

SKRIPSI

**GAMBARAN EVALUASI KEPATUHAN DIET PADA PENYANDANG
DIABETES MELITUS (DM) SETELAH MENDAPATKAN INTERVENSI**

COACHING : STUDI KUALITATIF



Oleh :

SURIANI

R011201102

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024

HALAMAN PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

**GAMBARAN EVALUASI KEPATUHAN DIET PADA PENYANDANG DIABETES
MELITUS (DM) SETELAH MENDAPATKAN INTERVENSI *COACHING*: STUDI
KUALITATIF**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Jumat, 20 Juni 2024

Pukul : 13.00 WITA

Tempat : Ruang Etik Keperawatan

Disusun oleh:

SURIANI

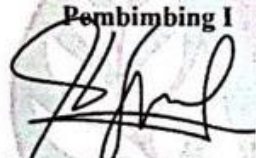
R011201102

Dan yang bersangkutan dinyatakan

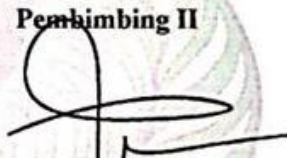
LULUS

Dosen Pembimbing


Pembimbing I


Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198409182012121003

Pembimbing II


Wa Ode Nur Isnah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 198410042014042001

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin


Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns., M.Kes
NIP. 19760618 2002 12 2 002

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Suriani

NIM : R011201102

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut. Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali

Makassar, 19 April 2024



ABSTRAK

Suriani. R011201102. **GAMBARAN EVALUASI KEPATUHAN DIET PADA PENYANDANG DIABETES MELITUS (DM) SETELAH MENDAPATKAN INTERVENSI COACHING : STUDI KUALITATIF.** Dibimbing oleh Nuurhidayat Jafar dan Wa Ode Nur Isnah S.

Latar belakang: Upaya pengelolaan diabetes di Puskesmas Bajeng, Kecamatan Bajeng, Kabupaten Gowa, melibatkan pemberian coaching secara berkelompok. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi kepatuhan diet pada penderita DM yang telah menerima coaching kelompok melalui panggilan video selama dua minggu. Evaluasi ini dilakukan untuk menilai efektivitas coaching kelompok melalui video call dalam jangka waktu yang lebih singkat dibandingkan dengan coaching kesehatan pada umumnya.

Tujuan: Mengetahui gambaran evaluasi kepatuhan diet pada penderita diabetes melitus setelah mendapatkan intervensi coaching.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan teknik wawancara semi-terstruktur dan observasi unobstruktif, dilakukan pada Maret hingga Mei 2024. Jumlah sampel penelitian ini adalah 8 partisipan yang dipilih melalui purposive sampling.

Hasil: Analisis menemukan tiga tema utama, yaitu peningkatan kepatuhan diet, perubahan pola makan, dan perubahan kebiasaan serta perilaku makan.

Kesimpulan dan saran: Intervensi coaching menunjukkan peningkatan kepatuhan diet, perubahan pola makan, serta perubahan kebiasaan dan perilaku makan. Meskipun tidak semua partisipan mengalami perubahan yang sama, sebagian besar merasakan manfaat dari intervensi coaching ini. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan coaching.

Kata kunci: Diabetes Melitus; Kepatuhan Diet; Coaching; Puskesmas Bajeng

Sumbers literatur: 98 Kepustakaan (1994-2024)

ABSTRAK

Suriani. R011201102. DESCRIPTION OF DIET COMPLIANCE EVALUATION IN DIABETES MELLITUS (DM) PATIENTS AFTER RECEIVING COACHING INTERVENTION: A QUALITATIVE STUDY. Supervised by Nuurhidayat Jafar and Wa Ode Nur Isnah S.

Background: The diabetes management efforts at Bajeng Health Center, Bajeng District, Gowa Regency, involve group coaching sessions. This study aims to evaluate the diet compliance of DM patients who have received group coaching via video calls for two weeks. The evaluation seeks to assess the effectiveness of group coaching through video calls over a shorter duration compared to typical health coaching sessions.

Objective: To provide an overview of the diet compliance evaluation in diabetes mellitus patients after receiving coaching intervention.

Method: This study employs a descriptive qualitative method using semi-structured interviews and unobtrusive observation, conducted from March to May 2024. The sample size for this study consists of 8 participants selected through purposive sampling.

Results: The analysis identified three main themes: increased diet compliance, changes in eating patterns, and changes in eating habits and behaviors.

Conclusion and Recommendations: The coaching intervention demonstrated improvements in diet compliance, changes in eating patterns, and alterations in eating habits and behaviors. Although not all participants experienced the same changes, most perceived benefits from this coaching intervention. Future research is recommended to explore the factors influencing the success of coaching.

Keywords: Diabetes Mellitus; Diet Compliance; Coaching; Bajeng Health Center

Literature Sources: 98 references (1994-2024)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji dan Syukur saya panjatkan atas kehadiran Allah SWT. Karena atas Ridha-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini, dengan judul “Gambaran Evaluasi Kepatuhan Diet pada Penyandang Diabetes Melitus Setelah Mendapatkan Intervensi *Coaching* : Studi Kualitatif”. Skripsi ini merupakan langkah awal untuk memenuhi kelulusan mata kuliah skripsi di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada kedua orang tua saya Bapak Solle Dan Ny. S aharia, serta saudara saya Sariana, A.Md. A.K, Mirnawati, S.Pd, dan kedua adik saya Sumarni dan Yunus Saputra yang telah sabar dan tidak memberikan tekanan kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan skripsi ini.

Pada kesempatan ini, saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin

3. Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing pertama yang senantiasa memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan Skripsi penelitian ini
4. Wa Ode Nur Isnah, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing kedua yang selalu sabar dan memberikan bimbingan dalam penyusunan Skripsi ini.
5. Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., MHS., ph.D selaku penguji pertama
6. Abdul Majid, S. Kep., Ns., M.Kep., sp. KMB selaku penguji kedua
7. Kepada Ratna, S.Kep.,Ns , Siaga Ners 015, dan seluruh keluarga besar Siaga Ners Unhas yang telah memberikan motivasi dalam penyusunan Skripsi ini.

Terima kasih untuk semua dukungan yang telah diberikan kepada saya, semoga Allah memberikan kebaikan yang berlipat ganda. Saya menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan Skripsi ini, untuk itu saran serta kritik yang membangun diharapkan untuk perbaikan Skripsi penelitian ini. Terima kasih.

Makassar, Juni 2024

Penulis

DAFTAR ISI

SKRIPSI.....	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	i
ABSTRAK	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB 1.....	13
A. Latar Belakang	13
B. Rumusan Masalah	16
C. Tujuan Penelitian.....	18
D. Kesesuaian Penelitian Dengan <i>Roadmap</i> Program Studi.....	18
E. Manfaat Penelitian	18
BAB II.....	20
A. Tinjauan Diabetes Melitus	20
B. Tinjauan <i>Health Coaching</i>	28

C. Tinjauan Kepatuhan Diet	29
A. D. Tinjauan penelitian Terapdate Terkait Variabel	39
BAB III.....	41
A. Desain Penelitian.....	41
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	41
C. Populasi Penelitian dan Sampel	41
D. Manajemen Data	44
E. Pengolahan Data dan Analisa Data	49
F. Keabsahan Data.....	54
G. Etika Penelitian	56
BAB IV	60
HASIL PENELITIAN.....	60
A. Karakteristik Responden/Partisipan	60
B. Hasil Temuan.....	61
BAB V.....	79
A. Pembahasan.....	79
C. Implikasi dalam Praktik Keperawatan	89
D. Keterbatasan Penelitian.....	89
BAB VI	91
DAFTAR PUSTAKA	94

LAMPIRAN.....	104
---------------	-----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian.....	104
Lampiran 2. Lembar <i>Informed Consent</i>	105
Lampiran 3. Instrumen penelitian.....	106
Lampiran 4. Surat Persetujuan Etik.....	107
Lampiran 5. Hasil Analisis.....	108

DAFTAR BAGAN

Bagan 3. 1 Alur Penelitian	53
----------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Originalitas Penelitian.....	39
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Demografi Partisipan Berdasarkan Umur, Pendidikan Terakhir Dan Lama Menderita DM.....	60
Tabel 4.2 Hasil Analisis Terkait Tema 1.....	61
Tabel 4.3. Hasil Analisis Terkait Tema 2.....	66
Tabel 4. 4 hasil analisis terkait tema 3	73

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Konsep Piring Model T	32
---	----

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Secara global, Diabetes Melitus (DM) menempati peringkat kesembilan dari sepuluh penyebab kematian terbesar. Di negara-negara dengan tingkat pendapatan menengah ke atas, penyakit ini menempati peringkat keenam sebagai penyebab kematian tertinggi (WHO, 2020). Hal ini menunjukkan perlunya perhatian khusus terhadap DM.

Jumlah penderita diabetes pada tahun 2021 mencapai 7,9 miliar, dengan 5,1 miliar diantaranya berusia 20-79 tahun. Wilayah Middle East and North Africa (MENA) menjadi yang tertinggi dengan persentase 16,2%, sementara distribusi terendah tercatat di wilayah Africa (AFR) dengan persentase 4,5%. *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan tahun 2030 jumlah penderita diabetes di seluruh dunia akan meningkat sebesar 11,3% atau sebanyak 642,7 juta orang, dengan lebih dari 90% diantaranya menderita diabetes tipe 2. Negara Indonesia merupakan salah satu negara dengan angka kejadian DM yang tinggi di dunia. Pada tahun 2021, Indonesia bahkan menempati urutan kelima dengan jumlah penderita diabetes sebanyak 19,5 juta orang, setelah negara China di peringkat pertama dengan 140,9 juta orang (*International Diabetes Federation Atlas*, 2021). Data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 oleh Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni) pada tahun 2021

menunjukkan peningkatan prevalensi diabetes melitus. Pada tahun 2018, prevalensi tersebut mencapai 8,5%, atau sekitar 20,4 juta orang yang telah didiagnosis menderita diabetes melitus. Data dari Riskesdas 2018 menunjukkan adanya peningkatan dari tahun 2013, Daerah Khusus Ibukota (DKI) Jakarta pada tahun 2018 menunjukkan peningkatan penyandang DM sebesar 3,4% dari 2,5% di tahun 2013. Di Sulawesi Selatan, prevalensi diabetes juga mengalami kenaikan dari 1,6% pada tahun 2013 menjadi 1,8% di tahun 2018. Secara spesifik di daerah Gowa, angka tersebut naik dari 1,0% pada tahun 2013 menjadi 1,07% pada tahun 2018. Oleh karenanya pemahaman terhadap manajemen diabetes menjadi suatu hal yang penting.

Ketidakpatuhan terhadap diet merupakan salah satu faktor kontrol glikemik yang buruk sehingga muncul satu atau lebih komplikasi (Arifin et al., 2023). Keberhasilan dalam mengontrol DM ditentukan oleh pengelolaan pola diet sehari-hari, namun faktanya ketidakpatuhan diet terbilang cukup tinggi, hal ini didukung oleh studi sebelumnya bahwa tingkat kepatuhan rendah terhadap rekomendasi diet (Owolabi et al., 2020). Hal ini menunjukkan perlunya meningkatkan kesadaran penderita DM akan pentingnya pengaturan diet.

Penelitian oleh Rochani dengan metode kualitatif menyatakan bahwa sebagian besar partisipan sadar akan pentingnya diet diabetes untuk mengontrol kadar gula darah, meningkatkan derajat kesehatan, dan mencegah komplikasi. Namun setelah digali lebih dalam partisipan hanya mengetahui diet sebatas mengurangi karbohidrat dan gula, namun belum

mengetahui mengenai jadwal dan jenis yang benar. Diet diabetes yang tepat dapat mengontrol kadar gula darah, bahkan pasien yang tidak patuh terhadap diet memiliki risiko sebanyak 44,686 kali lebih tinggi untuk mengalami kadar gula darah yang tidak terkontrol, dibandingkan mereka yang patuh terhadap diet (Nursihhah & Wijaya septian, 2021). Oleh karena itu, memberdayakan pasien untuk melakukan manajemen kesehatan sendiri merupakan hal yang penting (Werbrouck et al., 2018).

Intervensi *coaching* merupakan intervensi pengelolaan mandiri DM. Pendekatan ini bertujuan untuk mencapai perubahan perilaku jangka panjang pada penyakit kronis, termasuk DM dengan memberikan panduan yang sesuai kepada pasien agar mampu mengelola DM secara efektif (Lin et al., 2021). Pada studi intervensi *health coaching* menunjukkan pengaruh signifikan terhadap kadar HbA1c dan HDL-C, pada penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi selama ≥ 6 bulan mengalami penurunan HbA1c yang lebih signifikan dibandingkan dengan intervensi selama ≤ 6 bulan (Radwan et al., 2019). Penelitian oleh (Jaata & Astuti, 2022; Lin et al., 2021) menunjukkan bahwa intervensi *health coaching* selama 6 bulan secara signifikan berdampak pada perubahan perilaku makan (pola makan) yang lebih sehat. Hal ini meminimalkan komplikasi dan *hospital readmission*. Di samping itu partisipan dalam penelitian (Pludwinski et al., 2016) mengemukakan mengenai pengalamannya dalam proses *health coaching* dengan *smartphone* pada penyandang DM tipe 2, bahwa program *health coaching* merupakan program yang bermanfaat dan memotivasi

untuk ikut serta dalam program lainnya. Selain itu, mereka juga menggambarkan peningkatan kontrol dan kepercayaan diri dalam menghadapi kondisinya serta memperoleh pengetahuan tentang manajemen diabetes. Dari penjelasan diatas dapat di simpulkan bahwa *coaching* menjadi salah-satu solusi efektif dalam pengelolaan diabetes

Upaya pengelolaan diabetes di Puskesmas Bajeng, Kec. Bajeng, Kab. Gowa adalah pemberian grup *coaching*. Untuk itu pada penelitian ini akan mengevaluasi kepatuhan diet pada penyandang DM yang telah menerima *coaching* secara berkelompok melalui video *call* selama dua minggu untuk menilai keefektifan pemberian *coaching* secara berkelompok (*group coaching*) melalui Video *call* dengan waktu yang lebih singkat dari pemberian *health coaching* pada umumnya, sehingga nantinya hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam memberikan intervensi mengenai manajemen diabetes terkhususnya pada diet diabetes dengan metode yang lebih efisien baik secara waktu, tenaga maupun material.

B. Rumusan Masalah

Data dari Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi DM di Indonesia mencapai angka 20,4 juta tercatat sebagai penyandang DM. *International Disease Federation (IDF) Atlas 2021* memperkirakan akan terus terjadi peningkatan pasien DM hingga tahun 2045 mendatang dengan lebih dari 90% adalah penyandang diabetes tipe 2. Keberhasilan dalam mengontrol DM ditentukan oleh pengelolaan pola diet sehari-hari, namun

faktanya ketidakpatuhan diet terbilang cukup tinggi, dengan tingkat kepatuhan rendah terhadap rekomendasi diet (Owolabi et al., 2020).

Penelitian dari (Sherifali, 2017) menunjukkan bahwa intervensi *health coaching* ini efektif dalam memperbaiki kepatuhan diet serta kontrol glikemik. Intervensi *coaching* selama ≥ 6 bulan mengalami penurunan HbA1c yang lebih signifikan dibandingkan dengan intervensi selama ≤ 6 bulan (Radwan et al., 2019). Rochani dengan metode kualitatif menyatakan bahwa sebagian besar partisipan sadar akan pentingnya diet diabetes untuk mengontrol kadar gula darah, meningkatkan derajat kesehatan, dan mencegah komplikasi. Namun setelah digali lebih dalam partisipan hanya mengetahui diet sebatas mengurangi karbohidrat dan gula, namun belum mengetahui mengenai jadwal dan jenis yang benar. Penelitian oleh Härter et al yang mengevaluasi intervensi *coaching* pada penderita dengan penyakit kronis menunjukkan hasil positif terhadap perubahan sikap dan perilaku terkait risiko Kesehatan (setelah 12, 24, dan 36 bulan).

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, dapat disimpulkan bahwa waktu pemberian *coaching* juga berpengaruh dalam keberhasilan untuk mencapai tujuan *coaching*. Oleh karena itu, peneliti ingin melihat bagaimana evaluasi kepatuhan diet (jumlah, jenis dan jadwal) penyandang diabetes setelah menerima *health coaching* dengan metode *group coaching* selama 2 minggu melalui *video call* pada kelompok Prolanis di Puskesmas Bajeng, Kec. Bajeng, Kab. Gowa?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui gambaran evaluasi kepatuhan diet pada penyandang diabetes melitus setelah mendapatkan intervensi *coaching*.

D. Kesesuaian Penelitian Dengan *Roadmap* Program Studi

Penelitian ini telah sesuai dengan panduan *roadmap* penelitian Program Studi Ilmu Keperawatan dengan judul “Gambaran Evaluasi Kepatuhan Diet pada Penyandang Diabetes Melitus (DM) Setelah Mendapatkan Intervensi *Coaching*: Studi Kualitatif”. Sesuai dengan *roadmap* pada poin domain 2 mengenai optimalisasi pengembangan insani melalui pendekatan dan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Terkhususnya pada upaya kuratif dengan melihat evaluasi pengimplementasian intervensi *coaching* yang telah dilakukan pada kelompok Prolanis di Puskesmas Bajeng, kec. Bajeng, Kab. Gowa.

E. Manfaat Penelitian

1) Bagi Bidang Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan informasi bagi mahasiswa kesehatan maupun tenaga kesehatan khususnya keperawatan komunitas dalam memberikan intervensi pada penyandang DM.

2) Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan serta kesadaran masyarakat bahwa begitu banyak perlakuan yang bisa dilakukan salah satunya ialah intervensi *coaching* sebagai upaya untuk mengubah perilaku hidup yang lebih sehat.

3) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan serta wawasan bagi peneliti di bidang keperawatan komunitas khususnya pada intervensi *health coaching*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Diabetes Melitus

1) Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronis akibat pankreas mengalami defisiensi insulin atau karena sistem tubuh tidak mampu menggunakan insulin yang dihasilkan secara efektif (WHO, 2023). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) diabetes adalah salah satu penyakit kronis metabolik yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi nilai normal. Kadar gula darah tinggi atau hiperglikemia ini disebabkan karena adanya kelainan sekresi insulin atau kerja insulin yang tidak maksimal, yang berakibat pada proses pemecahan karbohidrat menjadi glukosa ataupun transport glukosa tidak efektif sehingga terjadi penumpukan glukosa (IDF, 2023). Hal ini mengakibatkan konsentrasi glukosa dalam darah yang tinggi, menyebabkan ginjal tidak mampu menyerap semua glukosa untuk disaring menyebabkan tubuh kehilangan glukosa melalui urine atau biasa dikenal dengan kencing manis (IDF Diabetes Atlas, 2021; Lestari et al., 2021).

Diabetes melitus adalah jenis penyakit *Non-Communicable Diseases* (NCD) yang menjadi penyumbang utama penyebab kecacatan dan angka kematian di seluruh dunia. Diabetes merupakan penyakit kronis yang membutuhkan perawatan secara komprehensif dengan

strategi mengurangi risiko multifaktorial melalui kontrol glikemik (Care & Suppl, 2019).

2) Klasifikasi Diabetes Melitus

International Diabetes Federation (IDF) mengklasifikasikan DM pada umumnya terbagi atas empat tipe yaitu :

a. Diabetes Melitus Tipe 1 (DMT1)

Diabetes melitus tipe 1 atau *Insulin Dependent Diabetes Melitus* (IDDM), terjadi akibat respon autoimun dimana sistem kekebalan tubuh menyerang sel beta pankreas yang menghasilkan insulin, yang menyebabkan penurunan atau penghentian sekresi insulin oleh pankreas. DM tipe 1 ini berkembang disemua kalangan umur dengan prevalensi tertinggi terjadi pada anak-anak dan usia dewasa muda (IDF Atlas, 2021). Kondisi ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti kombinasi genetik (keturunan) atau efek lingkungan sekitar misalnya infeksi virus yang memicu reaksi autoimun (IDF, 2023)

Jenis DMT1 lainnya adalah diabetes idiopatik, Jenis diabetes ini tidak separah DMT1 autoimun dan juga tidak disebabkan oleh adanya autoimun namun akibat ketoasidosis episodik serta kekurangan insulin yang umum terjadi di Asia atau Afrika (Merger et al., 2013). Selain itu juga terdapat jenis DMT1 Fulminan, jenis ini memiliki karakteristik yang sama dengan jenis idiopatik. Jenis ini muncul akibat hiperglikemia dan kadar C-peptida serum yang

menyebabkan ketoasidosis. Pada kondisi ini peningkatan kadar glukosa darah yang terjadi tidak dapat terdeteksi oleh tubuh (Antar et al., 2023)

b. Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2)

Diabetes melitus tipe 2 atau *Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus* merupakan jenis diabetes yang terjadi akibat adanya resistensi insulin, dimana tubuh tidak dapat maksimal dalam merespon insulin, sehingga kadar glukosa darah terus meningkat dengan kondisi produksi insulin yang semakin tinggi. Diabetes melitus yang setiap tahunnya terus mengalami peningkatan sebagian besar (90%) diantaranya merupakan penyandang DMT2, yang diakibatkan meningkatnya obesitas, kurangnya aktifitas fisik, serta pola makan yang buruk (IDF, 2023).

Pada pasien diabetes melitus, indeks disposisi atau sensitifitas insulin dengan sekresi insulin sebagai respon terhadap upaya mempertahankan kadar glukosa darah cukup rendah (Dufurrena et al., 2017). oleh karena hal tersebut, pada umumnya penyandang DMT2 tidak memerlukan terapi insulin namun pada beberapa kasus terapi insulin diperlukan untuk menurunkan kadar glukosa darah serta mencegah adanya komplikasi kronis (Kusumaningrum et al., 2021).

c. Diabetes gestasional

Diabetes gestasional terjadi pada masa kehamilan, hal ini disebabkan adanya perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat (Kusumaningrum et al., 2021). Jenis DM ini banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti riwayat penyakit dalam keluarga, obesitas, ibu usia lanjut, gaya hidup kurang gerak atau paparan oleh polutan di lingkungan (Plows et al., 2018).

DM gestasional ini disebabkan oleh plasenta yang mensekresi hormon yang mengganggu kemampuan tubuh menggunakan insulin secara efektif (resistensi insulin). Pada Wanita dengan usia lebih dari 45 tahun resiko hiperglikemia lebih tinggi selama kehamilan (IDF, 2023)

d. Diabetes tipe spesifik

Diabetes khusus lainnya terkait dengan faktor genetik, gangguan pada pankreas, ketidakseimbangan hormonal, kondisi medis lain, atau dampak penggunaan obat seperti glukokortikoid, terapi HIV/AIDS, dan antipsikotik atipikal (Punthakee et al., 2018). Berdasarkan data IDF tahun 2023, sekitar 1,5-2% dari penderita diabetes melitus (DM) mengalami jenis diabetes ini.

3) Etiologi dan Patofisiologi

Hiperglikemia pada DMT2 dalam Schwartz (2016) terdapat sebelas (*egregious eleven*) yaitu kegagalan sel beta pankreas, disfungsi sel alfa pankreas, sel lemak, otot, hepar, otak, kolon/mikrobiota, usus

halus, ginjal, dan lambung. Patofisiologi DMT2 identik dengan resistensi insulin oleh ketidakmampuan insulin bekerja secara efektif pada tingkat fisiologis normal di beberapa jaringan, termasuk hati, otot, otak, dan jaringan adiposa (DeFronzo, n.d.).

Pada penderita DMT2, insulin tidak dapat melakukan fungsi dengan baik pada jaringan target. Fungsi insulin mencakup memfasilitasi penyerapan glukosa, menghambat glukogenesis, dan memiliki peran dalam metabolisme lipid. Di otot yang masih sehat, insulin meningkatkan penyerapan glukosa melalui perpindahan reseptor GLUT4 dari dalam sel ke permukaan sel, yang pada gilirannya meningkatkan penyerapan glukosa dan mendorong sintesis glikogen (Kahn & White, 1988). Di jaringan adiposa, insulin mengurangi pelepasan lemak (lipolisis) dan mendorong penyerapan glukosa untuk pembentukan lemak (lipogenesis) (Petersen & Shulman, 2018).

Di otak, insulin bersama hormon perifer lainnya mengatur produksi glukosa oleh hati dan kontrol nafsu makan. Pada DMT2, fungsi ini bisa terganggu, menyebabkan pengaturan produksi glukosa yang tidak tepat dan disfungsi nafsu makan (Lundqvist et al., 2019). Secara keseluruhan, hiperinsulinemia dapat menyebabkan penurunan regulasi reseptor insulin pada permukaan sel. Penumpukan lemak perifer dan visceral menjadi faktor utama penyebab resistensi insulin, dan jaringan adiposa putih melepaskan penanda proinflamasi yang dapat mempengaruhi fungsi insulin (Barbarroja et al., 2012)

4) Faktor Risiko

Berdasarkan informasi dari Kementerian Kesehatan, faktor risiko Diabetes Mellitus (DM) dapat dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu faktor risiko yang dapat diubah atau dimodifikasi, dan faktor risiko yang tidak dapat diubah atau dimodifikasi (Perkeni, 2021; Salasa et al., 2019).

a. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

1. Berat badan lebih ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$)
2. Kurang aktivitas fisik
3. Hipertensi ($> 140/90 \text{ mmHg}$)
4. Dislipidemia (HDL $< 35 \text{ mg/dl}$ dan/atau trigliserida $> 250 \text{ mg/dl}$)
5. Diet tidak sehat, : pola makan yang tinggi glukosa dan rendah serat dapat meningkatkan risiko prediabetes, intoleransi glukosa, dan DM tipe 2

b. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

1. Ras dan etnik
2. Riwayat keluarga dengan DM
3. Usia : risiko intoleransi glukosa cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia.
4. Riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi $> 4000 \text{ gram}$ atau Riwayat pernah menderita DM gestasional (DMG)

5. Riwayat lahir dengan berat badan rendah, kurang dari 2,5 kg. bayi lahir dengan BB rendah mempunyai risiko yang lebih tinggi dibanding dengan bayi yang lahir dengan BB normal.

5) Komplikasi

Secara umum, komplikasi DM dibagi menjadi dua yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis (Perkeni, 2021)

a. Komplikasi akut berupa

1. Hipoglikemi
2. Hiperglikemi (ketoasidosis diabetik (KAD) dan status hiperglikemi hyperosmolar (SHH))

b. komplikasi kronik berupa

1. Makroangiopati : stroke hemoragik, penyakit jantung coroner, stroke iskemik
2. Mikroangiopati : retinopati diabetik, nefropati diabetik, neuripati, kardiomiopati

6) Penatalaksanaan

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (2021), menyebutkan manajemen DM dengan 5 pilar meliputi pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (aktivitas fisik), penggunaan obat (medikasi), monitoring kadar glukosa darah, dan edukasi.

a. Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian penting dalam pengelolaan DM secara holistik.

b. Diet

Prinsip pengaturan makan pada Pasien DM perlu menerapkan keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin.

c. Latihan fisik

Selain untuk menjaga kebugaran tubuh latihan fisik juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah.

d. Medikasi

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan gaya hidup sehat.

e. Monitoring kadar glukosa darah

Pemantauan kadar glukosa darah dapat dilakukan menggunakan darah kapiler, sangat dianjurkan pada pasien dengan pengobatan suntik insulin atau obat pemacu sekresi insulin

B. Tinjauan Health Coaching

1) Pengertian *Health Coaching*

Health coaching adalah pendampingan profesional oleh tenaga kesehatan kepada klien untuk meningkatkan kesadaran dan manajemen diri terkait masalah kesehatan. Menurut The *Health Council of Canada*, *health coaching* melibatkan dukungan sistematis untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri pasien dalam mengelola masalah kesehatannya, termasuk pengkajian umum dan perkembangan penyakit, penetapan tujuan pengelolaan penyakit, dan dukungan dalam menyelesaikan masalah kesehatan. *Health coaching*, menurut *International Coach Federation (ICF)*, adalah proses pendampingan oleh tenaga kesehatan untuk memunculkan kesadaran dan perilaku pasien guna memaksimalkan potensi dalam mengelola penyakit, dengan fokus pada interaksi yang membantu pasien menemukan solusi terhadap masalah kesehatannya.

2) Tujuan *Health Coaching*

Health coaching adalah kegiatan motivasi dan pengarahan pasien dalam mengubah perilaku terkait manajemen diabetes melitus. Tujuannya adalah mendorong pasien mencapai tujuan peningkatan kualitas hidup dan kesehatan. Dalam *health coaching*, tenaga kesehatan membantu pasien DM menetapkan tujuan, mengidentifikasi potensi yang dapat dikembangkan, menentukan opsi, dan merancang rencana tindakan untuk meningkatkan perilaku kesehatan pasien.

3) Karakteristik *Health Coaching*

Sebagian besar konsep *health coaching* memiliki beberapa karakteristik umum yaitu:

- a. Memberdayakan individu/Masyarakat
- b. Berfokus pada tujuan individu/Masyarakat
- c. Hubungan kolaboratif
- d. Asumsi potensi dan wawasan
- e. Penilaian dan perencanaan
- f. Identifikasi hambatan

4) Teknik *Health Coaching*

Health coaching menerapkan pendekatan komunikasi yang unik, yaitu percakapan pembinaan diskursif. Dalam interaksi ini, *coach* mendukung dan memfasilitasi hubungan antara *coach* dan *coachee* dengan penekanan pada pertanyaan terbuka, meringkas, mencerminkan, dan memberikan umpan balik. Pentingnya kedudukan sejajar antara *coach* dan *coachee* ditekankan, di mana keduanya aktif terlibat dalam pengalaman belajar kesehatan. Pendekatan ini menciptakan lingkungan kolaboratif yang mendukung pencapaian tujuan kesehatan.

C. Tinjauan Kepatuhan Diet

1) Pengertian

Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditemukan, baik diet, latihan, pengobatan, atau menepati janji

pertemuan dengan dokter (Bragista Guntur, 2016). Menurut Hartono dalam Esti Windusari (2013) kepatuhan diet DM adalah ketaatan terhadap makanan dan minuman yang dikonsumsi pasien DM setiap hari untuk menjaga kesehatan dan mempercepat proses penyembuhan, diet ini berupa 3J yaitu tepat jadwal, tepat jenis dan tepat jumlah.

2) Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Diet

Dalam sebuah penelitian oleh (Arifin et al., 2023) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan diet diantaranya:

- a. Faktor pengetahuan tentang diet Diabetes
- b. Faktor aktivitas fisik
- c. Faktor akses informasi yang berkaitan dengan nutrisi
- d. Faktor dukungan sosial
- e. Faktor motivasi dan kemampuan diri
- f. Faktor persepsi
- g. Faktor penghasilan
- h. Faktor usia
- i. Faktor lingkungan dan budaya

3) Prinsip Diet DM

Prinsip pengaturan makan pada pasien DM hampir sama dengan anjuran makan untuk Masyarakat umum, yaitu makan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama

pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri (Kemenkes, 2021)

Pengaturan pola makan melalui pendekatan 3J mencakup mengonsumsi makanan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, memilih jenis makanan yang tidak memicu kenaikan kadar glukosa darah, dan mengendalikan jumlah porsi agar sesuai dengan kebutuhan tubuh (Santi & Septiani, 2021).

a. Jumlah

1. porsi

a) Makanan pokok

Kandungan zat gizi per porsi nasi kurang lebih seberat 100 gram, yang setara dengan $\frac{3}{4}$ gelas adalah: 175 kalori, 4 gram protein dan 40 gram karbohidrat.

b) Lauk pauk

i. Lauk pauk sebagai sumber Protein nabati: Kandungan zat gizi satu porsi tempe sebanyak 2 potong sedang atau 50 gram adalah 80 kalori, 6 gram protein, 3 gram lemak dan 8 gram karbohidrat

ii. Lauk pauk sebagai sumber protein hewani: Kandungan zat gizi satu porsi terdiri dari satu potong sedang ikan segar seberat 40 gram adalah 50 kalori, 7 gram protein dan 2 gram lemak

iii. Lauk pauk sebagai sumber lemak terbagi atas tiga golongan yaitu rendah lemak (7 gram protein, 2 gram lemak dan 50 kalori), lemak sedang (7 gram protein, 5 gram lemak dan 75 kalori), dan lemak tinggi (7 gram protein, 13 gram lemak, dan 150 kalori)

c) Sayuran

Satu porsi sayuran adalah kurang lebih satu gelas sayuran setelah dimasak dan ditiriskan

d) Buah-buahan

Satu porsi buah buahan (pisang ambon ukuran sedang) atau 50 gram, mengandung 50 kalori dan 10 gram karbohidrat.

Gambar 2. 1 Konsep Piring Model T



2. Kalori

Untuk menghitung kebutuhan kalori pada pasien Diabetes Mellitus (DM), terdapat beberapa metode yang melibatkan perhitungan kalori basal (sekitar 25-30 kalori per kilogram berat badan ideal). Jumlah kebutuhan ini dapat disesuaikan dengan faktor-faktor seperti jenis kelamin, usia, tingkat aktivitas, berat badan, dan variabel lainnya.

a) Menghitung berat badan ideal (BBI) dapat dilakukan dengan menggunakan rumus Broca yang dimodifikasi:

i. BBI

$$90\% \times (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

ii. Bagi pria dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan Wanita di bawah 150 cm, rumus di modifikasi menjadi

$$\text{BBI} = (\text{TB dalam cm} - 100) \times 1 \text{ kg}$$

Keterangan:

BB normal = BB ideal \pm 10%

Kurus = kurang dari BB ideal -10%

Gemuk = lebih dari BB ideal + 10%

Perhitungan BBI menurut indeks massa tubuh (IMT).

$$\text{IMT} = \text{BB (kg)} / \text{TB (m}^2\text{)}$$

Klasifikasi IMT:

- (i) BB kurang $< 18,5$
- (ii) BB normal $18,5 - 22,9$
- (iii) BB lebih $\geq 23,0$

Dengan risiko $23,0 - 24,9$

Obese I $25,0 - 29,9$

Obese II ≥ 30

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan kalori antara lain:

- i. Jenis kelamin kebutuhan kalori basal per hari untuk perempuan sebesar 25 kal/kgBB Sedangkan untuk pria sebesar 30 kal/kgBB
- ii. Umur
 - (i) Pasien usia > 40 tahun, kebutuhan kalori dikurangi untuk setiap decade antara 50 dan 59 tahun
 - (ii) Pasien usia diantara 60 dan 69 tahun, dikurangi 10%
 - (iii) Pasien usia di atas usia 70 tahun, dikurangi 20%
- iii. Aktivitas fisik atau pekerjaan
 - (i) Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik
 - (ii) Penambahan sejumlah 10% dari kebutuhan basal diberikan pada keadaan istirahat

- (iii) Penambahan sejumlah 20% pada pasien dengan aktivitas ringan: pegawai kantor, guru, ibu rumah tangga.
- (iv) Penambahan sejumlah 30% pada aktivitas sedang: pegawai industri ringan, mahasiswa, militer yang sedang tidak perang.
- (v) Penambahan sejumlah 40% pada aktivitas berat: petani buruh, atlet, militer dalam keadaan latihan
- (vi) Penambahan sejumlah 50% pada aktivitas berat: tukang becak, tukang gali.

iv. Stress metabolik

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

v. Berat badan

- (i) Pasien DM yang gemuk kebutuhan kalori dikurangi sekitar 20 - 30% tergantung pada Tingkat kegemukan
- (ii) Pasien DM yang kurus, kebutuhan kalori tambah sekitar 20 - 30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB
- (iii) Jumlah kalori yang diberikan paling sedikit 1000-200 kal/hari untuk wanita dan 1200 sampai 1600 kal/hari untuk pria.

b. Jenis

Menurut (Perkeni, 2021), komposisi makanan yang dianjurkan meliputi:

1. Karbohidrat

- a) Karbohidrat yang disarankan sebanyak 45-65% dari total asupan energi, terutama yang mengandung serat tinggi
- b) Tidak disarankan untuk membatasi karbohidrat total menjadi kurang dari 130 g/hari.
- c) Penggunaan glukosa dan bumbu diizinkan, memungkinkan pasien yang dibatasi dapat makan dengan menu yang sama seperti keluarga lainnya
- d) Konsumsi sukrosa sebaiknya tidak melebihi 5% dari total asupan energi
- e) Disarankan untuk mengonsumsi makanan sebanyak tiga kali sehari, dan jika diperlukan, dapat diberikan makanan selingan seperti buah atau jenis makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori harian.

2. Lemak

- a) Disarankan agar asupan lemak mencapai sekitar 20-25% dari kebutuhan kalori, dan diharapkan tidak melebihi 30% dari total asupan energi.
- b) komposisi yang dianjurkan meliputi :

- 1) lemak jenuh (SAFA) sebaiknya $< 7\%$ kebutuhan kalori
 - 2) lemak tidak jenuh ganda (PUFA) $< 10\%$
 - 3) selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal dalam (MUFA) sebanyak 12-15%
 - 4) rekomendasi perbandingan lemak jenuh tunggal:
lemak tak jenuh ganda = 0,8: 1,2 : 1
- c) bahan makanan yang tidak perlu dibatasi adalah yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak Trans antara lain
- a. daging berlemak dan susu full cream
- d) konsumsi kolesterol yang dianjurkan adalah kurang dari 200 mg/

3. Natrium

- a) Anjuran asupan natrium untuk penyandang diabetes mellitus (DM) sebanding dengan orang sehat, yaitu < 1500 mg per hari.
- b) Pengurangan natrium secara individual diperlukan bagi penyandang DM yang juga menderita hipertensi.
- c) Perlu pembatasan natrium, seperti garam dapur, vetsin, soda, dan bahan pengawet seperti natrium benzoat dan natrium nitrit.

4. Serat

- a) Penyandang DM disarankan mengonsumsi serat dari kacang-kacangan, buah, sayuran, dan sumber karbohidrat yang tinggi serat.
- b) Anjuran konsumsi serat adalah 20-35 gram per hari yang berasal dari berbagai sumber bahan makanan.

5. Pemanis alternatif

- a) Pemanis alternatif dapat digunakan dengan aman selama tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake/ADI*). Pemanis alternatif dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis tak berkalori
- b) Pemanis berkalori perlu dipertimbangkan dalam hal kandungan kalornya sebagai bagian dari kebutuhan kalori, seperti glukosa alkohol dan fruktosa
- c) Glukosa alkohol mencakup isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol dan xylitol
- d) Penggunaan fruktosa tidak dianjurkan disarankan pada penyandang DM karena dapat meningkatkan kadar LDL, Meskipun demikian, tidak ada alasan untuk menghindari konsumsi buah dan sayuran yang mengandung fruktosa alami.
- e) Pemanis tak berkalori termasuk aspartam, sakarin, acesulfame potassium, sukralose, dan neotame.

c. Jadwal

Jadwal makan terdiri dari 3 kali makan utama dan 2-3 kali makanan selingan mengikuti prinsip porsi kecil. (kemenkes, 2021). Waktunya mencakup pagi (06.00-07.00), selingan pagi (09.00-10.00), makan siang (12.00-13.00), selingan siang (15.00-16.00), makan malam (18.00-19.00), dan selingan malam (21.00-22.00) (Tjokroprawiro, 2012)

A. D. Tinjauan penelitian Terapdate Terkait Variabel

Tabel 2. 1 Originalitas Penelitian

No	Author, tahun, judul penelitian, negara	Tujuan penelitian	Metode	Sampel/ partisipan	Hasil
1.	Penulis: 1. Alyssa K. McGonale 2. Joy E. Beatty Judul: <i>Coaching for Workers with Chronic Illness: Evaluating an Intervention</i> Tahun terbit: 2014 Negara: Amerika	Tujuan Penelitian ini yaitu untuk mengevaluasi intervensi pembinaan yang dirancang untuk membantu pekerja individu dengan penyakit kronis mengatasi tantangan yang berasal dari bekerja dengan penyakit	Penelitian ini mengguankan metode <i>coaching</i> melalui telepon serta pengisian survey sebelum, setelah dan 12 minggu setelah intervensi dengan uji <i>chi-kuadrat</i> dan uji- <i>t</i>	Sampel pada penelitian ini yaitu lima puluh Sembilan pekerja penuh waktu dengan penyakit kronis secara acak, ditugaskan ke kelompok pembinaan atau kelompok kontrol yang masuk daftar tunggu	Dibandingkan dengan kelompok kontrol, kelompok pembinaan mengalami peningkatan yang signifikan dalam persepsi kemampuan bekerja, Tingkat kelelahan, evaluasi inti diri dan ketahanan. Meskipun demikian, tidak ada peningkatan signifikan yang terdeteksi dalam efikasi diri, kerja, kelelahan akibat pelepasan atau kepuasan kerja. Efek tidak langsung dari pembinaan terhadap kemampuan kerja, Tingkat kelelahan, serta kepuasan kerja dapat diamati melalui efikasi diri kerja, evaluasi diri inti, ketahanan, dan

				<p>sumber daya mental. Temuan menunjukkan bahwa dampak positif dari pembinaan tetap terlihat 12 minggu setelah berakhirnya program pembinaan. Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa intervensi pembinaan memberikan manfaat dalam meningkatkan kesejahteraan pribadi individu saat menghadapi tantangan pekerjaan dan penanganan penyakit kronis.</p>
<p>Penulis: 1. Martin Harter 2. Sarah Dwinger 3. Laura Seebauer 4. Daniela Simon 5. Lutz Herbarth 6. Elizabeth Siegmund-Schultze 7. Daniela Temmert 8. Isaac Bermejo 9. Jorg Dirmaier</p> <p>Judul: Evaluation of telephone health coaching of German health insurants with chronic condition Tahun terbit: 2012 Negara: Germany</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pasien dengan kondisi kronis mengevaluasi pelatihan Kesehatan melalui telepon yang di berikan oleh Perusahaan asuransi kesehatannya.</p>	<p>Metode penelitian ini menggunakan survey retrospektif, yang merupakan studi <i>cross-sectional</i></p>	<p>Sampel pada penelitian ini adalah peserta asuransi dari Perusahaan yang mengikuti pembinaan.</p>	<p>Hasil penelitian ini menunjukkan hasil yang positif, Dimana <i>coaching</i> merupakan program yang sangat berguna dalam mendukung pasien dengan kondisi kronis dalam perilaku sehari-hari. Studi longitudinal yang dimulai pada bulan April 2010 mengevaluasi pembinaan sehubungan dengan kemandirian, yaitu sikap dan perubahan perilaku terkait risiko kesehatan (setelah 12, 24, dan 36 bulan) dan hasil ekonomi kesehatan</p>
