

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SKRIPSI

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS**

PENELITIAN CROSS-SECTIONAL



Oleh :

RETNO DWI SUSANTI
NIM 131411131058

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS
PENELITIAN *CROSS-SECTIONAL***

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :

RETNO DWI SUSANTI
NIM 131411131058

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

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, 31 Juli 2018

Yang Menyatakan



Retno Dwi Susanti
NIM. 131411131058

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

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

Nama : Retno Dwi Susanti
NIM : 131411131058
Program studi : S1 Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Skripsi

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

"Hubungan Motivasi dan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Mellitus"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alih media/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 sebenar-benarnya.

Surabaya, 31 Juli 2018

Yang menyatakan



Retno Dwi Susanti

NIM. 131411131058

**LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI**

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS**

Oleh:

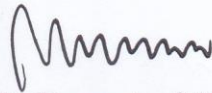
Retno Dwi Susanti
NIM. 131411131058

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 26 JULI 2018

Oleh:

Pembimbing Ketua



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

Pembimbing II



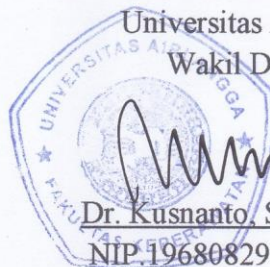
Lailatun Ni'mah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198606022015042003

Mengetahui

a.n Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



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

SKRIPSI

HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS

Oleh:
Retno Dwi Susanti
NIM. 131411131058

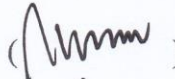
Telah diuji
Pada tanggal, 31 Juli 2008

PANITIA PENGUJI

Ketua : Laily Hidayati, S. Kep., Ns., M. Kep
NIK.198304052014042002

()

Anggota : 1. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002
2. Lailatun Ni'mah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK.198606022015042003

()

()

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



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

MAN JADDA WAJADA
**“SIAPA YANG BERSUNGGUH-SUNGGUH,
DIA AKAN BERHASIL”**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat serta bimbingan-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas pembelajaran kepada kami sehingga dapat mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga serta sebagai dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi, arahan serta bantuan ilmu sehingga dapat menyelesaikan skripsi ini.
3. Lailatun Ni'mah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, motivasi, arahan, dan bantuan ilmu dalam penyusunan skripsi ini.
4. Laily Hidayati, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen ketua penguji yang telah memberikan arahan, masukan, motivasi, serta saran sehingga penulisan skripsi ini dapat menjadi lebih baik.

5. Kepala Bakesbangpol Kota Surabaya, Kepala Dinkes Kota Surabaya, dan Kepala UPTD Puskesmas Asemrowo, Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Tanah Kalikedinding, Puskesmas Klampis Ngasem dan Puskesmas Jagir Surabaya yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengadakan penelitian di wilayah kerja UPTD Puskesmas.
6. Semua responden yang telah bersedia dan meluangkan waktunya untuk mengikuti penelitian ini hingga selesai.
7. Kedua orang tua dan segenap keluarga besar penulis, bapak Suparjo dan ibu Mariyam sekeluarga, terima kasih atas restu dan pengorbanan berupa material serta doa dalam memudahkan setiap langkah sejak awal sampai akhir menempuh perkuliahan ini.
8. Kedua Adik penulis, Marata Zofi Attenda dan Al-Kaustar Gevani serta keluarga yang turut mempermudah setiap langkah penulis selama menempuh Program Studi Pendidikan Ners.
9. Guru terhebat, bapak Sugitho yang selalu memberikan semangat untuk menggapai mimpi-mimpi yang mengangkasa serta memberikan motivasi untuk menyelesaikan studi.
10. Putri Mei Sundari, terimah kasih telah menjadi patner terhebat dalam segala hal, menjadi menjadi *support* sistem untuk menyelesaikan skripsi yang luar biasa ini.
11. Mbak Wini Damayanti Hasan yang dengan telaten mengajari, memberikan arahan, waktu dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi.
12. Anggik, Nia, Desy, Aida, Ridha, Vonny, Eva, Yuni yang sudah menjadi sahabat teristimewa dan menjadi teman suka dan duka selama masa studi.

13. Yolanda, Lutvi, Putro, Anggit terima kasih telah teman seperjuangan yang hebat dalam penyelesaian skripsi ini.
14. Keluarga kedua di lantai 3 (Mbak Eva, Mbak Ute, Aida, Afida, Arin, Ane, Devi, Ana, Mbak Dessy) yang selalu menemani dan selalu memberi hiburan dan canda tawa selama ini.
15. Keluarga BEM 3PRO, HEBAT, INSPIRATIF terima kasih sudah menjadi tempat menampah diri selama masa studi.
16. Lamongan Squad, Mas Naim dan Mbak Diana yang selalu memberikan arahan, waktu, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi.
17. Banyak pihak yang terlibat dan membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian namun tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan, ilmu, dan juga bantuan yang lain dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi isi maupun penulisannya, tetapi kami berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan.

Surabaya, 31 Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS**

Penelitian Cross-Sectional

Pendahuluan: Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Penyakit ini ditandai oleh peningkatan glukosa dalam darah atau hiperglikemi. Pengontrolan gula darah dapat dilakukan dengan patuh terhadap diet DM. Dalam kontrol glikemik perlu adanya motivasi dan *health locus of control* untuk menghadapi kejenuhan dalam kepatuhan diet DM. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *descriptive correlation* dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dengan jumlah sampel 106 responden yang tersebar di lima wilayah kerja puskesmas di Surabaya. Data dianalisis menggunakan analisis statistik *spearman rho* ($\alpha \leq 0,05$). **Hasil:** Tidak adanya hubungan antara motivasi dengan kepatuhan diet DM ($p=0,178$) serta adanya hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan diet DM ($p=0,002$). **Diskusi:** Berdasarkan analisis, dapat disimpulkan bahwa motivasi dipengaruhi oleh banyak hal agar dapat berperan dalam pembentukan perilaku pasien DM dalam kepatuhan diet, sedangkan *health locus of control* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan diet DM. Oleh karena itu perlu adanya peningkatan factor yang mempengaruhi perilaku pengendalian DM salah satunya adalah *health locus of control*, sehingga perilaku kontrol glikemik dengan diet DM dapat meningkat menjadi lebih baik.

Kata kunci: Kontrol glikemik, motivasi, *health locus of control*, kepatuhan diet DM

ABSTRACT

THE CORRELATION BETWEEN MOTIVATION AND HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH ADHERENCE DIETARY OF DIABETES MELLITUS

Cross-Sectional Study

Introduction: Diabetes mellitus (DM) is annual metabolism disease caused by pancreas can not produce enough insulin which is produced effectively. It is signed by the increasing of glucose in hyperglucemia. Controlling blood sugar can be done by adherence dietary of DM. To control glicemic, it is necessary to have motivation and health locus of control to face boredom in adherence dietary of DM. This research aims to analyse the correlation between motivation and health locus of control with adherence dietary of DM. **Method:** This reaserch is using a descriptive correlation design by using cross sectional approach. Data was collected by using questionnaire with 106 respondents in five health centre in Surabaya. The analysis data is using statistical spearman rho ($\alpha \leq 0,05$). **Result:** There is no correlation between motivation and adherence dietary of Diabate Mellitus (DM) ($p=0,178$) and There is correlation between health locus of control with adherence dietary of DM ($p = 0,002$). **Discussion:** According to analysis, it can be conclude that motivation is influenced by many things in order to role the forming of patient behavior in adherence dietary of DM while health locus of control have an influence to adherence dietary of DM. Because of that, it is necessary to increase factor that influence the behavior of DM control. On of it is health locus of control. So that the glicemic control with adherence dietary of DM can increase and be better.

Keyword: Adherence dietary of DM, Glicemic control, Health locus of control, Motivation.

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------|
| Halaman Judul..... | i |
| Halaman Judul dan Prasyarat Gelar | ii |
| Surat Pernyataan..... | iii |
| Lembar Persetujuan Publikasi..... | iv |
| Lembar Persetujuan..... | v |
| Lembar Penetapan Panitia Penguji..... | vi |
| Motto | vii |
| Ucapan Terima Kasih..... | viii |
| Abstrak | xi |
| <i>Abstract</i> | xii |
| Daftar Isi | xiii |
| Daftar Gambar..... | xvi |
| Daftar Tabel | xvii |
| Daftar Lampiran | xviii |
| Daftar Singkatan..... | xix |
| 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 | 5 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 5 |
| 1.4.1 Manfaat teoritis | 5 |
| 1.4.2 Manfaat praktis | 6 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Diabetes Mellitus | 7 |
| 2.1.1 Definisi Diabetes mellitus | 7 |
| 2.1.2 Klasifikasi Diabetes mellitus | 7 |
| 2.1.3 Etiologi Diabetes mellitus..... | 9 |
| 2.1.4 Patofisiologi Diabetes mellitus | 10 |
| 2.1.5 Faktor risiko Diabetes mellitus | 13 |
| 2.1.6 Manifestasi klinis Diabetes mellitus | 14 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| 2.1.7 | Komplikasi Diabetes mellitus..... | 15 |
| 2.2 | Konsep Motivasi | 17 |
| 2.2.1 | Definisi motivasi | 17 |
| 2.2.2 | Bentuk-bentuk motivasi..... | 18 |
| 2.2.3 | Teori motivasi..... | 20 |
| 2.2.4 | Unsur-unsur motivasi..... | 21 |
| 2.2.5 | Metode peningkatan motivasi..... | 22 |
| 2.2.6 | Cara pengukuran motivasi | 22 |
| 2.3 | <i>Health Locus of Control</i> | 23 |
| 2.3.1 | Definisi <i>health locus of control</i> | 23 |
| 2.3.2 | Fungsi <i>health locus of control</i> | 24 |
| 2.3.3 | Indikator <i>health locus of control</i> | 25 |
| 2.3.4 | Pengukuran <i>health locus of control</i> | 26 |
| 2.3.5 | Karakteristik <i>health locus of control</i> | 26 |
| 2.4. | Kepatuhan | 27 |
| 2.4.1 | Definisi kepatuhan | 27 |
| 2.4.2 | Faktor yang mempengaruhi kepatuhan..... | 28 |
| 2.4.3 | Kepatuhan diet | 31 |
| 2.4.5 | Terapi diet DM..... | 32 |
| 2.4.5 | Tujuan terapi diet DM..... | 33 |
| 2.5. | <i>Theory of Planned Behavior</i> | 34 |
| 2.6 | Keaslian Penelitian..... | 41 |
| | BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | 46 |
| 3.1 | Kerangka Konseptual | 46 |
| 3.2 | Hipotesis | 48 |
| | BAB 4 METODE PENELITIAN | 49 |
| 4.1 | Rancangan Penelitian | 49 |
| 4.2 | Populasi, Sampel, dan <i>Sampling</i> | 50 |
| 4.2.1 | Populasi..... | 50 |
| 4.2.2 | Sampel | 50 |
| 4.2.3 | <i>Sampling</i> | 51 |
| 4.3 | Variabel..... | 57 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3.1 Variabel independent | 58 |
| 4.3.2 Variabel dependent | 58 |
| 4.4 Definisi Operasional | 58 |
| 4.5 Alat dan Bahan Penelitian | 60 |
| 4.6 Instrumen Penelitian..... | 61 |
| 4.6.1 Instrumen motivasi | 61 |
| 4.6.2 Instrumen <i>health locus of control</i> | 62 |
| 4.6.2 Instrumen kepatuhan diet..... | 62 |
| 4.7 Uji Statistik | 63 |
| 4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian | 66 |
| 4.9 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data..... | 66 |
| 4.10 Analisis Data..... | 68 |
| 4.11 Kerangka Operasional..... | 71 |
| 4.12 Etika Penelitian | 72 |
| 4.13 Keterbatasan Penelitian..... | 74 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 75 |
| 5.1 Hasil Penelitian..... | 75 |
| 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian | 75 |
| 5.1.2 Karakteristik demografi responden..... | 79 |
| 5.1.3 Variabel yang diukur | 81 |
| 5.2 Pembahasan | 86 |
| 5.2.1 Hubungan motivasi dengan kepatuhan diet DM..... | 86 |
| 5.2.2 Hubungan <i>health locus of control</i> dengan kepatuhan diet DM | 89 |
| BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN..... | 99 |
| 6.1 Simpulan | 99 |
| 6.2 Saran..... | 99 |
| Daftar Pustaka | 101 |
| Lampiran | 105 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Diagram <i>Theory of Planned Behavior</i> | 35 |
| Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian | 46 |
| Gambar 4.1 Strategi sampling dan besar sampel | 57 |
| Gambar 4.2 Kerangka operasional | 71 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Komplikasi jangka panjang dari DM..... | 16 |
| Tabel 2.2 Keaslian penelitian..... | 41 |
| Tabel 4.1 Pembagian wilayah dan puskesmas di Surabaya..... | 52 |
| Tabel 4.2 Daftar Puskesmas penelitian..... | 53 |
| Tabel 4.3 Definisi operasional..... | 58 |
| Tabel 4.4 <i>Blueprint</i> skala <i>health locus of control</i> | 62 |
| Tabel 5.1 Distribusi karakteristik demografi responden..... | 80 |
| Tabel 5.2 Distribusi frekuensi motivasi pasien DM..... | 81 |
| Tabel 5.3 Distribusi frekuensi <i>health locus of control</i> pasien DM..... | 82 |
| Tabel 5.4 Distribusi frekuensi kepatuhan diet DM..... | 83 |
| Tabel 5.5 Hubungan motivasi dengan kepatuhan diet DM..... | 84 |
| Tabel 5.6 Hubungan <i>health locus of control</i> dengan kepatuhan diet DM..... | 85 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1 Penjelasan Penelitian | 105 |
| Lampiran 2 Lembar Persetujuan | 107 |
| Lampiran 3 Data Demografi | 108 |
| Lampiran 4 Lembar Kuisisioner Motivasi..... | 109 |
| Lampiran 5 Kuisisioner <i>Health Locus of Control</i> | 110 |
| Lampiran 6 Kuisisioner Kepatuhan Diet | 113 |
| Lampiran 7 Surat Permohonan Fasilitas Pengambilan Data..... | 115 |
| Lampiran 8 <i>Ethical Clearance</i> | 116 |
| Lampiran 9 Surat Izin Penelitian Bakesbangpol Linmas Kota Surabaya | 117 |
| Lampiran 10 Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Surabaya..... | 118 |
| Lampiran 11 Uji validitas kuisisioner motivasi | 119 |
| Lampiran 12 Uji validitas kuisisioner kepatuhan diet | 120 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------|--|
| DM | : Diabetes Mellitus |
| ADA | : <i>American Diabetes Association</i> |
| PERKENI | : Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia |
| IDF | : <i>International Diabetes Federation</i> |
| KBBI | : Kamus Besar Bahasa Indonesia |
| Riskesdas | : Riset Kesehatan Dasar |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Penyakit tersebut telah menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat global dan kejadiannya akan terus mengalami peningkatan (Riskesdas, 2013). *International Diabetes Federation* (2017) melaporkan bahwa jumlah penderita DM di dunia pada tahun 2017 mencapai 425 juta orang dewasa dengan rentang friskesdausia antara 20-79 tahun. Lebih dari 79% penderita hidup di wilayah negara berkembang dan diperkirakan tahun 2045 jumlah penderita DM akan meningkat menjadi 629 juta orang. *International Diabetes Federation* juga melaporkan bahwa Indonesia masuk dalam 10 besar negara jumlah DM tertinggi dengan jumlah penderita 10,3 juta orang dan diperkirakan meningkat menjadi 16,7 juta orang pada tahun 2045 (*International Diabetes Federation*, 2017).

WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Laporan tersebut menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2035 (Perkeni, 2015). Riset kesehatan dasar 2013 menunjukkan bahwa prevalensi DM di Jawa Timur sebesar 2,1%, prevalensi tersebut mengalami peningkatan prevalensi 1,1 bila dibandingkan dengan hasil Riskesdas tahun 2007. Jumlah penderita DM mengalami peningkatan dari tahun 2007 sampai tahun 2013 sebesar 330.512 penderita (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Prevalensi penderita

diabetes provinsi Jawa Timur menempati urutan ke sembilan dengan prevalensi 6,8, sedangkan prevalensi Surabaya lebih tinggi dibandingkan Jawa timur, yaitu 7 (Kominfo, 2015). Laporan tahunan Dinas Kesehatan 2016 menunjukkan terdapat 32.381 pasien DM yang berobat ke puskesmas di Surabaya (Dinkes Jatim, 2016). Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 24 sampai 25 April 2018 terdapat penderita DM sebanyak 2.195 pasien dari bulan januari sampai maret 2018 dan tersebar di lima puskesmas dengan jumlah DM tertinggi di Surabaya.

DM dapat dikendalikan dengan baik dengan cara: diet, olahraga dan terapi obat antidiabetik. Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan DM (Perkeni, 2015). Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan Diabetes mellitus. Apabila kepatuhan diet dilakukan oleh pasien DM, maka pengobatan secara primer maupun sekunder dapat terlaksana secara optimal. Laporan *World Health Organization* (2003) menjelaskan bahwa kepatuhan rata-rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang jumlah tersebut bahkan lebih rendah. Kepatuhan pasien sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi terutama pada penyakit Diabetes mellitus. Apabila penderita DM tidak mempunyai kesadaran diri untuk bersikap patuh maka dapat menyebabkan kegagalan dalam pengobatan yang berakibat pada penurunan kesehatan. Ketidakpatuhan dalam menjaga kesehatan, berdampak pada komplikasi penyakit DM dan bisa berujung pada kematian (Saifunurmazah, 2013). *International Diabetes Federation* (2017) memperkirakan hampir 200 juta orang dengan diabetes tidak terdiagnosis dan

lebih berisiko terhadap komplikasi, yang meliputi gagal ginjal, kebutaan, amputasi, jantung penyakit dan stroke. Komplikasi diabetes dapat dicegah dengan kontrol glikemik yang optimal, namun demikian di Indonesia sendiri target pencapaian kontrol glikemik masih belum tercapai secara memuaskan, yang sebagian besar masih di atas target yang diinginkan sebesar 7% (Perkeni, 2015). Pengontrolan gula darah dapat dilakukan dengan patuh terhadap diet diabetes. Penelitian yang dilakukan oleh Tera (2011) mengatakan bahwa determinan ketidakpatuhan diet penderita DM tipe 2 dari 13 responden menunjukkan tidak ada responden yang melakukan pengaturan makan sesuai jumlah energi, jenis makanan dan jadwal makanan yang dianjurkan.

Pengontrolan kadar gula dengan mengatur pola makan pada pasien DM tidak mudah, pasti akan timbul kejenuhan karena menu yang dikonsumsi serba dibatasi. Adanya motivasi dapat mengontrol pasien dalam mengatur kadar glukosa darah. Motivasi sangat penting karena dapat membuat seseorang melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Indarwati *et al.*, 2012). Penelitian yang dilakukan Indarwati *et al.* (2012) menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi terhadap diet DM dan responden yang mempunyai motivasi tinggi berpeluang 7 kali untuk patuh menjalankan diet dibandingkan dengan responden dengan motivasi rendah. Selain faktor motivasi, *health locus of control* (HLOC) juga mempengaruhi kepatuhan diet DM. *Health locus of control* (HLOC) adalah seperangkat pembentuk keyakinan seseorang tentang pribadi yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan dan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet DM (Bonichini, Axia and Bornstein, 2009). *Health locus of control* akan mempengaruhi sejauh mana individu akan mematuhi diet

yang sedang dilakukan (Indriyati, D. S. & Widyarini, 2012). HLOC terbagi menjadi dua, yakni HLOC internal dan eksternal. Individu dengan HLOC internal akan cenderung bekerja keras melakukan tindakan untuk sembuh, selalu berusaha untuk menemukan pemecahan masalah, selalu berfikir seefektif mungkin dan selalu mempunyai persepsi bahwa usaha keras harus dilakukan apabila ingin sembuh, sedangkan individu dengan *health locus of control* eksternal akan lebih pasif, kurang memiliki inisiatif, kurang mencari informasi untuk memecahkan masalah dan kurang suka berusaha karena individu percaya bahwa faktor luarlah yang mengontrol dirinya (Adnyani *et al*, 2011). Setiap individu memiliki *locus of control* yang berbeda, karena individu memiliki penilaian dan pengalaman yang berbeda sehingga akan berpengaruh terhadap perilakunya.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 24 sampai 25 April 2018 melalui wawancara dengan sepuluh pasien DM yang tersebar di Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Jagir dan Puskesmas Asemrowo didapatkan bahwa semua pasien memiliki motivasi untuk sembuh dan hanya 2 pasien yang memiliki keinginan kuat untuk sembuh. Delapan dari 10 pasien yang memiliki motivasi untuk sembuh dan mengatakan bahwa mereka masih memiliki pola diet yang tidak teratur, masih memiliki keinginan untuk makan enak dan sering merasa bosan terhadap diet DM. Tujuh pasien mengatakan motivasi terbesarnya adalah keluarga, satu pasien menyebutkan keluarga dan dokter, satu pasien menyebutkan keluarga dan diri sendiri serta hanya satu pasien yang menyebutkan motivasi terbesarnya adalah diri sendiri. Serta hanya dua pasien yang menyebutkan bahwa DM yang dialami adalah karena pola hidupnya yang terdahulu, dan delapan pasien menyebutkan bahwa penyakitnya adalah takdir dari Tuhan (faktor

keturunan), sehingga dapat dijelaskan bahwa pasien yang menganggap sakitnya adalah karena faktor pola hidupnya yang terdahulu cenderung memiliki keinginan kuat untuk sembuh dan yang menjadi motivasi terbesarnya adalah dirinya sendiri serta tidak mengalami kesulitan dalam mematuhi aturan diet DM.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti ingin mengetahui hubungan antara motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita DM.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan motivasi dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes meliitus
2. Menganalisis hubungan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoristis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat mengetahui hubungan motivasi dan *Health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes milletus, informasi ini dapat digunakan sebagai penguat teori yang sudah ada

mengenai hubungan motivasi dan *Health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi responden

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi mengenai cara agar patuh terhadap anjuran diet DM.

2. Bagi perawat

Digunakan sebagai acuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien DM dengan memperhatikan pasien sebagai seorang individu.

3. Bagi puskesmas

Bahan informasi dan masukan bagi puskesmas untuk mengintegrasikan informasi tersebut dengan program yang telah ada sebagai bentuk pengembangan program dalam penatalaksanaan pada pasien Diabetes mellitus.

4. Bagi Dinas Kesehatan

Bahan informasi dan masukan bagi Dinas Kesehatan untuk menyempurnakan kebijakan yang sudah ada dalam mengoptimalkan pelayanan kesehatan di puskesmas.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Mellitus

2.2 Definisi Diabetes mellitus

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi baik saat pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Insulin adalah hormon yang mengatur kadar gula dalam darah. Hiperglikemia atau peningkatan kadar gula darah merupakan efek umum diabetes yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (WHO, 2017).

International Diabetes Federation menyebutkan bahwa ketika tubuh kekurangan insulin atau ketika sel tidak mampu untuk merespon insulin dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah atau hiperglikemia. Kadar gula yang tinggi, jika dibiarkan tidak terkendali dapat menyebabkan kerusakan pada sistem tubuh, yang mengarah pada komplikasi kesehatan yang mengancam jiwa seperti penyakit kardiovaskular, neuropati, nefropati, dan penyakit mata (*International Diabetes Federation*, 2017).

2.2.1 Klasifikasi Diabetes mellitus

International Diabetes Federation (2017) mengklasifikasikan DM menjadi:

1. Diabetes mellitus tipe 1

Diabetes mellitus tipe 1 merupakan diabetes yang disebabkan oleh reaksi autoimun dimana sistem kekebalan tubuh menyerang sel beta penghasil

insulin di pankreas, sehingga tubuh tidak dapat menghasilkan insulin. Penyebab dari proses destruktif ini tidak sepenuhnya diketahui tetapi kombinasi kerentanan genetik serta lingkungan seperti adanya infeksi virus, toksin atau beberapa faktor makanan. Penyakit ini dapat berkembang pada semua usia, akan tetapi pada Diabetes mellitus tipe 1 paling sering terjadi pada anak-anak dan remaja. Penderita dengan Diabetes mellitus tipe 1 memerlukan suntikan insulin setiap hari agar dapat mempertahankan kadar glukosa agar tetap dalam kisaran yang normal. Kebutuhan pengobatan insulin sehari-hari, pemantauan glukosa darah secara teratur dan pemeliharaan diet sehat dan gaya hidup sehat merupakan cara untuk menunda atau menghindari terjadinya komplikasi dari penyakit Diabetes.

2. Diabetes mellitus tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 adalah diabetes yang paling umum ditemukan. Ciri dari Diabetes mellitus tipe 2 adalah hiperglikemia. Hiperglikemi dalam hal ini merupakan hasil dari produksi insulin yang tidak adekuat dan ketidakmampuan tubuh untuk merespon insulin, yang didefinisikan sebagai resistensi insulin. Selama keadaan resistensi insulin, insulin tidak efektif dan karena itu awalnya meminta untuk meningkatkan produksi insulin untuk mengurangi peningkatan glukosa darah tetapi semakin lama keadaan relatif tidak adekuat pada perkembangan produksi insulin. Diabetes mellitus tipe 2 paling sering terjadi pada orang dewasa, namun remaja dan anak-anak bisa juga mengalaminya karena meningkatnya tingkat obesitas, ketidakefektifan aktivitas fisik dan pola makan yang buruk.

3. *Gestational Diabetes Mellitus (GDM)*

Hiperglikemia atau peningkatan kadar glukosa darah yang pertama kali dideteksi saat kehamilan dapat diklasifikasikan sebagai *Gestational Diabetes Mellitus (GDM)* atau hiperglikemia pada kehamilan. GDM dapat didiagnosis pada trimester pertama kehamilan tetapi dalam kebanyakan kasus diabetes kemungkinan ada sebelum kehamilan, tetapi tidak terdiagnosis.

4. *Impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose*

Peningkatan kadar glukosa darah di atas batas normal dan di bawah ambang diagnostik diabetes merupakan kriteria dari gangguan toleransi glukosa (IGT) dan glukosa puasa yang terganggu (IFG). Kondisi ini juga disebut intermediate hiperglikemia atau pradiabetes. Di IGT, kadar glukosa lebih tinggi dari biasanya, tetapi tidak cukup tinggi untuk membuat diagnosis diabetes (antara 7,8-11,0 mmol/L (140-199 mg/dl)) pada dua jam setelah OGTT. IFG adalah keadaan ketika kadar glukosa puasa lebih tinggi dari biasanya yaitu antara 6,1-6,9 mmol/ L (110 hingga 125 mg/dl). Prediabetes berisiko tinggi untuk berkembang menjadi diabetes tipe 2.

2.2.2 Etiologi Diabetes mellitus

Clevo & Margareth (2012) menyebutkan bahwa penyebab penyakit DM belum diketahui secara lengkap, akan tetapi ada beberapa faktor penyebab penyakit DM yang disesuaikan dengan tipe DM:

1. Diabetes mellitus tipe 1

a. Faktor genetik

Penderita diabetes mellitus tidak mewarisi diabetes itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya

diabetes mellitus tipe 1. Kecenderungan genetik tersebut ditentukan pada individu yang memiliki tipe *Human Leucocyte Antigen* (HLA) tertentu.

b. Faktor imunologi

Pada DM tipe 1 terbukti adanya suatu respon autoimun, hal itu merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan yang dianggap sebagai jaringan asing.

c. Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat menimbulkan destruksi sel beta pankreas sebagai hasil penyelidikan bahwa virus toksin tertentu dapat memicu autoimun sehingga dapat menimbulkan sekstrusi sel beta pankreas.

2. Diabetes mellitus tipe 2

Secara pasti penyebab DM tipe 2 belum diketahui, akan tetapi faktor genetik memiliki peran dalam proses terjadinya resistensi insulin. DM tipe 2 terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin atau akibat penurunan produksi insulin. DM tipe 2 banyak terjadi pada usia dewasa awal lebih dari 45 tahun. Penyakit DM berkembang secara lambat sehingga terkadang tidak terdeteksi. Kadar gula darah yang tinggi dapat menyebabkan kelemahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, proses penyembuhan luka yang lama, infeksi vagina, dan kelainan penglihatan.

2.2.3 Patofisiologi Diabetes mellitus

DM tipe 2 resistensi insulin pada otot dan liver serta kegagalan sel beta pankreas telah dikenal sebagai patofisiologi kerusakan sentral dari DM tipe-2. Belakangan diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat

daripada yang diperkirakan sebelumnya. Selain otot, liver dan sel beta, organ lain seperti: jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi inkretin), sel alpha pankreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa), dan otak (resistensi insulin), kesemuanya ikut berperan dalam menimbulkan terjadinya gangguan toleransi glukosa pada DM tipe-2 (Perkeni, 2015).

Secara garis besar patogenesis DM tipe-2 disebabkan oleh delapan hal berikut:

1. Kegagalan sel beta pankreas: Pada saat diagnosis DM tipe-2 ditegakkan, fungsi sel beta sudah sangat berkurang. Obat anti diabetik yang bekerja melalui jalur ini adalah sulfonilurea, meglitinid, GLP-1 agonis dan DPP-4 inhibitor.
2. Liver: Pada penderita DM tipe-2 terjadi resistensi insulin yang berat dan memicu glukoneogenesis sehingga produksi glukosa dalam meningkat.
3. Otot: Pada penderita DM tipe-2 didapatkan gangguan kinerja insulin yang multiple di intramioselular, akibat gangguan fosforilasi tirosin sehingga timbul gangguan transport glukosa dalam sel otot, penurunan sintesis glikogen, dan penurunan oksidasi glukosa.
4. Sel lemak: Sel lemak yang resisten terhadap efek antilipolisis dari insulin, menyebabkan peningkatan proses lipolysis dan kadar asam lemak bebas (FFA=*Free Fatty Acid*) dalam plasma. Peningkatan FFA akan merangsang proses glukoneogenesis, dan mencetuskan resistensi insulin di liver dan otot. FFA juga akan mengganggu sekresi insulin. Gangguan yang disebabkan oleh FFA ini disebut sebagai lipotoxicity.

5. Usus: Glukosa yang ditelan memicu respon insulin jauh lebih besar dibanding kalau diberikan secara intravena. Efek yang dikenal sebagai efek inkretin ini diperankan oleh 2 hormon GLP-1 (*glucagon-like polypeptide-1*) dan GIP (*glucose-dependent insulinotrophik polypeptide* atau disebut juga *gastric inhibitory polypeptide*). Pada penderita DM tipe-2 didapatkan defisiensi GLP-1 dan resisten terhadap GIP. Di samping hal tersebut inkretin segera dipecah oleh keberadaan enzim *DPP-4*, sehingga hanya bekerja dalam beberapa menit.
6. Sel Alpha Pankreas: Sel- α pankreas merupakan organ ke-6 yang berperan dalam hiperglikemia dan sudah diketahui sejak 1970. Sel- α berfungsi dalam sintesis glukagon yang dalam keadaan puasa kadarnya di dalam plasma akan meningkat. Peningkatan ini menyebabkan HGP dalam keadaan basal meningkat secara signifikan dibanding individu yang normal.
7. Ginjal: Ginjal merupakan organ yang diketahui berperan dalam patogenesis DM tipe-2. Ginjal memfiltrasi sekitar 163 gram glukosa sehari. 90% dari glukosa terfiltrasi ini akan diserap kembali melalui peran SGLT-2 (*Sodium Glucose co-Transporter*) pada bagian *convulated* tubulus proksimal, sedangkan 10% sisanya akan di absorpsi melalui peran SGLT-1 pada tubulus desenden dan asenden, sehingga akhirnya tidak ada glukosa dalam urine. Pada penderita DM terjadi peningkatan ekspresi gen SGLT-2.
8. Otak: Insulin merupakan penekan nafsu makan yang kuat. Pada individu yang obes baik yang DM maupun non-DM, didapatkan hiperinsulinemia yang merupakan mekanisme kompensasi dari resistensi insulin. Pada

golongan ini asupan makanan justru meningkat akibat adanya resistensi insulin yang juga terjadi di otak.

2.2.4 Faktor risiko Diabetes mellitus

Faktor risiko DM dapat dikelompokkan menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah ras dan etnik, umur, jenis kelamin, riwayat keluarga dengan diabetes mellitus, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lebih dari 4000 gram, dan riwayat lahir dengan berat badan rendah (kurang dari 2500 gram). Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi erat kaitannya dengan perilaku hidup yang kurang sehat, seperti berat badan lebih, obesitas abdominal/sentral, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dislipidemia, diet yang tidak sehat/tidak optimal, riwayat Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Gula Darah Puasa terganggu (GDP terganggu) dan merokok (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

Faktor risiko munculnya DM karena faktor keturunan memiliki risiko terkena DM sebanyak enam kali lebih besar jika salah satu atau kedua orang tuanya mengalami penyakit tersebut. Penderita DM dapat terserang dua masalah gula darah, yaitu hipoglikemia dan hiperglikemia. Sedangkan menurut *International Diabetes Federation* (2017) membedakan faktor risiko DM berdasarkan klasifikasinya:

1. DM tipe 1:

Faktor risiko yang sering terjadi pada DM tipe 1 adalah riwayat keluarga diabetes, genetika, infeksi dan pengaruh lingkungan.

1. DM tipe 2

Faktor risiko yang sering menyebabkan DM tipe 2 adalah obesitas, pola makan dan nutrisi yang buruk, kurangnya aktivitas fisik, prediabetes atau gangguan glukosa toleransi (IGT), merokok dan riwayat diabetes gestasional. Faktor-faktor lain termasuk asupan buah dan sayuran yang tidak memadai, serat makanan dan asupan makanan yang tinggi lemak jenuh.

2. Gestational Diabetes Mellitus

Faktor risiko untuk GDM termasuk usia yang lebih tua, kelebihan berat badan atau obesitas, kenaikan berat badan yang berlebihan selama kehamilan, riwayat keluarga diabetes dan riwayat keguguran atau kelahiran bayi dengan kelainan kongenital.

3. *Impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose*

Faktor risiko pradiabetes sama dengan diabetes tipe 2 yaitu: kelebihan berat badan, usia lanjut, pola makan yang buruk dan kelebihan kalori atau nutrisi yang buruk, kurangnya aktivitas fisik, merokok, dan riwayat keluarga.

2.2.5 Manifestasi klinis Diabetes mellitus

Gejala khas pada penderita DM berupa poliuria (kencing berlebih), polidipsia (haus berlebih), lemas dan berat badan turun meskipun nafsu makan meningkat (polifagia). Gejala lain yang mungkin dirasakan pasien adalah kesemutan, gatal, mata kabur, dan impoten pada pasien pria serta piuritis pada pasien wanita. DM memang tidak menunjukkan gejala khas yang mudah dikenali. Kesulitan dalam mengetahui gejala penyakit menyebabkan lebih dari 50% penderita tidak menyadari bahwa ia sudah mengidap DM (Saifunurmazah, 2013).

Hipoglikemia adalah kadar gula dalam darah sangat rendah, dihasilkan ketika terdapat insulin yang terlalu banyak sehingga menyebabkan penurunan gula darah. Reaksi ini biasanya terjadi tiba-tiba kulit berubah menjadi pucat dan basah, orang tersebut merasa gelisah, mudah marah dan bingung serta gampang lapar. Hiperglikemia adalah kadar gula darah yang sangat atau terlalu tinggi. Reaksinya terjadi secara berangsur-angsur seperti kulit kemerahan dan kering. Orang tersebut akan merasa ngantuk dan kesulitan bernafas, ingin muntah, lidah terasa kering. DM diasosiasikan dengan pengentalan pada pembuluh arteri oleh sampah-sampah atau kotoran dalam darah, akibatnya pasien DM menunjukkan tingkat yang tinggi untuk terkena resiko penyakit jantung koroner. DM juga menjadi penyebab utama kebutaan dan gagal ginjal pada orang dewasa. Selain itu, DM juga diasosiasikan dengan kerusakan sistem syaraf yang meliputi kehilangan rasa sakit dan sensasi-sensai lainnya. Selain hal-hal di atas, DM juga akan memperburuk fungsi tubuh yang lain misalnya gangguan makan dan sistem memori karena sistem saraf yang rusak pada orang tua (Saifunurmazah, 2013).

2.2.6 Komplikasi Diabetes mellitus

Hiperglikemi yang terjadi dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kerusakan berbagai sistem tubuh terutama syaraf dan pembuluh darah. Beberapa komplikasi dari diabetes yang sering terjadi menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2014):

1. Meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke
2. Neuropati (kerusakan saraf) di kaki yang dapat meningkatkan ulkus kaki, infeksi dan keharusan untuk amputasi kaki

3. Retinopati diabetikum yang merupakan salah satu penyebab utama kebutaan, terjadi akibat kerusakan pembuluh darah kecil di retina
4. Diabetes merupakan salah satu penyebab utama gagal ginjal
5. Resiko kematian penderita diabetes secara umum adalah dua kali lipat dibandingkan bukan penderita diabetes.

Dwijayanti (2016) menjelaskan bahwa komplikasi jangka lama termasuk penyakit kardiovaskuler (risiko ganda), kegagalan kronis ginjal (penyebab utama dialysis), kerusakan retina yang dapat menyebabkan kebutaan, serta kerusakan saraf yang dapat menyebabkan impotensi dan gangrene dengan risiko amputasi. Komplikasi akan menjadi buruk apabila Kontrol kadar gula juga buruk.

Tabel 2.1 Tabel komplikasi jangka panjang dari DM

| Organ/ jaringan yang terkena | Yang terjadi | Komplikasi |
|-------------------------------------|---|---|
| Pembuluh darah | Plak aterosklerotik terbentuk dan menyumbat arteri berukuran besar atau sedang di jantung, otak, tungkai dan penis. Dinding pembuluh darah kecil mengalami kerusakan sehingga pembuluh tidak dapat mentransfer oksigen secara normal dan mengalami kebocoran. | Sirkulasi buruk menyebabkan penyembuhan luka yang buruk sehingga dapat menyebabkan penyakit jantung, stroke, gangrene kaki dan tangan, impoten dan infeksi. |
| Mata | Terjadi kerusakan pada pembuluh darah kecil pada retina. | Gangguan penglihatan dan pada akhirnya bisa terjadi kebutaan. |
| Ginjal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penebalan pembuluh darah 2. Protein bocor ke dalam air kemih 3. Darah tidak disaring secara normal | Fungsi ginjal yang buruk sehingga dapat menyebabkan gagal ginjal. |
| Saraf | Kerusakan saraf karena glukosa tidak dimetabolisir secara normal dan aliran darah berkurang. | 1. Kelemahan tungkai yang terjadi secara tiba tiba dan perlahan. |

| Organ/ jaringan yang terkena | Yang terjadi | Komplikasi |
|------------------------------|---|--|
| | | 2. Berkurangnya rasa, kesemutan dan nyeri di kaki dan tangan. 3. Kerusakan saraf menahun. |
| Sistem otonom | Kerusakan pada saraf yang mengendalikan tekanan darah dan saluran pencernaan. | Tekanan darah yang naik turun, kesulitan menelan serta perubahan fungsi pencernaan disertai diare. |
| Kulit | Berkurangnya aliran darah ke kulit dan hilangnya rasa yang menyebabkan cedera berulang. | 1. Luka, infeksi dalam (ulkus diabetikum) 2. Penyembuhan luka yang buruk. |
| Darah | Gangguan fungsi sel darah putih | Mudah terkena infeksi, terutama infeksi saluran kemih dan kulit. |
| Jaringan ikat | Gluka tidak dimetabolir secara normal sehingga jaringan menebal atau berkontraksi. | Sindroma terowongan karpal, <i>kontraktur dupuytren</i> . |

2.3 Konsep Motivasi

2.3.1 Definisi

Motivasi dalam Bahasa latin disebut *movere* yang berarti dorongan dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Kata motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan. Kebutuhan merupakan suatu potensi dalam diri manusia yang ditanggapi dan direspon. Jika kebutuhan terpenuhi, maka akan muncul kembali keinginan untuk memenuhinya (S. Notoatmodjo, 2010).

Motivasi merupakan karakteristik psikologis manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Perasaan atau pikiran yang dapat mendorong seseorang untuk melakukan suatu pekerjaan atau menjalankan kekuasaan dalam berperilaku merupakan salah satu definisi dari motivasi. Ada tiga hal yang

terpenting dalam motivasi, yaitu hubungan antara kebutuhan, dorongan dan tujuan (Nursalam, 2015).

Batasan pengertian motivasi menurut (S. Notoatmodjo, 2010) sebagai berikut:

1. Motivasi adalah sebuah keinginan yang ada di dalam diri seseorang dan mendorongnya untuk melakukan perbuatan, tindakan, tingkah laku atau perilaku.
2. Motivasi merupakan suatu hal yang dapat menyebabkan atau mendukung suatu tindakan atau perilaku.
3. Motivasi merupakan suatu arahan dalam suatu organisasi agar dapat bekerja sama untuk mencapai suatu keinginan atau keberhasilan.
4. Motivasi merupakan suatu usaha yang dapat mempengaruhi seseorang untuk memaksimalkan suatu tujuan organisasi.
5. Motivasi digunakan sebagai dorongan dan usaha memuaskan kebutuhan suatu tindakan.
6. Motivasi merupakan perangsang keinginan dan daya penggerak kemauan untuk bertindak dan berperilaku.

2.3.2 Bentuk-bentuk motivasi

Sadirman dalam Nursalam (2015), sesuai dengan bentuknya motivasi terdiri atas:

1. Motivasi intrinsik

Motivasi intrinsik merupakan hal yang bersumber dari dalam individu itu sendiri. Yang dapat menimbulkan motivasi intrinsik, diantaranya adalah keperluan dan keinginan yang ada dalam diri seseorang. Hal ini akan mempengaruhi pikiran yang akan mengarahkan perilaku individu. Woolfolk

menjelaskan bahwa sumber dari motivasi intrinsik meliputi kebutuhan (*needs*), minat (*interest*), kesenangan (*enjoyment*) dan rasa ingin tahu (*curiosity*). Motivasi intrinsik tidak perlu lagi adanya *reward* dan *punishment*, hal ini dikarenakan terdapat dorongan yang murni dan berasal dari dalam individu itu sendiri.

Motivasi intrinsik dikelompokkan menjadi dua, yakni :

- 1) Fisiologis, motivasi alamiah seperti rasa lapar, haus dan lain sebagainya,
 - 2) Psikologis, motivasi yang terdiri dari rasa kasih dan sayang. Motivasi yang dapat menciptakan kehangatan, keharmonisan, kepuasan batin dalam berhubungan dengan sesama, mempertahankan diri, memperkuat diri dengan mengembangkan kepribadian, berprestasi, mendapatkan pengakuan dari orang lain serta memuaskan diri dengan penguasaan terhadap orang lain.
2. Motivasi ekstrinsik

Motivasi yang berasal dari luar individu atau dari lingkungan individu itu sendiri, seperti: motivasi eksternal dalam belajar yang dapat berupa penghargaan, pujian, hukuman yang diberikan oleh guru, teman atau keluarga. Woolfolk menjelaskan terdapat sumber motivasi ekstrinsik, diantaranya: imbalan (*rewards*), tekanan social (*social pressure*), dan penghindaran diri dari hukuman (*punishment*)

3. Motivasi terdesak

Motivasi yang berasal dari keadaan terjepit secara serentak dan menghentak dengan cepat.

2.3.3 Teori motivasi

Motivasi dalam pendekatan modern pada teori dan praktik terbagi menjadi lima kategori : (Stoner & Freeman dalam Nursalam, 2015)

1. Teori kebutuhan

Teori kebutuhan berfokus pada kebutuhan seseorang untuk hidup berkecukupan. Dalam praktiknya, teori kebutuhan berhubungan dengan apa yang dilakukan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya. Menurut teori ini, motivasi akan dimiliki seseorang pada saat belum mencapai tingkat kepuasan tertentu pada kehidupan, sehingga kebutuhan yang telah terpuaskan tidak akan lagi menjadi motivasi untuk melakukan sesuatu. Faktor yang memotivasi atau faktor yang menjadi penyebab kepuasan diantaranya adakah prestasi, pengakuan, tanggung jawab, dan kemajuan.

2. Teori keadilan

Teori keadilan didasarkan pada asumsi. Dalam teori ini yang menjadi faktor utama adalah evaluasi individu atau keadilan dari suatu penghargaan yang diterima. Teori ini menjelaskan bahwa individu akan termotivasi jika apa yang mereka dapatkan seimbang dengan usaha yang telah dilakukan.

3. Teori harapan

Teori ini menjelaskan tentang cara memilih dan bertindak atau bertingkah laku berdasarkan harapan.

4. Teori penguatan

Teori penguatan menunjukkan tentang bagaimana konsekwensi tingkah laku di masa lalu yang akan mempengaruhi tindakan di masa depan. Proses ini digambarkan sebagai berikut:

Rangsangan -> Respon -> Konsekuensi -> Respon masa depan

Teori ini menjelaskan bahwa seseorang akan termotivasi apabila ia memberikan respon pada rangsangan terhadap pola tingkah laku yang konsisten sepanjang waktu.

5. Teori prestasi

Teori ini menjelaskan bahwa kebutuhan individu diperoleh dari waktu ke waktu dan dibentuk oleh pengalaman hidup seseorang. Ada tiga jenis kebutuhan motivasi yaitu kebutuhan untuk berprestasi, berafiliasi dan berkuasa.

2.3.4 Unsur-unsur motivasi

Motivasi memiliki tiga unsur utama yakni kebutuhan, dorongan, dan tujuan. Kebutuhan terjadi apabila individu merasa terdapat ketidakseimbangan antara apa yang mereka miliki dengan apa yang mereka harapkan. Dorongan merupakan suatu hal mengenai kekuatan mental yang berorientasi pada pemenuhan harapan atau pencapaian tujuan. Dorongan yang berorientasi pada tujuan merupakan hal yang mendasar pada motivasi.

Motivasi memiliki sifat siklus melingkar, yakni motivasi timbul, memicu perilaku yang tertuju pada tujuan (goals) bila tujuan telah tercapai, maka secara otomatis motivasi akan terhenti. Apabila motivasi itu kembali pada keadaan awal, maka terjadi suatu kebutuhan lagi. Siklus tersebut merupakan siklus dasar dalam motivasi. Selain itu, terdapat faktor lain yang berperan dalam siklus motivasi, yaitu faktor kognitif. Faktor kognitif merupakan suatu proses mental seperti: berfikir, ingatan, dan persepsi (Su'udiyah, 2016) .

2.3.5 Metode Peningkatan Motivasi

Ada beberapa cara untuk meningkatkan motivasi:

1. Metode langsung (*direct motivation*) merupakan suatu metode dengan memberikan materi atau nonmateri, seperti pemberian materi berupa bonus atau hadiah dan nonmetric berupa pujian atau penghargaan.
2. Metode tidak langsung (*indirect motivation*) merupakan suatu kewajiban memberikan fasilitas atau sarana kesehatan kepada anggota suatu organisasi.

2.3.6 Cara pengukuran motivasi

Pengukuran motivasi pasien DM, salah satunya dikembangkan oleh William, Freedman dan Deci (1998) dalam Butler (2002) menggunakan Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ). TSRQ mengukur motivasi otonomi (intrinsik) dan motivasi kontrol (ekstrinsik). TSRQ pada mulanya digunakan untuk mengkaji perilaku sehat secara umum seperti alasan perubahan diet dan latihan fisik serta alasan berhenti merokok (William, Grow, Freedman, Ryan & Deci, 1996 dalam Butler, 2002). Sesuai perkembangannya maka dikembangkan TSRQ khusus untuk diabetes. seperti yang dilakukan oleh Zycinska *et al.* (2012) TSRQ digunakan untuk mengukur motivasi untuk mengubah perilaku berisiko dalam perspektif penentuan nasib sendiri dan digunakan untuk pasien dengan penyakit kronis di Polandia. TSRQ terdiri dari 19 item untuk mengukur motivasi otonomi dan kontrol, yang meliputi medikasi, pemeriksaan gula darah, diet dan latihan teratur. Instrumen ini terdiri dari 7 poin skala likert yaitu 1 untuk tidak benar sampai 7 untuk sangat benar. Nilai total yang tinggi merefleksikan motivasi yang baik (Butler, 2002).

2.4 Health Locus of Control

2.4.1 Definisi *health locus of control*

Konsep *health locus of control* (HLOC) diadaptasi berdasarkan teori *locus of control* dari Rotter (1966), sebuah teori belajar sosial yang menekankan pentingnya peran harapan kognitif dari sebuah hal yang mempengaruhi perilaku seseorang. Rotter (1996) menyebutkan bahwa sebagian dorongan untuk berperilaku ditentukan oleh lingkungannya, dan sebagian dorongan dari dirinya sendiri. *Locus of control* merupakan kepercayaan bahwa seseorang memiliki control pribadi atas berbagai situasi kehidupan. Keyakinan akan control tersebut dapat menentukan bagaimana seseorang akan bereaksi dan berfungsi sebagai *coping strategy* dalam menghadapi krisis kehidupan. Perbedaan antara *health locus of control* dan *locus of control* adalah *health locus of control* lebih fokus untuk menjelaskan fenomena terkait dengan kesehatan (Purwani, 2015).

Health locus of control (HLOC) didefinisikan sebagai keyakinan bahwa individu memiliki kendali atas kesehatan mereka. Persepsi bahwa kesehatan individu dibawah personal kontrol juga menentukan perilaku sehat seseorang. *Health locus of control* mengukur derajat sejauh mana persepsi individu dapat mengontrol kesehatan mereka. Seseorang dapat meyakini bahwa baik faktor internal maupun faktor eksternal memiliki kendali akan kesehatan. Manusia mempunyai *locus of control* atau pusat pengendali sebagai keyakinan seseorang terhadap sumber-sumber yang mengontrol peristiwa-peristiwa yang terjadi. Keyakinan kendali atas kesehatan berbeda-beda pada setiap penderita diabetes mellitus, karena disebabkan oleh penilaian dan pengalaman-pengalaman selama rentang kehidupannya. Pada sebagian penderita memperlihatkan perilaku positif,

mereka berusaha untuk memertahankan kelangsungan hidupnya dengan melakukan gaya hidup sehat supaya kadar gula dalam darah tetap normal (Pratita, 2012).

Health locus of control (HLOC) dapat dibagi menjadi dua yaitu HLOC internal dan HLOC eksternal. Seorang individu dengan HLOC yang tinggi akan memiliki kesehatan yang lebih baik karena individu cenderung mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatannya. Individu dengan *health locus of control internal* akan memiliki keyakinan bahwa individu tersebut mempunyai control atas kesehatan dirinya, sehingga individu tersebut akan bertanggung jawab terhadap kesehatannya dan mematuhi anjuran-anjuran untuk kestabilan gula darah pada penderita diabetes. Individu dengan *health locus of control* eksternal memiliki keyakinan bahwa kesehatan pada dirinya ditentukan oleh oranglain yang berpengaruh, seperti dokter, perawat, teman, keluarga dan Tuhan sehingga individu tersebut tidak memiliki tanggung jawab terhadap kesehatannya (Pratita, 2012).

2.4.2 Fungsi *health locus of control*

Pusat kendali memiliki dampak yang penting dalam kehidupan seseorang, termasuk hal kesehatan, kebahagiaan, kepuasan kerja dan kehidupan secara keseluruhan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu yang memiliki control internal tinggi akan memiliki usaha yang gigih dalam mencapai kesuksesan. Seseorang yang memiliki tingkat kontrol internal tinggi memiliki keuntungan karena hal tersebut berkaitan dengan tingkat optimism yang tinggi. Seseorang dengan tingkat kontrol tinggi akan memiliki motivasi yang tinggi untuk merain apapun dan mampu mengubah perilakunya dan akan lebih mudah

beradaptasi. Kontrol internal juga memiliki hubungan dengan ketekunan, sehingga membuat seseorang menjadi gigih menghadapi tantangan (O'Driscoll and Jeggo, 2006).

2.4.3 Indikator *health locus of control*

Health locus of control dan *locus of control* memiliki kesamaan konstruksi yang terdiri dari aspek internal dan eksternal.

1. Aspek Internal

Seseorang yang memiliki aspek internal percaya bahwa hasil dan perilaku mereka disebabkan oleh faktor dari dalam dirinya. Mereka selalu menghubungkan suatu peristiwa dengan faktor yang ada dari dalam dirinya sendiri. Orientasi *Health locus of control internal* terdiri dari satu katagori yaitu *internality* yang menyakini bahwa peristiwa yang terjadi dalam kehidupan ditentukan oleh kemampuan dan usaha yang dilakukan. Indikatornya disebut *Internal Health Locus of Control (IHLC)*.

2. Aspek Eksternal

Health locus of control eksternal terdiri dari *powerful others* dan *chance*. *Powerful others* yang menyakini bahwa kondisi kesehatan individu ditentukan oleh pihak luar dirinya yang lebih berkuasa. Penderita DM meyakini bahwa kondisi kesehatan dipengaruhi oleh dokter dan tenaga medis, keluarga, pasangan atau orang yang dianggap dapat mempengaruhi kondisi kesehatannya. *Chance* meyakini bahwa kondisi kesehatan individu telah ditentukan oleh nasib, takdir, dan kesuksesan atau kegagalan yang diraih karena faktor kesempatan atau kegagalan yang diraih karena faktor kesempatan atau keberuntungan. Indicator

dari *powerful others* dan *chance* disebut *Powerful Health Locus of Control (PHLC)* dan *Chance Health Locus of Control (CHLC)* (Purwani, 2015).

2.4.4 Pengukuran *Health Locus of Control*

Pengukuran *health locus of control* menggunakan instrumen pengukuran yaitu *The Multidimensional Health locus of control form C (The MHLC-C)*. instrumen ini dirancang untuk mengukur keyakinan atas control individu yang memiliki permasalahan kesehatan misalnya kanker dan diabetes. Perancangan instrumen ini memudahkan peneliti untuk menyesuaikan kata-kata tertentu yang dapat digunakan di berbagai kondisi.

MHLC-C berjumlah 18 item yang terdiri dari enam item pada setiap dimensi internal dan *chance faktor* serta tiga subskala item terpisah pada dimensi *powerful others*, yaitu dokter dan orang lain. Adapun beberapa respon dalam instrumen ini menggunakan skala *likert* yang terdiri dari empat pilihan jawaban yaitu “sangat setuju” sampai “sangat tidak setuju” (Wallston, Stein and Smith, 1994).

2.4.5 Karakteristik *health locus of control*

Phares (1992) menyatakan bahwa karakteristik individu yang memiliki *health locus of control eksternal* yaitu:

1. Bersikap patuh
2. Lebih konform terhadap otoritas atau berbagai pengaruh yang ada
3. Lebih mudah dipengaruhi dan tergantung pada petunjuk orang lain.

Karakteristik individu yang memiliki *health locus of control internal*, yaitu :

- 1) Lebih mandiri, lebih ulet, mempunyai daya tahan yang lebih kuat serta lebih tahan dalam menghadapi pengaruh sosial
- 2) Lebih mampu menunda pemuasan, tidak mudah terpengaruh dan lebih mampu menghadapi kegagalan
- 3) Lebih aktif dan ulet dalam mencari maupun menggunakan informasi yang relevan untuk menguasai keadaan.

2.5 Kepatuhan

2.6 Definisi kepatuhan

Secara umum, dalam kamus besar Bahasa Indonesia arti dari kata kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan (KBBI, 2017). Kepatuhan (*Adherence*) merupakan suatu perilaku seseorang untuk mengikuti saran medis ataupun kesehatan. Kepatuhan pada pengobatan berarti paham tentang bagaimana menggunakan pengobatan tersebut, sehingga klien menjadi termotivasi dalam melakukan pengobatan serta terapi sesuai cara yang telah ditentukan.

Notoatmojo, (2010) mendefinisikan bahwa kepatuhan adalah suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang menaati peraturan. Kepatuhan dibedakan menjadi dua, yakni kepatuhan penuh (*total compliance*) dimana penderita patuh secara sungguh-sungguh terhadap pengobatan, dan penderita tidak patuh (*non compiiance*) yaitu penderita tidak melakukan pengobatan.

2.6.1 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Dalam menjalani perilaku sehat, Green memberikan sebuah teori yang mempejari tentang faktor-faktor yang berkaitan dengan perilaku sehat. Menurut teori Green dalam Notoatmojo (2010) menjabarkan bahwa perilaku sehat seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

1. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan perilaku yang menjadi dasar atau motivasi perilaku. Faktor ini melingkupi sikap, keyakinan, nilai nilai, dan presepsi yang berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan tindakan. Selain itu status social-ekonomi, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat pengetahuan juga termasuk dalam faktor ini.

2. Faktor pemungkin (*Enabling factors*)

Faktor pemungkin (*Enabling factors*) merupakan hal yang memungkinkan sesuatu aspirasi bisa terlaksana, di dalamnya mencakup kemampuan sumberdaya seperti pelayanan kesehatan (termasuk didalamnya biaya, jarak, ketersediaan transportasi, waktu pelayanan dan ketrampilan petugas)

3. Faktor penguat (*Reinforcing factors*)

Faktor penguat (*Reinforcing factors*) merupakan faktor yang menguatkan untuk menerapkan sesuatu, berarti bisa bersifat positif ataupun negatif tergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan. Yang termasuk di dalam faktor penguat yaitu berasal dari tenaga kesehatan, kawan, keluarga atau pemimpin.

Terdapat berbagai faktor yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan yang bervariasi dalam penyakit diabetes mellitus dikelompokkan ke dalam empat kelompok, antara lain :

1. Terapi dan karakteristik penyakit

Ada tiga komponen terapi dan karakteristik penyakit yang berhubungan dengan kepatuhan yaitu kompleksitas terapi, lamanya penyakit (durasi), dan pemberian pelayanan perawatan. Semakin kompleks suatu terapi maka semakin berkurang kecenderungan pasien untuk mengikutinya. Durasi penderita diabetes memiliki hubungan negatif dengan kepatuhan, semakin lama seseorang menderita diabetes, semakin kurang kecenderungan untuk patuh terhadap terapi. Pasien dengan riwayat penyakit diabetes lebih lama dilaporkan lebih banyak makan makanan yang tidak sesuai, mengonsumsi lebih banyak porsi makanan yang mengandung lemak jenuh dan kurang baik dalam mengikuti perencanaan diet. Pemberian pelayanan perawatan diabetes sangat bervariasi tergantung pada bentuk terapi yang diberikan oleh tim kesehatan multi disiplin dan perawatan kepada pasien klinik yang diberikan oleh pemberi perawatn primer.

2. Faktor Intrapersonal

Ada tujuh variable yang dihubungkan dengan kepatuhan, yaitu usia, jenis kelamin, harga diri, *self-efficacy*, stress, depresi dan penyalagunaan alkohol.

1) Usia

Penderita Diabetes yang lebih tua memiliki tingkat manajemen yang lebih tinggi pada diet, olahraga, dan perawatan kaki daripada individ yang lebih muda (Xu, Pan dan Liu, 2010). Kepatuhan pemantauan kadar glukosa mandiri pada remaja lebih sering dilakukan daripada remaja yang lebih tua. Orang

dewasa yang lebih tua juga melakukan manajemen mandiri lebih baik daripada orang dewasa yang lebih muda.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga berhubungan dengan kepatuhan. Laki-laki dalam sampel penelitian DM tipe 1, ditemukan melakukan aktifitas fisik lebih banyak daripada perempuan. Akan tetapi mereka juga mengonsumsi kalori lebih banyak dibandingkan dengan perempuan.

3) Harga Diri

Tingkat harga diri berkaitan dengan tingginya kepatuhan terhadap aktifitas fisik yang dianjurkan, penggunaan dosis insulin dan perawatan gigi mandiri. Murph-Bennet, Thompson dan Morris dalam WHO (2003) menemukan bahwa rendahnya harga diri remaja dengan DM tipe 1 berhubungan dengan kurangnya frekuensi melakukan cek kadar glukosa darah.

4) *Self-efficacy*

Ott et al dalam WHO (*World Health Organization*, 2003) menyatakan bahwa *self-efficacy* adalah predictor kepatuhan terhadap perilaku perawatan diabetes pada DM tipe 1. Aljaseem dalam (*World Health Organization*, 2003) menunjukkan bahwa kepercayaan terhadap *self efficacy* dapat memprediksi kepatuhan terhadap pengobatan yang diresepkan pada 309 pasien dengan DM tipe 2 setelah mengontrol kepercayaan kesehatan dan persepsi terhadap hambatan.

5) Stress

Stress dan masalah emosi berhubungan dengan kepatuhan. Mollema et al. dalam (*World Health Organization*, 2003) melaporkan bahwa pasien yang

mempunyai ketakutan berlebih terhadap injeksi insulin atau pemantauan kadar glukosa darah memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah dan tingkat distress emosi yang lebih tinggi.

6) Depresi

Pasien yang mengalami depresi lebih cenderung mengalami komplikasi diabetes, memiliki kontrol glikemik yang jelek dan kurang terhadap perilaku perawatan diri daripada pasien yang tidak depresi.

7) Penyalagunaan Alkohol

Pola penggunaan alkohol dengan kualitas manajemen diabetes mandiri. Johnson, Bzargan dan Bing dalam (*World Health Organization, 2003*) yang mempelajari pasien DM tipe 2 dari kelompok minoritas di Los Angeles, California menemukan bahwa konsumsi alkohol dalam 30 hari sebelumnya berhubungan dengan rendahnya kepatuhan diet, pemantauan kadar glukosa darah, medikasi oral dan ketepatan janji dengan tenaga kesehatan.

2.6.2 Kepatuhan diet

Efektivitas manajemen diabetes pada akhirnya tergantung pada kepatuhan. Oleh karena itu pasien perlu memahami prinsip dan pentingnya diet 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 pemeriksaan periodik control metabolik dan kehadiran atau perkembangan komplikasi (*World Health Organization, 2016*). Hal yang menjadi bagian efektif dalam pengobatan DM non-farmakologis adalah diet dan aktifitas fisik (*International Diabetes Federation, 2017*).

International Diabetes Federation (2017) merekomendasikan diet yang sehat sebagai berikut:

1. Memilih air, sebagai pengganti kopi, the, jus buah, soda dan minuman manis lainnya.
2. Makan tiga kali sehari dengan makan sayuran dan buah setiap harinya.
3. Memilih kacang, sepotong buah segar atau yogurt yang tidak manis untuk camilan.
4. Menghindari minum alkohol
5. Memilih daging yang mengandung sedikit lemak, daripada unggas atau seafood.
6. Memilih mentega kacang daripada cokelat.
7. Memilih makan nasi merah daripada nasi putih.
8. Memilih minyak rendah lemak daripada mentega, minyak hewani atau minyak kelapa.

2.6.3 Terapi diet DM

DM dapat dikendalikan dengan baik dengan cara: diet, olahraga dan terapi obat antidiabetik. Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan DM (Perkeni, 2015). Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes mellitus. Apabila kepatuhan diet dilakukan oleh pasien DM, maka pengobatan secara primer maupun sekunder dapat terlaksana secara optimal. Apabila penderita DM tidak mempunyai kesadaran diri untuk bersikap patuh maka dapat menyebabkan kegagalan dalam pengobatan yang berakibat pada penurunan kesehatan. Ketidakpatuhan dalam menjaga kesehatan, berdampak pada komplikasi penyakit DM dan bisa berujung

pada kematian (Saifunurmazah, 2013). Mengatur pola makan pasien DM tidak mudah, pasti akan timbul kejenuhan bagi pasien DM karena menu yang dikonsumsi serba dibatasi.

Terapi diet untuk penderita DM akan menentukan keberhasilan pengendalian gula darah agar komplikasi tidak terjadi ataupun membuat komplikasi dapat teratasi. Terapi diet penderita DM bukan berupa larangan makanan, melainkan mengenai pemilihan makanan yang benar. Pada penderita DM tipe 1, makan banyak atau sedikit dibarengi dengan suntikan insulin, sedangkan untuk DM tipe 2 penderita umumnya terkena obesitas dan insulinnya tidak bekerja dengan baik, sehingga diet untuk penderita DM tipe 2 tidak hanya untuk mengatur kadar gula dalam darah, akan tetapi untuk menurunkan berat badan.

2.6.4 Tujuan terapi diet DM

Tujuan dari terapi DM adalah sebagai berikut:

1. Memperbaiki kesehatan umum dari penderita DM
2. Mengontrol berat badan untuk menuju normal dan ideal sesuai perhitungan status gizi sendiri
3. Memperhatikan glukosa darah dalam batas normal
4. Menekan atau menunda timbulnya penyakit komplikasi seperti penyakit jantung, pembuluh darah otak dan penyakit ginjal
5. Memberikan modifikasi diet dan penentuan makan sesuai dengan kondisi penderita, seperti penderita DM yang hamil atau penderita yang disertai dengan penyakit lainnya

6. Menjadikan kehidupan sosial penderita DM sama dengan kehidupan social orang lain yang hidup tanpa DM (Tandra, 2013).

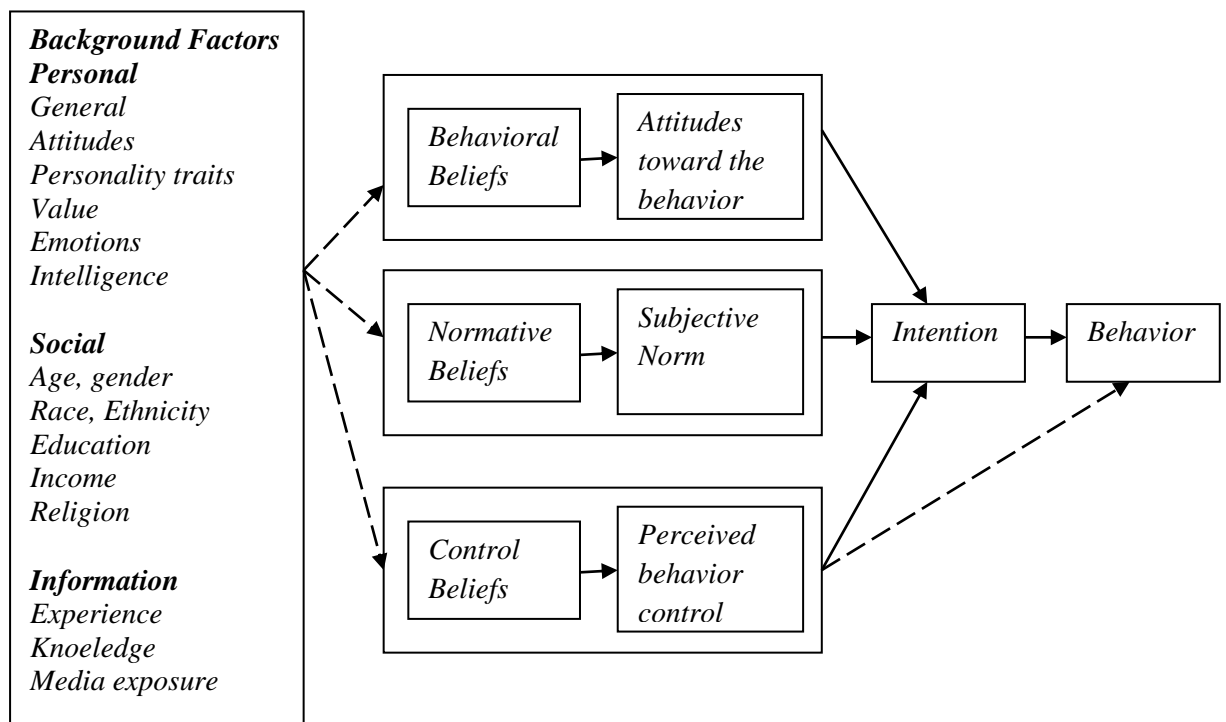
2.7 Theory of planned behavior

Theory of Planned Behavior (TPB) merupakan pengembangan *Theory of Reasoned Action* (TRA) yang dicetuskan pertama kali oleh Ajzen pada tahun 1980 (Ajzen, 1985). Dalam *Theory of Reasoned Action* (TRA) ini disusun menggunakan asumsi dasar bahwa manusia berperilaku secara sadar dan mempertimbangkan segala informasi yang telah tersedia. Teori ini menghubungkan antara sikap (*attitude*), keyakinan (*belief*), kehendak (*intention*). Dalam *Theory of Planned Behavior*, seseorang dapat bertindak berdasarkan niat (*intention*) hanya ketika individu tersebut memiliki kontrol terhadap perilakunya (Ajzen, 2002). Teori ini tidak hanya menekankan pada rasionalitas dari tingkah laku manusia, tetapi juga keyakinan bahwa tingkah laku seseorang berada di bawah kontrol kesadaran individu tersebut (Ajzen, 2005).

Theory of Planned Behavior, Ajzen (2005) menambahkan variabel yang belum ada dalam TRA, yaitu kontrol perilaku yang dirasakan (*perceived behavioral control*). Variabel ini ditambahkan sebagai upaya memahami keterbatasan individu dalam melakukan perilaku tertentu. Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukannya suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma subyektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukan bersumber pada keyakinan terhadap kontrol tersebut.

Ajzen (2005) menambahkan peran *Background Factors* di dalam *Theory of Planned Behavior* dalam buku *Attitudes Personality and Behaviour*. Ajzen mendefinisikan *Background Factors* sebagai faktor yang memiliki potensi penting

mempengaruhi *behavioral beliefs*, *normative beliefs*, dan *control beliefs* yang hasilnya dapat mempengaruhi intense dan tindakan yang kita lakukan. *Background factors* dapat dijadikan sebagai faktor pelengkap identifikasi faktor yang mempengaruhi intensi. *Background factors* pada dasarnya adalah sifat yang hadir di dalam diri seseorang. Ajzen (2005) memasukkan tiga faktor latar belakang yakni personal, sosial dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, seperti: ciri kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media.



Gambar 2.1 Diagram *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 2005).

Model teoritik dari *Theory of Planned Behavior* atau teori perilaku yang direncanakan mengandung berbagai variabel, yaitu :

1. *Behavioral Beliefs*

Behavioral beliefs merupakan berbagai hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif. Sikap terhadap perilaku atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut. Dapat disimpulkan bahwa behavioral belief merupakan keyakinan seseorang tentang kemungkinan yang akan terjadi setelah ditampilkannya perilaku tertentu.

2. *Normative Beliefs*

Normative beliefs atau keyakinan normatif keyakinan normatif berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan. Menurut Ajzen (2005), faktor lingkungan sosial khususnya orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu (*significant others*) dapat mempengaruhi keputusan individu. Dapat disimpulkan bahwa *normative beliefs* adalah yaitu keyakinan bahwa tindakan atau perilaku seseorang didukung atau tidak oleh orang tertentu di sekitarnya maupun masyarakat.

3. *Control Beliefs*

Control beliefs merupakan keyakinan dari dalam diri individu bahwa suatu perilaku yang dilaksanakan dapat diperoleh dari berbagai hal, pertama adalah pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain misalnya teman, keluarga dekat dalam melaksanakan perilaku itu sehingga ia memiliki keyakinan bahwa ia pun akan dapat melaksanakannya. Keyakinan individu mengenai suatu

perilaku akan dapat dilaksanakan, ditentukan juga oleh ketersediaan waktu untuk melaksanakan perilaku tersebut, tersedianya fasilitas dan adanya kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku, selain pengetahuan, keterampilan dan pengalaman. Dari berbagai pendapat sebelumnya dapat disimpulkan bahwa *control belief* adalah keyakinan individu mengenai bisa tidaknya untuk mengontrol perilaku tertentu.

Selain dari ketiga variabel tersebut, terdapat variabel utama dalam *Theory of Planned Behavior*, yakni *attitude toward behavior*, *subjective norms*, *perceived behavioral control*, dan *intention*.

1. *Attitude toward behavior*

Ajzen (2005) mengemukakan bahwa sikap terhadap perilaku ini ditentukan oleh keyakinan yang diperoleh mengenai konsekuensi dari suatu perilaku atau disebut juga *behavioral beliefs*. *Belief* berkaitan dengan penilaian-penilaian subjektif seseorang terhadap dunia sekitarnya, pemahaman mengenai diri dan lingkungannya. Bagaimana cara mengetahui *belief*, dalam teori perilaku direncanakan ini, Ajzen menyatakan bahwa *belief* dapat diungkapkan dengan cara menghubungkan suatu perilaku yang akan kita prediksi dengan berbagai manfaat atau kerugian yang mungkin diperoleh apabila kita melakukan atau tidak melakukan perilaku itu. Keyakinan ini dapat memperkuat sikap terhadap perilaku berdasarkan evaluasi dari data yang diperoleh bahwa perilaku itu dapat memberikan keuntungan bagi pelakunya. Seseorang yang percaya bahwa berperilaku tertentu akan mengarahkan pada hasil yang positif, maka individu tersebut akan memiliki sikap *favorable*.

Sedangkan apabila seseorang percaya bahwa berperilaku tertentu akan mengarahkan pada hasil yang negatif, maka individu tersebut akan bersikap *unfavorable* (Ajzen, 1985).

2. *Subjective norm*

Norma subjektif adalah perasaan atau dugaan-dugaan seseorang terhadap harapan-harapan dari orang-orang yang ada di dalam kehidupannya tentang dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tertentu, karena perasaan ini sifatnya subjektif maka dimensi ini disebut norma subjektif (*subjective norm*). Hubungan sikap terhadap perilaku sangat menentukan, maka norma subjektif juga dipengaruhi oleh keyakinan, bedanya adalah apabila hubungan sikap terhadap perilaku merupakan fungsi dari keyakinan terhadap perilaku yang akan dilakukan (*behavioral belief*) maka norma subjektif adalah fungsi dari keyakinan seseorang yang diperoleh atas pandangan orang-orang lain yang berhubungan dengannya (*normative belief*). *Subjective norm* tidak hanya ditentukan oleh *referent*, tetapi juga ditentukan oleh *motivation to comply* atau keinginan untuk mengikuti. Secara umum, individu yang yakin bahwa kebanyakan *referent* akan menyetujui dirinya berperilaku tertentu, dan adanya motivasi untuk mengikuti perilaku tertentu, maka individu tersebut akan merasakan tekanan sosial untuk melakukannya. Sebaliknya, individu yang yakin bahwa kebanyakan *referent* akan tidak menyetujui dirinya berperilaku tertentu, dan tidak adanya motivasi untuk mengikuti perilaku tertentu, maka hal ini akan menyebabkan *subjective norm* yang menempatkan tekanan pada diri individu tersebut untuk menghindari perilaku (Ajzen, 2005).

3. *Perceived behavioral control*

Persepsi kontrol perilaku atau disebut juga dengan kontrol perilaku adalah perasaan seseorang mengenai mudah atau sulitnya mewujudkan suatu perilaku tertentu, (Ajzen, 2005). Ajzen menjelaskan tentang perasaan yang berkaitan dengan perilaku kontrol dengan cara membedakannya dengan *locus of control* atau pusat kendali yang dikemukakan oleh Rotter's. Pusat kendali berkaitan dengan keyakinan seseorang yang relatif stabil dalam segala situasi. Persepsi kontrol perilaku dapat berubah tergantung situasi dan jenis perilaku yang akan dilakukan. Pusat kendali berkaitan dengan keyakinan individu bahwa keberhasilannya melakukan segala sesuatu tergantung pada usahanya sendiri. Keyakinan ini berkaitan dengan pencapaian yang spesifik, misalnya keyakinan dapat menguasai keterampilan menggunakan computer dengan baik disebut kontrol perilaku (*perceived behavioral control*).

Ajzen (2002) menjelaskan bahwa perilaku seseorang tidak hanya dikendalikan oleh dirinya sendiri, tetapi juga membutuhkan kontrol, misalnya berupa ketersediaan sumber daya dan kesempatan bahkan keterampilan tertentu. *Perceived behavioral control* merepresentasikan kepercayaan seseorang tentang seberapa mudah individu menunjukkan suatu perilaku. Ketika individu percaya bahwa dirinya kekurangan sumber atau tidak memiliki kesempatan untuk menunjukkan suatu perilaku, maka individu tidak akan memiliki intensi yang kuat untuk menunjukkan perilaku tersebut.

4. *Intention*

Intensi menurut Ajzen (1985), merupakan komponen dalam diri individu yang mengacu pada keinginan untuk melakukan tingkah laku tertentu. Intensi

adalah kesungguhan niat seseorang untuk melakukan perbuatan atau memunculkan suatu perilaku tertentu. Intensi menghubungkan antara pertimbangan yang mendalam, yang diyakini dan diinginkan oleh seseorang dengan tindakan tertentu.

Menurut *Theory of Planned Behavior*, seseorang dapat bertindak berdasarkan intensi atau niatnya hanya jika orang tersebut memiliki control terhadap perilakunya (Ajzen, 2002). Teori ini tidak hanya menekankan pada rasionalitas dari tingkah laku manusia, tetapi juga pada *belief* bahwa target tingkah laku berada di bawah kontrol kesadaran individu tersebut. Suatu tingkah laku tidak hanya bergantung pada intensi seseorang, melainkan juga pada factor lain yang tidak ada di bawah kontrol dari individu, misalnya ketersediaan sumber dan kesempatan untuk menampilkan tingkah laku tersebut (Ajzen, 2005).

2.8 Keaslian Penelitian

Tabel 2.2 Keaslian penelitian hubungan motivasi dan *health locus of control*

dengan kepatuhan diet Diabetes mellitus

| No | Judul | Metode | Hasil |
|----|--|---|--|
| 1. | Hubungan <i>Health Locus of Control</i> dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diet DM Tipe 2 di Paguyuban DM Puskesmas III Denpasar Utara (Adnyani, I. A. P., Widyanthari, D. M. & Saputra, 2011) | D: Penelitian non eksperimental korelasional dengan rancangan deskriptif analitik S: Pasien yang sudah mendapatkan edukasi mengenai DM dan pasien yang mendapatkan edukasi gizi minimal satu kali V: <i>Health Locus of Control</i> dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diet DM Tipe 2 I: kuisisioner <i>health locus of control form A</i> dan wawancara menggunakan <i>form food recall</i> 1x24 jam A: uji <i>fisher</i> | Terdapat hubungan yang signifikan antara <i>health locus of control</i> dengan kepatuhan penatalaksanaan diet dengan nilai p value sebesar 0,002 (p value <0,05) |
| 2. | Hubungan Dukungan Pasangan dan <i>Health Locus of Control</i> Dengan Kepatuhan dalam Menjalani Proses Pengobatan Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe-2 (Pratita, 2012) | D: kuantitatif korelasional S: orang berusia dewasa madya antara 40-60 tahun karena mereka merupakan jumlah mayoritas yang mengidap diabetes mellitus tipe 2 V: Dukungan Pasangan dan <i>Health Locus of Control</i> Dengan Kepatuhan dalam Menjalani Proses Pengobatan I: angket identitas, angket dukungan pasangan, angket HLOC, dan angket kepatuhan dalam menjalani pengobatan A: analisis statistik, yaitu pengujian regresi berganda dan korelasi parsial | Hasil uji statistik dukungan pasangan dengan kepatuhan mengontrol HLOC diperoleh R = .2978, sig= 0.58, dan hasil uji statistik HLOC dengan kepatuhan mengontrol dukungan pasangan R = .7427, sig = .000, sig < .01. Hal ini menunjukkan bahwa apabila dukungan pasangan dan HLOC diuji secara bersama-sama dengan kepatuhan maka dukungan pasangan dan HLOC memiliki pengaruh besar pada kepatuhan. Dukungan pasangan dan HLOC diuji secara terpisah dengan kepatuhan maka dukungan pasangan tidak berpengaruh terhadap kepatuhan, sedangkan HLOC memiliki |

| No | Judul | Metode | Hasil |
|----|---|---|--|
| | | | pengaruh yang besar terhadap kepatuhan. |
| 3. | Correlates of <i>Health Locus of Control</i> among Patients Diagnosed with Type-II Diabetes Mellitus (Al and Hamdan-mansour, 2015) | <p>D: <i>Cross-sectional</i></p> <p>S: 791 pasien yang didiagnosis dengan diabetes mellitus tipe-II</p> <p>V: Health Locus of Control</p> <p>I: <i>Health Locus of Control</i> menggunakan kuisisioner <i>Multidimensional Health Locus of Control Scale</i> (MHLCS Form C)</p> <p>Self-Efficacy diukur dengan menggunakan skala Self-Efficacy for Diabetes</p> <p>A: Data dikumpulkan dengan menggunakan rancangan cross-sectional, dari 793 pasien diabetes tipe-II dalam hal health locus of control (HLOC), self-efficacy dan biomarker.</p> | <p><i>Health Locus of Control</i> memiliki korelasi positif dan signifikan dengan <i>self efficacy</i> ($r = 0,18$, $p > 0,01$) dan hubungan negatif dengan HbA1C ($r = -0,11$, $p > 0,01$). Selain itu, umur tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan <i>Health Locus of Control</i>.</p> |
| 4. | Hubungan Motivasi dengan Kepatuhan Diet Diabetes mellitus pada Pasien Diabetes mellitus di Desa Tangkil Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II Kabupaten Pekalongan (Indarwati <i>et al.</i> , 2012) | <p>D: deskriptif korelatif dengan pendekatan cross sectional</p> <p>S: Keseluruhan pasien DM di Desa Tangkil Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni II sebanyak 53 responden</p> <p>V: Motivasi diet dengan Kepatuhan Diet Diabetes mellitus</p> <p>I: Kuesioner motivasi dan kuesioner kepatuhan diet</p> <p>A: Uji chi square</p> | <p>Terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan kepatuhan diet DM dengan p value 0,002. Responden yang memiliki motivasi rendah sebanyak 29 responden: 22 responden (75,9%) tidak patuh dalam melakukan diet DM dan 7 responden (24,1%) patuh dalam melakukan diet DM dan responden yang memiliki motivasi tinggi sebanyak 24 responden: 7 responden (29,2%) tidak patuh dalam melakukan diet DM dan 17 responden (70,8%) patuh dalam melakukan diet DM</p> |
| 5. | Pengaruh Health Locus of Control terhadap kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi (Indriyati, D. S. & | <p>D: penelitian kuantitatif dengan bentuk asosiatif</p> <p>S: menderita hipertensi lebih dari 6 bulan, jenis kelamin perempuan atau laki-laki, usia 40 sampai 60 tahun, penderita hipertensi rawat jalan di</p> | <p>Terdapat pengaruh health locus of control terhadap kepatuhan diet pada penderita hipertensi di Puskesmas Nogosari Kecamatan Rambipuji Kabupaten Jember ($F=$</p> |

| No | Judul | Metode | Hasil |
|----|---|---|---|
| | Widyarini, 2012) | <p>Puskesmas Nogosari, pendidikan minimal SMP Sampel pada penelitian ini berjumlah 65 orang penderita hipertensi yang berusia diatas 40 tahun</p> <p>V: Health Locus of Control terhadap kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi</p> <p>I: skala multidimensional health locus of control yang telah dimodifikasi terdiri 3 subskala yaitu internal, chance dan powerful others serta skala kepatuhan diet</p> <p>A: analisis regresi dan analisis data</p> | <p>51,927, $p < 0,05$) yang artinya terdapat hubungan positif yang signifikan antara internal health locus of control dengan kepatuhan diet hipertensi dan terdapat hubungan negatif yang signifikan antara externalhealth locus of control dengan kepatuhan diet hipertensi</p> |
| 6. | <p>Hubungan antara <i>Self Efikasi</i> dengan <i>Health Locus of Control</i> pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Anggota Perkumpulan Senam Diabetes di Puskesmas Pakis Surabaya (Nuraini, 2014)</p> | <p>D: Kuantitatif</p> <p>S: anggota PERSADIA di puskesmas Pakis Surabaya, dengan populasi sebanyak 34 orang</p> <p>V: Self Efikasi dengan Health Locus of Control</p> <p>I: kuesioner self-efficacy dengan alat ukur Diabetes Empowerment Scale (DES) dengan reliabilitas 0,79 dan HLC dengan alat ukur Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) dengan reliabilitas dibagi berdasarkan dimensi-dimensinya</p> <p>A: teknik statistik Spearman's Rho dengan bantuan SPSS 16.0 for windows</p> | <p>Tidak terdapat hubungan antara self-efficacy dengan HLC, dalam hal ini yang diteliti adalah aspek internal health locus of control, powerful others health locus of control, dan chance health locus of control pada penderita diabetes mellitus tipe 2 anggota PERSADIA di puskesmas Pakis Surabaya. Hasil penelitian ini mengindikasi bahwa pada subjek penderita diabetes mellitus tipe 2 anggota PERSADIA di puskesmas Pakis Surabaya, self- efficacy dengan HLC dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak dicontrol dalam penelitian ini.</p> |

| No | Judul | Metode | Hasil |
|----|--|---|---|
| 7. | Hubungan Motivasi dengan Kepatuhan Diet Diabetes pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Puskesmas Sempaja Samarinda (Muflihatin, S. K & Komala, 2016) | D: Deskriptif korelasional dengan pendekatan <i>Cross Sectional</i> S: 42 responden pasien diabetes mellitus tipe II yang berobat di Puskesmas Sempaja Samarinda dengan teknik pengambilan sampel <i>Nonprobability sampling</i> dengan <i>total sampling</i> V: Motivasi dengan Kepatuhan Diet Diabetes pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II I: kuesioner A: cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu saat (<i>point approach</i>) | Terdapat hubungan antara motivasi dengan kepatuhan diet diabetes pada pasien diabetes mellitus tipe II di Puskesmas Sempaja Samarinda dengan nilai <i>p value</i> motivasi dan kepatuhan diet 0.012. |
| 8. | Hubungan Motivasi Diri dan Pengetahuan Gizi terhadap Kepatuhan Diet DM pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Rawat Jalan di RSUD Karanganyar (Risti and Isnaeni, 2017) | D: Penelitian observasional dengan pendekatan <i>Cross Sectional</i> . S: Pasien DM Tipe II rawat jalan yang memenuhi syarat ketentuan dengan jumlah sebanyak 52 orang dengan cara <i>accidental sampling</i> V: Motivasi Diri dan Pengetahuan Gizi terhadap Kepatuhan Diet DM I: Data motivasi diri, pengetahuan gizi dan kepatuhan diet diperoleh dari hasil wawancara A: uji statistik <i>Chi Square</i> | Ada hubungan antara motivasi diri dengan kepatuhan diet DM pada pasien DM tipe II rawat jalan di RSUD Karanganyar, dengan nilai $p=0,002$ (OR= 6,222; 95% CI= 1,836-21,090). Tidak ada hubungan antara pengetahuan gizi dengan kepatuhan diet DM pada pasien DM Tipe II rawat jalan di RSUD Karanganyar dengan nilai $p=0,376$ (OR= 1,651; 95% CI= 0,543-5,020) |
| 9. | Locus of Control Among Diabetic and Non-diabetic Patients - A Comparative Study (Thomas, Kamalanabhan and Vasanthi, 2004) | D: Kuantitatif S: Sebanyak 100 sampel dari 50 pasien diabetes dan 50 individu non-diabetes digunakan untuk penelitian ini. Dari antara sampel ada 25 laki laki dan 25 wanita. V: faktor psikologis penderita diabetes dan non diabetes I: Kuesioner survei Lochi digunakan dalam penelitian ini. instrumen survei Lochi | Faktor internal dan eksternal pada Locus of Control bila dibandingkan antara penderita diabetes dan non diabetes menunjukkan bahwa individu diabetes memiliki nilai lebih tinggi pada semua parameter daripada non diabetes. Di antara kelompok diabetes, wanita menunjukkan nilai yang lebih tinggi pada |

| No | Judul | Metode | Hasil |
|----|-------|---|--|
| | | <p>mengukur <i>Locus of control</i> dalam kaitannya dengan tiga aspek kesehatan. Menyembuhkan penyakit, pencegahan kesehatan yang buruk dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Ini mengukur dua jenis Internalitas: personal (IP) dan kolektif (IC) dan empat jenis eksternalitas: keberuntungan (EL), takdir (EF), Tuhan (EG) dan dokter (DE).</p> <p>A: Data dikumpulkan dari pasien diabetes yang mengunjungi klinik diabetes di rumah sakit Vijaya, rumah sakit Hande dan sekolah kedokteran Kilpauk. Data dari individu non-diabetes dikumpulkan dari masyarakat</p> | <p>semua parameter dibandingkan dengan pria. Individu diabetes wanita menunjukkan nilai yang lebih tinggi terhadap externality god (EG) and diabetic male towards externality doctor (ED). Nilai yang lebih rendah pada Personalitas Pribadi (IP) diamati antara kelompok laki-laki dan perempuan. Di antara non-diabetes, tidak ada perbedaan mencolok yang terlihat pada berbagai parameter Internalitas dan Eksternalitas. Korelasi negatif untuk sebagian besar faktor Internalitas dan Eksternalitas diamati di antara kelompok diabetes dan non-diabetes. Namun, korelasi negatif hanya diamati di DE (Externality Doctor) di kalangan perempuan diabetes dan non-diabetes. n, korelasi positif te - la kelompok diabetes dan non-diabetes wanita.</p> |

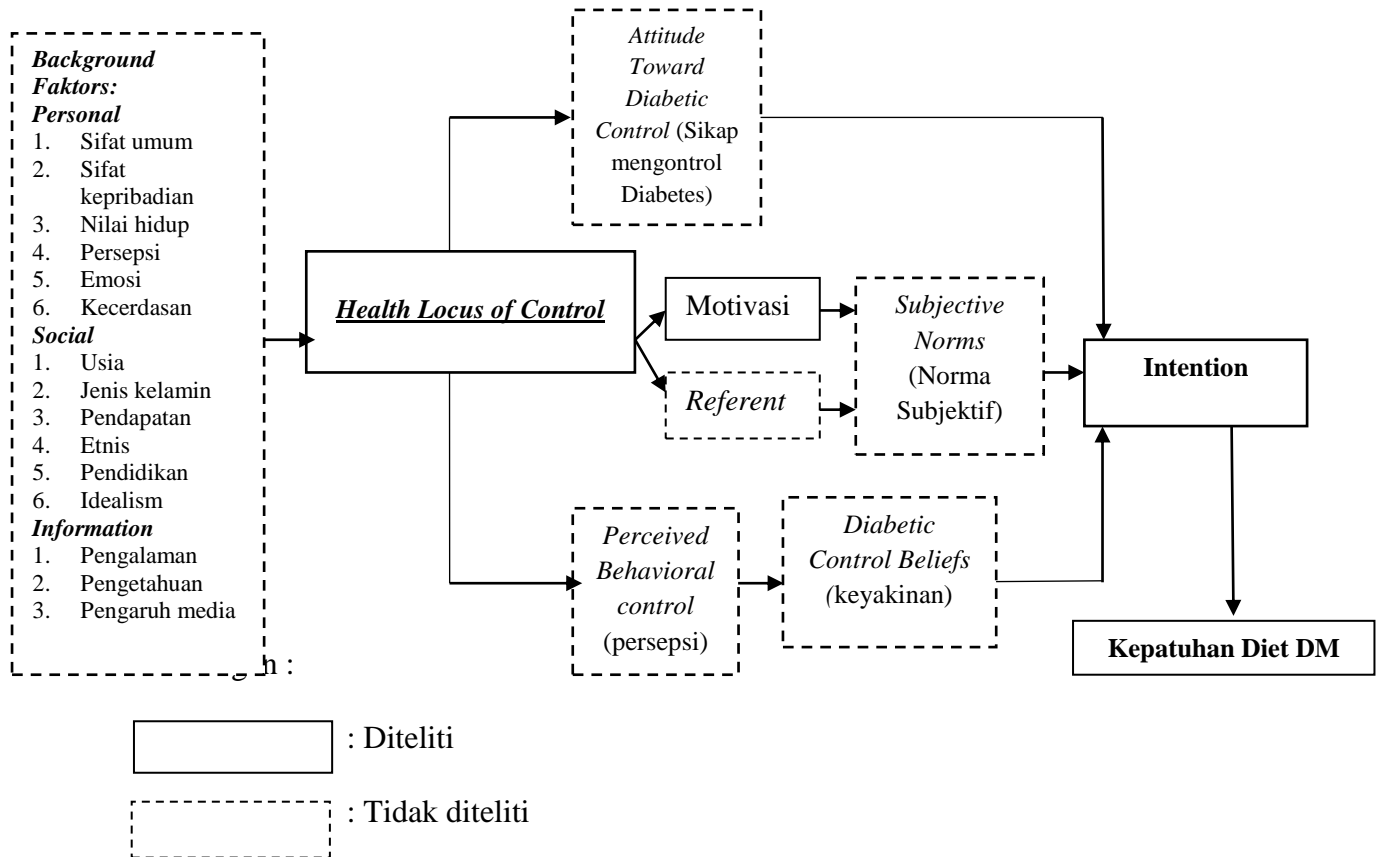
Kata kunci: Diabetes mellitus, Motivasi, *Health locus of control*, kepatuhan

diet DM.

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada Diabetes mellitus

Bagan diatas mengkorelasikan variabel dengan *Theory of Planned Behavior*. Ajzen (2005) menyebutkan terdapat peran *Background Factors* di dalam *Theory of Planned Behavior* dalam buku *Attitudes Personality and Behaviour*. Ajzen mendefinisikan *Background Factors* sebagai faktor yang memiliki potensi penting mempengaruhi intensi dan tindakan yang kita lakukan. Yuskas (2016) menjelaskan bahwa *Health Locus of Control* salah satu faktor yang mempengaruhi suatu perilaku. Seorang individu dengan *Health Locus of Control* yang tinggi akan memiliki kesehatan yang lebih baik karena individu cenderung

mengambil tindakan untuk meningkatkan kesehatannya. *Health Locus of control* terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Individu dengan *health locus of control internal* akan memiliki keyakinan bahwa individu tersebut mempunyai kontrol atas kesehatan dirinya, sehingga individu tersebut akan bertanggung jawab terhadap kesehatannya dan mematuhi anjuran-anjuran untuk kestabilan gula darah pada penderita diabetes. Individu dengan *health locus of control* eksternal memiliki keyakinan bahwa kesehatan pada dirinya ditentukan oleh orang lain yang berpengaruh, seperti dokter, perawat, teman, keluarga dan Tuhan sehingga individu tersebut tidak memiliki tanggung jawab terhadap kesehatannya (Pratita, 2012).

Berdasarkan *Theory of Planned Behavior*, suatu niat untuk melakukan pengendalian DM dipengaruhi oleh tiga faktor yakni *attitude toward diabetic control*, *subjective norm*, *perceived behavioral control*. Sikap tentang pengendalian DM (*attitude toward diabetes control*) merupakan faktor yang dapat mendorong penderita untuk berniat mengadopsi perilaku pengendalian. Ajzen (2002) menjelaskan bahwa perilaku seseorang tidak hanya dikendalikan oleh dirinya sendiri, tetapi juga membutuhkan kontrol, oleh karena itu pembentukan *perceived Behavioral control* juga dipengaruhi oleh *Health Locus of Control*. Pada *norma subjektif* atau perasaan seseorang terhadap harapan-harapan dari orang-orang yang ada di dalam kehidupannya tentang dilakukan atau tidak dilakukannya perilaku tertentu. Norma subjektif adalah fungsi dari keyakinan seseorang yang diperoleh atas pandangan orang-orang lain yang berhubungan dengannya (*normative belief*). Salah satu yang menentukan *subjective norm* adalah *referent* dan *motivation to comply* atau motivasi atau disebut sebagai

keinginan untuk mengikuti. Dengan adanya motivasi untuk mengikuti perilaku tertentu, maka individu tersebut akan merasakan tekanan sosial untuk melakukannya. Selanjutnya hal tersebut akan mempengaruhi intensi. Intensi merupakan komponen dalam diri individu yang mengacu pada keinginan untuk melakukan tingkah laku tertentu. Intensi adalah kesungguhan niat seseorang untuk melakukan perbuatan atau memunculkan suatu perilaku tertentu. Bila intensi baik, maka akan mempengaruhi perilaku pasien untuk melakukan tindakan diet sesuai anjuran.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

H1:

1. Ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus.
2. Ada hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan suatu cara yang digunakan untuk mencapai suatu tujuan, misalnya untuk menguji serangkaian hipotesa dengan menggunakan teknik atau alat-alat tertentu. Dalam bab ini akan membahas mengenai: 1) Rancangan penelitian, 2) Populasi, sampel, dan *sampling*, 3) Variabel penelitian, 4) Definisi operasional, 4) Alat dan bahan penelitian, 5) Instrumen penelitian, 6) Uji Statistik, 7) Lokasi dan waktu penelitian, 8) Prosedur pengambilan data, 9) Analisa data, 10) Kerangka Operasional, 11) Etika penelitian, 12) Keterbatasan penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan sesuatu yang penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal dari beberapa faktor yang dapat mempengaruhi suatu hasil (Nursalam, 2016). Jenis penelitian ini adalah kuantitatif berbentuk *descriptive corelation* yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antara variabel independen dan variabel dependen dan menguji berdasarkan teori yang telah ada. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Cross Sectional* yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data independen dan data dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2016).

4.2 Populasi, Sampel, dan *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian merupakan subjek (contohnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2016). Nursalam (2016) menjelaskan bahwa populasi terbagi menjadi dua, yakni:

1. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau merupakan populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya.

2. Populasi target

Populasi target merupakan populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran penelitian. Populasi target pada penelitian ini adalah penderita DM sebanyak 2.195 orang dari bulan Januari sampai maret 2018 dan tersebar di lima puskesmas dengan jumlah DM tertinggi di Surabaya.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2016). Dengan kriteria yang ditetapkan peneliti sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi:

Kriteria inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang diharapkan peneliti untuk bisa memenuhi subjek penelitiannya (Sani, 2016).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Penderita DM yang tergolong usia 35-55 tahun
- 2) Penderita DM yang tidak menggunakan injeksi insulin

3) Pasien terdiagnosis DM lebih dari satu tahun

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah suatu karakteristik dari populasi yang dapat menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat disertakan menjadi subjek penelitian (Sani, 2016). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Penderita DM dalam keadaan hamil atau menyusui
- 2) Pasien DM dengan komplikasi DM, seperti penyakit pembuluh koroner (jantung koroner), pembuluh darah perifer, *gangrene diabetic*, *neuropatic diabetic* (gangguan pada pembuluh saraf), dan katarak.

4.2.3 *Sampling*

Sampling merupakan proses untuk menentukan porsi dari populasi yang akan diteliti. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *probability sampling* yaitu bahwa setiap subjek dalam populasi mempunyai kesempatan untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel (Nursalam, 2016). Metode yang digunakan untuk menentukan tempat penelitian adalah *multistage sampling* dengan jenis *randomly selected*, yaitu memilih salah satu puskesmas di setiap wilayah Surabaya dengan DM terbanyak dari 63 puskesmas. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan populasi penderita DM di masing-masing wilayah di Surabaya yang terdiri dari lima wilayah yaitu, Surabaya Barat, Surabaya Pusat, Surabaya Utara, Surabaya Timur, dan Surabaya Selatan. Berikut adalah daftar 63 puskesmas di setiap wilayah di Surabaya.

Tabel 4.1 Pembagian wilayah dan puskesmas di Surabaya

| No | Wilayah | Kecamatan | Puskesmas | Jumlah Puskesmas | |
|----------------|----------------|-----------------|----------------------|------------------|----------|
| 1. | Surabaya Barat | Sukomanunggal | Tanjungsari | 12 | |
| | | | Simomulyo | | |
| | | Tandes | Manukan Kulon | | |
| | | | Balongsari | | |
| | | Asemrowo | Asemrowo | | |
| | | Benowo | Sememi | | |
| | | Pakal | Benowo | | |
| | | Lakarsantri | Jeruk | | |
| | | | Lidah Kulon | | |
| | | | Bangkingan | | |
| Sambikerep | Lontar | | | | |
| | | Made | | | |
| 2. | Surabaya Pusat | Genteng | Peneleh | 8 | |
| | | | Ketabang | | |
| | | Tegalsari | Kedungdoro | | |
| | | | Dr. Soetomo | | |
| | | Bubutan | Tembok Dukuh | | |
| | | Simokerto | Gundih | | |
| Tambakrejo | | | | | |
| | | Simolawang | | | |
| 3. | Surabaya Utara | Pabean Cantikan | Perak Timur | 13 | |
| | | | Semampir | | Pegirian |
| | | Sawah Pulo | | | |
| | | Sidotopo | | | |
| | | Wonokusumo | | | |
| | | Krembangan | Krembangan Sel | | |
| | | | Dupak | | |
| | | | Morokrembangan | | |
| | | Bulak | Kenjeran | | |
| | | Kenjeran | Tanah Kali Kedinding | | |
| Sidotopo Wetan | | | | | |
| Bulak Banteng | | | | | |
| Tambak Wedi | | | | | |
| 4. | Surabaya Timur | Tambaksari | Rangkah | 14 | |
| | | | Pacar Keling | | |
| | | | Gading | | |
| | | Gubeng | Pucangsewu | | |
| | | | Mojo | | |
| | | Rungkut | Kalirungkut | | |
| | | | Medokan Ayu | | |
| | | Tenggilis | Tenggilis | | |
| | | Gunung Anyar | Gunung Anyar | | |
| | | Sukolilo | Menur | | |

| No | Wilayah | Kecamatan | Puskesmas | Jumlah Puskesmas |
|------------------------|------------------|---------------|----------------|------------------|
| | | | Klampus Ngasem | |
| | | | Keputih | |
| | | Mulyorejo | Mulyorejo | |
| | | | Kalijudan | |
| 5. | Surabaya Selatan | Sawahan | Sawahan | |
| | | | Putat Jaya | |
| | | | Banyu Urip | |
| | | | Pakis | |
| | | Wonokromo | Jagir | |
| | | | Wonokromo | |
| | | | Ngagelrejo | 16 |
| | | Karang Pilang | Kedurus | |
| | | Dukuh Pakis | Dukuh Kupang | |
| | | Wiyung | Wiyung | |
| | | | Balas Klumprik | |
| | | Gayungan | Gayungan | |
| | | Wonocolo | Jemursari | |
| | | | Sidosermo | |
| | | | Siwalankerto | |
| | | Jambangan | Kebonsari | |
| Total Puskesmas | | | | 63 |

Dalam mewakili populasi di tiap wilayah, peneliti memilih dan mengambil satu puskesmas dengan penderita DM terbanyak. Kemudian menentukan responden yang sesuai dengan kriteria. Berikut adalah daftar puskesmas tertinggi di setiap wilayah Surabaya yang terpilih dan menjadi tempat penelitian.

Tabel 4.2 Daftar puskesmas penelitian dengan DM tertinggi di setiap wilayah dari bulan Januari-Maret 2018

| No. | Nama Puskesmas | Kecamatan | Wilayah | Jumlah penderita DM | Jumlah penderita sesuai kriteria inklusi |
|-----|----------------------|-----------|----------------|---------------------|--|
| 1. | Puskesmas Asemrowo | Asemrowo | Surabaya Barat | 367 | 53 |
| 2. | Puskesmas Kedungdoro | Tegalsari | Surabaya Pusat | 135 | 50 |
| 3. | Puskesmas | Kenjeran | Surabaya | 615 | 107 |

| No. | Nama Puskesmas | Kecamatan | Wilayah | Jumlah penderita DM | Jumlah penderita sesuai kriteria inklusi |
|-------------------------------|--------------------------|-----------|------------------|---------------------|--|
| | Tanah Kalikedinding | | Utara | | |
| 4. | Puskesmas Klampis Ngasem | Sukolilo | Surabaya Timur | 353 | 87 |
| 5. | Puskesmas Jagir | Wonokromo | Surabaya Selatan | 725 | 87 |
| Total jumlah pasien DM | | | | 2.195 orang | 384 orang |

Setelah menentukan puskesmas yang akan dijadikan sebagai tempat penelitian, kemudian menentukan jumlah responden klien DM yang masuk kriteria inklusi sejumlah 384 orang. Estimasi besaran sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan Arikunto (2005) yang mengatakan bahwa “Jika peneliti memiliki beberapa ratus subjek dalam populasi, maka mereka dapat menentukan kurang lebih 25-30% dari jumlah tersebut. Jika jumlah anggota subjek dalam populasi hanya meliputi antara 100-150 orang, dan dalam pengumpulan datanya peneliti menggunakan angket, maka sebaiknya subjek sejumlah itu diambil seluruhnya”. Sampel dari penelitian ini sebesar:

$$n = 25\% \times N$$

$$n = 25\% \times 384$$

$$n = 96 \text{ orang}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi sesuai kriteria inklusi

Setelah dimasukkan ke dalam rumus tersebut diketahui besar sampel minimal adalah 96 orang. Peneliti juga melakukan penghitungan untuk antisipasi

adanya responden yang mengalami *drop out* yaitu 10% dari besar sampel yang dihitung. Jumlah 10% dari sampel adalah 9,6 atau dibulatkan 10, maka jumlah sampel menjadi 106 orang. Kriteria *drop out* ini untukantisipasi bila data dari puskesmas berbeda dengan data yang ditemukan di lapangan. Besar sampel yang digunakan peneliti sesuai menurut Fraenkel, Wallen dan Hyun (2006) yang menyatakan bahwa minimum sampel adalah 100 untuk studi deskriptif, 50 untuk studi korelasional, dan 30 perkelompok untuk studi kausal komparatif. Pengambilan sampel di setiap puskesmas dilakukan dengan teknik *Proportional Random Sampling*. Pengambilan sampel secara proporsi dilakukan dengan mengambil subyek dari setiap strata atau setiap wilayah ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing wilayah (Arikunto, 2006). Kemudian sampel diambil secara acak sederhana sesuai kriteria.

Pembagian besar sampel untuk masing-masing puskesmas dibagi dengan menggunakan rumus menurut Sugiono (2010).

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

Keterangan:

n1 = Besar sampel tiap puskesmas

n = Besar populasi penderita DM di setiap puskesmas

N = Besar seluruh populasi penderita DM di kelima puskesmas

N1 = Besar sampel yang ditarik dari populasi

1. Puskesmas Asemrowo

$$n1 = \frac{53}{384} \times 106 = 14,6 = 15 \text{ orang}$$

2. Puskesmas Kedungdoro

$$n1 = \frac{50}{384} \times 106 = 13,8 = 14 \text{ orang}$$

3. Puskesmas Tanah Kalikedinding

$$n1 = \frac{107}{384} \times 106 = 29,53 = 29 \text{ orang}$$

4. Puskesmas Klampis Ngasem

$$n1 = \frac{87}{384} \times 106 = 24,01 = 24 \text{ orang}$$

5. Puskesmas Jagir

$$n1 = \frac{87}{384} \times 106 = 24,01 = 24 \text{ orang}$$

Setelah mendapatkan jumlah pasien di setiap puskesmas selanjutnya menggunakan *systematic sampling* untuk menentukan responden yang diambil. Pengambilan sampel secara sistematis dapat dilaksanakan jika tersedia daftar subjek yang dibutuhkan (Nursalam, 2016). Peneliti telah mempunyai daftar subjek dari setiap puskesmas yang terpilih, maka pengambilan sampel bisa berdasarkan:

$$\text{Responden} = \frac{n}{n1}$$

Keterangan:

n1 = Besar sampel tiap puskesmas

n = Besar populasi penderita DM di setiap puskesmas

1. Puskesmas Asemrowo

$$\text{Responden} = \frac{53}{18} = 2,94 = 3$$

2. Puskesmas Kedungdoro

$$\text{Responden} = \frac{50}{16} = 3,13 = 3$$

3. Puskesmas Tanah Kalikedinding

$$\text{Responden} = \frac{116}{38} = 3,05 = 3$$

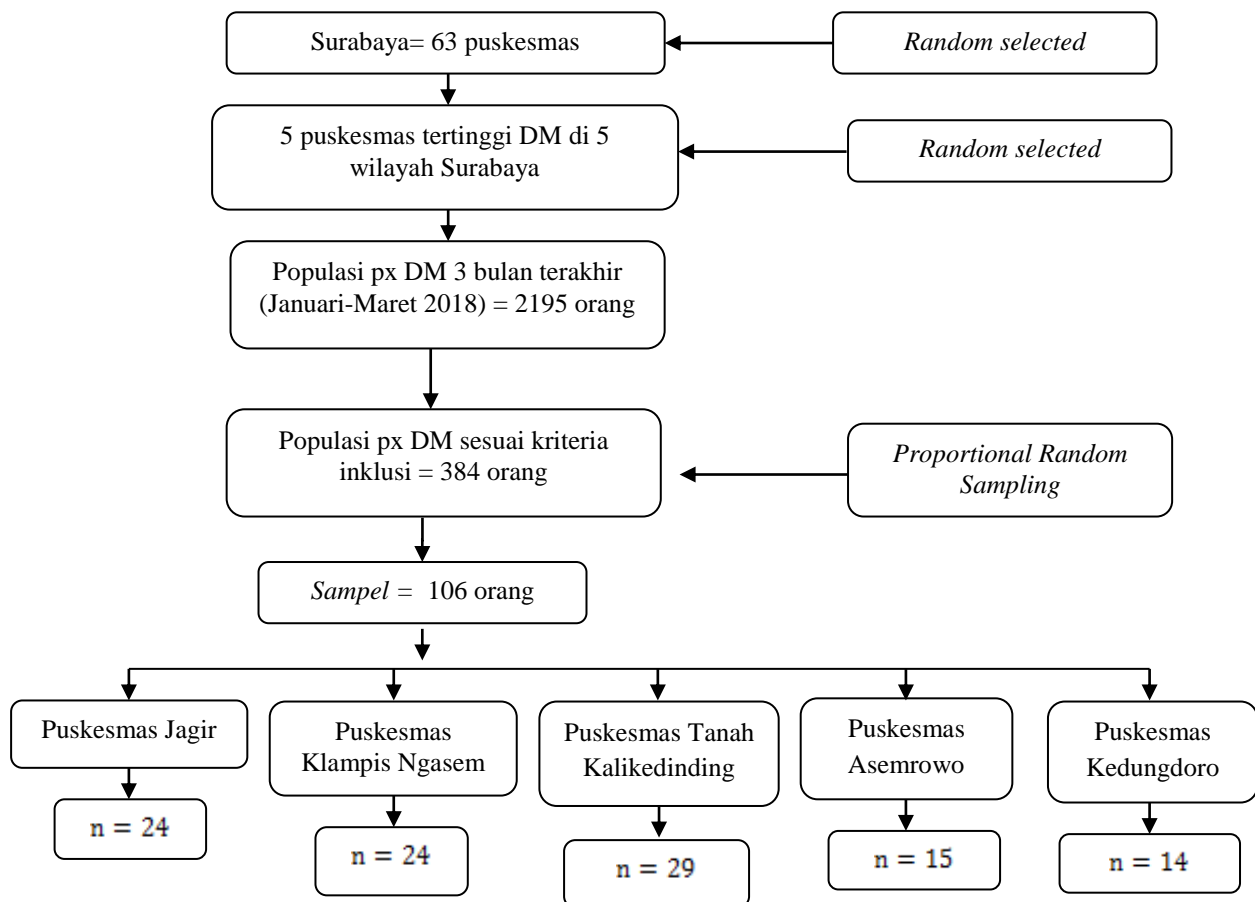
4. Puskesmas Klampis Ngasem

$$\text{Responden} = \frac{87}{29} = 3$$

5. Puskesmas Jagir

$$\text{Responden} = \frac{23}{8} = 2,88 = 3$$

Maka sampel yang dipilih dalam daftar didasarkan pada nomor kelipatan 3, yaitu sampel no. 3, 6, 9 dan seterusnya.



Gambar 4.1 Strategi sampling dan besar sampel

4.3 Variabel Penelitian

Penelitian ini akan dibedakan antara variabel *independent* dan variabel *dependent*.

4.3.1 Variabel independent (bebas)

Variabel *independent* (bebas) merupakan variable yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variable lain (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel *independent* adalah:

- 1) Motivasi penderita DM
- 2) *Health Locus of Control* penderita DM.

4.3.2 Variabel dependent (terikat)

Variabel dependent merupakan variabel yang dipengaruhi nilainya oleh variabel lain (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini yang menjadi variabel *dependent* adalah kepatuhan diet penderita DM.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.3 Definisi operasional variabel penelitian

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|-----------------|---|---|--|---------|--|
| Motivasi | Suatu dorongan dari dalam diri individu maupun dari luar individu untuk melakukan pelaksanaan diet DM | Kuesioner TSRQ digunakan untuk mengukur motivasi pasien: 1. Motivasi intrinsik (otonomi) 2. Motivasi ekstrinsik (kontrol) | <i>Treatment Self-Regulation Questionnaire</i> (TSRQ) (Butler, 2002) kemudian dimodifikasi oleh Zycinska, (2012) | Ordinal | Kuisisioner TSRQ. Terdiri dari 11 item yang digunakan untuk mengukur motivasi dalam diet DM. Penilaian menggunakan skala likert: 1: sangat tidak setuju 2: tidak setuju 3: setuju 4: sangat setuju Total skor motivasi : 11-44 |

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--------------------------------|--|--|---|---------|--|
| | | | | | Dikelompokkan menjadi 2, yaitu: 1: baik ($\geq 80\%$ nilai total atau 35,2) 2: kurang baik ($< 80\%$ nilai total atau $< 35,2$) |
| Health locus of control | Sumber berasalnya kontrol yang berperan ketika individu memprediksi berbagai hal yang dapat mendukung terciptanya keyakinan akan kontrol | MHLC digunakan untuk mengukur tiga aspek, yaitu 1. <i>Internal health locus of control</i> 2. <i>Eksternal health locus of control</i> yang terdiri dari: a. <i>Chance locus of control</i> b. <i>Powerful others locus of control</i> | <i>Multidimensi onal Health Locus of Control Scales</i> (MHLC) oleh Wallston kemudian dimodifikasi oleh (Nuraini, 2014) | Ordinal | <i>The MHLOC-C</i> berjumlah 18 item yang terdiri dari 6 item pada setiap dimensi internal dan <i>chance</i> serta 3 subskala item terpisah pada dimensi <i>powerful others</i> , yaitu dokter dan orang lain. Terdapat jawaban alternatif yaitu sangat tidak setuju (6), cukup setuju (5), sedikit setuju (4), sedikit tidak setuju (3), cukup tidak setuju (2), sangat tidak setuju (1) Kategori skor Tinggi : $X \geq \text{Mean}$ Rendah : $X < \text{Mean}$ |

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|-----------------------|---|--|---|---------|--|
| Kepatuhan diet | Tingkat ketaatan pasien DM dalam melaksanakan diet DM yang direkomendasikan | Kuisisioner kepatuhan diet berisi a. Kepatuhan dalam jadwal makan (4 item) b. Kepatuhan memilih makanan (8 item) c. Kepatuhan dalam jumlah makanan (1 item) d. Kepatuhan dalam mempertahankan berat badan (1 item) e. Kepatuhan mengikuti pengobatan (4 item) | Kuisisioner kepatuhan diet dibuat oleh Haryono (2009) yang dimodifikasi oleh Permatasari (2014) | Ordinal | Kuisisioner kepatuhan diet sebanyak 18 pertanyaan dengan alternative jawaban selalu, sering, jarang dan tidak pernah. Terdiri dari pertanyaan positif dan negatif. Pertanyaan positif untuk nomer 1, 2, 8, 9, 10, 16, 17 dan 18 dengan pemberian skor yaitu selalu (4), sering (3), jarang (2) dan tidak pernah (1). Pertanyaan negatif untuk nomer 3,4, 5, 6, 7, 12, 13, 14, dan 15 dengan pemberian skor kepatuhan yaitu rentang skor 18-72 dengan kategori sebagai berikut: 18-<36: buruk, 36-<54: cukup, 54-72: baik. |

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *informed consent*, lembar kuesioner, alat tulis dan responden.

4.6 Instrumen Penelitian

1. Instrumen motivasi

Kuesioner ini digunakan untuk mengukur motivasi pasien berdasarkan motivasi intrinsik (otonomi) dan motivasi ekstrinsik (kontrol), dengan menggunakan *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) yang dikembangkan oleh (Butler, 2002). Kuisisioner yang digunakan merupakan kuisisioner yang dimodifikasi dari Zycinska *et al.* (2012) yang terdiri dari 11 item pernyataan. Modifikasi yang dilakukan adalah hanya menggunakan item pernyataan yang terkait dengan motivasi diet DM, dan perubahan tujuh poin skala likert menjadi empat skala likert, perubahan bahasa Inggris menjadi Indonesia serta perubahan tata bahasa untuk mempermudah responden dalam memahami item pernyataan. Instrumen ini mempunyai 4 (empat) pilihan jawaban, yaitu: “sangat tidak setuju” dengan skor 1, “tidak setuju” dengan skor 2, “setuju” dengan skor 3 dan “sangat setuju” dengan skor 4. Variabel motivasi ini diukur melalui perolehan skor dari setiap item pernyataan yang semuanya merupakan pernyataan positif (*favorable*). Semakin tinggi nilai total maka semakin tinggi motivasi pasien. Untuk analisis selanjutnya, motivasi dikategorikan menjadi 2 yaitu motivasi baik jika skor jawaban $\geq 80\%$ skor total, motivasi kurang baik jika skor jawaban $< 80\%$ skor total. Arikunto (2002) menyatakan bahwa batasan nilai untuk penelitian sikap dan perilaku dapat digunakan $\geq 75\%$ - 80%.

2. Instrumen *health locus of control*

Dalam penelitian ini HLOC diukur dengan “*Multidimensional Health Locus of Control Scales*” (MHLC) yang dikembangkan oleh Wallston pada tahun 1970-an dan telah diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia dan diadopsi dari Nuraini (2014). Dimana pada skala ini dirancang untuk kondisi yang berhubungan dengan kesehatan dan memiliki 18 item dengan 3 subskala independen. Setiap item menggunakan skala 1 untuk “sangat tidak setuju” sampai 6 untuk “sangat setuju”. Berikut adalah *blueprint* yang digunakan untuk mengukur *health locus of control*, yaitu:

Tabel 4.4 *Blueprint* skala *health locus of control*

| No | Dimensi | Jumlah item | Nomer item | % |
|----|---|-------------|---------------------|-------|
| 1 | <i>Internal health locus of control</i> | 6 | 1, 6, 8, 12, 13, 17 | 33,3% |
| 2 | <i>Powerfull others health locus of control</i> | 6 | 3, 5, 7, 10, 14, 18 | 33,3% |
| 3 | <i>Chance health locus of control</i> | 6 | 2, 4, 9, 11, 15, 16 | 33,3% |
| | | 18 | | 100% |

3. Instrumen kepatuhan diet

Dalam kepatuhan diet digunakan kuisisioner kepatuhan diet yang dibuat oleh Haryono (2009) dan dimodifikasi oleh Permatasari (2014). Tujuan dilakukan modifikasi kuisisioner adalah untuk memperjelas pertanyaan agar tidak terjadi kesalahan dalam memahami pertanyaan dalam kuisioner. Kuisisioner kepatuhan diet berisi: kepatuhan dalam jadwal makan (4 item), kepatuhan memilih jenis makanan (8 item), kepatuhan dalam jumlah makanan (1 item), kepatuhan mempertahankan berat badan (1 item) dan kepatuhan mengikuti pengobatan (4 item).

Kuisisioner kepatuhan diet terdiri dari 18 pertanyaan dengan alternatif jawaban selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif dan negatif. Pertanyaan positif untuk pertanyaan nomer 1, 2, 8, 9, 10, 16, 17 dan 18 dengan pemberian skor yaitu selalu (4), sering (3), jarang (2) dan tidak pernah (1). Pertanyaan negatif untuk nomer 3,4, 5, 6, 7, 12, 13, 14, dan 15 dengan pemberian skor kepatuhan yaitu rentang skor 18-72 dengan kategori sebagai berikut: 18-<36: buruk, 36-<54 : cukup, 54-72: baik.

4.7 Uji statistik

1. Uji validitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar valid dalam melakukan pengukuran apa yang diukur (Saryono, 2008). Uji validitas bertujuan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan pengukuran serta untuk mengetahui apakah ada pertanyaan dalam kuesioner yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan.

1) Kuisisioner motivasi

Uji validitas pada kuisisioner motivasi diujikan pada 15 orang penderita DM. Uji validitas ini menggunakan SPSS dengan besar r tabel ditentukan sesuai jumlah responden yang diuji dengan tingkat signifikansi 5% (0,05) yaitu 0,4821. Item instrumen dianggap valid atau relevan jika r hitung $>$ r tabel yang telah ditentukan. Berdasarkan hasil uji coba instrumen yang dilakukan didapatkan hasil kuisioner motivasi sudah valid.

2) Kuisisioner *health locus of control*

Pada penelitian ini kuisisioner *Health Locus of Control* telah diuji oleh peneliti sebelumnya Nuraini (2014). Validitas dari skala HLC menggunakan *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC). Alat ukur tersebut telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia dengan teknik *translate-back translate*.

Validitas isi alat ukur ini menggunakan hasil 56 *professional judgement* dari lima orang dosen Fakultas Psikologi Universitas Airlangga. Setelah mendapat saran dan kritik dari *professional judgement*, penulis sebelumnya merevisi item yang perlu diperbaiki dan kemudian menyusunnya menjadi item final yang akan diujicobakan dan dianalisis.

3) Kuisisioner kepatuhan diet

Kuisisioner kepatuhan diet DM telah diuji validitas oleh peneliti sebelumnya yaitu Permatasari (2014). Berdasarkan hasil uji coba instrumen yang dilakukan didapatkan hasil kuisisioner kepatuhan sudah valid dan reliabel.

Uji validitas didapatkan nilai:

2 Uji reliabilitas

Reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan (Saryono, 2008). Alat pengukur dianggap reliabel jika digunakan dua kali atau lebih untuk mengukur gejala yang sama dan hasilnya relatif konsisten.

1) Kuisisioner motivasi

Pada kuisisioner motivasi digunakan uji reliabilitas dilakukan dengan metode *Cronbach's alpha* 0 sampai 1, jika skala ini dikelompokkan dalam lima kelas dengan rank yang sama, maka ukuran kemantapan *alpha* dapat diinterpretasikan sebagai berikut (Hidayat, 2010):

- a. Nilai *Cronbach's alpha* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang reliabel
- b. Nilai *Cronbach's alpha* 0,21 s.d 0,40 berarti agak reliabel
- c. Nilai *Cronbach's alpha* 0,41 s.d 0,60 berarti cukup reliabel
- d. Nilai *Cronbach's alpha* 0,61 s.d 0,80 berarti reliabel
- e. Nilai *Cronbach's alpha* 0,81 s.d 1,0 berarti sangat reliabel

Uji reliabilitas pada kuisisioner motivasi dilakukan setelah melakukan uji validitas. Hasil uji reliabilitas pada kuisisioner motivasi menunjukkan bahwa *Cronbach's alpha* sebesar 0,918 berarti pertanyaan pada kuisisioner dinyatakan sangat reliabel.

1) Kuisisioner *health locus of control*

Hasil uji reliabilitas untuk skala *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC) diukur dengan *re-test* yang diujikan pada penderita penyakit kronis dengan membedakan antar dimensi dalam skala. Untuk dimensi *internal health locus of control* skor reliabilitas skala sebesar 0.80, dimensi *chance health locus of control* skornya sebesar 0.72. dimensi *powerful others health locus of control* sebesar 0.40 (Wallston, Stein, Smith, 1994).

2) Kuisisioner kepatuhan diet

Kuisisioner kepatuhan diet telah diuji oleh peneliti sebelumnya, Permatasari (2014) dengan metode *Cronbach's alpha* 0 sampai 1. Hasil uji reliabilitas

dengan menggunakan rumus *alpha*, didapatkan nilai *cronbachalpha* 0,926 jauh di atas nilai 0,80 ($p < 0,05$)

4.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Asemrowo, Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Tanah Kalikedinding, Puskesmas Klampis Ngasem dan Puskesmas Jagir. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 3-14 Juli 2018.

4.9 Prosedur Pengambilan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Tahap persiapan
 - 1) Pengambilan data awal dilakukan setelah peneliti mendapatkan surat survei data awal ke bagian akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 - 2) Selanjutnya peneliti melakukan survei data ke Dinas Kesehatan untuk mendata populasi penderita DM terbanyak di puskesmas wilayah Surabaya.
 - 3) Tahap selanjutnya peneliti melakukan studi pendahuluan ke beberapa puskesmas yang telah ditentukan oleh peneliti untuk mewakili jumlah puskesmas yang ada di Surabaya untuk permohonan ijin melakukan penelitian dan mendata populasi yang sesuai sehingga didapatkan kriteria responden untuk studi penelitian.

2. Tahap pelaksanaan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memilih asisten yang akan terlibat dalam penelitian karena pertimbangan waktu (efisiensi kerja). Sebelum proses pengambilan data, peneliti bersama asisten peneliti melakukan penyamaan persepsi atau pemahaman terhadap kuesioner yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Asisten penelitian dibimbing mengenai tujuan penelitian, cara melaksanakan pengumpulan data, dan cara mengisi kuesioner. Adapun langkah-langkah pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Memilih calon responden dengan memilih calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dengan mendatangi rumah calon responden.
- 2) Peneliti dan asisten peneliti mendatangi setiap calon responden, mengklarifikasi data penderita DM dan jika sesuai dengan kriteria inklusi serta bersedia menjadi responden maka calon responden tersebut dilibatkan pada penelitian ini.
- 3) Memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian
- 4) Meminta kesediaan dan persetujuan responden untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
- 5) Setelah calon responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti atau asisten penelitian memberikan kuesioner kepada responden dan meminta responden untuk mengisinya secara lengkap. Pengisian kuesioner tiap responden dilakukan \pm 15-20 menit.

- 6) Peneliti dan asisten penelitian mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner. Jika ada yang kurang lengkap maka diklarifikasi kembali kepada responden untuk dilengkapi.
- 7) Untuk mencegah terjadinya pengambilan sampel yang sama (berulang), peneliti membuat daftar responden yang telah menjadi sampel, terdiri dari nomor, nama, umur dan alamat. Sebelum pengambilan data, peneliti dan asisten peneliti mengklarifikasi terlebih dahulu pada calon responden apakah sudah pernah menjadi responden dalam penelitian ini pada minggu sebelumnya dan menyesuaikan keterangannya dengan daftar responden. Jika belum pernah menjadi responden dan pasien bersedia menjadi responden maka data responden dicatat dalam daftar responden kemudian responden diminta untuk mengisi kuesioner. Dalam proses pengumpulan data untuk penelitian ini tidak terjadi pengambilan sampel berulang baik pada saat uji validitas maupun saat pengumpulan data.

4.10 Analisis Data

Analisis data dilakukan setelah seluruh kuesioner dari responden terkumpul. Cara menganalisis data dilakukan dengan pengecekan kelengkapan data melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*

Editing adalah kegiatan pengecekan dan perbaikan kuesioner. *Editing* dilakukan di lapangan sebelum proses pemasukan data agar data yang salah atau meragukan masih dapat ditelusuri kepada responden yang bersangkutan. Melakukan pengecekan data dengan memeriksa data kembali, jika ditemukan data yang tidak lengkap, kuesioner dikembalikan kepada responden.

2. *Coding*

Coding adalah usaha memberikan kode-kode tertentu terhadap jawaban yang ada pada kuisioner yang bertujuan untuk mempermudah dalam analisis data dan mempercepat proses pemasukan data.

3. *Tabulating*

Tabulating adalah salah satu teknik penyajian data dalam bentuk tabel kontigensi atau tabulasi silang agar mudah difahami dalam waktu singkat. Melakukan tabulasi data dengan memasukkan data dari responden ke dalam tabel sesuai dengan variabel untuk mempermudah *entry* data ke komputer serta untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel.

4. *Entry*

Entry merupakan proses memasukkan data yakni berupa jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode ke dalam program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2010). Dimana program yang digunakan adalah SPSS versi 1.6.

5. *Cleaning*

Cleaning adalah tahap pengecekan kembali data setelah data dimasukkan ke dalam program statistik dengan tujuan agar dapat melihat kemungkinan adanya kesalahan kode atau ketidaklengkapan data yang kemudian dilakukan koreksi kembali (Notoatmodjo, 2010). Selanjutnya, pengolahan data dalam penelitian ini disesuaikan dengan tujuan dari penelitian yaitu untuk mengetahui apakah motivasi dan *health locus of control* memiliki hubungan dengan kepatuhan diet penderita DM.

1. Analisis univariat

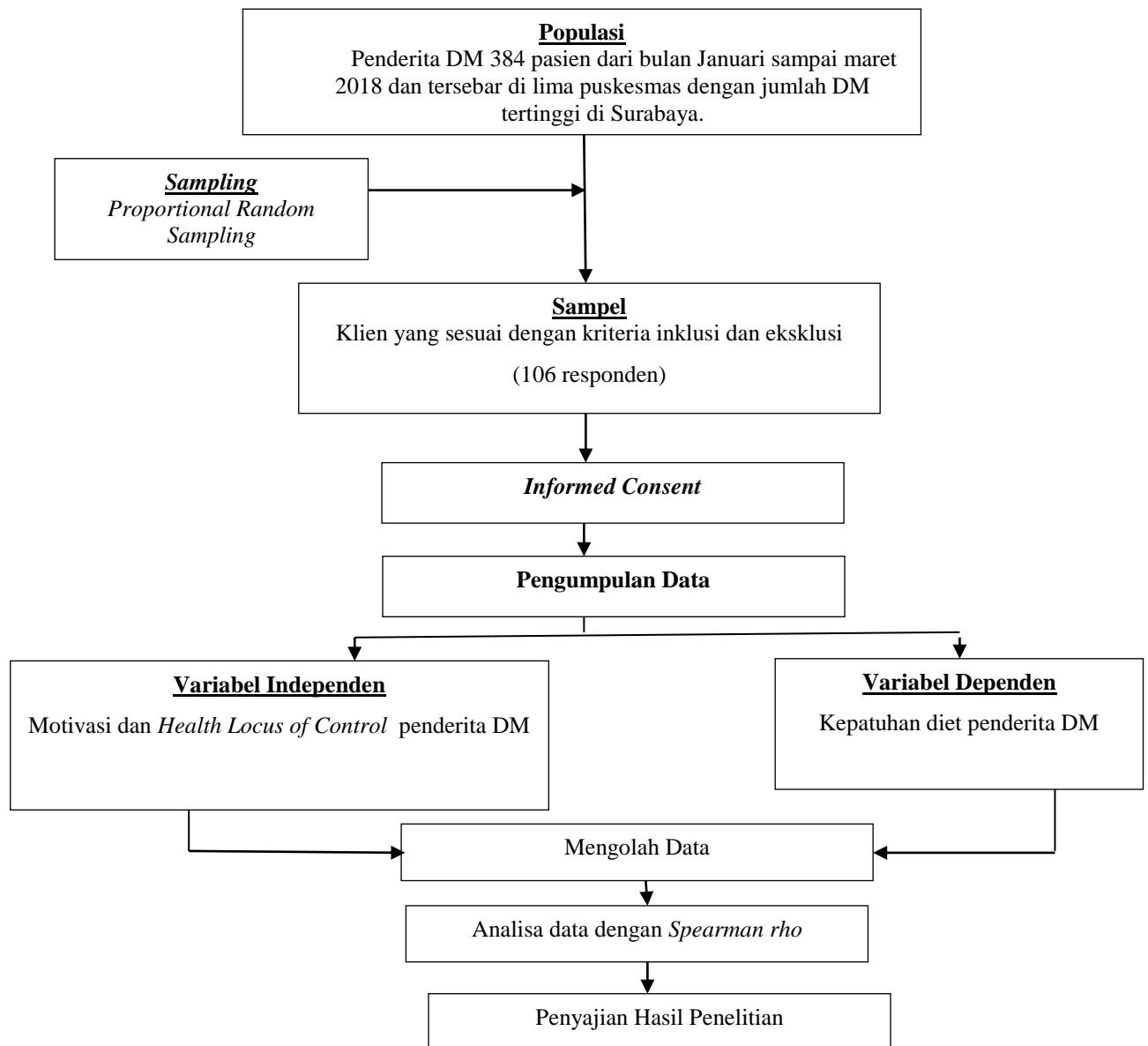
Analisis univariat hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan prosentase setiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis ini digunakan untuk mendiskripsikan setiap variabel yang diteliti. Pendiskripsian tersebut dapat dilihat pada gambaran distribusi frekuensi dari variabel dependen dan variabel independen yang disajikan dalam bentuk table frekuensi. Analisa data univariate dilakukan menggunakan program SPSS 16.0 *for Windows*. Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti. Variabel-variabel tersebut antara lain motivasi, *health locus of control*, serta kepatuhan diet DM.

2. Analisis bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yaitu variabel independen dengan variabel dependen (Notoatmodjo, 2012). Analisis bivariat juga memberikan hasil mengenai pembuktian hipotesis yang diajukan. Analisis data bivariate dilakukan dengan menggunakan program SPSS 16.0 *for Windows*. Untuk membuktikan adanya hubungan antar variabel tersebut diuji statistik *Spearman rho*, yaitu membandingkan p-value dengan $\alpha = 0,05$ (tingkat kemaknaan). Jika p-value $\leq \alpha$ dinyatakan bahwa uji statistik bermakna yaitu ada hubungan antar variabel.

4.11 Kerangka Operasional

Kerangka operasional adalah hubungan antara konsep yang ingin diteliti atau diamati melalui suatu penelitian unruk mengetahui secara jelas gambaran tentang proses dan jalannya penelitian. Kerangka operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut.



Bagan 4.2 Kerangka Operasional Hubungan Motivasi dan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus

4.12 Etika Penelitian

Penelitian ini telah lolos kaji etik dari komisi etik penelitian kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan mendapat persetujuan protokol penelitian dengan nomer 963-KEPK, sehingga etika penelitian harus dijunjung tinggi kepada responden dengan cara sebagai berikut:

1. Penelitian tidak menimbulkan bahaya bagi subjek, bahkan subjek tidak boleh merasakan stress.
2. Penyamaran atau penipuan ditinggalkan dalam proses penelitian, tidak dibenarkan seorang peneliti berbohong kepada subjek penelitiannya.
3. Keikutsertaan dalam penelitian harus dilakukan secara sukarela, maka dari itu subjek harus memberikan *informed consent* mereka untuk bisa ikut serta dalam penelitian.
4. Peneliti harus sangat berhati-hati ketika berurusan dengan subjek yang rentan (orang yang sakit mental, tahanan penjara, atau anak di bawah umur), mereka harus meyakinkan subjek tersebut untuk membuat mendapatkan *informed consent* yang baik. Peneliti harus memberitahukan identitasnya mereka pada subjek secara penuh.
5. *Anonymity* atau kerahasiaan subjek harus dijaga kecuali secara sukarela dan menghendaki untuk identitasnya diketahui oleh umum. Secara aktif berupaya menutupi segala unsur yang mengindikasikan identitas subjek pada catatan penelitian.
6. Manfaat dari penelitian harus lebih besar dari risiko yang dihadapi. Perlu juga diperhatikan beberapa hal yang lebih spesifik sebagai berikut: kajian

dari protokol yang komprehensif (termasuk kajian ilmiah, *financial*, konflik kepentingan, dan etik).

- 1) Interaksi yang etis antara peneliti dan subjeknya.
- 2) Pengawasan keamanan (dan risiko yang pantas) secara lanjut sepanjang proses penelitian.
- 3) Peningkatan kualitas dari aktivitas kegiatan penelitian.

Disamping itu, beberapa prinsip yang juga harus diperhatikan adalah:

- 1) Keterbukaan: seluruh data yang terkait harus dipublikasikan.
- 2) Akses dan koreksi individu: subjek penelitian sebisa mungkin mengakses data yang terkumpul tentang mereka yang berkaitan dengan kesehatan.
- 3) Pengumpulan data yang relevan dan dibatasi: data pribadi harus dikumpulkan hanya untuk tujuan yang spesifik dan sah.
- 4) Ada pembatasan: informasi hanya boleh digunakan untuk tujuan spesifik pada saat pengumpulan.
- 5) Pembatasan pembukaan rahasia: data pribadi tidak dapat dipublikasikan kepada umum tanpa persetujuan dari subjek pemilik data.
- 6) Keamanan: data pribadi harus dilindungi dari berbagai risiko seperti kehilangan, akses dari orang yang tidak memiliki wewenang, diubah, atau terungkap.

4.13 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan:

1. Peneliti tidak bisa mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi kontrol perilaku responden, seperti: faktor pendidikan, faktor usia, faktor budaya serta faktor lingkungan. Sehingga faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi pengisian kuisioner.
2. Peneliti kesulitan dalam berkomunikasi dengan beberapa responden karena mayoritas responden suku Madura dan hanya bisa menggunakan Bahasa Madura. Hal ini dapat mempengaruhi jawaban responden dalam pengisian kuisioner.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan meliputi: 1) Gambaran umum lokasi penelitian; 2) Karakteristik demografi responden, yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, dan lama menderita DM; 3) Data khusus mengenai variabel yang diukur yaitu meliputi motivasi, *health locus of control* serta kepatuhan diet DM. Selanjutnya dilakukan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian, dalam mendeskripsikan masing-masing variabel yang akan diteliti, peneliti menggunakan analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat menggambarkan tipe distribusi frekuensi dan prosentase. Analisis bivariat menggunakan uji statistik *Spearman rho*, yaitu membandingkan p-value dengan $\alpha = 0,05$ (tingkat kemaknaan). Jika p-value $\leq \alpha$ dinyatakan bahwa uji statistik bermakna yaitu ada hubungan antar variabel. Penelitian ini telah dilaksanakan selama minggu pada tanggal 3-14 Juli 2018 di wilayah kerja Puskesmas Asemrowo, Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Tanah Kalikedinding, Puskesmas Klampis Ngasem dan Puskesmas Jagir.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di lima puskesmas yang ada di Surabaya yaitu Puskesmas Asemrowo, Puskesmas Kedungdoro, Puskesmas Tanah Kalikedinding, Puskesmas Klampis Ngasem dan Puskesmas Jagir.

1. Puskesmas Asemrowo

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Asemrowo merupakan pusat kesehatan masyarakat yang berada di tingkat kecamatan, berdiri pada tahun

1987. Bertempat di kecamatan asemrowo Jl. Asem Raya 8 dengan fasilitas pelayanan sebagai berikut: 1) Rawat jalan 2) Pelayanan sore 3) KIA / KB 4) Poli gigi 5) Pemeriksaan gizi dan balita 6) Pelayanan laboratorium 7) Klinik sanitasi 8) Pelayanan paliatif 9) Pelayanan psikolog. Puskesmas Asemrowo memiliki program unggulan, yakni PKM Sore dan Poli Pasukan.

2. Puskesmas Kedungdoro

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kedungdoro yang terletak di jalan Kaliasin Gang Pompa No. 79-81, Tegalsari, Surabaya. Tipe Pusekesmas Kedungdoro merupakan tipe Biasa- Non Perawatan. Puskesmas Kedungdoro menaungi 56 posyandu dan 2 kelurahan, yaitu kelurahan Kedungdoro dan kelurahan Tegalsari. Batas wilayah kerja puskesmas Kedungdoro adalah sebagai berikut: batas utara: Kecamatan Genteng, batas timur: Kecamatan Gubeng, batas selatan: Kecamatan Wonokromo, batas Barat: Kecamatan Sawahan.

Puskesmas Kedungdoro memiliki visi yaitu agar masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat. Misi dari puskesmas Kedungdoro yaitu: 1) Melaksanakan MDGs untuk tercapainya Indonesia sehat 2015 2) Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau, dan berkesinambungan untuk seluruh lapisan masyarakat. 3) Menanamkan kesadaran pada masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. 4) Mengembangkan potensi SDM dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan. 5) Mengembangkan potensi yang ada di masyarakat untuk ikut serta mengatasi masalah-masalah yang ada. 6) Meningkatkan kerja sama dengan lintas sektor, swasta, LSM, tokoh masyarakat dan pelayanan kesehatan terkait.

Pelayanan unggulan dari puskesmas Kedungdoro yaitu puskesmas sore dan Posyandu remaja.

3. Puskesmas Tanah Kalikedinding

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding, yang berdiri sejak tahun 1972 dan beroperasi Tahun 1977 dan terletak di Jalan HM Noer No. 226, Kecamatan Kenjeran, Surabaya. Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding terdiri dari 1 (satu) kelurahan, yakni Kelurahan Tanah Kalikedinding, dengan luas wilayah Luas Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding adalah 241,88 Ha. Batas wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding sebagai berikut: sebelah utara : Kelurahan tambak wedi dan Kel. Kedung Cowek, sebelah selatan : Kelurahan Bulak, sebelah barat : Kelurahan Sidotopo Wetan, sebelah timur : Kelurahan Sidotopo.

Puskesmas Tanah Kalikedinding merupakan puskesmas Perkotaan (Non Perawatan). Puskesmas Tanah Kalikedinding memiliki visi untuk mewujudkan Puskesmas dengan pelayanan prima menuju kecamatan sehat. Puskesmas ini juga memiliki misi 1) Meningkatkan sistem manajemen mutu pelayanan, 2) Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia, 3). Pengusulan pengadaan dan pemakaian alat secara tepat guna dan sesuai prosedur, 4) Meningkatkan pelayanan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Sarana dan prasarana Puskesmas Tanah Kalikedinding terdiri dari Puskesmas pembantu 1 (satu) buah, Posyandu balita 50 (lima puluh) buah, Posyandu lansia 3 (tiga) buah serta pos kesehatan kelurahan 1 (satu) buah. Puskesmas Tanah Kalikedinding juga memiliki lima program unggulan, yakni puskesmas sore, puskesmas UGD set, puskesmas rawat inap, spesialis anak dan spesialis obgin.

4. Puskesmas Klampis Ngasem

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding, yang terletak di jalan HM Noer No. 226, Kecamatan Kenjeran, Surabaya. Tahun Puskesmas Tanah Kalikedinding berdiri sejak tahun 1972 dan beroperasi Tahun 1977. Tipe Puskesmas Tanah Kalikedinding merupakan puskesmas Perkotaan (Non Perawatan) yang memiliki visi untuk mewujudkan puskesmas dengan pelayanan prima menuju kecamatan sehat. Misi dari Puskesmas Tanah Kalikedinding yaitu 1). Meningkatkan sistem manajemen mutu pelayanan 2). Meningkatkan profesionalisme sumber daya manusia 3). Pengusulan pengadaan dan pemakaian alat secara tepat guna dan sesuai prosedur 4). Meningkatkan pelayanan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Kalikending terdiri dari 1 (satu) kelurahan, yakni Kelurahan Tanah Kalikedinding, dengan batas wilayah sebagai berikut: sebelah utara : Kelurahan tambak wedi dan Kel. Kedung Cowek, sebelah selatan : Kelurahan Bulak, sebelah barat : Kelurahan Sidotopo Wetan, sebelah Timur : Kelurahan Sidotopo

Luas Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Kalikedinding adalah 241,88 Ha dengan sarana dan prasarana yaitu puskesmas pembantu 1 (satu) buah, posyandu balita 50 (lima puluh) buah, posyandu lansia 3 (tiga) buah, dan pos kesehatan kelurahan 1 (satu) buah.

5. Puskesmas Jagir

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jagir yang berdiri sejak tahun 1960. Puskesmas Jagir terletak di jalan Bendul Merisi No. 1 Surabaya, Kecamatan Wonokromo. Tipe Puskesmas Jagir merupakan puskesmas rawat inap

dan pelayanan pagi dan sore. Puskesmas Jagir memiliki visi yaitu sebagai puskesmas dengan pelayanan prima dan profesional untuk mencapai Kecamatan sehat. Misi dari Puskesmas Jagir yaitu: 1) Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas berdasarkan harapan dan kebutuhan masyarakat 2) Melaksanakan upaya kesehatan dan program kesehatan secara profesional dan *integrated* 3) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas 4) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.

Tujuan dari Puskesmas Jagir yaitu untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yakni: meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Jagir agar terwujud derajat kesehatan setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia sehat. Layanan Unggulan dari Puskesmas Jagir yaitu puskesmas perawatan, PONEC (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar), puskesmas sore, UGD (Unit Gawat Darurat), poli degeneratif, posyandu remaja, pelayanan IVA (Inspeksi Visual Asetat), pkm ISO, pemeriksaan CPNS serta spesialis: Anak, THT (Telinga Hidung Tenggorokan), Obgin, KK (Kulit dan Kelamin), Perio, dan KG (*Spesialis* Konservasi Gigi).

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Penelitian ini melibatkan 106 orang responden sebagai sampel penelitian. Berikut karakteristik responden secara umum menurut umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, jumlah anak dan penghasilan keluarga.

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik demografi responden di Wilayah Surabaya

| No. | Karakteristik Responden | f | % |
|-----|-----------------------------|-----|------|
| 1. | Usia sekarang | | |
| | 36-45 tahun | 9 | 8,5 |
| | 46-55 tahun | 97 | 91,5 |
| | Total | 106 | 100 |
| 2. | Jenis Kelamin | | |
| | Laki-laki | 18 | 17 |
| | Perempuan | 88 | 83 |
| | Total | 106 | 100 |
| 3. | Status | | |
| | Menikah | 79 | 74,5 |
| | Janda Duda | 27 | 25,5 |
| | Total | 106 | 100 |
| 4. | Lama Menderita DM | | |
| | 1 – 5,9 tahun | 81 | 76,4 |
| | 6 – 10 tahun | 18 | 17 |
| | >10 tahun | 7 | 6,6 |
| | Total | 106 | 100 |
| 5. | Pendidikan | | |
| | Tidak sekolah | 13 | 12,3 |
| | Pendidikan dasar | 63 | 59,4 |
| | Pendidikan menengah | 28 | 26,4 |
| | Perguruan tinggi | 2 | 1,9 |
| | Total | 106 | 100 |
| 6. | Obat yang Dikonsumsi | | |
| | Tidak menggunakan | 5 | 4,7 |
| | Obat herbal | 1 | 0,9 |
| | Glibenclamid | 13 | 12,3 |
| | Glimepirin | 6 | 5,7 |
| | Glukopak | 1 | 0,9 |
| | Metformin | 23 | 21,7 |
| | Glibenclamid & Metformin | 39 | 36,8 |
| | Metformin & acarbose | 1 | 0,9 |
| | Metformin & Glimepirin | 17 | 16 |
| | Total | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.1 tentang karakteristik responden, peneliti membagi umur responden berdasarkan pembagian umur oleh (Depkes RI, 2009) yaitu dewasa akhir (36-45 tahun) dan kelompok lansia (46-65 tahun). Kelompok umur

yang terbanyak dalam penelitian ini adalah kelompok umur lansia, dimana dalam penelitian ini sebanyak 97 orang (91,5%) dan ada 9 orang (8,5%) dari kelompok dewasa akhir.

Dilihat dari jenis kelamin, penderita DM yang menjadi responden adalah perempuan, yaitu sejumlah 88 (83%) responden. Status responden terbanyak adalah dengan status menikah sejumlah 79 (74,5%) responden. Jumlah distribusi responden terbanyak dilihat dari lamanya menderita diabetes mellitus adalah memiliki riwayat diabetes mellitus selama 1-5,9 tahun, yaitu 81 (76,4%) responden. Pendidikan responden mayoritas adalah pendidikan dasar yaitu sejumlah 63 (59,4%) responden. Serta dilihat dari konsumsi obat mayoritas responden mengkonsumsi obat Glibenclamid dan Metformin yaitu sebanyak 39 (36,8%) responden.

5.1.3 Variabel yang diukur

1. Motivasi

Dibawah ini akan disajikan tabel data distribusi frekuensi mengenai motivasi pada pasien DM di Surabaya.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi motivasi pasien DM di Wilayah Surabaya

| No | Variabel | Sub Variabel | Kategori | f | % |
|----|----------|--------------|-------------|-----|------|
| 1 | Motivasi | Intrinsik | Kurang Baik | 41 | 38,7 |
| | | | Baik | 65 | 61,3 |
| | | | Total | 106 | 100 |
| | | Ekstrinsik | Kurang Baik | 99 | 93,4 |
| | | | Baik | 7 | 6,6 |
| | | | Total | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan variabel motivasi dari 106 responden, persentase motivasi responden terbanyak adalah motivasi ekstrinsik kurang baik sebanyak 99 (93,4%) responden. Motivasi ekstrinsik baik sebesar 7 (6,6%)

responden. Motivasi intrinsik kurang baik sebesar 41 (38,7%) responden serta motivasi intrinsik baik 65 (61,3%). Data tersebut menunjukkan bahwa responden dari penelitian ini lebih dominan yakni motivasi bersasal dari diri sendiri (intrinsik).

2. *Health locus of control*

Dibawah ini akan disajikan tabel data distribusi frekuensi mengenai *Health locus of control* pada pasien DM di Surabaya.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi *health locus of control* pasien DM di Wilayah Surabaya

| No | Variabel | Sub variabel | Kategori | f | % |
|----|--------------------------------|-------------------------|----------|-----|------|
| 1. | <i>Health locus of control</i> | <i>Internal</i> | Rendah | 56 | 52,8 |
| | | | Tinggi | 50 | 47,2 |
| | | | Total | 106 | 100 |
| | | <i>Powerfull others</i> | Rendah | 45 | 42,5 |
| | | | Tinggi | 61 | 57,5 |
| | | | Total | 106 | 100 |
| | | <i>Chance</i> | Rendah | 43 | 40,6 |
| | | | Tinggi | 63 | 59,4 |
| | | | total | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.3 terdapat 56 (52,8%) memiliki *internal health locus of control* yang tinggi yaitu pasien yang memiliki kontrol terhadap kesehatannya sendiri. 56 (52,8%) kategori rendah yaitu responden yang memiliki keyakinan kontrol terhadap kesehatannya dengan pengaruh dari luar dirinya lebih dominan.

Pada *powerfull others health locus of control*, terdapat 61 (57,5%) tinggi yaitu pasien yang memiliki keyakinan kontrol kesehatan semuanya dipercayakan kepada orang lain (petugas kesehatan dan keluarga). Pada *powerfull others health locus of control*, terdapat 45 (42,5%) rendah yaitu pasien yang

memiliki keyakinan kontrol kesehatan selain faktor orang lain yang mempengaruhi kesehatannya.

Pada *health locus of control chance* terdapat 63 (59,4%) tinggi yaitu pasien lebih percaya pada takdir, nasib, keberuntungan, atau peluang yang mempunyai pengaruh besar dalam kesehatannya. 43 responden (40,6%) rendah yaitu pasien yang memiliki keyakinan kontrol kesehatan selain faktor nasib, keberuntungan ataupun peluang yang mempengaruhi kesehatannya.

Dari data penelitian tersebut dapat dijelaskan bahwa *health locus control* pada penderita DM di Surabaya memiliki kontrol terhadap kesehatannya, yang paling dominan yaitu *health locus control chance* yaitu pasien memiliki keyakinan kontrol pasien berada pada faktor nasib, keberuntungan ataupun peluang yang mempengaruhi kesehatannya. *Health locus of control* bersifat kontinum, terkadang seseorang bisa “internal” dan “eksternal” dalam waktu yang bersama (Azlin, 2007).

3. Kepatuhan diet DM

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi kepatuhan diet pasien DM di Wilayah Surabaya

| No | Variabel | Kategori | f | % |
|----|---------------------------------------|----------|-----|------|
| 1. | Kepatuhan diet pada diabetes mellitus | Buruk | 7 | 6,6 |
| | | Cukup | 29 | 27,4 |
| | | Baik | 70 | 66 |
| | | Total | 106 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan mengenai variabel dependen yaitu kepatuhan diet DM. Kepatuhan diet pada diabetes mellitus terlihat bahwa dari 106 responden, distribusi responden terbanyak adalah memiliki kepatuhan diet pada diabetes mellitus yang baik yaitu 70 (66%) responden. 29 (27,4%) memiliki kepatuhan diet yang cukup dan 7 (6,6%) memiliki kepatuhan diet yang buruk.

Dari data penelitian tersebut dapat dijelaskan bahwa yang paling dominan adalah responden yang memiliki kepatuhan diet yang baik karena pasien beranggapan masih memiliki peluang untuk memperbaiki kesehatannya, akan tetapi ketika pasien berada di luar kontrol dari kepercayaannya terhadap takdir dan tergodanya terhadap lingkungan sekitarnya, pasien bisa melanggar diet yang harus dilakukan.

4. Hubungan motivasi dengan kepatuhan diet DM

Tabel 5.5 Hubungan motivasi dengan kepatuhan diet DM di Wilayah Surabaya

| Variabel | Sub variabel | Kategori | Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus | | | | | | Total | |
|----------|--------------|-------------|----------------------------------|-----|-------|------|------|------|----------|------|
| | | | Buruk | | Cukup | | Baik | | Σ | % |
| | | | f | % | f | % | f | % | | |
| Motivasi | Intrinsik | Kurang Baik | 6 | 5,7 | 9 | 8,5 | 26 | 24,5 | 41 | 38,7 |
| | | Baik | 1 | 0,9 | 20 | 18,9 | 44 | 41,5 | 65 | 61,3 |
| | Ekstrinsik | Kurang Baik | 7 | 6,6 | 28 | 26,4 | 64 | 60,4 | 99 | 93,4 |
| | | Baik | 0 | 0 | 1 | 0,9 | 6 | 5,7 | 7 | 6,6 |

Spearman p = 0,178

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi intrinsik kurang baik, mayoritas memiliki kepatuhan diet DM yang baik yaitu 26 (24,5%) responden, namun juga terdapat 6 (5,7%) responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk. Sedangkan responden yang memiliki motivasi intrinsik baik terdapat 44 (41,5%) responden memiliki kepatuhan diet DM yang baik, dan hanya 1(0,9%) responden dengan motivasi intrinsik baik yang memiliki kepatuhan diet yang buruk.

Responden yang memiliki motivasi ekstrinsik kurang baik, mayoritas memiliki kepatuhan diet DM yang baik yaitu 64 (60,4%) responden, dan terdapat 7 (6,6%) responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk. Sedangkan responden yang memiliki motivasi ekstrinsik yang baik, terdapat 6 (5,7%)

responden memiliki kepatuhan diet yang baik, dan tidak ada responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk yaitu sebesar 0 (0%) responden.

Hasil analisis menunjukkan bahwa koefisien proporsi (p) sebesar 0,178. Dengan demikian $p = 0,178$ adalah lebih besar dibandingkan dengan taraf $\alpha = 0,05$. Hal ini diartikan bahwa hipotesis (H_1) ditolak yaitu tidak ada hubungan yang antara motivasi dengan kepatuhan diet DM.

5. Hubungan *health locus of control* dengan kepatuhan diet DM

Tabel 5.6 Hubungan *health locus of control* dengan kepatuhan diet DM di Wilayah Surabaya

| Variabel | Sub variabel | Kategori | Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus | | | | | | Total | |
|--------------------------------|--------------|----------|----------------------------------|-----|-------|------|------|------|----------|------|
| | | | Buruk | | Cukup | | Baik | | Σ | % |
| | | | f | % | F | % | f | % | | |
| <i>health locus of control</i> | Internal | Rendah | 7 | 6,6 | 17 | 16 | 32 | 30,2 | 56 | 52,8 |
| | | Tinggi | 0 | 0 | 12 | 11,3 | 38 | 35,8 | 50 | 47,2 |
| | Powerfull | Rendah | 6 | 5,7 | 14 | 13,2 | 25 | 23,6 | 45 | 42,5 |
| | | Tinggi | 1 | 0,9 | 15 | 14,2 | 45 | 42,5 | 61 | 57,5 |
| | Chance | Rendah | 5 | 4,7 | 16 | 15,1 | 22 | 20,8 | 43 | 40,6 |
| | | Tinggi | 2 | 1,9 | 13 | 12,3 | 48 | 45,3 | 63 | 59,4 |
| <i>Spearman p = 0,002</i> | | | | | | | | | | |

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa responden yang memiliki *internal Health locus of control* yang rendah, mayoritas memiliki kepatuhan diet DM yang baik yaitu 32 (30,2%) namun juga terdapat 7 (6,6%) responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk. Sedangkan responden yang memiliki *internal Health locus of control* yang tinggi, mayoritas yaitu 38 (35,8%) responden memiliki kepatuhan diet yang baik, dan tidak ada responden dengan *internal health locus of control* tinggi yang memiliki kepatuhan diet yang buruk.

Responden yang memiliki *powerfull others health locus of control* yang rendah, mayoritas memiliki kepatuhan diet DM yang baik yaitu 25 (23,6%)

namun juga terdapat 6 (5,7%) responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk. Responden yang memiliki *powerfull others Health locus of control* yang tinggi, mayoritas yaitu 45 (42,5%) responden memiliki kepatuhan diet yang baik, dan responden dengan *powerfull others health locus of control* tinggi yang memiliki kepatuhan diet yang buruk hanya 1 (0,9%).

Responden yang memiliki *chance health locus of control* yang rendah, mayoritas memiliki kepatuhan diet diabetes mellitus yang baik yaitu 22 (20,8%) dan terdapat 5 (4,7%) responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk. Sedangkan responden yang memiliki *chance health locus of control* yang tinggi, mayoritas yaitu 48 (45,3%) responden memiliki kepatuhan diet yang baik, dan responden dengan *chance health locus of control* tinggi yang memiliki kepatuhan diet yang buruk hanya 2 (1,9%).

Hasil analisis menunjukkan bahwa koefisien proporsi (p) sebesar 0,002. Dengan demikian $p = 0,002$ adalah lebih kecil dibandingkan dengan taraf $\alpha = 0,05$. Hal ini diartikan bahwa hipotesis (H_1) diterima yaitu ada hubungan yang antara *Health locus of control* dengan kepatuhan diet DM.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Hubungan motivasi dengan kepatuhan diet DM

Hasil penelitian pada tabel 5.5 tentang hubungan motivasi dan kepatuhan diet DM didapatkan nilai $p > \alpha$, artinya menunjukkan bahwa H_1 ditolak dengan kata lain tidak adanya hubungan antara motivasi dengan kepatuhan diet pasien DM. Responden yang memiliki motivasi intrinsik baik terdapat 44 responden memiliki kepatuhan diet DM yang baik, dan hanya 1 responden dengan motivasi intrinsik baik yang memiliki kepatuhan diet yang buruk. Responden yang

memiliki motivasi ekstrinsik yang baik, terdapat 6 responden memiliki kepatuhan diet yang baik, dan tidak ada responden yang memiliki kepatuhan diet yang buruk.

Pada dasarnya motivasi merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa motivasi merupakan suatu dorongan dari dalam diri seseorang yang menyebabkan orang tersebut melakukan kegiatan-kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan. Di dalam diri seseorang terdapat kebutuhan atau keinginan terhadap objek di luar seseorang tersebut. Motivasi mempunyai peran yang sangat besar dalam pembentukan perilaku pasien DM diantaranya kepatuhan dalam menjalankan diet. Motivasi merupakan prediktor terhadap kepatuhan dalam regimen dan kontrol glikemik (Butler, 2002). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki motivasi tinggi akan menunjukkan hasil yang positif dalam pengelolaan DM seperti peningkatan partisipasi dalam program latihan fisik dan melaporkan gejala depresi yang rendah (Wu, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan, peneliti berpendapat mengenai ketidakbermaknaan motivasi terhadap kepatuhan diet DM, ada banyak faktor yang mempengaruhi motivasi dalam kepatuhan diet DM. Responden yang memiliki motivasi yang baik tidak menjamin responden tersebut memiliki pola diet DM yang baik pula. Kenyataan yang ada di masyarakat bahwa sebagian besar responden mengatakan bahwa motivasi tersebarnya untuk sembuh dan mematuhi diet DM adalah keluarganya, tetapi mereka juga masih melanggar aturan diet DM karena merasa bosan dan tergoda dengan makanan yang disajikan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pujiastuti, 2016 di poliklinik penyakit dalam RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen yang juga mendapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara motivasi dengan kepatuhan menjalankan program diet DM. menurut hasil wawancara dengan responden, sebagian responden mengatakan bahwa keluarga responden tetap menyediakan makanan yang seharusnya tidak diperbolehkan atau harus dikurangi konsumsinya oleh penderita DM, apalagi saat bulan Ramadhan. Keluarga responden tetap menyediakan makanan manis dan berkalori tinggi, seperti kolak dan juga gorengan. Hal ini keluarga memang sudah mengingatkan kepada responden untuk tidak mengonsumsi makanan tersebut, tetapi responden tetap makan makanan yang seharusnya tidak dimakan oleh penderita DM. hal tersebut mempengaruhi motivasi responden dalam kepatuhan diet DM.

Penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Muflihatin, S. K & Komala (2016) dan penelitian yang dilakukan Risti and Isnaeni (2017) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi diri dengan kepatuhan diet DM. Sikap perilaku dalam kesehatan individu dipengaruhi oleh motivasi diri individu untuk berperilaku yang sehat dan menjaga kesehatan. Tanpa motivasi dalam pengaturan diet pasien DM akan mengalami ketidakpatuhan dalam mengatur pola makan sehari-hari.

Penelitian Gustina & Heryati (2014) di Puskesmas Kecamatan Jatinegara, Jakarta Timur menyatakan bahwa motivasi berhubungan dengan kepatuhan menjalankan diet DM. Responden motivasi baik memiliki peluang untuk mematuhi diet DM sebesar 329,667 kali dibandingkan dengan responden motivasi kurang.

Simpulan yang dapat diambil adalah individu akan termotivasi untuk melakukan suatu tindakan jika tindakan tersebut memiliki sebuah tujuan, terencana. Motivasi yang ada di dalam diri individu terbentuk di dalam diri seseorang dan dipengaruhi oleh dua faktor utama yaitu stimulus yang merupakan faktor yang berasal dari luar diri seseorang (faktor eksternal) seperti faktor lingkungan fisik seperti bentuk sosial, budaya, kebiasaan, ekonomi serta respon dari dalam diri (faktor internal) seperti perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, depresi dan sebagainya yang merespon stimulus dari luar. Sehingga, faktor-faktor yang tertanam dalam diri dapat mempengaruhi ketahanan diri dalam mempertahankan motivasi untuk mencapai suatu tujuan.

5.2.2 Hubungan *health locus of control* dengan kepatuhan diet DM

Hasil penelitian pada tabel 5.6 tentang hubungan *health locus of control* dan kepatuhan diet DM didapatkan nilai $p < \alpha$, artinya menunjukkan bahwa H1 diterima dengan kata lain adanya hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan diet pasien DM.

Hasil analisis ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Safitri (2013) yakni terdapat hubungan yang signifikan antara *health locus of control* dengan kepatuhan penatalaksanaan diet DM. Penelitian yang dilakukan Adnyani *et al.*, (2015) terdapat hubungan yang signifikan hubungan antara *health locus of control* dengan kepatuhan penatalaksanaan diet DM. Perilaku menjalani diet DM ditentukan oleh beberapa faktor internal seperti keinginan yang kuat untuk sembuh yang ada dalam diri, serta faktor eksternal seperti faktor dukungan keluarga ataupun dukungan dari petugas kesehatan maupun dari lingkungan,

budaya serta informasi dan pengetahuan yang dimiliki seseorang terkait kesehatan dianggap sebagai suatu modal bagi seseorang untuk berperilaku sehat.

Hasil penelitian ini menunjukkan individu yang memiliki *health locus of control chance* tinggi terbanyak dari *health locus of control powerfull others* dan *internal*. *Health locus of control chance* yaitu pasien lebih percaya pada takdir, nasib, keberuntungan, atau peluang yang mempunyai pengaruh besar dalam kesehatannya. Sehingga hal ini membuat responden tidak merasa tertekan terhadap diet yang dianjurkan dan membuat responden lebih baik dalam mengikuti anjuran diet.

Health locus of control powerfull others tinggi merupakan HLOC terbanyak kedua. Hal ini dibuktikan bahwa beberapa responden penelitian responden mengatakan bahwa mereka selalu bergantung dengan tenaga kesehatan namun malas untuk melakukan tindakan yang bertujuan meningkatkan kesehatannya. Kecenderungan ini terjadi karena budaya masyarakat Indonesia yang selalu tergantung satu sama lain serta pengalaman dan ketergantungan pasien terhadap tenaga kesehatan.

Health locus of control internal tinggi merupakan HLOC terbanyak ketiga. Hal ini dibuktikan ada masih ada responden penelitian menyatakan bahwa responden malas dan bosan untuk mengikuti diet DM. Hal itu menunjukkan bahwa kendali pasien terhadap diri sendiri masih kurang. Hal ini menunjukkan bahwa responden tidak percaya terhadap dirinya sendiri dan tidak ada kemauan dari diri sendiri untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Responden tidak sadar bahwa kendali dari dalam dirinya memiliki peran yang besar untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

Health locus of control bersifat kontinum, terkadang seseorang bisa “internal” dan “eksternal” dalam waktu yang bersama (Azlin, 2007). *Health locus of control (HLOC)* merupakan hal yang ada dalam pribadi seseorang yang memiliki pengaruh terhadap kesehatan dan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet DM. *Health locus of control* juga memainkan peranan penting dalam menentukan perilaku kesehatan masyarakat (Bonichini, Axia and Bornstein, 2009). Keterkaitan antara *health locus of control* dengan kepatuhan bahwa individu tidak akan melaksanakan perilaku kesehatan kecuali mereka memiliki keinginan yang kuat untuk sehat dan setidaknya memiliki pengetahuan mengenai kesehatan.

Dalam penelitian ini, peneliti berpendapat mengenai keterkaitan *health locus of control* dengan kepatuhan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *health locus of control chance* lebih banyak yang patuh. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Adnyani, I. A. P., Widyantari, D. M. & Saputra (2011) bahwa Individu dengan HLOC internal lebih patuh terhadap diet DM dari pada individu dengan HLOC eksternal. Rata rata responden mengatakan bahwa tidak mengalami permasalahan dalam pengaturan makan dan pasien tidak merasa tersiksa sehubungan dengan jenis dan jumlah makanan yang dianjurkan, akan tetapi pada saat tertentu pasien merasa tidak dapat mengikuti aturan diet ketika ada acara besar atau acara keluarga. Hal itu menunjukkan bahwa kendali pasien terhadap diri sendiri masih kurang dan apabila hal ini terus dipertahankan, maka ketidakpatuhan pasien dalam menjalani diet DM cenderung menurun.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjabarkan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet DM.

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian "Hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet Diabetes Mellitus" dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Motivasi dengan kepatuhan diet DM tidak memiliki hubungan satu sama lain. Hal ini dibuktikan dengan adanya faktor lain yang mempengaruhi motivasi individu dalam kepatuhan diet.
2. *Health locus of control* dengan kepatuhan diet DM memiliki hubungan satu sama lain. Hal ini dibuktikan pasien DM yang memiliki *health locus of control* yang baik tidak merasa tertekan terhadap diet yang dianjurkan dan membuat responden lebih baik dalam mengikuti anjuran diet.

6.2 Saran

1. Bagi Perawat

Agar perawat dapat melihat *HLOC* dan motivasi pasien dan mengubah kendali pasien menjadi lebih positif dengan memberikan edukasi kepada pasien bahwa pentingnya pengendalian dan kesadaran diri sendiri untuk melakukan tindakan yang bertujuan meningkatkan kesehatannya.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini juga tidak mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi kontrol perilaku responden, seperti: faktor pendidikan, faktor usia, faktor budaya serta faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pengisian kuisioner motivasi, *health locus of control* dan kepatuhan diet DM. Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai factor-faktor yang mempengaruhi motivasi, *health locus of control* dan kepatuhan diet DM.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnyani, I. A. P., Widyanthari, D. M. & Saputra, K. (2011) 'Hubungan Health Locus of Control dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diet DM Tipe 2 di Paguyuban DM Puskesmas III Denpasar Utara', pp. 76–84.
- Adnyani, I. A. P. S., Widyanthari, D. M. and Kadek Saputra (2015) 'Hubungan Health Locus of Control dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diet DM Tipe 2 di Paguyuban DM Puskesmas III Denpasar Utara', *Ners Journal*, 3(2), pp. 7–14.
- Ajzen (2002) 'Perceived behavioral Control, Self-efficacy, Locus of Control, and The Theory of Planned Behavior', *Journal of Applied Social Psychology*, 32, pp. 665–685.
- Ajzen (2005) *Attitudes, Personality, and behavior (2nd. Edition)*. England: Open University Press/ McGraw-Hill.
- Ajzen, I. (1985) *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action: From Cognition to Behavior*. Germany: Spinger.
- Al, D. N. and Hamdan-mansour, A. M. (2015) 'Correlates of Health Locus of Control among Patients Diagnosed with Type-II Diabetes Mellitus', (August), pp. 190–197.
- Arikunto, S. (2005) *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. (2006) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azlin (2007) 'Health Locus of Control Among Non-compliance 7'.
- Bonichini, S., Axia, G. and Bornstein, M. H. (2009) 'Validation of the parent health locus of control scales in an Italian sample', *Italian Journal of Pediatrics*, 35(13), pp. 1–5. doi: 10.1186/1824-7288-35-13.
- Butler, H. A. (2002) 'Motivation: The role in diabetes self-management in older adults'. Available at: <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Clevo, R. and Margareth (2012) *Asuhan Keperawatan Medikal bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Depkes RI (2009) 'Sistem Kesehatan Nasional'. Available at: <http://www.depkes.go.id>.
- Dinkes Jatim (2016) *laporan Tahunan Dinas Kesehatan 2016*. Dinas Kesehatan.
- Dwijayanti, Y. R. (2016) *Efektifitas Program Edukasi pemberdayaan Diabetes untuk Meningkatkan Health belief pada Pasien Diabetes Tipe 2*. Universitas Airlangga.

- Fathur, Sani (2016) *Metodologi Penelitian Farmasi Komunitas Dan Eksperimental*. Yogyakarta: Deepublish.
- Fraenkel, J. R., Wallen, N. E. and Hyun, H. H. (2006) *How to Design and Evaluate Research in Education*.
- Gustina, S. and Heryati (2014) 'Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet diabetes mellitus pada pasien DM (factors associated with compliance diet of diabetes mellitus)', *JKep*, 2(3), pp. 97–107.
- Haryono, E. (2009) *Hubungan Dukungan keluarga terhadap Kepatuhan Diet pada Pasien Diabetes mellitus di Wilayah Kerja Puskesmas Godean I Sleman*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Indarwati, D., Riskiana, Rusmariana, A., Hartanti, R. D l. (2012) 'Hubungan Motivasi Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Melitus Pada Pasien Diabetes'. Available at: https://caridokumen.com/queue/motivasi-dengan-kepatuhan-diet-dm-_5a44a23fb7d7bc7b7a75f4d8_pdf?queue_id=-1.
- Indriyati, D. S. & Widyarini, N. (2012) 'Pengaruh Health Locus of Control terhadap kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi', pp. 1–8.
- International Diabetes Federation (2017) *IDF Diabetes Atlas Eighth Edition 2017, International Diabetes Federation*. doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.007.
- KBBI (2017) *Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI)*. Available at: <https://www.kbbi.web.id/patuh>.
- Kementrian Kesehatan RI (2014) 'Infodatin (Pusat data dan Informasi kementrian Kesehatan RI)'. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kominfo (2015) *Masih Tinggi, Prevalensi Diabetes di Jatim, 30 Sep 2015*. Available at: <http://kominfo.jatimprov.go.id/read/umum/masih-tinggi-prevalensi-diabetes-di-jatim->.
- Muflihatin, S. K & Komala, I. (2016) 'Hubungan Motivasi dengan Kepatuhan Diet Diabetes pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II di Puskesmas Sempaja Samarinda', *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4. Available at: <http://ojs.stikesmuda.ac.id/index.php/ilmu-kesehatan/article/view/35/17>.
- Notoatmodjo (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (2012) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraini, A. (2014) *Hubungan antara Self-Efficacy dengan Health Locus of Control pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Anggota Perkumpulan Senam Diabetes di Puskesmas Pakis Surabaya*. Universitas Airlangga.
- Nursalam (2015) *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. 5th edn. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam (2016) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. 4th edn. Jakarta: Salemba Medika.
- O'Driscoll, M. and Jeggo, P. A. (2006) 'The role of double-strand break repair insights from human genetics', *Nature Reviews Genetics*, 7(1), pp. 45–54.
- Perkeni (2015) *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015*. PB. Perkeni.
- Permatasari, R. (2014) *Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media kalender Sehat (kaset) terhadap Kepatuhan Diet Pasien Diabetes mellitus di Puskesmas Gedongan Mojokerto*. Universitas Airlangga.
- Phares, E. J. (1992) *Clinical Psychology: concepts, methods and profession*. Pacific grove: Cole Publishing Company.
- Pratita, N. D. (2012) 'Hubungan Dukungan Pasangan dan Health Locus of Control dengan Kepatuhan Dalam Menjalani Proses Pengobatan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2', *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vol.1*, 1(1).
- Pujiastuti, E. (2016) *Hubungan pengetahuan dan motivasi dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe ii di poliklinik penyakit dalam rsud dr. soehadi prijonegoro sragen*. Stikes Kusuma Husada Surakarta.
- Purwani, A. (2015) *Pengaruh Health Locus of Control, Dukungan Sosial dan Islamic Religious Coping terhadap Quality of Life Penderita Diabetes Tipe Dua*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Riskesda (2013) 'Riset Kesehatan Dasar 2013'.
- Risti, K. . and Isnaeni, F. . (2017) 'Hubungan Motivasi Diri dan Pengetahuan Gizi terhadap Kepatuhan Diet DM pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Rawat Jalan di RSUD Karanganyar', *Jurnal Kesehatan*, 10(2), pp. 94–103.
- Rotter, J. B. (1996) 'Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement', *Psychological monographs: general and applied*, 80(1), pp. 1–28.
- Safitri, I. N. (2013) 'Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus Tipe II Ditinjau dari Locus of Control', *Jipt*, 1(2), pp. 273–290.
- Saifunurmazah, D. (2013) *Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus*. Universitas Negeri Semarang. Available at: lib.unnes.ac.id/17487/1/1550408022.pdf.
- Su'udiyah, A. (2016) *Hubungan pelaksanaan Tugas keluarga dalam Perawatan dengan Motivasi dan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Wilayah kerja Puskesmas Palengan Pamekasan*. Universitas Airlangga.
- Tandra, H. (2013) *Life Healty with Diabetes: Diabetes, Mengapa & Bagaimana?* Jakarta: Rapha Publishing.

- Tera, B. H. A. (2011) 'Determinan Ketidakpatuhan Diet Penderita Diabetes Melitus Tipe 2', 2. Available at: http://eprints.undip.ac.id/32591/1/393_Banu_Hanifah_Al_Tera_G2C007014.pdf.
- Thomas, E. M., Kamalanabhan, T. J. and Vasanthi, M. (2004) 'Locus of Control Among Diabetic and Non-diabetic Patients - A Comparative Study', *Journal Soc. Sci*, 8(3), pp. 221–226.
- Wallston, K. ., Stein, M. J. and Smith, C. A. (1994) 'From C of the MHLC scales: A condition-specific measure of locus of control', *Journal of personality Assesment*, 63, pp. 534–553.
- WHO (2017) 'Diabetes'. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>.
- World Health Organization (2016) 'Global Report on Diabetes', *Isbn*, 978, p. 88. doi: ISBN 978 92 4 156525 7.
- World Health Organization (2003) *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence For Action Adherence to Long - Term Therapies*. Switzerland: WHO.
- Wu, S. F. . (2007) *Effectiveness of self management for person with type 2 diabetes following the implementation of a self-efficacy enhancing intervention program in taiwan*. Queensland University of Technology. Available at: http://eprints.qut.edu.au/16385/1/Shu-Fang_Wu_Thesis.pdf.
- Yuskas, H. (2016) *Determinan Locus of Control pada Theory of Planned behavior dalam Perilaku Pengendalian Diabetes Melitus*. Universitas Airlangga.
- Zycinska, J. *et al.* (2012) 'How to measure motivation to change risk behaviours in the self-determination perspective? The Polish adaptation of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) among patients with chronic diseases .', *Polish Psychological Bulletin*, 43(4), pp. 26–27. doi: DOI -10.2478/v10059-012-0029-y Jolanta.

Lampiran 1 Penjelasan Penelitian

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS
AIRLANGGA**

PENJELASAN PENELITIAN

JUDUL PENELITIAN : Hubungan Motivasi dan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Mellitus
PENELITI : Retno Dwi Susanti
NIM : 131411131058

Peneliti adalah Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bapak/Ibu/Saudara telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Sebelum Bapak/Ibu/Sadura memutuskan untuk berpartisipasi, maka saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan Penelitian ini :

1) Tujuan Umum

Menganalisis hubungan motivasi dan *health locus of control* dengan kepatuhan diet pada Penderita Diabetes mellitus.

2) Tujuan Khusus

- a. Menganalisis hubungan motivasi pasien Diabetes mellitus dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus
- b. Menganalisis hubungan *health locus of control* pasien Diabetes mellitus dengan kepatuhan diet pada penderita Diabetes mellitus
- c. Menganalisis hubungan motivasi dan *health locus of control* pasien Diabetes mellitus dengan kepatuhan diet penderita Diabetes mellitus.

2. Perlakuan yang Diterapkan pada Subjek Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, sehingga tidak ada perlakuan apapun untuk subyek. Subyek hanya terlibat sebagai responden yang akan mengisi kuesioner perihal motivasi dan *health locus of control* pasien Diabetes mellitus serta kuisisioner kepatuhan diet penderita Diabetes mellitus.

3. Manfaat Penelitian bagi Responden

Penderita memiliki pengetahuan tentang motivasi dan *health locus of control* pasien Diabetes mellitus dengan kepatuhan diet pasien Diabetes mellitus.

4. Bahaya Potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan responden dalam penelitian ini.

5. Hak untuk Undur Diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden

6. Jaminan Kerahasiaan Data

Semua data dan informasi identitas responden penelitian akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas responden secara jelas dan pada laporan penelitian nama responden akan diubah dalam bentuk kode.

7. Adanya Intensif untuk Responden

Seluruh responden tidak mendapat intensif berupa uang atau biaya transportasi maupun akomodasi karena penelitian ini bersifat sukarela. Responden akan mendapatkan *souvenir* dari peneliti.

Surabaya, 2018
Peneliti,

Retno Dwi Susanti
NIM. 131411131058

Lampiran 2 Lembar Persetujuan

**SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONCENT)**

No. Kode responden (Diisi oleh peneliti)

Yang bertandatangan di bawah ini saya :

Nama :

Alamat :

Pendidikan :

No. Telp :

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia/tidak bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Motivasi dan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Mellitus.”

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah:

1. Bersedia untuk meluangkan waktu untuk diwawancarai
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti
3. Bersedia menjadi responden penelitian

Keikutsertaan saya ini sukarela tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,.....2018

Peneliti,

Responden,

(Retno Dwi Susanti)

Saksi,

(.....)

(.....)

Lampiran 3 Data Demografi**KUESIONER PENELITIAN****HUBUNGAN MOTIVASI DAN *HEALTH LOCUS OF CONTROL* DENGAN
KEPATUHAN DIET PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS**

Nomor Responden :

Tanggal Pengambilan Data :

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pertanyaan dalam kuesioner ini
2. Isilah identitas diri anda

A. Identitas Responden

1. Usia :Tahun
2. Jenis Kelamin: Pria Wanita
3. Status Pernikahan : Menikah Belum Menikah Janda/
Duda
4. Pendidikan terakhir :
5. Lama menyandang DM : tahun
6. Obat-obatan yang anda dapatkan:

.....
.....

Lampiran 4 Lembar Kuisisioner Motivasi

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan Bapak/Ibu rasakan

STS : apabila anda SANGAT TIDAK SETUJU dengan pernyataan tersebut

TS : apabila anda TIDAK SETUJU dengan pernyataan tersebut

S : apabila anda SETUJU dengan pernyataan tersebut

SS : apabila anda SANGAT SETUJU dengan pernyataan tersebut

| No | Pernyataan | STS | TS | S | SS |
|----|---|-----|----|---|----|
| 1 | Saya bertanggung jawab atas kesehatan saya | | | | |
| 2 | Saya percaya bahwa mengatur pola makan yang terbaik untuk kesehatan saya. | | | | |
| 3 | Saya percaya bahwa mengatur pola makan sangat penting untuk aspek kehidupan saya. | | | | |
| 4 | Mengatur pola makan sangat penting untuk kesembuhan saya dari DM dan benar-benar ingin saya lakukan | | | | |
| 5 | Saya akan konsisten dalam mengatur pola makan saya | | | | |
| 6 | Mengontrol makanan yang saya konsumsi merupakan hal penting, agar saya selalu sehat. | | | | |
| 7 | Saya malu pada diri saya, jika saya tidak bisa mengontrol makanan saya | | | | |
| 8 | Saya merasa bersalah, jika saya tidak makan makanan sehat | | | | |
| 9 | Orang lain akan senang, jika saya dapat mengontrol makanan saya | | | | |
| 10 | Saya merasa mendapat tekanan dari orang lain, ketika saya melakukan pengontrolan makan saya | | | | |
| 11 | Saya ingin orang lain melihat bahwa saya dapat mengontrol makanan saya. | | | | |

Lampiran 5 Lembar Kuisisioner *Health Locus of Control*
Kuisisioner *Health Locus of Control*

Kuisisioner ini ingin mengetahui keyakinan Anda akan penyakit diabetes mellitus yang Anda alami. Silahkan berikan jawaban pertama yang muncul di benak Anda, kemudian beri tanda silang (X) pada satu jawaban yang paling sesuai.

1. Jika kesehatan saya memburuk, perilaku saya sendiri yang menentukan seberapa cepat saya akan kembali pulih

| | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sangat tidak setuju | <input type="radio"/> Sedikit setuju |
| <input type="radio"/> Cukup tidak setuju | <input type="radio"/> Cukup setuju |
| <input type="radio"/> Sedikit tidak setuju | <input type="radio"/> Sangat setuju |
2. Saya pasrah atas apapun yang terjadi dengan kondisi kesehatan saya

| | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sangat tidak setuju | <input type="radio"/> Sedikit setuju |
| <input type="radio"/> Cukup tidak setuju | <input type="radio"/> Cukup setuju |
| <input type="radio"/> Sedikit tidak setuju | <input type="radio"/> Sangat setuju |
3. Jika saya menemui dokter secara teratur, maka masalah kesehatan saya akan berkurang

| | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sangat tidak setuju | <input type="radio"/> Sedikit setuju |
| <input type="radio"/> Cukup tidak setuju | <input type="radio"/> Cukup setuju |
| <input type="radio"/> Sedikit tidak setuju | <input type="radio"/> Sangat setuju |
4. Hal-hal yang paling menentukan kondisi kesehatan saya biasanya terjadi secara kebetulan

| | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sangat tidak setuju | <input type="radio"/> Sedikit setuju |
| <input type="radio"/> Cukup tidak setuju | <input type="radio"/> Cukup setuju |
| <input type="radio"/> Sedikit tidak setuju | <input type="radio"/> Sangat setuju |
5. Setiap kali kondisi saya memburuk, saya perlu berkonsultasi dengan tenaga kesehatan yang terlatih

| | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sangat tidak setuju | <input type="radio"/> Sedikit setuju |
| <input type="radio"/> Cukup tidak setuju | <input type="radio"/> Cukup setuju |
| <input type="radio"/> Sedikit tidak setuju | <input type="radio"/> Sangat setuju |
6. Saya secara langsung bertanggung jawab terhadap kesehatan saya yang semakin baik atau semakin buruk

| | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Sangat tidak setuju | <input type="radio"/> Cukup tidak setuju |
|---|--|

- Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
- Cukup setuju
 - Sangat setuju
7. Orang lain memiliki peran besar dalam hal apakah kondisi saya membaik, tetap sama, atau menjadi buruk
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
- Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
8. Apapun yang tidak beres dengan kondisi saya, hal tersebut disebabkan oleh kesalahan saya
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
- Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
9. Keberuntungan memainkan peranan besar dalam membaiknya kondisi kesehatan saya
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
- Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
10. Agar kondisi saya membaik, tergantung pada orang lain yang melihat bahwa hal baik akan terjadi
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
- Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
11. Peningkatan apapun yang terjadi pada kondisi kesehatan saya, sebagian besar adalah karena nasib baik
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
- Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
12. Setiap hal yang saya lakukan sangat penting dalam mempengaruhi kondisi kesehatan saya
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
- Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju

13. Saya layak menerima penghargaan ketika kondisi saya membaik dan disalahkan ketika kondisi saya memburuk
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
14. Mengikuti arahan/petunjuk dokter dengan sebaik-baiknya adalah cara terbaik untuk menjaga kondisi kesehatan saya
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
15. Memburuknya kondisi kesehatan saya merupakan nasib yang harus saya terima
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
16. Jika saya beruntung, kondisi saya akan membaik
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
17. Jika kondisi saya memburuk, itu karena saya belum menjaga diri saya dengan baik
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju
18. Berbagai bantuan yang saya terima dari orang lain menentukan seberapa cepat kondisi saya akan membaik
- Sangat tidak setuju
 - Cukup tidak setuju
 - Sedikit tidak setuju
 - Sedikit setuju
 - Cukup setuju
 - Sangat setuju


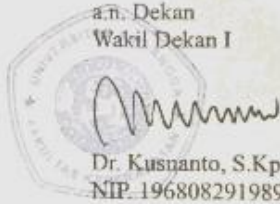
Lampiran 6 Kuisiener Kepatuhan Diet**KUISIONER KEPATUHAN DIET**

Petunjuk Pengisian: Jawablah pertanyaan berikut ini dengan jujur (sesuai dengan kondisi diri saudara/i) dengan memberikan tanda silang (X) pada alternatif jawaban yang tersedia.

| No. | Perrtanyaan | Selalu | Sering | Jarang | Tidak pernah |
|-----|--|--------|--------|--------|--------------|
| 1. | Saya makan tepat waktu sesuai jadwal yang sudah direkomendasikan oleh dokter atau petugas kesehatan yang lain | | | | |
| 2. | Saya makan yang sesuai anjuran dokter atau petugas kesehatan yang lain. | | | | |
| 3. | Saya tidak mau mengikuti anjuran dokter atau petugas kesehatan yang lain karena diet DM menyusahkan | | | | |
| 4. | Saat saya terlalu sibuk dengan urusan saya, saya makan tidak sesuai waktu yang sudah ditentukan | | | | |
| 5. | Saya mengkonsumsi makaann dan minuman yang terasa manis/banyak mengandung gula. | | | | |
| 6. | Saya mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak tinggi seperti makanan siap saji (<i>fast food</i>), gorengan, usus dan hati | | | | |
| 7. | Setiap hari saya makan (makan utama) lebih dari tiga kali | | | | |
| 8. | Saya mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin dan mineral | | | | |
| 9. | Saya mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti: daging, telur, tahu, dan tempe | | | | |
| 10 | Saya setiap hari selalu makan sayur dan buah sesuai dengan anjuran dokter | | | | |
| 11 | Saya menimbang berat badan secara teratur | | | | |
| 12 | Saya mengkonsumsi makanan yang asin seperti: ikan asin | | | | |
| 13 | Saya makan makanan kecil/ngemil diluar jadwal makan yang sudah | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| | ditentukan | | | | |
| 14 | Jadwal aturan makan baru yang dianjurkan oleh dokter atau petugas kesehatan yang lainnya terasa sulit | | | | |
| 15 | Saya tidak mencatat menu makanan yang saya konsumsi setiap harinya. | | | | |
| 16 | Saya secara rutin memeriksakan kadar gula darah ke puskesmas/pelayanan kesehatan yang lain. | | | | |
| 17 | Makanan yang saya konsumsi setiap harinya berbeda agar saya tidak merasa bosan. | | | | |
| 18 | Saya menggunakan gula khusus untuk Diabetes untuk makanan atau minuman yang manis. | | | | |

Lampiran 7 Surat Permohonan Fasilitas Pengambilan Data

| | | |
|--|--|---|
|  | KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI UNIVERSITAS AIRLANGGA FAKULTAS KEPERAWATAN Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: http://ners.unair.ac.id Email: dekan_ners@fkip.unair.ac.id | |
| <hr/> | | |
| Nomor | : 1493/UN3.1.13/PPd/2018 | 18 Mei 2018 |
| Lampiran | : 1 (satu) eksemplar | |
| Perihal | : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian | |
| Kepada Yth.: | Kepala Bakesbangpol dan Linmas Surabaya | |
| <p>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</p> | | |
| Nama | : Retno Dwi Susanti | |
| NIM | : 131411131058 | |
| Judul Skripsi | : Hubungan Motivasi dan <i>Health Locus of Control</i> dengan Kepatuhan Diet pada Diabetes Mellitus | |
| 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 Dinas Kesehatan Kota Surabaya | | |
| 2. Kepala Puskesmas Asemrowo Surabaya | | |
| 3. Kepala Puskesmas Kedungdoro Surabaya | | |
| 4. Kepala Puskesmas Tanah Kalikedinding Surabaya | | |
| 5. Kepala Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya | | |
| 6. Kepala Puskesmas Jagir Surabaya | | |

Lampiran 8 *Ethical Clearance*



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 : 963-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

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 MOTIVASI DAN HEALTH LOCUS OF CONTROL DENGAN KEPATUHAN DIET PADA DIABETES MELITUS”

Peneliti utama : Retno Dwi Susanti
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Indonesia
Setting of research


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

Surabaya, 21 Juni 2018
Ketua (CHAIRMAN)



Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 9 Surat Izin Penelitian Bakesbangpol Linmas Kota Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 28 Mei 2018

Kepada
 Yth: Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di – SURABAYA

Nomor : 070/ 4389 /436 8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

REKOMENDASI PENELITIAN

Dasar :

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 .
2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa - Politik dan Perlindungan Masyarakat.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Tanggal 18 Mei 2018 Nomor 1493/UN3.113/PPd/2018 Perihal : Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian

Pt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada

a. Nama : Retno Dwi Susanti
 b. Alamat : Desa Paji RT. 02 RW. 06 Kel. Paji Kec. Pucuk Kab. Lamongan
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : Universitas Airlangga Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :


a. Judul / Thema : Hubungan Motivasi Dan Health Locus Of Control Dengan Kepatuhan Diet Pada Diabetes Mellitus
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dengan persyaratan :

1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Ptl. KEPALA BADAN,
 Ptl. Sekretaris




Ir. Yusuf M. M. Pembina
 NIP 19671224-199412 1 00

Tembusan :

Yth. 1. Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga Surabaya
 2. Saudara yang bersangkutan.

Lampiran 10 Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kota Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax (031) 8483393

SURAT IJIN
SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 072 / 15.04.1 - / 436.7.2 / 2018

| | |
|---------|------------------------------|
| Dari | : Fakultas Keperawatan UNAIR |
| Nomor | : 966/UN3.1.13/PPd/2018 |
| Tanggal | : 5 April 2018 |
| Hal | : Pengambilan Data |

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :


| | |
|----------------------------|--|
| Nama | : Retno Dwi Susanti |
| NIM | : 131411131058 |
| Pekerjaan | : Mahasiswa Fak. Keperawatan UNAIR |
| Alamat | : Ds. Paji Lamongan |
| Tujuan Penelitian | : Menyusun Proposal |
| Tema Penelitian | : Hubungan Motivasi dan <i>Health Locus Of Control</i> Dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Diabetes Melitus |
| Lamanya Penelitian | : Bulan April s/d Bulan Juni Tahun 2018 |
| Daerah / tempat Penelitian | : Puskesmas Se-Kota Surabaya |

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :


1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 11 April 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris



Nanik Sukastika S.KM. M.Kes
Pembina TK. I
NIP. 197901171994032008



<http://dinkes.surabaya.go.id> Email: dkk_surabaya@yahoo.com

Lampiran 11 Uji validitas kuisisioner motivasi

| Uji validitas kuisisioner motivasi | r. validitas | Keterangan |
|------------------------------------|--------------|------------|
| 1 | 0.600 | Valid |
| 2 | 0.853 | Valid |
| 3 | 0.838 | Valid |
| 4 | 0.869 | Valid |
| 5 | 0.838 | Valid |
| 6 | 0.572 | Valid |
| 7 | 0.812 | Valid |
| 8 | 0.584 | Valid |
| 9 | 0.675 | Valid |
| 10 | 0.691 | Valid |
| 11 | 0.812 | Valid |

Lampiran 12 Uji validitas kuisisioner kepatuhan diet DM

Uji validitas kuisisioner kepatuhan diet Permatasari (2014)

| Uji validitas kuisisioner kepatuhan diet | r. validitas | Keterangan |
|--|--------------|------------|
| 1 | 0,766 | Valid |
| 2 | 0,619 | Valid |
| 3 | 0,768 | Valid |
| 4 | 0,726 | Valid |
| 5 | 0,586 | Valid |
| 6 | 0,517 | Valid |
| 7 | 0,585 | Valid |
| 8 | 0,775 | Valid |
| 9 | 0,798 | Valid |
| 10 | 0,678 | Valid |
| 11 | 0,623 | Valid |
| 12 | 0,734 | Valid |
| 13 | 0,743 | Valid |
| 14 | 0,695 | Valid |
| 15 | 0,519 | Valid |
| 16 | 0,668 | Valid |
| 17 | 0,603 | Valid |
| 18 | 0,621 | Valid |