setelah selesai beribadah, Kemudian disajikan makanan untuk dimakan, Kemudian dipanggil keenam putranya, untuk makan bersama (*magibung*).

2.2.2 Proses Tradisi *Magibung*

Tradisi *magibung* ini biasa dilakukan berkaitan dengan berbagai jenis upacara adat dan keagamaan seperti upacara potong gigi, upacara peringatan hari lahir (*otonan*), upacara pernikahan, upacara kematian, atau *piodalan* di Pura (Tripayana, 2016). Kegiatan ini hadir di hampir setiap acara/kegiatan dan

memiliki nilai umum untuk tidak memandang perbedaan gender atau kasta masyarakat (*Brahmana, Ksatrya, Wasya dan Sudra*) untuk bersama-sama menikmati hidangan sebagai berkah Tuhan (Tripayana, 2016; Sukerti *et al.*, 2017). Tradisi *magibung* memiliki terdiri dari beberapa proses yang dijelaskan menurut (Tripayana, 2016) dan (Sukerti *et al.*, 2017), yaitu:

1. Proses Persiapan

Proses ini dilakukan oleh keluarga atau masyarakat secara bersama-sama yang melaksanakan upacara adat/agama dengan mempersiapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk membuat *gibungan* (bahan/makanan untuk *magibung*)serta penentuan atas jumlah yang diperlukan untuk peserta *magibung*. Berbagai peralatan tradisional dapur seperti: *talenan* (bumbu potong papan), pisau/parang, *cubluk* (panci besar untuk memasak nasi), *kulak* (arang untuk membakar sate), pemanggang (alat bakar) sate, tusuk sate yang terbuat dari bambu, *repe*(semacam alas yang terbuat daribambu sebagai *magibung*), daun pisang (diletakan diatas *repe*), tikar (sebagai dasar *magibung*),dan kendi/*ceret* (tempat air minum).

Sedangkan bahan-bahan yang diperlukan untuk membuat *gibungan* yaitu: batang pisang (bahan membuat sayuran ares), bumbu lengkap (bawang merah, bawang putih, jahe, kencur, kunyit, laos, ketumbar, cengkih, merica, pala), minyak, kelapa, babi atau ayam, daun belimbing, dan beras.

2. Proses Pengolahan

Setelah semua persiapan bahan dan bumbu selesai, dilanjutkan dengan proses pengolahan bahan-bahan atau *mebat*, yang secara keseluruhan dikerjakan bersama-sama oleh masyarakat/keluarga yang dipimpin oleh seorang yang memiliki keterampilan dalam mengolah *gibungan* disebut *juru ebat* atau *juru patus*, untuk mengolah sate, mencincang daging untuk *lawar*, mengolah sayuran atau olahan daging, dan lain sebagainya.

3. Proses Penyajian

Penyajian makanan dilakukan secara berurutan dan tidak sembarangan dimulai dari penataan tempat duduk yang mengelompok dengan alas tikar, kemudian setiap kelompok diberikan satu paket *gibungan* yang terdiri dari nasi dan *karangan* (lauk pelengkap), dengan posisi satu buah *repe* (semacam alas yang terbuat daribambu sebagai *magibung*) yang sudah dialasi daun pisang, nasi diletakan ditengah dan disetiap pojok diberikan garam dan cabai rawit. Selanjutnya pada *karangan*, *repe* yang sudah dialasi untuk diletakkan *lawar*, sate, olahan daging dan sayuran lainnya dengan jumlah disesuaikan pada jumlah peserta *magibung*.

4. Proses *Magibung*

Peserta *magibung* dibagi mengelompok dalam 6-8 orang dengan posisi duduk melingkari *gibungan*. Penataan duduk melingkar memiliki aturan, seperti a) tetua dipersilahkan menempati posisi arah utara atau timur sebagai penghormatan; b) masyarakat atau keluarga lainnya

dipersilahkan menempati posisi setelah tetua duduk terlebih dahulu; c) anggota yang berada di posisi timur laut berperan sebagai *pengenter* (bertugas meletakkan *karangan* keatas nasi) melalui urutan sayuran, *lawar*, olahan daging dan terakhir sate. dan mengucapkan sampun sayaga (sudah siap untuk menikmati); d) peserta menikmati hidangan setelah tetua memberikan instruksi untuk makan.

Selain itu terdapat aturan lainnya saat makan yang harus diikuti, yaitu:

a) Pada saat makan tidak boleh menaruh sisa makanan tersebut di atas tempat gubungan, melainkan harus ditaruh dibawah; b) makanan tidak boleh berserakan; c) hanya diperbolehkan mengambil nasi atau daging yang ada dihadapan masing-masing peserta; d) tidak boleh membagi makanan dengan mulut; e) bibir/mulut peserta tidak boleh menyentuh bibir kendi/*ceret* pada saat minum air; f) setelah selesai *magibung* tidak diperbolehkan untuk mendahului bangun atau pergi, melainkan harus terlebih dahulu menunggu semua kelompok yang *magibung* sudah selesai makan.

2.2.3 Aspek Nilai Tradisi *Magibung*

Tradisi *magibung* saat ini masih dipertahankan pada beberapa daerah di Bali terutama Karangasem dan sebagian masyarakat Hindu di Lombok sebagai bagian dari implementasi sistem sosiokultural dalam kehidupan sehari-hari untuk membangun ikatan emosional dan sosial antar masyarakat (Wirawan, 2018). Tradisi *magibung* adalah simbol hubungan harmonis yang terjalin antara manusia dengan Tuhan, manusia dengan manusia dan manusia dengan alam, yang dapat dilihat dari proses persiapan hingga selesainya pelaksanaan *magibung* *magibung*

diimplementasikan di mana prosesnya dilakukan secara bersama-sama, semua orang hadir berbaur menjadi satu tanpa mempertanyakan latar belakang sosial, ras dan agama. Tripayana (2016) membahas tentang nilai-nilai luhur yang terkandung dalam tradisi *magibung*, berupa :

1. Nilai Ketuhanan

Sebelum kegiatan biasanya akan diawali dengan *ngejot gibungan*, yaitu prosesi *menghaturkan* (mempersembahkan) makanan yang akan digunakan *magibung* kepada leluhur dan para dewa, sebagai bentuk rasa terima kasih kepada Tuhan atas semua anugerah dan berkah yang diberikan sehingga masyarakat bisa melaksanakan upacara adat/agama dan tradisi *magibung*.

2. Nilai Kemanusiaan

Selama proses persiapan hingga proses pelaksanaan, tradisi *magibung* melibatkan banyak orang yang saling membantu dan bergotong royong untuk menyelesaikan proses persiapan dan pengolahan hingga bisa terselenggaranya *magibung*. Setiap orang yang datang secara sadar dan bertanggung jawab bekerja sama unruk mengambil dan membagi pekerjaan untuk menyelesaikan upacara adat atau *magibung*. Toleransi dan emansipasi terlihat pada pembagian tugas laki-laki dan wanita dewasa yang berperan dalam proses *magibung*, sedangkan remaja berperan sebagai *pengayah* (pelayan) yang membantu orang tua dan wanita dalam melakukan persiapan hingga proses pelaksanaan *magibung*. Semua individu memiliki tugas, tanggung jawab dan kedudukan yang sama serta tidak ada perbedaan ekonomi, pendidikan,

pekerjaan, kasta atau kelas sosial lainnya, karena semua peserta yang hadir akan duduk dan makan makanan secara bersama-sama dalam kondisi yang sama.

3. Kombinasi *Asah-Asih-Asuh*

Konsep *asah-asih-asuh* adalah saling memberi, menjaga, dan mencintai satu sama lain, melalui kebersamaan dan kesatuan yang tercermin dalam proses *magibung*. dengan pola interaksi yang baik ini diharapkan mampu memperkuat persatuan dan persaudaraan sesama masyarakat.

4. Bertanggung jawab

Setiap orang dilatih untuk bertanggung jawab dalam tugas dan kewajibannya. Jika salah satu peserta *magibung* belum menyelesaikan tugas maka akan mengganggu proses *magibung*, contohnya seseorang yang bertugas memasak nasi untuk semua peserta, namun tidak menyelesaikan pekerjaan maka akan mengganggu proses *magibung*. Setiap orang akan berusaha menyelesaikan tugasnya dengan baik karena rasa tanggung jawab yang tinggi untuk tidak mengecewakan peserta *magibung* lainnya. Biasanya orang yang tidak mampu menyelesaikan tugas yang diberikan kepadanya akan diberikan sanksi oleh masyarakat dalam bentuk teguran, terisolasi dari masyarakat, terkonsentrasi dalam pembicaraan dan sebagainya.

5. Disiplin dan taat aturan

Tradisi *magibung* dipenuhi dengan aturan ketat dan sanksi yang diberikan akibat masyarakat tidak patuh mengikuti *magibung*.

Tujuannya agar masyarakat sadar dan patuh pada aturan yang telah ada. Sanksi yang digunakan umumnya berupa sanksi sosial, seperti ejekan atau dikucilkan dari masyarakat. Beberapa aturan ketat dalam tradisi *magibung* antara lain: mengutamakan wanita dan orang tua; tidak boleh merebut atau mengambil bagian makanan orang lain; tidak diperbolehkan makan mendahului atau mendahului selesai makan; tidak boleh bersendawa, kentut, atau berbicara keras sambil makan; duduk harus bersila untuk pria dan bersimpuh untuk wanita; saat makan tangan mencari mulut; makanan sisa dibuang di tempat yang telah disediakan; mengikuti instruksi dari tetua; makanan dibagi rata kepada semua peserta; dan orang yang sedang sakit biasanya tidak disertakan dalam *magibung*. Setiap orang akan datang dengan pakaian yang bersih dan rapi dengan busana tradisional Bali dengan kain, selendang dan destar (pada laki-laki).

2.2.4 Tradisi Magibung dalam Diet Diabetes

Studi yang memaparkan tentang tradisi adat dan gaya hidup terutama pola makan suatu etnis/masyarakat tertentu masih terbatas dan sejauh ini beberapa penelitian hanya menjelaskan pengaruh dari kebiasaan pesta adat yang diikuti dengan pesta makan bersama dengan risiko terjadinya suatu penyakit. Penelitian (Eliska, 2016) pada masyarakat Suku Alas, Aceh Tenggara menunjukkan masih terdapat kebiasaan berupa setiap acara adat perkawinan dan kematian, acara *kenduri*, dan *seumubung* (tradisi berkunjung ke tempat orang tua atau sanak saudara) sebagai wujud silaturahmi dan kebersamaan keluargadan keseluruhan acara biasanya bisa berlangsung ≥ 12 kali dalam sebulan. Setiap upacara adat

berlangsung masyarakat selalu menyajikan daging berlemak (rending, lembu atau kambing), sayuran bersantan, makanan manis dan kopi, dimana dengan frekuensi kebiasaan makan ini cenderung berisiko pada timbulnya penyakit degeneratif seperti hipertensi. Hal yang sama juga ditemukan pada studi yang dilakukan (Kandou, 2009; Fitriani, 2012) pada masyarakat etnik Minahasa dan Minangkabau yang mempunyai kebiasaan pesta yang diikuti dengan pesta makan makanan khas berupa berbagai olahan yang kaya asam lemak jenuh. Pola kebiasaan makan ini tetap dipertahankan masyarakat lansia Minangkabau dengan hipertensi karena makanan merupakan simbol yang memiliki makna mempertahankan ikatan kekeluargaan.

Tradisi *magibung* merupakan salah satu tradisi pesta makan bersama dengan penyajian makanan khas Bali yang masih dipertahankan oleh masyarakat asli Karangasem dengan simbolis mempererat kekeluargaan. Beberapa masyarakat Karangasem dengan DM masih mempertahankan kebiasaan makan tersebut, akibat dari keyakinan tradisi, aturan dan sanksi sosial yang berlaku. Pelaksanaan tradisi *magibung* ini tidak sesuai dengan prinsip 3J, dimana tradisi dilaksanakan tidak sesuai dengan jadwal makan penderita DM, jenis makanan yang dianjurkan dan jumlah kebutuhan kalori yang dikonsumsi penderita.

Tepat jadwal 3 kali makanan utama dan 2-3 kali makanan selingan dengan interval waktu 3 jam (Soelistijo *et al.*, 2015), dimana sama sekali berbeda dengan tradisi *magibung* yang kadang kala menyita waktu dari proses persiapan hingga pelaksanaan. Wawancara peneliti dengan salah satu penderita DM mengatakan bingung dengan jadwal makan diet DM jika ikut dalam acara *magibung*, karena

kadang penderita dalam keadaan sudah makan sesuai jadwal, namun harus ikut berpartisipasi lagi pada tradisi *magibung*.

Tepat jenis dan tepat jumlah pada diet DM dengan menghindari makanan manis (makanan selingan yang mengandung gula), makanan berlemak tinggi serta mengontrol pemasukan makanan karbohidrat harian (Soelistijo *et al.*, 2015). Sedangkan jenis makanan pada tradisi *magibung* adalah berbagai olahan babi yang rata-rata memiliki kandungan asam lemak dan karbohidrat tinggi seperti babi guling, *urutan* (olahan jeroan), nasi *yasa*, sate lilit, sayuran bersantan, dll (Sujaya, 2008; Suter, 2014). Penelitian (Wiardani and Moviana, 2015) bahwa masih banyak penderita DM yang mengkonsumsi jenis yang tidak sesuai dengan anjuran diet DM.

2.3 Tingkat Pengetahuan

2.3.1 Definisi

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku untuk terbentuknya perilaku terbuka (*over behaviour*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Notoatmodjo, 2012)

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut (Notoatmodjo, 2012) pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat (*recall*) sesuatu yang spesifik atau rangsangan yang telah diterima dan telah dipelajari sebelumnya. Tahu

adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja yang digunakan untuk mengukur bahwa orang lain tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan dengan contoh, menyimpulkan, meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi dapat berupa penggunaan terhadap rumus, hukum, metode, prinsip dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam berbagai komponen-komponen, tetapi masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, seperti menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang

baru, dengan kata lain sintesis adalah kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari sumber yang ada. Kemampuan dari sintesis dapat dilihat dari kata: dapat menyusun, dapat merencanakan, menyesuaikan, dapat merencanakan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan pada suatu kriteria-kriteria yang telah ada.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan

Notoatmodjo (2012) menjabarkan beberapa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan.

1. Faktor internal

a. Usia

Usia dewasa dini mempunyai kemampuan atau menyesuaikan diri dalam situasi baru seperti mengingat hal yang pernah dipelajari atau berpikir kreatif dengan baik. Hurlock (1998) dalam (Notoatmodjo, 2012) menjelaskan bahwa semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang maka akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja.

b. Intelegensi

Daya membuat reaksi atau penyesuaian yang cepat dan tepat, baik fisik maupun mental terhadap pengalaman baru, membuat pengalaman dan pengetahuan yang telah dimiliki siap untuk dipakai apabila dihadapkan pada fakta-fakta atau kondisi baru. Seseorang yang

memiliki intelegensi tinggi maka akan lebih mudah menyerap suatu informasi.

c. Pemahaman

Kemampuan seseorang untuk menjelaskan dengan benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang yang memahami dan mengerti informasi dengan tepat dan benar akan dapat menetapkan informasi yang ia dapat.

d. Keyakinan dan Sistem Kepercayaan

Kepercayaan yang sungguh-sungguh, kepastian, ketentuan. Anggapan bahwa sesuatu dapat dipercaya itu benar atau nyata. Semakin baik sistem nilai seseorang maka akan semakin mudah bagi petugas kesehatan untuk meningkatkan status kesehatannya.

2. Faktor eksternal

a. Pendidikan formal dan informal

Pendidikan mencakup seluruh proses kehidupan dan segala bentuk interaksi individu dengan lingkungan, baik secara formal maupun informal. Pendidikan merupakan domain yang sangat penting terbentuknya tindakan seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan dalam pembangunan. Pendidikan terdapat proses belajar yang dapat meningkatkan perkembangan ke arah yang lebih baik, lebih dewasa dan lebih matang. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin tinggi pula pengetahuan yang didapat.

b. Sarana informasi

Kelengkapan sarana informasi akan mempermudah pelaksanaan dalam memperoleh pengetahuan. Semakin banyak indera yang digunakan manusia untuk menerima stimulus maka semakin jelas informasi seseorang tersebut akan memperoleh pengetahuan.

c. Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan yang profesional serta pengalaman belajar selama bekerja dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata.

d. Sosial, ekonomi dan budaya

Dukungan keluarga yang terdiri dari informasi antara nasihat verbal dan non-verbal memnuat individu mengalami hal yang positif dalam kehidupan, memiliki harga diri tinggi dan pandangan yang lebih optimis terhadap hidupnya. Status ekonomi dalam hal ini berhubungan dengan pekerjaan dan penghasilan juga mempengaruhi seseorang dalam melakukan sesuatu yang berdasar pada informasi yang diperolehnya. Budaya yang ada pada suatu lingkungan masyarakat juga akan mempengaruhi seorang individu dalam memperoleh, mengolah dan bersikap pada suatu informasi.

2.3.4 Pengetahuan dalam Manajemen Diabetes

Pendidikan kesehatan untuk DM adalah pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi penderita DM yang bertujuan menunjang perubahan perilaku dalam meningkatkan pemahaman dalam mengelola penyakitnya. Tingkat pengetahuan memiliki pengaruh terhadap terhadap pengetahuan DM. (Sharoni and Wu, 2012; Abdulrehman *et al.*, 2016a; Gurmu, Gela and Aga, 2018) menjelaskan responden yang setidaknya menyelesaikan pendidikan sekolah dasar memiliki lebih banyak pemahaman tentang penyebab dan komplikasi DM dan praktik manajemen diri yang lebih efektif. Tingkat pendidikan memiliki interaksi unik dengan usia dan jenis kelamin, dimana seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi biasanya memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan sehingga individu tersebut dapat mengontrol penyakitnya.

Bakr (2015) dan Breen *et al.*, (2015) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa tingkat pengetahuan rendah dan tingkat pendapatan rendah dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatan pasien secara negatif, karena kurangnya informasi gizi terkait pemilihan makanan dan kurangnya akses makanan bergizi. Level pendidikan yang rendah dapat menyebabkan pemahaman pasien DM kurang hingga berdampak pada perilaku perawatan diri yang buruk (Putra, 2018). Penelitian (Berikai *et al.*, 2007; Gurmu, Gela and Aga, 2018) menjelaskan bahwa pasien dengan pengetahuan dasar yang rendah harus mendapat perhatian khusus dalam peningkatan pengetahuan penderita DM melalui *diabetes self-management education* (DSME), dengan menekankan pada pentingnya mencapai target dan

motivasi pasien untuk menerapkan praktik manajemen diri yang baik dan secara signifikan dapat meningkatkan kontrol glikemik.

2.4 *Diabetes Self-Management*

2.4.1 Definisi

DM adalah penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, sehingga proses manajemen harus berorientasi pada perawatan, sehingga penting bagi penderita DM untuk mengembangkan *self-regulation* sebagai strategi atas pengaturan diri sendiri dalam mengelola penyakit DM (Lin *et al.*, 2008). *Self-management* diartikan sebagai manajemen diri, didasarkan pada prinsip pengaturan diri, pengendalian diri dan *self-efficacy* yang berasal dari teori kognitif sosial Albert Bandura, dengan mengacu pada kemampuan individu untuk memantau dan mengelola diri sendiri. Dalam konteks diabetes, manajemen diri melibatkan beberapa tindakan meliputi mengikuti diet yang merekomendasikan, pemeriksaan rutin, minum obat, dan olahraga (Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). *Diabetes self-management behaviour* (DSMB) atau bisa juga disebut *diabetes self-care behaviour* adalah program atau tindakan perawatan mandiri yang harus dilaksanakan sepanjang hidup dan menjadi tanggung jawab penderita DM (Bai, Chiou & Chang, 2009). *Self-management* dalam diabetes adalah seperangkat perilaku perawatan terampil yang dilakukan berulang untuk mengelola penyakitnya sendiri dalam mengendalikan gejala dan mencegah timbulnya komplikasi (Wu *et al.*, 2007). Sehingga dapat disimpulkan bahwa *diabetes self-manajemen* adalah serangkaian perawatan secara mandiri yang dilakukan sehari-hari oleh penderita DM dalam mengelola penyakitnya untuk menghindari komplikasi.

2.4.2 Komponen Diabetes *Self-Management*

Penelitian Mulcahy *et al.*, (2003) dan Wang *et al.*, (2013) menjelaskan bahwa dalam *The American Association of Diabetes Educator* (AADE) terdapat tujuh pedoman perilaku *diabetes self care behaviour* sebagai kunci adaptasi dari DSME. Tujuh perilaku ini digunakan untuk menerapkan perubahan gaya hidup dan manajemen perawatan diri yang dapat membantu dalam mengukur keberhasilan manajemen DM.

Tabel 2.2 *Diabetes Self-Care Behaviours*

1.	Aktif: aktifitas fisik (latihan)
2.	Makan
3.	Pengobatan
4.	Monitoring glukosa darah
5.	Penyelesaian masalah khususnya glukosa darah: kadar tinggi dan rendah.
6.	Mengurangi resiko komplikasi diabetes
7.	Hidup dengan diabetes (adaptasi psikososial)

Sumber: Mulcahy *et al.*, 2003. *Diabetes Self-Management Education Core Outcomes Measures*. The Diabetes Educator. Volume 29 Number 5.

Beberapa sumber menjabarkan aktifitas perawatan diri sehari-hari yang harus dilakukan individu berdasarkan DSMB meliputi lima komponen dasar, yaitu: diet, aktifitas fisik (latihan), pemeriksaan mandiri glukosa darah (*self-monitoring of blood glucose—SMBG*), mengurangi resiko komplikasi melalui perawatan kaki dan obat-obatan (Wu *et al.*, 2007; Wang *et al.*, 2013; Abdulrehman *et al.*, 2016; Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). Kelima komponen tersebut dapat diukur dengan survei aktifitas perawatan diri diabetes (*The Summary of Diabetes Self Care Activities—SDSCA*) untuk memantau manajemen diri penderita DM (Wang *et al.*, 2013).

1. Diet

Riddle *et al.* (2018) menjelaskan bahwa berdasarkan *American Diabetes Association: Lifestyle Management* merekomendasikan tidak ada

presentase ideal kalori dari karbohidrat, protein dan lemak untuk semua penderita DM, semua distribusi makronutrien didasarkan pada penilaian individual penderita, ditambah dengan pertimbangan tradisi, budaya, agama, kesehatan, keyakinan dan faktor ekonomi dari masing-masing penderita. Empat perilaku diet spesifik teridentifikasi dalam *The Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) yang memiliki pengaruh paling besar terhadap peningkatan kontrol glikemik, yaitu: kepatuhan terhadap rencana diet (pengaturan makanan), penanganan terhadap tanda hipoglikemia yang tepat, respon terhadap tanda hiperglikemia (lebih banyak insulin dan/atau lebih banyak makanan) dan konsisten dalam pemilihan makanan (Mulcahy *et al.*, 2003). Lebih lanjut, keefektifan untuk mengikuti pedoman dalam diet DM dapat menyebabkan penurunan kadar Hemoglobin A1C (HbA1C) 1-2%, penurunan kolesterol LDL 15-25mg, penurunan tekanan darah 5mmHg sistolik dan 2mmHg diastolik terhadap penderita dengan hipertensi dan penurunan berat badan yang signifikan 1-2 pound perminggu (Mulcahy *et al.*, 2003).

Perilaku makan sehat dalam pengelolaan DM merupakan bagian integral dalam pelaksanaan manajemen DM yang melibatkan beberapa faktor kunci yang digunakan untuk meningkatkan kepatuhan diet penderita, seperti pengetahuan tentang diet, faktor penderita (*self-regulation* dan disiplin diri), dukungan sosial, dan persepsi terhadap penyakit (Wang *et al.*, 2013; Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). Pengetahuan tentang diet memegang peranan penting dalam perawatan diri jangka panjang terkait diet, dimana sangat bermanfaat untuk meningkatkan kesadaran

penderita DM sendiri. Penderita perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori sesuai kebutuhan (Soelistijo *et al.*, 2015; Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). Lebih lanjut, penderita DM dengan pengendalian dan disiplin diri yang tinggi merupakan indikator penting untuk dapat mengubah dan mempertahankan perilaku pola makan yang sehat. Dukungan sosial berupa dukungan informasi tenaga kesehatan maupun dukungan emosional dari keluarga atau kelompok tertentu juga menjadi salah satu terapi suportif dalam meningkatkan kepatuhan penderita (Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). Terakhir, persepsi penderita terhadap penyakit yang menjadi keyakinan penderita dalam patuh mempertahankan diet DM, berupa keyakinan keefektifan pengobatan, keparahan penyakit dan kontrol diri atas penyakit dan keyakinan prognosis dapat membentuk perilaku diet penderita DM.

2. Aktifitas fisik

Prediktor utama dalam kontrol glikemik adalah jumlah, jenis dan frekuensi latihan yang digunakan oleh penderita DM, dimana intensitas target dengan durasi latihan selama 20-30 menit dalam 3-5 kali per minggu ditambah dengan pengaturan diet dapat meningkatkan kontrol glikemik, menurunkan stress, meningkatkan indeks massa tubuh, penurunan berat badan dan membantu kontrol lipid dan tekanan darah (Mulcahy *et al.*, 2003; Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). Lebih lanjut, durasi latihan selama 20-40 menit dalam 2-4 kali dalam seminggu dapat mengontrol kadar glukosa darah dan untuk menurunkan berat badan

latihan ditambah hingga 45-60 menit dalam 4-5 kali dalam seminggu, disamping itu jenis latihan aerobik secara intensif dapat menurunkan kadar HbA1C (Mulcahy *et al.*, 2003). Durasi dan frekuensi dari sesi latihan bergantung pada usia, waktu yang tersedia untuk latihan, dan tingkat kebugaran tubuh masing-masing penderita. Latihan juga memainkan peran penting dengan menurunkan resiko komplikasi makrovaskular dan mikrovaskular serta penyakit kardiovaskular.

3. Monitoring mandiri glukosa darah

Monitoring glukosa darah mengacu pada perilaku teratur untuk memeriksa indeks glikemik tiap jangka waktu tertentu, bertujuan untuk mengevaluasi respon individu penderita terhadap manajemen terapi dan mencegah komplikasi akut seperti diabetic ketoasidosis dan hipoglikemia (Mulcahy *et al.*, 2003; Sridharan, Chittem & Muppavaram, 2016). Pengetahuan dan disiplin penderita menjadi faktor yang menunjang keteraturan *self-management* dalam memahami dan menginterpretasikan hasil terhadap keadaan penyakitnya. Penelitian Mulcahy *et al.*(2003) menambahkan monitoring glukosa darah secara mandiri mencakup keteraturan frekuensi dan ketepatan jadwal dengan rekomendasi sedikitnya diulang setiap 2-4 minggu atau 3-6 bulan setelahnya. Lebih lanjut, penelitian Sridharan, Chittem & Muppavaram (2016), menjelaskan faktor tenaga kesehatan sebagai fasilitator utama dalam monitoring glukosa darah, seperti komunikasi interpretasi hasil juga mendukung motivasi pemantauan diri penderita DM. Sehingga, komunikasi terapeutik yang dibangun antara tenaga kesehatan dan penderita dalam edukasi monitoring dapat

meningkatkan kemampuan pemahaman penderita untuk mengelola dan mempertahankan perilaku perawatan diri lebih baik.

4. Perawatan kaki

Perilaku mengurangi faktor risiko dalam DSMB meliputi memahami dan mempertahankan tindakan pencegahan meliputi pemeriksaan mata, cek kesehatan secara rutin, pemeriksaan gigi serta inisiatif untuk memperhatikan perawatan kaki (Mulcahy *et al.*, 2003; Abdulrehman *et al.*, 2016b). Lebih lanjut, penelitian Wu *et al.* (2007) dan Abdulrehman *et al.* (2016) menjelaskan bahwa perawatan kaki seperti penggunaan penggunaan kaos kaki dan sepatu, tindakan pemijatan dan senam kaki mengindikasikan pencegahan terhadap ulkus yang berujung amputasi.

5. Obat-obatan

Tatalaksana pengobatan adalah bagian integral penting dalam manajemen DM dimana farmakoterapi bertujuan mencapai target kontrol kadar glukosa darah melalui kombinasi dengan pengaturan diet dan aktifitas fisik serta mencegah komplikasi akut maupun kronik (Mulcahy *et al.*, 2003). Tenaga kesehatan merekomendasikan penggunaan obat melalui cara pemberian obat (pil oral atau pen insulin) serta alat bantu regimen (kalender obat, kotak obat perhari) untuk memudahkan keefektifan perawatan mandiri penderita DM. Pemberian pengetahuan tentang obat menjadi sangat penting dalam perawatan mandiri ini, dimana penderita DM diberi tahu tentang obat, aturan minum, efek samping, hingga pencegahan dan penanganan yang perlu dilakukan jika terjadi toksisitas (Mulcahy *et al.*, 2003; Wu *et al.*, 2007).

2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi *Diabetes Self-Management*

Riddle *et al.* (2018) menjelaskan ada standar untuk dukungan pelaksanaan DSMB, dimana semua orang dengan DM harus memiliki pengetahuan tentang pendidikan manajemen mandiri, keterampilan serta kemampuan dan dukungan yang yang diperlukan untuk *self-management* untuk membantu menerapkan dan mempertahankan perilaku perawatan diri yang berkelanjutan. lebih lanjut, dijelaskan bahwa timbul beberapa faktor yang menghambat adalah salah satu masa kritis dimana diperlukan evaluasi kembali dan dukungan terhadap perawatan mandiri yang telah dijalankan penderita DM. Beberapa penelitian menjabarkan faktor-faktor yang mempengaruhi cara seorang penderita DM dalam mengelola penyakitnya (DSMB) adalah:

1. Ekonomi

Faktor ekonomi menjadi salah satu faktor penting dalam DSMB penderita DM, baik dalam memenuhi perawatan diet dan mengakses layanan kesehatan. Penelitian Fleming and Gillibrand (2009) dan Abdulrehman *et al.* (2016) menjelaskan faktor kemiskinan di sebagian negara Asia Selatan dan Kenya masih menjadi faktor penghambat penderita DM dalam mengikuti diet akibat tidak bisa menyediakan makanan sesuai dengan rekomendasi diet, kesulitan mendapatkan obat atau akses ke pelayanan kesehatan.

2. Lingkungan dan masyarakat setempat.

Faktor lingkungan dan masyarakat sekitar penderita DM dapat menjadi faktor kuat yang mempengaruhi perawatan diri sehari-hari penderita DM (Fleming & Gillibrand, 2009). Pentingnya kewajiban mengikuti tradisi

keluarga, perayaan budaya setempat dan acara sosial seperti acara pernikahan yang ada dimasyarakat disertai kurangnya kontrol diri menjadi salah satu faktor sosial dan individu yang dapat menghambat *self-management* penderita DM (Chlebowy, Hood & LaJoie, 2010; Abdulrehman *et al.*, 2016). Penelitian Chesla, Chun & Kwan (2009) dan Cha *et al.* (2012) yang dilakukan pada imigran China-Amerika dan imigran Korea-Amerika masih banyak ditemukan kebiasaan sosial dengan kewajiban berpartisipasi dalam tradisi makan bersama keluarga atau komunitas sosial setempat dengan kewajiban menghormati tradisi dan membangun ikatan sosial antara masyarakat. Sedangkan penelitian Early, Shultz and Corbett (2009), tekanan sosial menunjukkan penderita DM ras Latino-Caucasian melaporkan kesulitan untuk menolak ketika sedang menghadiri perkumpulan sosial.

3. Pengetahuan

Pengetahuan dikaitkan dengan *self-efficacy* penderita DM sebagai motivator penting dalam DSMB, dimana peningkatan pengetahuan berhubungan dengan manajemen penyakit yang lebih baik (Naeem, 2003; Early, Shultz and Corbett, 2009; Fleming and Gillibrand, 2009). Penelitian Chlebowy, Hood & LaJoie (2010) kepada partisipan Afrika-Amerika menunjukkan bahwa orang dengan DM memperoleh pengetahuan tentang *self-management* diabetes melalui pencarian informasi secara mandiri, tenaga kesehatan dan teman sebaya dari perkumpulan DM, dengan menekankan pentingnya memiliki pengetahuan umum tentang DM dan bagaimana mengelola penyakitnya. Studi yang dilakukan oleh

Abdulrehman *et al.* (2016) di beberapa negara Afrika, menemukan terbatasnya pemahaman tentang DM dan miskonsepsi menjadikan penderita mengalami kesulitan dalam menjalani DSMB.

4. Dukungan keluarga dan kelompok sebaya

Studi yang dilakukan oleh Chlebowy, Hood & LaJoie (2010); Early, Shultz & Corbett (2009) dan Chesla, Chun & Kwan (2009) menyatakan bahwa dukungan keluarga menjadi aspek penting dari mulai DSME hingga dalam pelaksanaan DSMB penderita DM dalam sehari-hari, dimana partisipan melaporkan keluarga menjadi fasilitator melalui tindakan berdiskusi bersama tentang pengaturan diet penderita DM hingga beberapa bentuk ucapan kekhawatiran atas aturan ketat pembatasan makan sebagai bentuk perhatian menjadikan penderita DM termotivasi untuk melakukan DSMB lebih baik. Partisipan Swahili dalam penelitian Abdulrehman *et al.* (2016), menyatakan setelah pasangannya membantu melakukan suntikan insulin membuatnya jauh lebih mudah daripada dilakukan sendiri. Dukungan teman sebaya penderita DM bermanfaat dalam berbagi informasi dalam memperoleh pengetahuan tentang DM, serta saling memberikan motivasi dan DSMB misalnya dengan latihan fisik/olahraga bersama-sama (Chlebowy, Hood and LaJoie, 2010).

5. Faktor agama dan filosofi

Beberapa kebiasaan berdasarkan agama seperti kewajiban praktik berpuasa pada saat bulan suci Ramadhan dilaporkan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi DSMB, dimana puasa digambarkan memiliki dampak positif dan negatif dalam pelaksanaannya (Naeem, 2003; Abdulrehman *et*

al., 2016). Lebih lanjut penelitian Abdulrehman *et al.* (2016) menjelaskan adanya kepercayaan pada komunitas Swahili (Kenya) dan Khasmiri (Leeds, United Kingdom) bahwa puasa dapat mempromosikan kemurnian dan meningkatkan kesehatan serta memberikan kontrol positif terhadap pembatasan makan di siang hari, namun memberikan peluang untuk makan berlebihan dengan kalori tinggi di malam hari yang biasanya identik dengan makan bersama/pesta serta adanya keluhan dehidrasi selama berpuasa.

6. Keyakinan

Abdulrehman *et al.* (2016) melaporkan bahwa penduduk Swahili (Kenya) masih terdapat praktik penggunaan obat-obatan herbal, ketakutan penyakit hingga partisipan yang tidak percaya terhadap pengobatan medis. Partisipan berpendapat bahwa obat herbal dengan harga terjangkau lebih efektif daripada produk farmasi untuk menurunkan gula darah. Penelitian Fleming & Gillibrand (2009) menegaskan sebagian besar partisipan dari Asia Selatan masih memiliki keyakinan dalam praktik terapi pengobatan *Ayurvedic* dan nonbiomedis lainnya sebagai pengobatan dan manajemen penyakit berlatar warisan budaya, seperti pengaturan makan dengan kepercayaan bersubstansi fisik dan energi.

2.5 Teori *Culture Care*

2.5.1. Konsep Umum Teori *Culture Care*

Teori *Culture Care (Transcultural Care)* dikemukakan oleh Leininger, dimana teori ini berorientasi pada sistem, yaitu pembentukan sistem pelayanan kesehatan dengan berbasis budaya individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat

(Nursalam, 2017). Leininger (2002) menjelaskan transkultural ini merupakan ilmu yang mempunyai cakupan luas dalam keperawatan yang berfokus mempelajari perbandingan dan bermacam-macam budaya dan subkultur di dunia dengan tetap menghormati nilai keperawatan, ekspresi, dan kepercayaan tentang sehat-sakit dan pola kebiasaan mereka. Keperawatan transkultural telah didefinisikan sebagai disiplin studi dan praktik yang berfokus pada perbedaan perawatan budaya komparatif dan persamaan di antara dan antar budaya untuk membantu manusia mencapai dan mempertahankan praktik perawatan kesehatan yang bermakna dan terapeutik yang berbasis budaya (McFarland and Wehbe-Alamah, 2015). Leininger menggambarkan teori keperawatan transkultural matahari terbit, sehingga disebut juga sebagai *sunrise model*. Model matahari terbit (*sunrise model*) ini melembagakan esensi keperawatan dalam transkultural yang menjelaskan bahwa sebelum memberikan asuhan keperawatan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, komunitas, lembaga), perawat terlebih dahulu harus mempunyai pengetahuan mengenai pandangan dunia (*world view*) tentang dimensi dan budaya serta struktur sosial yang berkembang di berbagai belahan dunia (secara global) maupun masyarakat dalam lingkup yang sempit (Giger and Davidhizar, 2008).

Model dari teori *Culture Care* dengan *Sunrise Model*, menggambarkan keberagaman budaya keberagaman budaya dalam kehidupan sehari-hari dan menjelaskan alasan mengapa pengkajian budaya harus dilakukan secara komprehensif dan beranggapan bahwa nilai-nilai pelayanan budaya, kepercayaan, dan praktik merupakan hal yang tidak dapat diubah dalam budaya dan dimensi

structural sosial masyarakat, termasuk didalamnya konteks lingkungan, bahasa dan riwayat etnik dimana model ini memiliki empat level pandangan, yaitu :

1. Level pertama lebih abstrak, bagaimana pandangan dunia dan level sistem sosial mengenai dunia luar budaya, suatu suprasistem, dalam sistem umum.
2. Level dua, menyediakan pengetahuan tentang individu, keluarga, kelompok, dan institusi pada sistem layanan kesehatan. Pada level ini unsure budaya mulai tampak jelas, khususnya budaya tertentu, ekspresi dan hubungannya dengan pelayanan kesehatan yang sudah ada.
3. Level tiga, fokus pada sistem adat istiadat, tradisi, yang ada dimasyarakat, sistem, pelayanan professional, medis dan keperawatan. Informasi pada level ini menunjukkan karakteristik tiap sistem termasuk kekhususan masing-masing, kesamaan dan perbedaan pelayanan berdasarkan budaya profesi yang bervariasi dan pelayanan universal.
4. Level empat, ada pengambilan keputusan keperawatan dan tindakan-tindakan, melibatkan kultur, penyediaan atau mempertahankan pelayanan, kultur pelayanan akomodasi/negosiasi dan kultur pelayanan dipola kembali atau rekonstrukturisasi.

Empat konsep utama dalam teori Leininger adalah kemanusiaan, kesehatan, masyarakat dan lingkungan dan keperawatan. Manusia dipercaya memberikan pelayanan kepada sesama manusia dan mampu memperhatikan kebutuhan, kesejahteraan dan dan ketahanan kepada orang lain. Pelayanan kemanusiaan bersifat universal, terhadap semua kultur, bertahan dalam kultur yang bervariasi, mampu memberikan pelayanan bersifat universal dalam berbagai

cara, terhadap kultur yang berbeda, kebutuhan dan kondisi. Fokusnya pada individ, kelompok pada institusi kesehatan untuk mengembangkan kebijakan dan praktik keperawatan universal. Sehat atau status sejahtera menurut kultur tertentu, nilai, praktik yang merefleksikan kemampuan individu-individu atau kelompok untuk menampilkan peran sehari-hari dalam cara yang memuaskan kultur. Sehat dalam pengertian lintas budaya, didefinisikan oleh kultur masing-masing sesuai cara, refleksi nilai dan praktik khusus. Sehat dikatakan bersifat universal dan beragam. Masyarakat/ lingkungan menyangkut pandangan dunia, struktur sosial dan konteks lingkungan. Lingkungan sebagai total kejadian, situasi atau pengalaman, dengan fokus pada kelompok khusus dan pola tindakan, berpikir, keputusan sebagai hasil dari pembelajaran, sharing dan pemindahan nilai, keyakinan, norma dan praktik hidup sehari-hari.

Transkultural nursing dalam model *sunrise*, dikenalkan oleh Leininger tahun 1978 (Alligood & Tomey, 2006). Leininger seorang perawat pendidik dan senang mempelajari keperawatan dengan antropologi. Teorinya sangat cocok dipakai di keperawatan komunitas. Perawat penting menyadari pengetahuan lintas budaya dan kebutuhannya. Budaya bukan hanya pedoman hidup bagi seseorang tetapi untuk menghubungkan seseorang dengan orang lain, sehingga dapat mengetahui kebutuhan atau keinginan orang tersebut. Latar belakang budaya seseorang perlu dipelajari untuk mengetahui keyakinan nilai dan perilaku dalam bertransaksi satu sama lain. Asumsi dasar dari teori Leininger, adalah :

1. Perawatan kepada manusia merupakan fenomena universal, tetapi ekspresi, proses dan polanya bervariasi pada setiap kultur.

2. Tindakan keperawatan dan proses penting untuk kelahiran manusia, perkembangan, pertumbuhan dan survival, dan untuk kematian yang damai.
3. Caring adalah esensi dan dimensi unik dari intelektual dan praktis profesi keperawatan.
4. Caring meliputi dimensi biofisikal, cultural, psikologi, sosial dan lingkungan. Maka perlu memberikan perawatan holistik kepada masyarakat.
5. Tindakan keperawatan bersifat lintas budaya oleh karena itu perawat perlu mampu mengidentifikasi dan membina hubungan perawat-klien interkultur dan data sistem.
6. Perilaku dalam perawatan, tujuan dan fungsi yang bervariasi dengan struktur budaya dan nilai khusus dari orang dengan beda kultur.
7. Praktik mandiri atau praktik lain bervariasi pada budaya yang berbeda dan sistem pelayanan yang berbeda.
8. Mengidentifikasi universal dan non universal tradisi dan perilaku professional, keyakinan dan praktik penting untuk pengembangan pengetahuan keperawatan.
9. Perawatan syarat berbagai kultur, dan butuh pengetahuan dasar tentang budaya dan ketrampilan yang ampuh. Kesepuluh, tidak bisa ada pengobatan tanpa keperawatan, tetapi juga tidak ada keperawatan tanpa pengobatan (Marriner Ann, 1998).

Dimensi sosial budaya dalam suatu masyarakat, saling mempengaruhi sehingga terbentuk pola dan praktik hidup di masyarakat. Kepatuhan diet

2002). Teori keperawatan transkultural terdiri atas beberapa komponen (Leininger, 1988, 2002), yaitu:

1. *Budaya (Culture)*, mengacu pada nilai-nilai yang dipelajari, dibagikan, dan ditransmisikan, keyakinan, norma, dan praktik kehidupan dari kelompok tertentu yang memandu pemikiran, keputusan, dan tindakan dengan cara yang berpola.
2. *Care*, mengacu pada fenomena yang berkaitan dengan membantu, mendukung, atau memungkinkan perilaku terhadap atau untuk individu lain (atau kelompok) dengan kebutuhan yang jelas atau diantisipasi untuk memperbaiki atau memperbaiki kondisi manusia atau jalan hidup.
3. *Caring*, mengacu pada tindakan yang diarahkan untuk membantu, mendukung, atau memungkinkan individu lain (atau kelompok) dengan kebutuhan yang jelas atau diantisipasi untuk memperbaiki atau memperbaiki kondisi manusia atau jalan hidup.
4. *Culture Care*, mengacu pada nilai-nilai, keyakinan, dan ekspresi berpola kognitif yang diketahui yang membantu, mendukung, atau memungkinkan individu atau kelompok lain untuk mempertahankan kesejahteraan, memperbaiki kondisi manusia atau jalan hidup, atau menghadapi kematian dan cacat.
5. *Culture Care Diversity*, mengacu pada variabilitas makna, pola, nilai, atau simbol perawatan yang secara budaya diturunkan oleh manusia untuk kesejahteraan mereka atau untuk meningkatkan kondisi manusia dan jalan hidup atau untuk menghadapi kematian.

6. *Cultural Care Universality*, mengacu pada kesamaan, kesamaan, atau makna seragam, pola, nilai, atau simbol perawatan yang secara budaya diturunkan oleh manusia untuk kesejahteraan mereka atau untuk meningkatkan kondisi manusia dan jalan hidup atau untuk menghadapi kematian.
7. *World view*, mengacu pada cara orang cenderung memandang dunia atau alam semesta untuk terbentuk gambaran atau sikap nilai tentang kehidupan mereka dan dunia tentang mereka.
8. *Social structure and cultural dimention*, mengacu pada sifat dinamis dari faktor struktural atau organisasi yang saling berkaitan dari budaya tertentu (atau masyarakat) dan bagaimana faktor-faktor ini berfungsi untuk memberikan makna dan ketertiban struktural, termasuk agama, kekerabatan, politik, ekonomi, pendidikan, teknologi, dan budaya faktor-faktor.
9. *Enviromental context*, mengacu pada totalitas suatu peristiwa, situasi, atau pengalaman tertentu yang memberi makna pada ekspresi manusia, termasuk interaksi sosial dan dimensi fisik, ekologi, emosional, dan budaya.
10. Sistem kesehatan masyarakat (*Folk health—well being*), mengacu pada perawatan kesehatan tradisional atau lokal atau praktik penyembuhan yang memiliki makna dan kegunaan khusus untuk menyembuhkan atau membantu orang, yang umumnya ditawarkan dalam konteks lingkungan rumah atau masyarakat yang dikenal dengan praktisi lokal mereka.

11. *Health*, mengacu pada keadaan kesejahteraan yang didefinisikan secara budaya, dihargai, dan dipraktekkan dan yang mencerminkan kemampuan individu (atau kelompok) untuk melakukan kegiatan peran sehari-hari mereka dengan cara yang memuaskan secara budaya.
12. *Professional health system*, mengacu pada layanan perawatan atau penyembuhan profesional yang ditawarkan oleh beragam tenaga kesehatan yang telah dipersiapkan melalui program studi profesional formal di lembaga pendidikan khusus.
13. *Cultural care preservation or maintenance*, mengacu pada tindakan dan keputusan profesional yang mendukung, mendukung, atau memungkinkan yang membantu klien dari budaya tertentu untuk mempertahankan atau mempertahankan keadaan kesehatan atau untuk pulih dari penyakit dan menghadapi kematian.
14. *Cultural care accommodation or negotiation*, mengacu pada tindakan dan keputusan profesional yang membantu, mendukung, atau memungkinkan yang membantu klien dari budaya tertentu untuk beradaptasi atau bernegosiasi untuk status kesehatan yang bermanfaat atau memuaskan atau untuk menghadapi kematian.
15. *Cultural care repatterning or restructuring*, mengacu pada tindakan atau keputusan profesional yang mendukung, mendukung, atau memungkinkan yang membantu klien mengubah kehidupan mereka untuk pola baru atau berbeda yang secara budaya bermakna dan memuaskan atau yang mendukung pola hidup yang bermanfaat dan sehat.

2.5.3. Teori *Culture Care* dalam *Diabetes Self-Management*

Model teori *culture care* yang dikemukakan oleh Leininger merupakan salah satu model yang mengembangkan budaya memiliki pengaruh terhadap kesehatan, yang dalam hal ini salah satunya *diabetes self-management* (Snider, 2010; Abioye-Akanji, 2015; Abdulrehman *et al.*, 2016b). *Transcultural care* memiliki tujuh faktor dalam *sunrise model*, yaitu 1) faktor pendidikan, 2) ekonomi, 3) politik dan faktor hukum, 4) nilai-nilai budaya dan keyakinan, 5) kekerabatan dan kehidupan sosial, 6) faktor agama dan filosofis, serta 7) faktor teknologi (Snider, 2010; Mukta, 2013; Abioye-Akanji, 2015; Abdulrehman *et al.*, 2016b). Penelitian Abioye-Akanji (2015) menggunakan perawatan DM menggunakan pendekatan teori budaya Leininger yang digunakan untuk memodifikasi perencanaan diet yang disesuaikan dengan budaya penderita serta menegosiasikan promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan penderita, dengan hasil peningkatan signifikan terhadap perawatan mandiri yang konsisten dari partisipan imigran Afrika. Sedangkan penelitian (Snider, 2010) membahas bahwa penggunaan adaptasi teori budaya Leininger dalam perawatan diabetes mungkin diperlukan sebagai bentuk komunikasi kepada penderita DM dalam menyusun atau memodifikasi pola perawatan diri dengan memastikan/menghormati nilai budaya dan keyakinan yang dimiliki oleh penderita DM.

Penelitian Abdulrehman *et al.* (2016) yang dilakukan pada partisipan DM Swahili, Kenya menjelaskan ada beberapa faktor penting yang mempengaruhi manajemen diri diabetes menggunakan model *sunrise* Leininger, dimana berdasarkan hasil eksplorasi memperoleh kontribusi paling signifikan

menunjukkan budaya dapat mempengaruhi manajemen diri diabetes dalam berbagai cara, termasuk pengetahuan (kesalahpahaman dan terbatasnya pemahaman tentang DM), keyakinan (pengobatan herbal dapat menyembuhkan DM), pengobatan, makanan (berpesta sebagai bagian tradisi), dan nilai-nilai (kebutuhan keluarga lebih diutamakan daripada individu). Selain itu, dalam penelitian tersebut faktor ekonomi seperti masalah kemiskinan di Swahili juga menghambat akses ke perawatan kesehatan (pengobatan dan pemantauan gula darah) dan berdampak negatif pada *diabetes self-management* penderita DM.

2.6 Keaslian Penelitian

Tabel. 2.3 Keaslian Penelitian

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil Penelitian
1.	Factors associated with self-care practice among adult diabetes patients in West Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia (Gurmu, Gela and Aga, 2018)	D : <i>Cross sectional study</i> S : <i>157 participans (118 female and 139 male) with disproportionate stratified sampling.</i> V : <i>Diabetes self-care, social support, diabetes knowledge, and self-efficacy</i> I : <i>Quisionnare (The Summary of Diabetes Self-Care Activities—SDSCA; The Revised Brief Diabetes Knowledge Test—DKT2; The Brief Scale for Social Support—CAS)</i> A : <i>The variable were analyzed be Pearson's correlation test and multiple logistic regressions.</i>	Penelitian ini menunjukkan bahwa penderita DM memiliki praktik perawatan diri DM yang sederhana. Temuan menunjukkan bahwa pengetahuan diabetes, dukungan sosial, self-efficacy, pencapaian pendidikan menengah, dan durasi yang lebih lama dari diabetes adalah prediktor penting dari praktek perawatan diri diabetes yang baik. Program pendidikan DM harus menggunakan strategi yang meningkatkan pengetahuan, self-efficacy, dan dukungan sosial. Sehingga penderita yang baru didiagnosis harus mendapatkan perhatian khusus melalui intervensi yang melibatkan pendidikan tentang diabetes, memperkuat sistem pendukung, pemberdayaan untuk perawatan diri.
2.	Exploring Cultural Influences of Self Management of Diabetes in Coastal Kenya: An Ethnography (Abdulrehman et al.,	D : <i>Qualitative design by ethnomursing (ethnographic) approach.</i> S : <i>30 participans were all DM Type 2.</i>	Studi ini telah menetapkan bahwa aktivitas manajemen diri, seperti pembatasan diet, perawatan kaki, olahraga, dan perawatan mata, tidak dipraktekkan secara memadai, dan bahwa pengobatan herbal merupakan komponen vital

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil Penelitian
	2016b)	V: <i>Diabetes self-care management and socio-cultural</i> I: <i>observation and interviews.</i> A: <i>The data result were analyzed by manual content analysis.</i>	untuk perawatan diabetes di antara Swahili di kota Lamu, Kenya. Kontribusi paling signifikan studi ini adalah menunjukkan bagaimana budaya dapat mempengaruhi manajemen diri diabetes dalam berbagai cara, termasuk pengetahuan (prevalensi kesalahpahaman dan pemahaman terbatas diabetes), keyakinan (herbal dapat menyembuhkan diabetes), pengobatan (pluralisme medis dalam manajemen diabetes), makanan (berpesta dan berpuasa selama ritual), dan nilai-nilai (kebutuhan keluarga menggantikan kebutuhan individu). Selain memeriksa faktor-faktor yang memengaruhi diabetes SMB menggunakan model sunrise Leininger, kontribusi penting lainnya dari studi ini menunjukkan bagaimana kemiskinan menghambat akses ke perawatan kesehatan dan berdampak negatif pada manajemen diri diabetes.
3.	Nutritional Assessment of Type II Diabetic Patients (Bakr, 2015)	D: <i>Cross-sectional quantitative survey.</i> S: <i>51 participants of type II diabetes mellitus.</i> V: <i>nutritional assessment, type II diabetes mellitus, and dietary pattern</i> I: <i>quisionnaire.</i> A: <i>The variables were analysed using Statistical Package Social Science (SPSS).</i>	Hasil studi menunjukkan bahwa sebagian besar penderita yang diteliti adalah kelebihan berat badan atau obesitas dan itu mungkin karena gizi yang tidak memadai dan pola diet yang tidak sehat. Tingkat pendidikan rendah serta tingkat pendapatan rendah dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatan pasien secara negatif, karena kurangnya informasi gizi dan kurangnya akses makanan bergizi.
4.	Gain in Patients' Knowledge of Diabetes Management Targets Is Associated With Better Glycemic Control (Berikai <i>et al.</i> , 2007)	D: <i>This research using retrospective study.</i> S: <i>20 participants were all families who lived with DM Type 2.</i> V: <i>Diabetes self management education</i> I: <i>questionnaire and laboratory examination.</i> A: <i>The data result were</i>	Studi ini menunjukkan bahwa pasien dengan pengetahuan dasar yang rendah harus mendapat perhatian khusus dalam program DSME (<i>diabetes self-management education</i>), karena peningkatan pengetahuan dalam kelompok ini dapat secara signifikan meningkatkan kontrol glikemik.

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil Penelitian
		<i>analyzed by logistic regression analysis.</i>	
5.	Assessing Diabetes Dietary Goals and Self-Management Based on In-Depth Interviews With Latino and Caucasian Clients With Type 2 Diabetes (Early, Shultz and Corbett, 2009)	D: <i>Qualitative description research method</i> S: <i>12 participants (10 Latinos and 8 Caucasians) with convenience sample</i> V: <i>dietary goals setting and self-management behaviours</i> I: <i>in-depth interviews</i> A: <i>The data result were analyzed by content analysis.</i>	Temuan pada kelompok Latin dan Kaukasia dalam penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga merupakan bagian integral dalam mempertahankan tujuan diet dan manajemen diabetes, disamping faktor lainnya berupa agama dan budaya dalam hal penggunaan makanan tradisional yang disesuaikan dengan dengan tujuan diet DM.
6.	Facilitators and Barriers to Self-Management of Type 2 Diabetes Among Urban African American Adults (Chlebowy, Hood and LaJoie, 2010)	D: <i>Qualitative research with focus group research design</i> S: <i>38 participants</i> V: <i>facilitators, barriers, self-management</i> I: <i>focus group discussion with in-depth interviews</i> A: <i>The data result were analyzed by content analysis.</i>	Studi menunjukkan responden Afrika-Amerika dewasa dengan DM tipe 2 memiliki banyak hambatan untuk manajemen diri DM. Temuan berupa faktor-faktor yang berhubungan dengan locus of control eksternal terutama memfasilitasi kepatuhan terhadap perilaku self-management T2DM. Dukungan dari keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan berpengaruh positif pada perilaku kepatuhan dengan memberikan isyarat untuk bertindak, bantuan langsung, penguatan, dan pengetahuan. Faktor internal terutama digambarkan sebagai hambatan untuk perilaku manajemen diri dan termasuk ketakutan yang terkait dengan pemantauan glukosa, kurangnya kontrol diri atas kebiasaan diet, kegagalan memori, dan kurangnya kontrol pribadi terhadap diabetes.
7.	Prevention and Management of Type 2 Diabetes among African Immigrants in the United States: Using a Culturally Tailored Educational Intervention with a Focus on Dietary Plan, Physical Activity, and Stress Management(Abioye-Akanji, 2015)	D: <i>Qualitative research with focus group research design</i> S: <i>38 participants</i> V: <i>facilitators, barriers, self-management</i> I: <i>focus group discussion with in-depth interviews</i> A: <i>The data result were</i>	Perawatan DM menggunakan pendekatan teori budaya Leininger yang digunakan untuk memodifikasi perencanaan diet yang disesuaikan dengan budaya penderita serta menegosiasikan promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan penderita, dengan hasil peningkatan signifikan terhadap perawatan mandiri yang konsisten dari partisipan imigran Afrika.

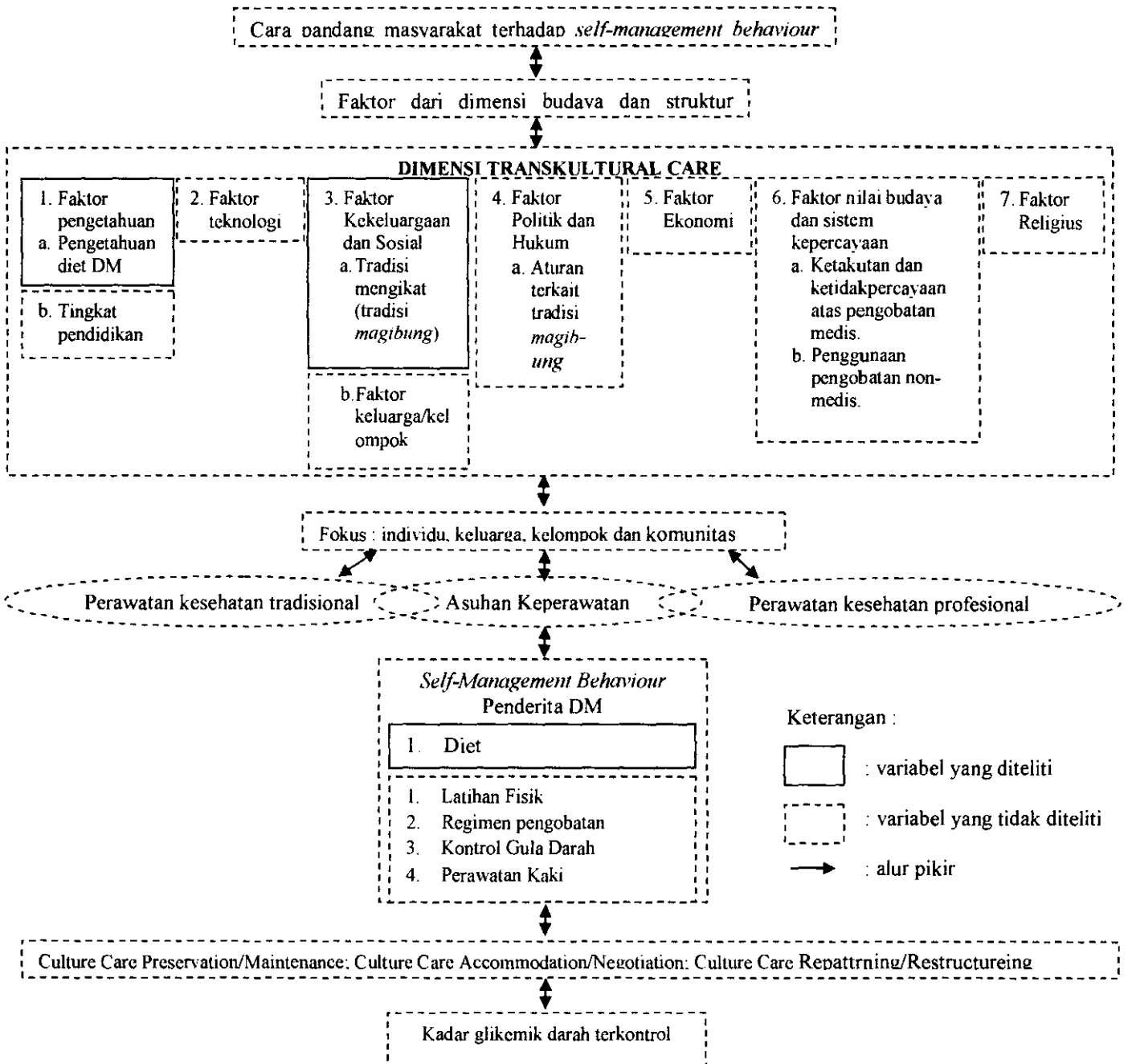
No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode	Hasil Penelitian
		<i>analyzed by content analysis.</i>	
8.	Understanding Cultural Issues in Diabetes Self-Management Behaviors of Korean Immigrants (Cha et al., 2012)	D: <i>Qualitative descriptive design</i> S: <i>20 participants with type 2 diabetes.</i> V: <i>factors, self-management diabetes</i> I: <i>Questionnaire and semi-structure interviews.</i> A: <i>The data result were analyzed by conventional content analysis.</i>	Studi menunjukkan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi perilaku self-management diabetes berupa: regimen pengobatan berupa manajemen obat dan diet; sumber daya untuk mengelola diabetes; dan hubungan dokter-pasien. adanya nuansa budaya penting yang perlu diatasi untuk mempersiapkan penderita DM tipe 2 untuk mengelola DM mereka lebih efektif. Program khusus pendidikan manajemen diri DM perlu mempertimbangkan karakteristik penderita khususnya partisipan Korea, dengan memahami konflik antara keyakinan budaya dan dukungan praktis dalam membantu partisipan mencapai kontrol glikemik yang optimal.
9.	<i>Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes</i> (Lin et al., 2008)	D: <i>Qualitative approach with focus group</i> S: <i>41 participants (19 women and 22 men) with purposive sampling.</i> V: <i>self-management</i> I: <i>focus group discussion</i> A: <i>The variable were analyzed be Spearman correlation test.</i>	Findings obtained from the themes of the study illustrated that self-management of patients with diabetes is highly related to their own sociocultural environment and experiences. Understanding the cultural features and the meaning of illness can help in the development of interventions tailored to the needs of this cultural group.
10.	<i>Study Of Civic Culture In Magibung Tradition Of Civic Society In Pakraman Village, Seraya, Bali</i> (Tripayana, 2016)	D: <i>Qualitative approach with ethnographic research methods.</i> S: <i>senior figures community, chef of community, and public pakraman with purposive sampling.</i> V: <i>magibung tradition, civic culture</i> I: <i>observation, interviews, and participation</i> A: <i>The variable were analyzed be triangulation techniques.</i>	Penelitian ini mengungkapkan bahwa nilai-nilai yang terkandung dalam tradisi magibung adalah sesuai dengan nilai budaya & ideologi kewarganegaraan Indonesia, yaitu nilai Ketuhanan, nilai kemanusiaan, persatuan, perwakilan musyawarah dan keadilan sosial. Nilai ini dijelaskan sebagai nilai budaya masyarakat yang meliputi nilai gotong royong, saling membantu, toleransi dan emansipasi, kebersamaan, saling asah - asih - asuh, bertanggung jawab, disiplin dan mematuhi aturan.

BAB 3
KERANGKA KOSEPTUAL DAN
HIPOTESIS

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual

Berdasarkan kajian teori yang telah ditulis pada bab sebelumnya, maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Tradisi Magibung* Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management Diet* Penderita Diabetes Mellitus.

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah *sunrise model* dari Leininger. *Sunrise model* menggambarkan tujuh dimensi dari *Transcultural Care* atau teori *Culture Care* dari kacamata budaya sebagai faktor yang mempengaruhi *diabetes self-management*. Tujuh dimensi faktor meliputi faktor pendidikan, faktor teknologi, kekeluargaan dan faktor sosial, politik dan hukum, ekonomi, nilai budaya dan keyakinan serta faktor religious. Keseluruhan faktor memiliki kontribusi kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan saling mempengaruhi dan membentuk pola dan praktik hidup di masyarakat. Pola hidup yang diharapkan berupa keyakinan dan tindakan yang diharapkan dapat membantu dan memungkinkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam mempertahankan dan memperbaiki kondisi penderita DM dalam mengelola penyakitnya melalui tindakan *self-management DM*.

Dimensi faktor pengetahuan menekankan pada pemahaman penderita dalam mengelola penyakit DM melalui manajemen diet atau pengaturan makan (3J). Pengetahuan yang diperoleh penderita DM dari fasilitas kesehatan profesional diterapkan melalui tindakan diet sesuai prinsip 3J. Tradisi *magibung* dimasukkan sebagai salah satu faktor kekeluargaan dan sosial, dimana pada tradisi ini merupakan bentuk dari tradisi wajib makan bersama saat pesta perayaan dan bagian dari acara keagamaan.

Pelaksanaan tradisi *magibung* seringkali tidak sesuai dengan prinsip 3J yang dijalankan oleh penderita DM sehingga tradisi ini memiliki kontribusi sebagai salah satu faktor yang menghambat tindakan pengelolaan diri penderita DM. *Self-management* mengkhhususkan pada diet secara umum adalah tindakan

berdasarkan pada faktor kontrol diri individu terhadap makan disertai pengaruh eksternal berupa faktor dukungan keluarga dan kelompok sebaya, ekonomi, lingkungan dan masyarakat setempat, pengetahuan serta agama. Untuk mengoptimalkan *self-management* diet diperlukan dukungan dari faktor pengetahuan serta faktor kekeluargaan dan sosial dalam mencapai kontrol terhadap kadar glikemik darah penderita DM.

3.2 Hipotesis

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan *self-management* diet penderita DM.
2. Ada hubungan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita DM.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian atau disebut juga rancangan penelitian digunakan peneliti sebagai strategi penelitian dalam mengidentifikasi masalah sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan dalam mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2017). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah korelasional dengan pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional*, yang menekankan pada waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu waktu, dengan tujuan mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita DM.

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi pada penelitian ini adalah rata-rata jumlah penderita DM dalam sebulan yang berada di 5 wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Karangasem berjumlah 155 orang.

4.2.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, dengan syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel adalah representatif (mewakili) dan sampel harus cukup

banyak (Nursalam, 2017). Sampel yang diambil adalah semua penderita DM yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2017). Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

- 1) Penderita DM dengan latar belakang pendidikan minimal SD (Sekolah Dasar).
- 2) Penderita DM tipe 2 dan sudah di diagnosa DM dalam jangka waktu ≥ 1 tahun.
- 3) Penderita DM yang masih mampu beraktifitas mengikuti kegiatan tradisi di Desa setempat.

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dari studi karena pelbagai sebab yang dapat mempengaruhi hasil penelitian sehingga terjadi bias (Nursalam, 2017). Kriteria eksklusi pada penelitian ini, yaitu:

- 1) Penderita DM yang dalam keadaan *bedrest*

Adapun penghitungan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin (Nursalam, 2017) :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

N = besar populasi

n = jumlah sampel

d = Tingkat ketepatan yang diinginkan atau batas kesalahan

Dalam penelitian ini peneliti menetapkan tingkat ketepatan atau batas kesalahan adalah 0,05 atau 5%. Besar sampel yang diambil berdasarkan rumus diatas adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

$$n = \frac{155}{1 + 155(0,05)^2}$$

$$n = 111,71$$

Berdasarkan perhitungan tersebut, besar sampel dalam penelitian ini adalah 111,71 orang, dan dibulatkan menjadi 112 orang.

4.2.3 Sampling

Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat menyeleksi populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2017). Teknik pengambilan sampling dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai yang dikehendaki peneliti berdasarkan tujuan penelitian sehingga bisa mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2017). Sampel dikumpulkan berdasarkan masing-masing kelompok dengan perhitungan berikut (Sugiyono, 2008):

$$n1 = \frac{N1}{N} \times n$$

Keterangan :

N : Besar seluruh populasi

n : Besar seluruh sampel

n1 : Besar sampel tiap wilayah

N1 : Besar populasi tiap wilayah

Berdasarkan perhitungan tersebut, maka besar sampel penelitian yang akan ditetapkan di setiap Puskesmas adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1Perhitungan Besar Sampel

No.	Daftar Puskesmas	Populasi	Perhitungan	Besar Sampel
1.	Puskemas Karangasem I	27	$n1 = \frac{27}{155} \times 112$	20
2.	Puskesmas Karangasem II	25	$n1 = \frac{25}{155} \times 112$	18
3.	Puskesmas Manggis I	30	$n1 = \frac{30}{155} \times 112$	21
4.	Puskesmas Bebandem	41	$n1 = \frac{41}{155} \times 112$	30
5.	Puskesmas Sidemen	32	$n1 = \frac{32}{155} \times 112$	23
Total Jumlah		155		112

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah konsep yang menjadi suatu fasilitas dalam pengukuran atau manipulasi dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Lebih lanjut dijelaskan, jenis variabel dibedakan atas variabel independen atau bebas dan variabel dependen atau terikat.

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2017). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel terikat adalah yang dipengaruhi nilainya oleh variabel lain (Nursalam, 2017). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah *self-management* diet penderita DM.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Independen: Tingkat pengetahuan	Hasil tahu penderita DM tentang pengetahuan diet DM.	Semua yang diketahui responden tentang DM secara umum meliputi: 1. Tujuan dan perencanaan diet prinsip 3J. 2. Informasi dasar tentang makanan sehat dan jenis-jenis makanan. 3. Penghitungan kalori 4. Pola diet sehat dan perencanaan makan	Kuisisioner	Ordinal	Jawaban benar, skor = 1 Jawaban salah, skor = 0 Kategori : Baik, skor 76%-100% Cukup, skor 56%-75% Kurang, skor ≤55% (Laili, 2012)
2.	Independen Tradisi <i>magibung</i>	Kegiatan adat sebagai bentuk wujud rasa bhakti kepada Tuhan dan kekeluargaan antar sesama melalui makan bersama dalam satu wadah.	Semua yang responden lakukan saat tradisi <i>magibung</i> berupa : 1. Diet DM dan mengikuti tradisi <i>magibung</i> . 2. Frekuensi mengikuti <i>magibung</i> . 3. Menu makanan dalam tradisi <i>magibung</i> . 4. Kontrol makanan saat mengikuti <i>magibung</i> . 5. Tes gula darah setelah mengikuti tradisi <i>magibung</i> .	Kuisisioner	Ordinal	Skor pernyataan positif : Tidak pernah= 1; Jarang=2; Sering=3; Selalu=4. Skor pernyataan negatif: Tidak pernah= 4; Jarang=3; Sering=2; Selalu=1. Kategori : Positif, skor ≥24 Negatif, skor <24
3.	Dependen <i>Self-</i>	Respon perilaku perawatan diri sebagai upaya dalam	Semua yang responden ketahui tentang <i>self-management</i> diet DM meliputi :	Kuisisioner	Ordinal	Skor 1-7 dihitung dalam hari selama 1 minggu.

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	<i>managemet</i> diet	meningkatkan kesehatan melalui pengaturan makanan sesuai dengan tatacara manajemen diabetes mellitus.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti rekomendasi diet DM. 2. Jenis makanan sesuai anjuran diet. 3. Jenis makanan dengan kandungan lemak. 4. Kontrol makanan. 5. Makanan selingan. 			Pertanyaan positif: 0=0; 1=1; 2=2; 3=3; 4=4; 5=5; 6=6; 7=7. Pertanyaan negatif: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. Kategori : <i>Self care</i> Baik, skor ≥ 30 <i>Self care</i> Kurang, skor <30 (Putri, 2017)

4.5 Instrumen

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan dalam pengumpulan data. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar kuisisioner. Jenis pengukuran ini peneliti mengumpulkan data secara formal pada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis yang telah dipersiapkan sebelumnya (Nursalam, 2017). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan lembar kuisisioner yang disusun oleh peneliti dengan pedoman beberapa dasar tinjauan pustaka. Lembar kuisisioner demografi terdiri dari petunjuk pengisian, kode responden, karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama menderita diabetes melitus).

Lembar kuisisioner A, berisi pertanyaan mengenai tes pengetahuan diet diabetes berdasarkan *The Starr County Diabetes Education Study*. Kuisisioner ini dikembangkan dan dimodifikasi oleh (Laili, 2012), yang merupakan bentuk sederhana dari terjemahan *The Starr County Diabetes Education Study* dengan mengambil 10 poin pertanyaan yang berkaitan dengan diet. Kuisisioner pengetahuan yang dimodifikasi ini berbentuk *close-ended question* dengan jawaban ya dan tidak dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh peneliti sebelumnya oleh Laili (2012). Cara penilaian pada kuisisioner ini adalah dengan penilaian jawaban benar diberi nilai 1 dan jawaban salah diberi nilai 0. Penilaian jawaban tes pengetahuan dengan menggunakan rumus (Arikunto, 2010):

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P= Hasil Presentase

F= Jumlah nilai yang diperoleh

N= Jumlah skor maksimal

Berdasarkan hasil presentase, maka nilai pengukuran atas pengetahuan diabetes ditetapkan dalam kategori sebagai berikut (Arikunto, 2010):

1. Baik, jika responden memperoleh skor antara 76%-100% dari total pertanyaan dalam kuisisioner A.
2. Cukup, jika responden memperoleh skor antara 56%-75% dari total pertanyaan dalam kuisisioner A.
3. Kurang, jika responden memperoleh skor kurang dari 55% dari total pertanyaan dalam kuisisioner A.

Tabel 4.3 *Blue-print* indikator variable dan item pernyataan kuisisioner A

Variabel	Indikator	Nomor Butir Pernyataan		Jumlah Pernyataan
		Favourable	Unfavourable	
Tingkat pengetahuan	1. Tujuan dan perencanaan diet prinsip 3J.	1,2		2
	2. Informasi dasar tentang makanan sehat dan jenis-jenis makanan.	5,8,9,10,		4
	3. Penghitungan kalori	4		1
	4. Pola diet sehat dan perencanaan makan	3,6,7		3

Lembar kuisisioner B, berisi pernyataan mengenai tradisi *magibung* yang dikembangkan dari studi yang dilakukan (Abdulrehman *et al.*, 2016a; Ung, 2017) mengenai karakteristik tradisi yang dilakukan oleh penderita DM. Kuisisioner ini terdiri dari 10 nomor pernyataan dan cara penilaian dengan skor pernyataan Positif (*Favourable*) adalah Tidak pernah=1; Jarang=2; Sering=3; Selalu=4, sedangkan skor pernyataan Negatif (*unfavourable*) adalah Tidak pernah=4; Jarang=3; Sering=2; Selalu=1. Penilaian jawaban pada kuisisioner ini menggunakan penghitungan dan skala kategori dari kuisisioner berdasarkan perhitungan *cut of point* nilai median (Arikunto, 2010), sehingga diperoleh:

1. Positif, jika responden memperoleh skor > 25.
2. Negatif, jika responden memperoleh skor <25.

Tabel 4.4 *Blue-print* indikator variable dan butir pernyataan kuisisioner B

Variabel	Indikator	Nomor Butir Pernyataan		Jumlah Pernyataan
		Favourable	Unfavourable	
Tradisi <i>Magibung</i>	1. Tujuan dan perencanaan prinsip 3J.	1,2	3,4	4
	2. Frekuensi magibung.		5	1
	3. Menu makanan pada tradisi magibung.		6	1
	4. Kontrol makanan saat mengikuti tradisi magibung.	7,8,9		3
	5. Tes gula darah setelah mengikuti tradisi magibung.	10		1

Lembar kuisisioner C, berisi pertanyaan mengenai *self-management* berdasarkan SDSCA oleh (Toobert, Hampson and Glasgow, 2000). Kuisisioner SDSCA yang digunakan dalam penelitian ini mengambil pada kuisisioner yang telah dialihbahasakan dan *back translate* sesuai dengan studi yang dilakukan oleh (Putri, 2017), dengan hanya mengambil pada pertanyaan pola makan (diet). Kuisisioner yang digunakan memiliki 6 pertanyaan tentang diet dengan cara penilaian skor Linkert 1-7 sesuai dalam hitungan hari dalam 1 minggu. Cara penilaian pada pertanyaan positif (item soal nomor 1,2,4,5) adalah 0=0; 1=1; 2=2; 3=3; 4=4; 5=5; 6=6; 7=7, sedangkan penilaian pada pertanyaan negatif (item soal nomor 3 dan 6) adalah 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. Penilaian jawaban SDSCA dengan menggunakan mean skor total yang didapat berdasarkan:

1. *Self care* Baik, jika responden memiliki skor > 30.
2. *Self care* Kurang, jika responden memiliki skor < 30.

Tabel 4.5 *Blue-print* indikator variable dan item pertanyaan kuisisioner C

Variabel	Indikator	Nomor Butir Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
		Favourable	Unfavourable	
<i>Self-Management</i>	1. Merencanakan pola makan/diet	1,5		2
Diet	2. Jenis makanan sesuai	2		1

Variabel	Indikator	Nomor Butir Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
		Favourable	Unfavourable	
	dengan diet DM.			
	3. Jenis makanan dengan kandungan lemak.		3	1
	4. Kontrol makanan	4		1
	5. Makanan selingan.		6	1

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.6.1 Uji Validitas

Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrument dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2017). Seluruh kuisisioner dalam penelitian ini telah melalui uji validitas sebelum digunakan. Kuisisioner A tentang tingkat pengetahuan telah dilakukan uji validitas (Laili, 2012). Kuisisioner C tentang *self-management* diet telah dilakukan uji validitas oleh peneliti sebelumnya dengan nilai 0,363-0,728 (Putri, 2017). Sedangkan kuisisioner B tentang tradisi magibung diuji validitas sendiri oleh peneliti pada saat pra-penelitian. Uji validitas dilakukan kepada 10 orang penderita diabetes mellitus di wilayah Puskesmas I Karangasem. Teknik mengukur uji validitas menggunakan rumus korelasi *Pearson* dengan ketentuan dikatakan valid jika nilai $p > 0,05$. Hasil uji validitas terhadap 10 item pertanyaan adalah 0,635-0,939.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Prinsip reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur dan diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2017). Teknik mengukur uji reliabilitas dilakukan dengan metode skala *Alpha Cronbach* 0 sampai 1. Seluruh kuisisioner dalam penelitian ini telah melalui uji reliabilitas sebelum digunakan. Kuisisioner A tentang tingkat pengetahuan telah dilakukan uji reliabilitas dengan hasil koefisien

alpha Cronbach sebesar $r = 0,890$ (Laili, 2012). Kuisisioner C tentang *self-management* diet telah dilakukan uji reliabilitas oleh peneliti sebelumnya dengan nilai $r = 0,855$ (Putri, 2017). Sedangkan pada kuisisioner B terhadap 10 pertanyaan dengan harga reliabilitas $r = 0,775$.

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan pada bulan November-Desember 2018 selama ± 4 minggu, yang bertempat di seluruh Puskesmas Kabupaten Karangasem sebanyak 5 Puskesmas Induk dengan fasilitas rawat jalan dan 2 diantaranya adalah Puskesmas rawat inap (Puskesmas Manggis I, Puskesmas Sidemen, dan Puskesmas Karangasem II) sesuai dengan masing-masing kecamatan (Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem, 2017).

Tabel 4.6 Daftar Puskesmas di Kabupaten Karangasem

No.	Kecamatan	Puskesmas
1.	Manggis	Puskesmas Manggis I
2.	Sidemen	Puskesmas Sidemen
3.	Bebandem	Puskesmas Bebandem
4.	Karangasem	Puskesmas Karangasem I Puskesmas Karangasem II

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Nursalam(2017) menjelaskan pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Cara yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah dengan pengisian kuesioner oleh responden.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yaitu dimulai dengan peneliti menurus surat ijin penelitian ke bagian akademik Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Surat ditujukan kepada Badan

Penanaman Modal dan Perizinan Provinsi Bali dan Kabupaten Karangasem serta kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem dan ditembuskan kepada 5 Puskesmas di Kabupaten Karangasem untuk dilakukan pengumpulan data. Setelah memperoleh ijin, peneliti mencari data demografi dan alamat sasaran sampel yang telah ditentukan, kemudian melakukan pendekatan kepada subjek yang akan diteliti dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dilanjutkan dengan memberikan lembar persetujuan. Jika subjek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dengan menghormati hak responden. Responden baru boleh menjawab kuesioner bila telah menandatangani *inform consent* yang akan diberikan oleh peneliti kepada responden.

4.8.1 Cara Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis statistik. Analisis statistik atau analisis inferensial (uji signifikansi) digunakan dengan tujuan memperoleh dua kemungkinan hasil uji signifikan/bermakna atau tidak signifikan/tidak bermakna atau untuk menemukan ada tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Apabila setelah dilakukan uji ditemukan hasil nilai $p < 0,05$, maka H_1 diterima, artinya ada hubungan antara variabel bebas (*independent*) dengan variabel terikat (*dependent*). Untuk mengetahui kedekatan hubungan antara variabel yang dikorelasi (Sugiyono, 2008), dapat digunakan tabel interpretasi nilai koefisien sebagai berikut.

Tabel 4.7 Interpretasi Nilai Koefisien Korelasi

Interval Koefisien	Intepretasi
0,00 - 0,199	Sangat Lemah
0,20 - 0,399	Lemah
0,40 - 0,599	Sedang
0,60 - 0,799	Kuat
0,80 - 1,000	Sangat Kuat

4.8.2 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2013). Langkah-langkah pengolahan data dalam penelitian menurut Setiadi (2013) ini adalah :

1. *Editing* yaitu mengkaji dan meneliti data yang telah terkumpul apakah sudah baik dan sudah dipersiapkan untuk proses berikutnya.
2. *Coding* adalah setelah memeriksa kelengkapan data, peneliti memberikan kode untuk menggolongkan karakteristik responden (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan lama menderita diabetes melitus) dan skor pengisian kuisisioner perilaku. Kuisisioner demografi 1) Jenis kelamin responden dibedakan menggunakan kode 1 laki-laki dan kode 2 perempuan. 2) Usia responden dibedakan dengan kode 1 usia 35 sampai 45 tahun; kode 2 usia 46 sampai 55 tahun; kode 3 untuk usia 56 sampai 65 tahun; dan kode 4 untuk usia 65 tahun ke atas. 3) Tingkat pendidikan responden digolongkan dengan kode 1 SD; kode 2 SMP; kode 3 SMA dan kode 4 Diploma. 4) Lama menderita diabetes melitus responden digolongkan dengan kode 1 untuk 1-3 tahun dan kode 2 untuk >4 tahun. 5) Pekerjaan responden digolongkan dengan kode 1 untuk petani, swasta kode 2, wiraswasta kode 3 dan PNS kode 4. 6) Pendapatan responden digolongkan dengan kode 1 untuk $\geq 2.000.000$ dan kode 2 untuk $\leq 2.000.000$. Kuisisioner A yaitu tingkat pengetahuan digolongkan dengan kode 1 pengetahuan baik, kode 2 pengetahuan cukup dan kode 3

4.8.2 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2013). Langkah-langkah pengolahan data dalam penelitian menurut Setiadi (2013) ini adalah :

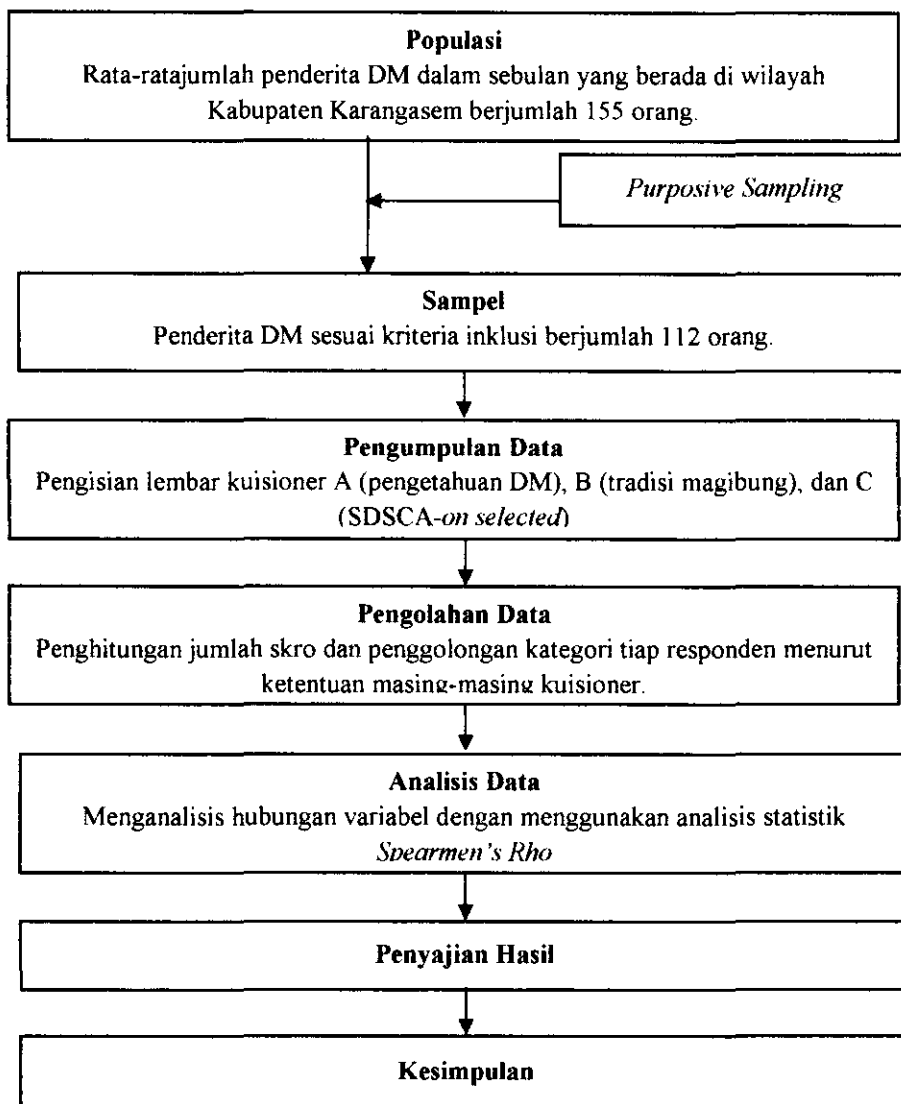
1. *Editing* yaitu mengkaji dan meneliti data yang telah terkumpul apakah sudah baik dan sudah dipersiapkan untuk proses berikutnya.
2. *Coding* adalah setelah memeriksa kelengkapan data, peneliti memberikan kode untuk menggolongkan karakteristik responden (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan lama menderita diabetes melitus) dan skor pengisian kuisisioner perilaku. Kuisisioner demografi 1) Jenis kelamin responden dibedakan menggunakan kode 1 laki-laki dan kode 2 perempuan. 2) Usia responden dibedakan dengan kode 1 usia 35 sampai 45 tahun; kode 2 usia 46 sampai 55 tahun; kode 3 untuk usia 56 sampai 65 tahun; dan kode 4 untuk usia 65 tahun ke atas. 3) Tingkat pendidikan responden digolongkan dengan kode 1 SD; kode 2 SMP; kode 3 SMA dan kode 4 Diploma. 4) Lama menderita diabetes melitus responden digolongkan dengan kode 1 untuk 1-3 tahun dan kode 2 untuk >4 tahun. 5) Pekerjaan responden digolongkan dengan kode 1 untuk petani, swasta kode 2, wiraswasta kode 3 dan PNS kode 4. 6) Pendapatan responden digolongkan dengan kode 1 untuk $\geq 2.000.000$ dan kode 2 untuk $\leq 2.000.000$. Kuisisioner A yaitu tingkat pengetahuan digolongkan dengan kode 1 pengetahuan baik, kode 2 pengetahuan cukup dan kode 3

pengetahuan kurang. Kuisiener B tradisi magibung dibedakan dengan kode 1 positif dan kode 2 negatif. Kuisiener C SDSCA dibedakan berdasarkan dengan kode skor \geq mean, perilaku *self-management* baik dan skor $<$ mean, maka perilaku *self-mangement* kurang.

3. *Scoring* adalah memilah dan mengelompokkan data dengan skor yang sudah tersedia pada masing-masing kategori kuisiener A, B dan C.
4. *Cleaning* yaitu pembersihan data dan merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak.

4.9 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan suatu alur penelitian sehingga dapat diketahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Tingkat Pengetahuan dan *Tradisi Magibung* Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Mellitus.

4.10 Prinsip Etik

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan

langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan prinsip-prinsip etik penelitian. Peneliti memohon ijin kepada Akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sebelum penelitian dilakukan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berupa review atas protokol telaah uji etik atas penelitian ini. Setelah dinyatakan lolos uji etik, penelitian dapat dilanjutkan dengan diterbitkannya sertifikat lolos kaji etik oleh Komisi Etik Fakultas Keperawatan pada tanggal 3 Desember 2018 dengan nomor 1199-KEPK.

Masalah etika penelitian yang melibatkan manusia sebagai subjek penelitian sesuai KEPK menurut Kemenkes (2017) meliputi :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect For Persons*)

Respect for persons merupakan bentuk penghormatan terhadap martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih sekaligus bertanggung jawab secara pribadi terhadap leputusannya sendiri.

2. Berbuat baik (*Beneficence*) dan tidak merugikan (*Non Maleficence*)

Beneficence dan *Non Maleficence* untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dan untuk tidak mencelakakannya. Menyangkut kewajiban membantu orang lain dengan mengupayakan manfaat maksimal dengan meminimalisir kerugian yang mungkin timbul.

3. Keadilan (*Justice*)

Keadilan merupakan kewajiban memperlakukan manusia dengan baik dan benar, memberikan apa yang menjadi haknya serta tidak membebani dengan yang bukan menjadi kewajibannya.

4. Lembar persetujuan responden (*Inform Consent*)

Inform consent merupakan masalah kunci dalam penelitian yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek penelitian, karena berisi pernyataan kesediaan subjek penelitian untuk diambil datanya dan ikut serta dalam penelitian.

4.11 Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti tidak melakukan penelitian terhadap semua faktor dimensi budaya berdasarkan teori *Culture Care* seperti faktor religius, politik, ekonomi, teknologi dan kepercayaan yang berhubungan dengan pelaksanaan *self-management* diet penderita DM.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 3 Desember 2018 sampai dengan 14 Desember 2018 yang melibatkan total responden yang bersedia dan sesuai dengan kriteria inklusi adalah sebanyak 138 responden. Penelitian ini bertempat di Kabupaten Karangasem. Kabupaten Karangasem merupakan kabupaten yang terletak diujung Timur Pulau Bali dengan ibukota Amlapura yang terletak ±84 km dari Denpasar (Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem, 2017). Secara administratif Kabupaten Karangasem terdiri dari 8 kecamatan, 78 desa/kelurahan (75 desa dan 3 kelurahan).

Luas wilayah Kabupaten Karangasem adalah 839,54 km² dengan 79,80% lahan digunakan untuk perkebunan, persawahan, dan kawasan pantai yang digunakan untuk sektor pariwisata. Jumlah penduduk Kabupaten Karangasem berdasarkan Badan Pusat Statistik tahun 2015 sebanyak 408.700 jiwa dan mayoritas 70% penduduk bekerja pada sektor pertanian dan perdagangan dan sisanya bekerja di sektor pariwisata dan pekerja pabrik. Fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh Kabupaten Karangasem berupa 1 unit rumah sakit umum daerah (RSUD), 1 unit rumah sakit swasta, 12 unit puskesmas induk, 64 unit puskesmas pembantu, 23 unit puskesmas keliling serta 4 unit klinik kesehatan.

Penelitian ini dilakukan pada 5 wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Karangasem, meliputi Puskesmas Bebandem, Puskesmas Sidemen, Puskesmas Karangasem I, Puskesmas Karangasem II, dan Puskesmas Manggis I. Berdasarkan

letak geografis, lokasi 2 Puskesmas bertempat di pusat kota kabupaten Karangasem yaitu Puskesmas Karangasem I dan Puskesmas Karangasem II, kemudian 3 lainnya mengarah ke selatan wilayah kabupaten yaitu Puskesmas Bebandem, Puskemas Sidemen dan Puskesmas Manggis I. Seluruh Puskesmas dilengkapi dengan fasilitas pelayanan rawat jalan berupa poli umum, poli gigi, poli kebidanan dan poli anak, unit konsultasi gizi, unit gawat darurat (UGD), unit laboratorium,serta pelayanan farmasi. Fasilitas pelayanan rawat inap hanya ada pada Puskesmas Manggis I, Puskesmas Sidemen dan Puskesmas Karangasem II. Sebagian besar penderita DM tetap mengikuti tradisi *magibung* walaupun sedang diet DM. Selama pengumpulan data, peneliti menemukan bahwa mayoritas penderita mengatakan kesulitan dalam mengatur diet 3J berdampingan dengan pelaksanaan tradisi *magibung*.

Hasil penelitian yang dilakukan di 5 wilayah kerja Puskesmas tentang hubungan tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita DM didapatkan hasil sebagai berikut:

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Pada uraian ini akan dijelaskankarakteristik pada 138 responden berupa: usia, jenis kelamin, kemampuan berbahasa, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan, dan lama menderita DM.

Tabel 5.1 Distribusi data karakteristik demografi responden

No	Karakteristik	Kelompok Usia	n	%
1.	Usia	46-55 tahun	26	18,8
		56-65 tahun	72	52,2
		>65 tahun	40	29,0
		Total	138	100
2.	Jenis Kelamin	Laki-Laki	68	49,3
		Perempuan	70	50,7
		Total	138	100
3.	Kemampuan Berbahasa	Bahasa Bali	81	58,7
		Bahasa Indonesia	57	41,3

No	Karakteristik	Kelompok Usia	n	%
		Total	138	100
4.	Pendidikan Terakhir	Pendidikan Dasar (SD-SMP)	107	77,5
		SMA		
		Diploma	28	20,3
			3	2,2
		Total	138	100
5.	Pendapatan	$\leq 2.000.000$	101	73,2
		$\geq 2.000.000$	37	26,8
		Total	138	100
6.	Pekerjaan	Petani	72	52,2
		Swasta	42	30,4
		Wiraswasta	22	15,9
		PNS	2	1,4
		Total	138	100
7.	Lama Menderita	1-3 tahun	79	57,2
		≥ 4 tahun	59	42,8
		Total	138	100

Berdasarkan tabel 5.1 dijelaskan bahwa dari segi usia menunjukkan mayoritas responden adalah kelompok usia 56-65 tahun dengan jumlah 72 responden atau sebesar 52,2%. Mayoritas responden adalah perempuan dengan jumlah 70 responden atau sebesar 50,7%. Responden menggunakan kemampuan berbahasa Bali sebagai bahasa sehari-hari merupakan yang terbanyak sejumlah 81 orang responden atau sebesar 58,7%. Sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan terakhir Pendidikan Dasar (SD-SMP) dengan jumlah 107 orang atau sebesar 77,5%. Mayoritas responden bekerja sebagai petani dengan jumlah 72 orang responden atau sebesar 52,2%. Berdasarkan segi pendapatan, mayoritas responden memiliki jumlah pendapatan $\leq 2.000.000$ yaitu sebanyak 101 orang responden atau sebesar 73,2%. Sebagian besar responden sudah menderita DM antara 1-3 tahun, dengan jumlah 79 orang responden atau sebesar 57,2%.

5.2 Analisis Data

Analisis statistik dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel terikat (*dependen*) dan variabel bebas (*independen*).

Adapun variabel terikat (*dependen*) adalah *self-management* diet dan variabel bebas (*independen*) adalah tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung*.

Analisis statistik dalam penelitian ini menggunakan uji Spearman Rho dengan derajat kemaknaan nilai p sebesar 0,05. Hasil uji statistik dikatakan bermakna (signifikan), jika nilai p lebih kecil dari nilai α ($p\text{-value} < 0,05$). Adapun hasil analisis statistik dalam penelitian ini kemudian diuraikan dalam tabel frekuensi dengan hasil analisis berikut:

5.2.1 Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus

Tabel 5.2 Hasil Analisis Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus Bulan Desember 2018

Tingkat Pengetahuan	<i>Self-Management</i> Diet				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	n	%		
Baik	20	74,1%	7	25,9%	27	100%
Cukup	30	46,9%	34	53,1%	64	100%
Kurang	12	25,5%	35	74,5%	47	100%
Total	62	44,9%	76	55,1%	138	100%

Spearman Rho $p = 0,000$ $r = 0,342$

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa hasil analisis hubungan antara variabel dependen yaitu *self-management* diet dengan variabel independen tingkat pengetahuan menunjukkan nilai $p = 0,000$. Nilai tersebut dikatakan bermakna (signifikan) karena nilai $p < 0,05$ yang artinya hipotesis diterima. Hal ini menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita DM. Hasil nilai koefisien korelasi Spearman Rho sebesar 0,342 menunjukkan bahwa arah korelasi positif

(searah) dengan nilai koefisien korelasi dalam kategori lemah. Artinya terdapat hubungan yang lemah antara tingkat pengetahuan masyarakat Karangasem dan *self-management* diet penderita DM.

5.2.2 Hubungan Tradisi Magibung Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus

Tabel 5.3 Hasil Analisis Hubungan Tradisi Magibung Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus Bulan Desember 2018

Tradisi <i>Magibung</i>	<i>Self-Management</i> Diet				Total	
	Baik		Kurang		n	%
	n	%	N	%		
Positif	34	50,7%	33	49,3%	67	100%
Negatif	28	39,4%	43	60,6%	71	100%
Total	62	44,9%	76	55,1%	138	100%

Spearman Rho $p = 0,184$ $r = 0,114$

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa hasil analisis hubungan antara variabel dependen yaitu *self-management* diet dengan variabel independen tradisi *magibung* menunjukkan nilai $p = 0,184$. Nilai tersebut dikatakan tidak bermakna (tidak signifikan) karena nilai $p > 0,05$ yang artinya hipotesis ditolak. Hal ini menjelaskan bahwa ada tidak ada hubungan yang signifikan antara tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita DM.

5.3 Pembahasan

5.3.1 Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus

Hasil analisis dalam penelitian ini adalah berdasarkan nilai kemaknaan menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan

dengan *self-management* diet penderita diabetes melitus. Nilai koefisien menunjukkan arah korelasi positif (searah). Artinya semakin kurang tingkat pengetahuan maka *self-management* diet yang dimiliki responden juga kurang. Hal ini sudah sesuai dengan yang ditunjukkan responden dalam hasil penelitian ini. Besaran koefisien menyatakan bahwa hubungan tingkat pengetahuan dan *self-management* diet dalam kategori lemah. Pengetahuan didasarkan pada kapasitas seseorang dalam menerima dan menggunakan informasi tentang kesehatan untuk membuat keputusan dan tindakan dalam mengelola penyakitnya. Hasil penelitian ini ditunjang juga oleh penelitian Gurmu, Gela dan Aga (2018), bahwa tingkat pengetahuan penderita tentang penyakit DM dan pengelolaannya memiliki korelasi penting dalam praktik perawatan diri. Semakin baik tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh penderita maka dapat meningkatkan *self-management* diet, serta sebaliknya.

Berdasarkan teori *Culture Care* dalam Leininger (1988), pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui manusia tentang benda, sifat, intuisi, wahyu dan berpikir menurut logika atau percobaan yang bersifat empiris (*trial and error*). Pengetahuan dapat diperoleh melalui pendidikan formal dan lingkungan sekitar (keluarga dan masyarakat) dan individu akan menerima pengetahuan sebagai pengalaman dan keyakinan. Semakin tinggi pendidikan maka keyakinan penderita dalam mengelola penyakit sehingga individu dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Penelitian yang dilakukan oleh Abdulrehman *et al.* (2016) juga berpendapat bahwa penderita yang setidaknya menyelesaikan pendidikan dasar memiliki lebih banyak pemahaman tentang praktik manajemen diri yang lebih efektif.

Teori *Culture Care* juga menyebutkan bahwa suatu perilaku kesehatan dibentuk dari berbagai faktor yang bekerja bersama-sama. Penelitian Bakr (2015) dan Breen *et al.* (2015) menjelaskan bahwa tingkat pengetahuan yang rendah dan tingkat pendapatan rendah dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatan secara negatif, karena kurangnya informasi gizi terkait pemilihan makanan dan kurangnya akses makanan bergizi. Selain itu penelitian Putra (2018) berpendapat bahwa faktor latar belakang tingkat pendidikan yang rendah juga dapat menyebabkan pemahaman pasien DM kurang hingga berdampak pada perilaku perawatan diri yang buruk.

Penderita DM di Kabupaten Karangasem memiliki tingkat pengetahuan dalam kategori cukup. Hal ini dapat dilihat berdasarkan isi kuisioner didapatkan bahwa mayoritas responden dengan pengetahuan yang cukup menjawab benar pada pertanyaan nomor 1,2,3,4 tentang tujuan dan pola diet DM bahwa penderita harus memperhatikan keteraturan jadwal, jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi. Beberapa pertanyaan pada nomor 8,10 informasi dasar jenis makanan yang sebaiknya dikonsumsi penderita DM berupa tahu, tempe, ikan dan menghindari jajanan manis. Selain itu mayoritas juga menjawab salah pada pertanyaan nomor 5,6,9 tentang jenis makanan yang harus dihindari seperti Peneliti berasumsi bahwa setiap penderita DM yang melakukan kunjungan rutin setiap bulan diberikan pengetahuan dasar mengenai prinsip 3J dalam diet DM oleh petugas kesehatan baik perawat atau konsultan gizi di Puskesmas.

Dari segi *self-management* diet penderita dengan tingkat pengetahuan yang cukup juga memiliki *self-management* diet yang baik dan kurang. Berdasarkan isi kuisioner didapatkan bahwa responden dalam kategori *self-management* diet

kurang rata-rata menjawab penderita masih sering mengonsumsi makanan berlemak tinggi berupa daging sapi, kambing, olahan gorengan dan cemilan yang mengandung gula dengan frekuensi 5-6 hari dalam seminggu. Hasil ini sesuai dengan penelitian oleh Bakr (2015), bahwa penderita DM baik pria dan wanita tidak pernah makan sayur dan senang mengonsumsi daging merah (*dark meat*). Sedangkan responden dalam kategori *self-management* diet baik menjawab selalu mengikuti pola makan sehat sesuai 3J, makan buah dan sayur dan mengatur pemasukan karbohidrat rata-rata dengan frekuensi 6-7 hari dalam seminggu, serta tidak mengonsumsi daging berlemak dan makanan selingan dengan rata-rata jawaban frekuensi 2-3 hari dalam seminggu. Peneliti berasumsi bahwa penderita DM dengan *self-management* diet baik sudah terpapar dengan pendidikan kesehatan yang diberikan petugas kesehatan. Hal ini juga didukung juga oleh faktor lama menderita DM bahwa sebagian besar responden sudah menderita DM antara 1-3 tahun. Beberapa responden mengatakan bahwa karena sejak terdiagnosa penderita sudah berusaha mengatur pola makan berdasarkan diet 3J seperti yang dianjurkan perawat Puskesmas.

Latar belakang pendidikan terakhir dan usia adalah salah satu faktor yang mendasari tingkat pengetahuan seseorang. Peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan memiliki faktor dominan dalam tingkat pengetahuan responden dalam mengelola DM, hal ini dibuktikan bahwa dari karakteristik pendidikan responden sebagian besar dari tingkat Pendidikan Dasar (SD dan SMP). Penderita yang setidaknya menyelesaikan pendidikan dasar memiliki lebih banyak pemahaman tentang manajemen diri yang lebih efektif. Karakteristik usia yang sebagian besar kelompok umur 56-65 tahun atau usia lansia akhir juga perlu dipertimbangkan

karena penerimaan informasi dan motivasi dalam menjalankan *self-management* diet. Selain itu, karakteristik mayoritas berprofesi sebagai petani dengan tingkat pendapatan yang dibawah UMR juga dapat menjadi faktor lainnya yang mempengaruhi daya beli seseorang dalam memilih jenis makanan sesuai dengan aturan diet DM. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh penderita berpengaruh terhadap pelaksanaan *self-management* diet yang dilakukan oleh penderita DM sehari-hari, walaupun hubungannya lemah.

5.3.2 Hubungan Tradisi *Magibung* Masyarakat Karangasem dengan Self-Management Diet Penderita Diabetes Melitus

Hasil analisis dalam penelitian ini adalah berdasarkan nilai kemaknaan dan besaran koefisien korelasi menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tradisi *magibung* dengan *self-management* diet penderita DM. Budaya dapat mempengaruhi manajemen diri diabetes sehari-hari melalui beberapa cara salah satunya adalah lingkungan berupa faktor keluarga dan sosial. Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian oleh Chesla, Chun dan Kwan (2009). Chesla, Chun dan Kwan berpendapat bahwa berbagai jenis kewajiban untuk mengikuti perayaan budaya dengan perjamuan makan dapat menghambat *self-management* diet penderita DM akibat kecenderungan ada peluang kurangnya kontrol diri atas pembatasan makan saat berlangsungnya jamuan.

Penelitian Abdulrehman *et al.* (2016) dan Fitriani (2012) juga menyatakan berbeda dengan penelitian ini, bahwa berdasarkan teori *Culture Care* bahwa keluarga dan lingkungan sosial memiliki aspek kuat dalam kehidupan penderita, salah satunya melalui peran budaya makanan. Peran sosial dan simbol atau makna

makanan yang biasanya tampak pada perjamuan acara seperti pernikahan dimana kerabat dan teman-teman berbagi makanan yang sama sebagai tradisi yang menandakan solidaritas dan membangun ikatan sosial.

Penderita DM di Karangasem masih melakukan tradisi *magibung* dalam kategori negatif atau perilaku makan yang bisa merugikan penderita sendiri. Menurut isi kuisioner, mayoritas penderita DM bisa mengikuti 1-3 kali tradisi *magibung* dalam kurun waktu satu bulan. Selama tradisi berlangsung, mayoritas penderita DM lebih memilih olahan ayam dan lawar. Penderita jarang melakukan kontrol dengan tetap mengonsumsi semua jenis olahantapa memperhatikan jumlahnya. Hasil ini selaras dengan penelitian Chesla, Chun and Kwan (2009) bahwa kurangnya kontrol diri dapat terjadi saat penderita mengikuti perjamuan makan di pesta. Peneliti berasumsi bahwa penderita berusaha beradaptasi dengan diet dan kewajiban adat setempat. Seorang responden berpendapat saat mengikuti tradisi ia sudah berusaha untuk memilih makanan tetapi tidak dengan jumlahnya. Tidak jarang ada motivasi sosial dari keluarga yang menyebabkan responden kesulitan mengontrol makan karena rasa sungkan.

Dari segi *self-management* diet penderita dengan tradisi *magibung* yang negatif, juga memiliki *self-management* diet yang kurang. Berdasarkan isi kuisioner didapatkan bahwa responden dalam kategori *self-management* diet kurang rata-rata menjawab penderita masih sering mengonsumsi makanan berlemak tinggi berupa daging sapi, kambing, olahan gorengan dan cemilan yang mengandung gula dengan frekuensi 5-6 hari dalam seminggu. Responden dengan *self-management* diet yang kurang beranggapan bahwa walaupun jarang

melakukan diet, namun tetap teratur mengkonsumsi obat, maka gula darah akan tetap terkontrol.

Sedangkan responden dalam kategori *self-management* diet baik menjawab selalu mengikuti pola makan sehat sesuai 3J, makan buah dan sayur dan mengatur pemasukan karbohidrat rata-rata dengan frekuensi 6-7 hari dalam seminggu, serta tidak mengkonsumsi daging berlemak dan makanan selingan dengan rata-rata jawaban frekuensi 2-3 hari dalam seminggu. Peneliti berasumsi bahwa responden yang memiliki tradisi *magibung* yang negatif dengan *self-management* diet yang kurang berkeyakinan bahwa tradisi ini tidak rutin tetap dilakukan setiap bulannya. Hal ini didukung oleh beberapa responden yang beranggapan bahwa walaupun setelah mengikuti tradisi *magibung* yang negatif, mereka akan mengontrol gula darah dan gejala yang muncul dengan mengkonsumsi obat.

Tradisi *magibung* sebagai salah satu tradisi makan yang masih dipertahankan oleh masyarakat Karangasem adalah salah satu bentuk kebiasaan sosial dengan kewajiban berpartisipasi dengan keluarga atau komunitas setempat untuk menghormati tradisi dan membangun ikatan sosial. Lingkungan masyarakat sekitar berupa faktor keluarga dan sosial melalui tradisi *magibung* tidak berpengaruh pada *self-management* penderita DM. Peneliti berasumsi bahwa meskipun adanya kewajiban untuk mengikuti tradisi, penderita DM masyarakat Karangasem masih mampu melakukan kontrol diri saat mengikuti tradisi *magibung*.

Hal ini dibuktikan dengan sebagian besar responden yang melakukan tradisi *magibung* yang positif atau mampu melakukan kontrol atas dirinya dan tidak merugikan, masih disertai dengan *self-management* diet yang baik. Selainitu,

responden tersebut juga berpendapat bahwa mengikuti tradisi merupakan suatu bagian dari menghormati tradisi dan bentuk kekeluargaan dalam hidup bermasyarakat. Sehingga tidak masalah bagi penderita DM untuk mengikuti tradisi *magibung*, namun penderita DM juga harus memilih-milih jenis makanan yang bisa dimanakan (sesuai dengan 3J diet DM), mengikuti kembali jadwal dan tetap mengontrol diri saat tradisi berlangsung. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tradisi *magibung* masyarakat Karangasem tidak berpengaruh terhadap pelaksanaan *self-management* diet yang dilakukan oleh penderita DM sehari-hari.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian hubungan tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita diabetes melitus.

6.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan memiliki hubungan dengan *self-management* diet penderita DM. Kecenderungan penderita dengan tingkat pengetahuan yang kurang juga memiliki praktik *self-management* diet yang kurang.
2. Tradisi *magibung* masyarakat Karangasem tidak berhubungan dengan pelaksanaan *self-management* diet penderita DM. Diet DM tidak menghambat penderita untuk tetap berpartisipasi dalam tradisi *magibung*.

6.2 Saran

1. Bagi Perawat

Bagi perawat disarankan agar mengoptimalkan *health education* dengan memperhatikan budaya setempat kepada penderita DM dengan lebih ditekankan kepada masyarakat khususnya dengan kelompok usia lansia agar lebih memahami tentang manajemen diri DM.

2. Bagi Pemegang Program Penyakit Tidak Menular (PTM)

Petugas pemegang program pengelolaan PTM diharapkan turut serta dalam memberikan edukasi kepada penderita DM melalui kegiatan diskusi dalam bentuk kunjungan rumah (puskesmas keliling), konseling atau mengadakan perkumpulan khusus untuk penderita DM.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulrehman, M. S; Woith, W; Jenkins, S; Kossman, S; and Hunter, G L. (2016a) Exploring Cultural Influences of Self- Management of Diabetes in Coastal Kenya : An Ethnography', *Global Qualitative Nursing Research*, 3, pp. 1–13. doi: 10.1177/2333393616641825.
- Abdulrehman, M. S; Woith, W; Jenkins, S; Kossman, S; and Hunter, G L. (2016b) 'Exploring Cultural Influences of Self-Management of Diabetes in Coastal Kenya', *Global Qualitative Nursing Research*, 3, p. 233339361664182. doi: 10.1177/2333393616641825.
- Abioye-Akanji, O. G. (2015) *Prevention and Management of Type 2 Diabetes among African Immigrants in the United States: Using a Culturally Tailored Educational Intervention with a Focus on Dietary Plan , Physical Activity , and Stress Management*. University of Massachusetts, Amherst.
- Arikunto, S. (2010) *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Astari, R., Hasibuan, P. J. and Effiana (2016) *Hubungan antara Kepatuhan Terapi Diet dan Kadar Gula Darah Puasa pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Purnama Pontianak*. Universitas Tanjung Pura.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2018) *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta.
- Bai, Y.-L., Chiou, C.-P. and Chang, Y.-Y. (2009) 'Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes', *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), pp. 3308–3315. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02992.x.
- Bakr, E.-S. H. (2015) 'Nutritional Assesment of Type II Diabetic Patient', *Pakistan Journal Of Nutrition*, 14(6), pp. 308–315.
- Berikai, P. Meyer, P M; Kazlauskaitė, R; Savoy, B; Kozik, K; and Fogelfeld, L. (2007) 'Gain in Patients ' Knowledge of Diabetes', *Diabetes Care*, 30(6), pp. 18–20. doi: 10.2337/dc06-2026.Additional.
- Black, J. M. and Hawks, J. H. (2014) *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. 8th Editio. Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Breen, C; Ryan, M; Gibney, M J; and O'Shea, D. (2015) 'Diabetes-related nutrition knowledge and dietary intake among adults with type 2 diabetes', *British Journal of Nutrition*, 114, pp. 439–447. doi: 10.1017/S0007114515002068.

- Cha, E. S; Kyeongra, Y; Jia, L; Jiwon, M; Kevin H, K; Dunbar, S B; and Jennings, B M. (2012) 'Understanding Cultural Issues in Diabetes Self-Management Behaviors of Korean Immigrants', *Diabetes Education*, 38(6), pp. 835–844. doi: 10.1088/1367-2630/15/1/015008.Fluid.
- Chesla, C. A., Chun, K. M. and Kwan, C. M. L. (2009) 'Cultural and Family Challenges to Managing Type 2 Diabetes in Immigrant Chinese Americans', *Diabetes Care*, 32(10). doi: 10.2337/dc09-0278.
- Chlebowy, D. O., Hood, S. and LaJoie, A. S. (2010) 'Facilitators and Barriers to Self-management of Type 2 Diabetes Among Urban African American Adults', *The Diabetes Educator*, 36(6), pp. 897–905. doi: 10.1177/0145721710385579.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem (2017) *Profil Kesehatan Kabupaten Karangasem Tahun 2016*. Karangasem.
- Dinas Kesehatan Provinsi Bali (2017) *Profil Kesehatan Provinsi Bali Tahun 2016*. Denpasar.
- Early, K. B., Shultz, J. A. and Corbett, C. (2009) 'Assessing Diabetes Dietary Goals and Self-Management Based on In-Depth Interviews With Latino and Caucasian Clients With Type 2 Diabetes', *Journal of Transcultural Nursing*, 20(4), pp. 371–381. doi: 10.1177/1043659609334928.
- Eliska (2016) 'Pengaruh Pola Makan Masyarakat Suku Alas Terhadap Status Gizi Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Kumabaru Kabupaten Aceh Tenggara', *Jurnal JUMANTIK*, 1(1), pp. 25–41.
- Fitriani, E. (2012) 'Pola Kebiasaan Makan Orang Lanjut Usia (Studi Kasus: Penderita Penyakit Hipertensi Suku Bangsa Minangkabau di Jakarta)', *Humanus*, XI(2).
- Fleming, E. and Gillibrand, W. (2009) 'An Exploration of Culture, Diabetes, and Nursing in the South Asian Community: A Metasynthesis of Qualitative Studies', *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2), pp. 146–155. doi: 10.1177/1043659608330058.
- Giger, J. N. and Davidhizar, R. E. (2008) *Transcultural Nursing Assessment and Intervention*. Fifth Edit. Edited by R. Carter and D. Davis. United States of America: Mosby Elsevier.
- Gurmu, Y., Gela, D. and Aga, F. (2018) 'Factors associated with self-care practice among adult diabetes patients in West Shoa Zone , Oromia Regional State , Ethiopia', *BMC Health Services Research*. BMC Health Services Research, 18(732), pp. 4–11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3448-4>.
- International Diabetes Federation (2017) *IDF Diabetes Atlas, 8th edn*. Eight Edit.


Edited by S. Karuranga et al. Brussels, Belgium.

- Kandou, G. D. (2009) 'Makanan Etnik Minahasa dan Kejadian Penyakit Jantung Koroner', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 4(1), pp. 42–48.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2018) *Potret Sehat Indonesia dari Riskesdas 2018*, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Copyright ©2013. Available at: <http://www.depkes.go.id/article/view/18110200003/potret-sehat-indonesia-dari-riskesdas-2018.html> (Accessed: 10 November 2018).
- Khardori, R. (2018) *Type 2 Diabetes Mellitus Treatment & Management*, MEDLINE®/PubMed®. Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/117853-overview> (Accessed: 1 September 2018).
- Kusnanto (2012) 'Model Self Care Management-Holistic Psychospiritual Care Terhadap Kemandirian, Glukosa Darah dan HbA1C Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 (Self Care Management-Holistic Psychospiritual Care on Independence, Glucose Level, and HbA1C of Type 2 Diabetes Melli', *Jurnal Ners*, 7(2), pp. 99–106.
- Laili, N. R. (2012) *Pengaruh Edukasi dengan Pendekatan Prinsip Siabetes Self Management Education (DSME) Terhadap Perilaku Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2*. Universitas Airlangga.
- Leininger, M. (2002) 'Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices', *Journal of Transcultural Care Nursing*, 13(3), pp. 188–192. doi: 10.1177/10459602013003005.
- Leininger, M. M. (1988) 'Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality', *Nursing Science Quarterly*, 1(4), pp. 152–160. doi: 10.1177/089431848800100408.
- Lin, C.-C; Anderson, R M; Hagerty, B M; and Bih-O, L. (2008) 'Diabetes self-management experience: a focus group study of Taiwanese patients with type 2 diabetes', *Journal of Clinical Nursing*, 17(5a), pp. 34–42. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01962.x.
- McFarland, M. R. and Wehbe-Alamah, H. B. (2015) 'The Theory of Culture Diversity and Universality', *Jones & Barlet Learning*, 1, p. 612. Available at: http://samples.jbpub.com/9781284026627/McFarland_CH01_Sample.pdf.
- Ministry of Public Health and Sanitation (2010) 'National Clinical Guidelines for Management of Diabetes Melitus', *Kenya National Clinical Guidelines for Management of Diabetes Mellitus*, 1, pp. 1–57.

LAMPIRAN

LAMPIRAN I

LEMBAR KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING, UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

"ETHICAL APPROVAL"
No. 1199/KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subjek penelitian kesehatan, telah meninjau dengan teliti protokol berikut.

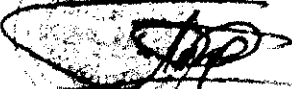
The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled:

"HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DAN TRADISI MAGIBING, MASYARAKAT KARANGASEM DENGAN SELF-MANAGEMENT DIET PENDERITA DIABETES MELITUS"

Pencetus/utama <i>Principal Investigator</i>	Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
Nama Institusi <i>Name of the Institution</i>	Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Lokasi/Lingkungan/Tempat Penelitian <i>Setting of research</i>	Seluruh Puskesmas di Kabupaten Karangasem

**Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercaput.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.**

Surabaya, 1 Desember 2018
Ketua (CHAIRMAN)



Dr. Joni Maryanto S.Kp., M.Sc.
NIP. 19830608 1991 03 1002

LAMPIRAN 2

LEMBAR PERMOHONAN SURVEY DATA AWAL



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C, Mulyorejo, Surabaya 60132 | Telp: (031) 8359211 | Email: info@unair.ac.id | Website: <http://www.unair.ac.id> | Email: dekan@unair.ac.id

Nomor : 2764/UN311/PPd/2018
Lampiran : 1
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Survey Pengambilan Data Awal**

18 September 2018


Kepada Ytu : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karangasem
Provinsi Bali

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama	: Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM	: 131711123061
Judul Skripsi	: Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Tradisi Magiang Masyarakat Bali dengan <i>Self Management</i> Diet Penderita Diabetes Mellitus di Kabupaten Karangasem
Pembimbing Ketua	: Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
Pembimbing	: Lailatul Ni'mah, S.Kep.Ns., M.Kep.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, kami sampaikan terima kasih

a.n. Dekan
Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. 
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Manggis I Bali
2. Kepala Puskesmas Manggis II Bali
3. Kepala Puskesmas Sidemen Bali
4. Kepala Puskesmas Selat Bali
5. Kepala Puskesmas Rendang Bali
6. Kepala Puskesmas Hebandem Bali
7. Kepala Puskesmas Karangasem I Bali
8. Kepala Puskesmas Karangasem II Bali
9. Kepala Puskesmas Abang I Bali
10. Kepala Puskesmas Abang II Bali
11. Kepala Puskesmas Kubu I Bali
12. Kepala Puskesmas Kubu II Bali

LAMPIRAN 3

LEMBAR PERIZINAN SURVEY DATA AWAL



**PEMERINTAH KABUPATEN KARANGASEM
DINAS KESEHATAN**

Jalan A. Yani - Galiran ☎ (0363) 21774 fax (0363) 21065
AMLAPURA

Amlapura, 23 Oktober 2018

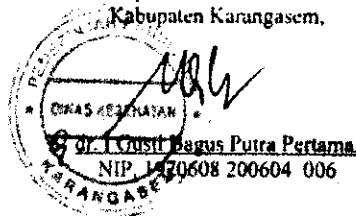
Nomor Lampiran Perihal	423.4/432.4/Diskes - Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal	Kepada Yth	Kepala UPID Kesehatan/ Puskesmas se-Kabupaten Karangasem
		di-	Tempat

Menindaklanjuti surat dari Wakil Dekan I Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Program Studi Pendidikan Ners Nomor : 2764/UN3.1.13/PPd/2018 tanggal 17 September 2018 perihal tersebut diatas, mohon kiranya Saudara dapat memberikan data yang diperlukan (terlampir) kepada mahasiswa :

Nama : Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM : 131711123061
Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Tradisi Magibung Masyarakat Bali dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Karangasem

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya dan bantuannya diucapkan terima kasih,

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Karangasem,



LAMPIRAN 4

LEMBAR PERMOHONAN IJIN PENELITIAN



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Rampok C. Mahadewa Surabaya 60114 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.uinar.ac.id/> Email: dekan@fkip.uinar.ac.id

Nomor : 3569/UN1.13/PPd/2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

21 November 2018

Kepada Yth : Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Provinsi Bali

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM : 131711123061
Judul Skripsi : Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Tradisi Magibung Masyarakat Karangasem dengan Self-Management Diet Penderita Diabetes Melitus

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Pih. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III

Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012006031002

LAMPIRAN 5

LEMBAR PERIJINAN PENELITIAN



REPUBLIK INDONESIA
GOVERNMENT OF BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Jendral Sudirman No. 114, Denpasar 80135
Telp. (0361) 223434, 223435, 223436
Email: info@dmptp.bali.go.id www.dmptp.bali.go.id

Nomor: 02/1453/1/PM/2018
Lampiran: -
Perihal: (Rakusmas) 1000

Kepada
Yth. Bupati Karangasem
c/c Kepala Badan Kesbang Pol
dan Linmas Kabupaten
Karangasem
di -
Tembal

- I. Dasar
 1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 15 Tahun 2018 Tanggal 15 Mei 2018 tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Bupatub Satu Pintu dan Peraturan Bupati Karangasem Nomor 45 Tahun 2018 Tanggal 21 Juni 2018 tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Bupatub Satu Pintu dan Peraturan Bupati Karangasem Nomor 11/PPd/2018, tanggal 21 Nopember 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Bupatub Satu Pintu.
 2. Surat Perizinan Riset Penelitian Nomor: 02/1453/1/PM/2018, tanggal 21 Nopember 2018, Bupati Karangasem.

ii. Setelah menelaah dan memeriksa secara mendalam dan sungguh-sungguh, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada

Nama: YAYUK RATNASARI DEWI ANGGRENI
 Pekerjaan: Mahasiswa
 Alamat: Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 100-1A
 Judul/tema: Hubungan Antara Tingkat...Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
 Lokasi Penelitian: Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem
 Jumlah Peserta: 100 orang
 Lama Penelitian: 1 (satu) bulan, mulai dari Desember 2018

- iii. Dalam melaksanakan kegiatan penelitian tersebut, peneliti diminta ketentuan sebagai berikut
 - a. Sebelum melakukan kegiatan penelitian, peneliti wajib melaporkan kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang.
 - b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan penelitian di lokasi penelitian dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan tersebut, maka akan diberhentikan segala kegiatannya.
 - c. Mematuhi segala ketentuan yang berlaku di lokasi penelitian yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
 - d. Apabila terjadi bentrok, konflik, atau masalah lain yang mengganggu pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka dipersiapkan Rekomendasi kepada instansi pemohon.
 - e. Menyerahkan hasil kegiatan penelitian kepada Gubernur Bali melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Karangasem dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali.

Denpasar, 27 Nopember 2018
a.n. GUBERNUR BALI
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

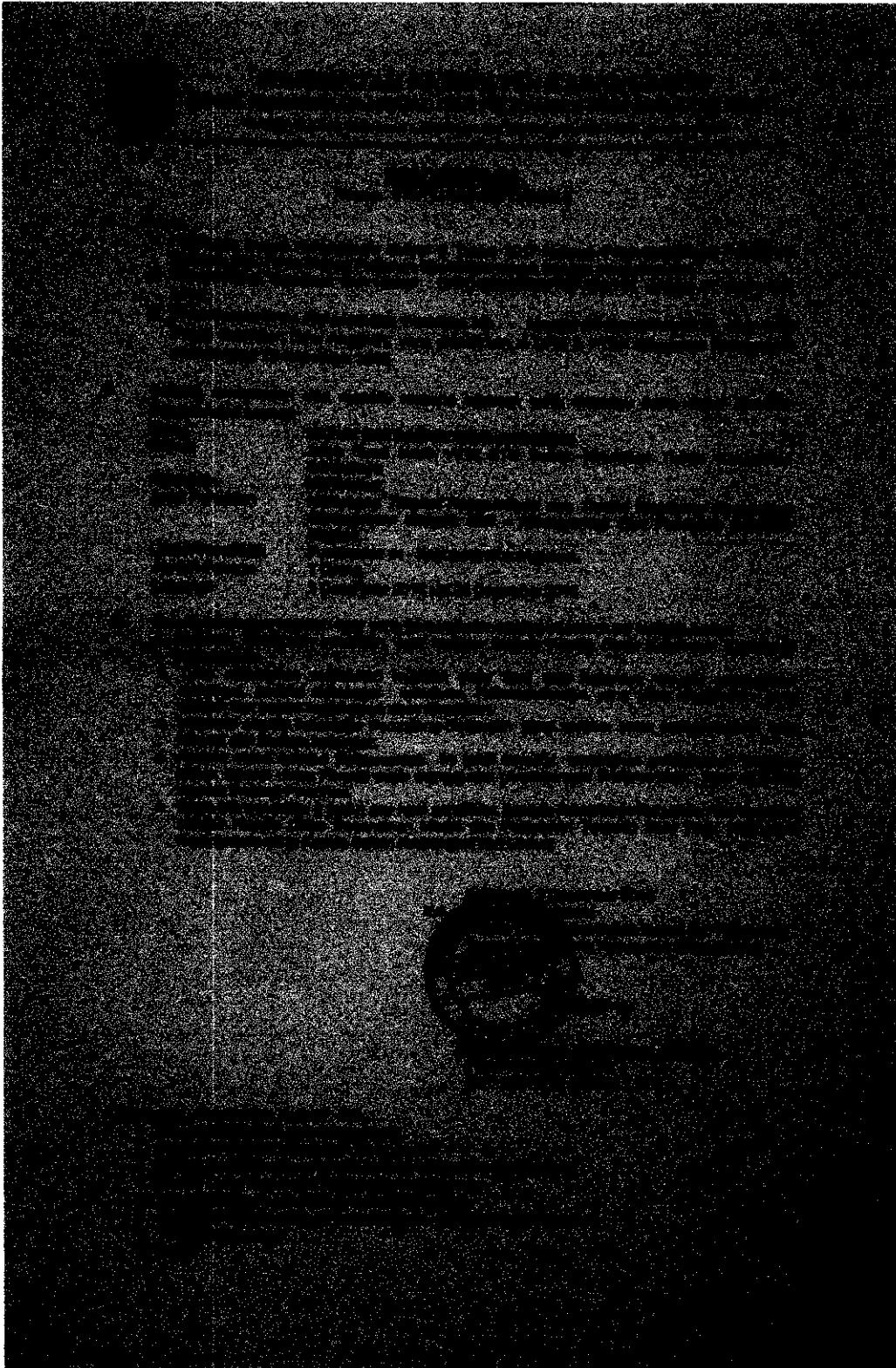


IZIN INI DISEKANKAN
TARIF Rp 0,-

Dibuat dan ditandatangani oleh:
Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
Bupati Karangasem



LAMPIRAN 6

LEMBAR PERIJINAN PENELITIAN



LAMPIRAN 7

LEMBAR KETERANGAN PENELITIAN

	PEMERINTAH KABUPATEN KARANGASEM DINAS KESEHATAN UPTD. KESEHATAN/PUSKESMAS BEBANDEM Jln. Kancara Giri, Bebandem Kode Pos 80861 Telp. (0361) 2787819 Website : www.bebandem.puskemas.karangasem.go.id Email : puskesmasbebandem@gmail.com	
---	---	--

SURAT KETERANGAN
 Nomor : 800 / 50 / Pusk 304/2019


Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPTD. Kesehatan/Puskesmas Bebandem menerangkan bahwa

N a m a	Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni
NIM	131711123061

Memang benar mahasiswa yang namanya tersebut diatas telah melakukan penelitian di UPTD.Kesehatan/Puskesmas Bebandem dengan judul penelitian " Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Tradisi Magibung Masyarakat Karangasem Dengan Self-Management Diet Penderita Diabetes Melitus"

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Bebandem, 28 Januari 2019
 Kepala UPTD Kesehatan /
 Puskesmas Bebandem


 drg. I Gusti Ayu Sukaningsih
 NIP.19741111 200604 2 005

LAMPIRAN 8**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Kepada Bapak/Ibu Masyarakat Kabupaten Karangasem yang terhormat,

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni

NIM : 131711123061

adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul :

“Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Tradisi Magibung Masyarakat Karangasem dengan *Self-Management* Diet Penderita Diabetes Melitus”

Untuk penelitian tersebut, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Adapun hal-hal yang perlu Bapak/Ibu ketahui adalah:

1. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dan tradisi *magibung* masyarakat Karangasem dengan *self-management* diet penderita diabetes melitus di Kabupaten Karangasem.
2. Manfaat penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi perawat/tenaga kesehatan untuk memberikan upaya promosi kesehatan kepada masyarakat khususnya diet pada penderita diabetes mellitus dengan memperhatikan budaya setempat agar gula darah tetap terkontrol.
3. Saya menjamin atas kerahasiaan dan identitas diri dari semua data yang dikumpulkan. Informasi yang diberikan akan digunakan sebagai sarana untuk kepentingan penelitian dan tidak akan digunakan untuk maksud lain.
4. Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk mengundurkan diri apabila tidak berkenan menjadi responden penelitian.

Sebagai bukti kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaannya untuk menandatangani persetujuan yang telah saya siapkan. Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini sangat saya hargai, atas perhatian dan kesediaannya, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Yayuk Ratnasari D.A
NIM. 131711123061

LAMPIRAN 12

KUISIONER B
TRADISI MAGIBUNG

Petunjuk:

1. Pertanyaan dibawah ini menanyakan tentang beberapa hal tentang aktifitas tradisi *magibung* yang Bapak/Ibu biasa lakukan pada waktu tertentu.
2. Berikan tanda rumput/centang (√) ATAU tanda silang (X) jawaban yang Bapak/Ibu anggap benar.

No.	PERNYATAAN	JAWABAN			
		Tidak pernah	Jarang (1-3 kali)	Sering (4-6 kali)	Selalu (lebih dari 8 kali)
1.	Saya selalu memperhatikan jadwal, jenis, dan jumlah makan yang dimakan.				
2.	Saya makan teratur setiap hari, yaitu 3 kali makanan utama dan 3 kali makanan selingan dengan jarak antara 3 jam.				
3.	Saya mengikuti tradisi <i>magibung</i> karena bagian dari acara pesta, keluarga, acara keagamaan dan kewajiban adat setempat walaupun sedang DM.				
4.	Saya tetap mengikuti tradisi <i>magibung</i> walaupun saya sedang diet DM.				
5.	Saya mengikuti beberapa kali tradisi <i>magibung</i> dalam kurun waktu 1 bulan.				
6.	Saya makan semua jenis makanan yang dihidangkan (nasi, sayuran dan berbagai daging) ketika mengikuti tradisi <i>magibung</i> .				
7.	Saya hanya memilih makan menu olahan ayam saja ketika mengikuti tradisi <i>magibung</i> .				
8.	Saya hanya memilih makan menu olahan babi ketika mengikuti tradisi <i>magibung</i> .				
9.	Saya hanya memilih makan olahan lawar ketika mengikuti tradisi <i>magibung</i> .				
10.	Saya memeriksa gula darah setelah mengikuti tradisi <i>magibung</i> .				

LAMPIRAN 13

KUISIONER C

RINGKASAN AKTIFITAS PERAWATAN MANDIRI DIABETES
The Summary of Diabetes Self Care Activities (SDSCA) – on selected items

Petunjuk:

1. Pertanyaan dibawah ini menanyakan tentang aktifitas perawatan diabetes mandiri yang terdiri dari pengaturan pola makan (diet) yang Bapak/Ibu lakukan selama 7 hari terakhir.
2. Lingkarilah angka disamping pertanyaan yang menggambarkan jumlah hari yang Anda lakukan pada aktifitas tersebut.

No	PERTANYAAN	SKOR							
1	Rata-rata dalam satu bulan terakhir, berapa hari dalam seminggu Anda merencanakan pola makan sehat sesuai diet DM?								
2	Berapa hari dalam 7 hari terakhir Anda makan buah dan sayuran.								
3	Berapa hari dalam tujuh hari terakhir Anda mengkonsumsi makanan berlemak tinggi (daging sapi, daging kambing, daging babi, makanan cepat saji) atau produk olahan susu (keju, krim, yoghurt, mentega)?								
4	Berapa hari dalam tujuh hari terakhir Anda mengatur pemasukan makanan yang mengandung karbohidrat (nasi, roti, mie, jagung, singkong)?								
5	Berapa hari dalam tujuh hari terakhir Anda mengikuti pola makan yang sehat?								
6	Berapa hari dalam tujuh hari terakhir Anda makan makanan selingan/ cemilan yang mengandung gula (seperti kue, biskuit, coklat, es krim)?								

LAMPIRAN 15**LEMBAR PERMOHONAN PENGGUNAAN KUISIONER PENELITIAN****PERMOHONAN PENGGUNAAN KUISIONER PENELITIAN**

Dengan hormat, Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni

NIM : 131711123061

selaku mahasiswa Fakultas Keperawatan Prodi Pendidikan Ners angkatan B.20. Melalui surat permohonan ini, saya menyampaikan permohonan ini kepada

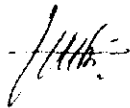
Nama : Nadia Rohmatul Laili, S.Kep., Ns., M.Kep.

selaku dosen Fakultas Keperawatan sekaligus peneliti dari skripsi dengan judul "Pengaruh Edukasi dengan Pendekatan Prinsip Diabetes Self Management Education (DSME) Terhadap Perilaku Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2" untuk menggunakan kuisisioner penelitian pengetahuan penderita DM yang akan saya gunakan dalam penelitian saya yang berjudul "Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Tradisi Magribung Masyarakat Karangasem dengan Self-Management Diet Penderita DM"

Demikian surat permohonan penggunaan kuisisioner ini saya buat untuk dapat dimaklumi

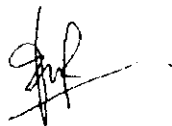
Surabaya, 5 November 2018

Mahasiswa



Yayuk Ratnasari Dewi Anggreni

Peneliti



Nadia Rohmatul Laili, S.Kep., Ns., M.Kep.