BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Edukasi Kesehatan

1. Pengertian Edukasi Kesehatan

Edukasi kesehatan ialah proses membantu sesorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri maupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan kemampuan mengenai hal hal yang dipengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengikat diri pada peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan, baik fisik maupun non fisik dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan kesadaran penuh. Edukasi kesehatan adalah suatu proses perubahan perilaku hidup sehat yang didasari oleh kesadaran diri baik itu dalam suatu individu maupun kelompok masyarakat untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan (Pakpahan dkk., 2021).

2. Tujuan Edukasi Kesehatan

Tujuan edukasi kesehatan, sebagai domain utama yang menjadi sasaran dari proses tersebut, bertujuan untuk mentransformasi perilaku yang bermanfaat bagi kesehatan dan selaras dengan standart kesehatan, yang mencakup tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina serta memelihara pola hidup sehat dan lingkungan yang kondusif, serta mendorong partisipasi aktif mereka dalam mewujudkan tingkat kesehatan yang optimal, serta terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, dan aspek mental maupun sosial yang akhirnya dapar mengurangi angka kesakitan dan kematian (Pakpahan dkk., 2021).

3. Prinsip Edukasi Kesehatan

Prinsip edukasi kesehatan menurut Denman, Moon dan parsons (2002) menekankan bahwa pendidikan bukan sekedar pelajaran di kelas, melainkan kumpulan pengalaman yang secara efektif memepengaruhi pengetahuan, sikap, dan kebiasaan sasaran pendidikan, dimana proses ini tidak dapat dengan mudah disampaikan oleh seseorang kepada orang lain karena pada akhirnya sasaran

pendidikan itu sendiri yang harus mengubah kebiasaan dan tingkah lakunya sendiri, sehingga yang dilakukan adalah menciptakan kondisi yang memungkinkan individu, keluarga kelompok, dan masyarakat untuk mengubah sikap serta tingkah laku meraka secara mandiei, dan masyarakat untuk mengunah sikap serta tingkah laku mereka secara mandiri, dan pendidikan kesehatan dianggap berhasil apabila sasaran pendidikan tersebut telah mengubah sikap dan tingkah lakunya sesuai dengan tujuan yang telah di tetapkan (Pakpahan dkk., 2021).

4. Alat Bantu (Media) Edukasi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2024), alat bantu pendidikan adalah alat alat yang digunakan oleh petugas dalam menyampaikan bahan, materi, atau pesan kesehatan. Alat bantu ini lebih sering disebuy sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses edukasi kesehatan.

a. Alat peraga disusun berdasarkan perisnisp bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau di tangkap melalui pancaindra. Semakin banyak indra yang digunkan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan jelas pula pengetahuan yang diperoleh. Edgar Dale membagi alat peraga menjadi sebelas macam dalam sebuah kerucut intensitas, di mana benda asli (lapisan paling dasar) memiliki intesnitas tertinggi dalam mempresepsikan pesan, sedangkan kata kata saja (lapisan paling atas) memiliki intesitas paling rendah.

b. Manfaat alat bantu

Secara terperinci, manfaat alat peraga menurut Notoatmodjo (2024) antara lain :

1. Menimbulkan minat sasaran pendidikan
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak
3. Membantu dalam mengatasi hambatan pemahaman
4. Menstimuasi sasaran untuk meneruskan pesan kepada orang lain
5. Mempermudah penyampaian dan penerimaan informasi kesehatan berdasarkan penelitian, panca indra menyalurkan sekitar 75% hingga 87% pengetahuan ke otak, sehingga alat visual sangat efektif.

6. Mendorong keinginan orang lain untuk mengetahui, mendalami, dan mendapatkan pengertian yang lebih baik.
7. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh agar lebih lama tersimpan dalam ingatan.

5. Klasifikasi alat bantu atau media

Pada garis besarnya, alat bantu atau media edukasi kesehatan dibagi menjadi tiga kategori utama (Notoatmodjo, 2024) :

a. Alat bantu lihat (*Visual Aids*)

Berguna untuk menstimulasi indra pengelihatan pada waktu penerimaan pesan.

1. Alat yang diproyeksikan : *slide*, *film*, dan *film strip*
2. Alat yang tidak diproyeksikan : dua dimensi seperti gambar, peta, bagan, poster, leaflet.
3. Alat tiga dimensi : bola dunia, boneka, atau benda asli (buah,sayur).

b. Alat bantu dengar (*Audio Aids*)

Alat yang menstimulasi indra pendengar, misalnya radio, pita suara, atau kepingan CD

c. Alat bantu lihat-dengar (*Audio Visual Aids /AVA*)

Alat yang menggabungkan pengelihatan dan pendengaran seperti televisi, video, dan DVD.

B. Health Belief Model

1. Pengertian *Health Belief Model*

Health Belief Model (HBM) merupakan teori yang pertama kali dikemukakan oleh Rosenstock pada tahun 1966 dan kemudian di sempurnakan oleh Backer dan rekan pada tahun 1970 dan 1980. Teori ini digunakan untuk mengetahui bagaimana presepsi individu dalam menerima atau menolak kondisi kesehatannya.

Menurut Janz dan Backer, *Health Belief Model* menjelaskan alasan individu untuk mau atau tidak mau melakukan perilaku sehat, sedangkan menurut Hochbaum, perilaku Kesehatan dipengaruhi oleh persepsi individu mengenai kepercayaan terhadap penyakit serta cara yang tersedia untuk mengurangi terjadinya gejala penyakit yang diderita (Rachmawati, 2019).

Dalam konteks penelitian ini, *Health Belief Model* digunakan untuk memahami perilaku kesehatan ibu penderita diabetes melitus tipe 2, khususnya bagaimana persepsi dan keyakinan ibu mempengaruhi kepatuhan dalam pengelolaan penyakit secara berkelanjutan.

2. Komponen *Health Belief Model*

Health Belief Model terdiri dari beberapa komponen utama yang digunakan untuk menjelaskan bagaimana persepsi dan keyakinan individu memengaruhi keputusan dalam melakukan perilaku kesehatan. Setiap komponen dalam *Health Belief Model* saling berhubungan dan berperan dalam membentuk perilaku kesehatan seseorang, khususnya pada penyakit kronis yang memerlukan pengelolaan jangka panjang seperti diabetes melitus tipe 2. Pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2, komponen-komponen ini menjadi dasar dalam memahami perilaku kepatuhan terhadap pengelolaan penyakit.

a. Persepsi Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

   Persepsi kerentanan merupakan keyakinan individu mengenai kemungkinan dirinya mengalami suatu penyakit atau komplikasi penyakit. Persepsi ini berkaitan dengan sejauh mana seseorang merasa dirinya berisiko terhadap kondisi kesehatan tertentu. Persepsi kerentanan tercermin dari pemahaman ibu terhadap risiko komplikasi yang dapat terjadi apabila pengelolaan diabetes tidak dilakukan secara optimal.

b. Persepsi Keparahan (Perceived Severity)

   Persepsi keparahan berkaitan dengan pandangan individu terhadap tingkat keseriusan suatu penyakit serta dampaknya terhadap aspek fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi. Persepsi ini mencakup pemahaman individu mengenai konsekuensi jangka panjang dari penyakit yang diderita. Pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2, persepsi keparahan dapat muncul dari kesadaran akan dampak penyakit terhadap kualitas hidup, kemampuan menjalankan peran dalam keluarga, serta risiko terjadinya komplikasi yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Persepsi keparahan yang tinggi dapat meningkatkan motivasi ibu untuk patuh terhadap pengelolaan diabetes.

c. Persepsi Hambatan (Perceived Barriers)

Persepsi hambatan merujuk pada penilaian individu terhadap berbagai kendala yang dirasakan dalam melakukan perilaku kesehatan. Hambatan ini dapat bersifat internal maupun eksternal, seperti keterbatasan waktu, biaya, rasa lelah, kebiasaan yang sulit diubah, serta kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar. Pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2, persepsi hambatan sering kali berkaitan dengan peran ganda sebagai pengelola rumah tangga, keterbatasan waktu untuk berolahraga, atau kesulitan dalam menerapkan pola makan sehat. Hambatan yang dirasakan tinggi dapat mengurangi motivasi dan kepatuhan ibu dalam menjalankan pengelolaan diabetes.

d. Persepsi Manfaat (perceived barriers)

Persepsi manfaat merupakan keyakinan individu bahwa tindakan kesehatan yang dilakukan akan memberikan keuntungan atau hasil positif bagi kesehatannya. Persepsi ini berkaitan dengan penilaian individu terhadap efektivitas suatu tindakan dalam mencegah atau mengendalikan penyakit. Pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2, persepsi manfaat terlihat dari keyakinan bahwa pengaturan pola makan, aktivitas fisik, konsumsi obat secara teratur, serta kontrol kesehatan rutin dapat membantu mengendalikan kadar glukosa darah dan mencegah komplikasi. Semakin besar manfaat yang dirasakan, semakin tinggi kecenderungan ibu untuk mematuhi pengelolaan diabetes.

e. Efikasi Diri (Self-Efficacy)

Efikasi diri adalah keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan dan mempertahankan perilaku kesehatan yang dianjurkan. Efikasi diri menjadi komponen penting dalam *Health Belief Model*, khususnya pada perilaku kesehatan yang memerlukan konsistensi jangka panjang. Pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2, efikasi diri berkaitan dengan keyakinan ibu dalam mengatur pola makan, melakukan aktivitas fisik secara teratur, mengonsumsi obat sesuai anjuran, serta melakukan kontrol kesehatan secara rutin. Efikasi diri yang tinggi akan meningkatkan

kemampuan ibu untuk mempertahankan perilaku pengelolaan diabetes secara berkelanjutan (Rachmawati, 2019).

f. Isyarat untuk Bertindak (Cues to Action)

Isyarat untuk bertindak merupakan faktor pemicu yang mendorong individu untuk mulai atau mempertahankan perilaku kesehatan. Isyarat ini dapat berasal dari dalam diri, seperti munculnya keluhan kesehatan atau pengalaman pribadi, maupun dari luar, seperti edukasi kesehatan, anjuran tenaga kesehatan, media informasi, serta dukungan keluarga. Pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2, isyarat untuk bertindak memiliki peran penting dalam meningkatkan kesadaran dan mendorong kepatuhan terhadap pengelolaan penyakit, terutama ketika ibu mendapatkan informasi atau dorongan yang relevan dengan kondisinya (Rachmawati, 2019).

C. Edukasi Berbasis *Health Belief Model* Pada Ibu Dengan DMT2

1. Komponen *Health Belief Model* Pada Ibu Dengan DMT2

Penggunan komponen *Health Belief Model* dalam edukasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi keyakinan ibu terhadap penyakitnya, yang kemudian akan mempengaruhi motivasi untuk patuh pada pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Adapun komponen tersebut meliputi :

a. Persepsi Kerentanan (*Perceived Susceptibility*)

Edukasi diarahkan agar ibu menyadari bahwa diabetes melitus tipe 2 memiliki resiko yang kompleks dan peningkatan Kadar Gula Darah sering kali tidak di sadari (Maria, 2021). Fokus edukasi meliputi :

1) Pemahaman bahwa setiap penderita DMT2 memiliki kerentanan terhadap komplikasi jangka panjang jika Kadar Gula Darah tidak terkontrol
2) Kesadaran khusus bagi ibu mengenai dampak DMT2 terhadap fungsi hormonal dan resiko kesehatan bagi keturunan atau resiko genetika pada anak (Luo et al., 2025)

b. Persepsi Keparahan (*perceived severity)*

Ibu diberikan kepahaman mengenai keseriusan dampak DMT2 jika dibiarkan tanpa pengelolaan yang tepat, hal ini mencakup :

1) Pemahaman tentang komplikasi fatal seperti kerusakan pembuluh darah (angopati), penyakit jantung, kebutaan (retinopati), sehingga luka infeksi yang sulit sembuh (gangrene) (Price & Wilson dalam Widyanto and Triwibowo, 2021).
2) Dampak psikososial dan ekonomi bagi keluarga jika ibu sebagai pengelola rumah tangga mengalam penurunan produktivitas akibat komplikasi.

c. Persepsi Manfaat (*perceived Benefits*)

Edukasi ini menekankan keuntungan nyata dari kepatuhan pengelolaan mandiri (*self-care).* Ibu perlu menyakini bahwa :

1) Pengaturan pola makan dan aktivitas fisik secara rutin efektif memperbaiki evektivitas kerja insulin dan menstabilkan kadar glukosa darah (Maria, 2021).
2) Penerapan pola hidup sehat sesuai instrumen SDSCA secara signifikan mampu mencegah munculnya komplikasi fatal di masa depan.

d. Persepsi Hambatan (*Perceived Barriers*)

Bagian ini bertujuan membantu ibu mengidentifikasi dan megatasi kendala dalam pengelolaan DMT2. Edukasi difokuskan pada :

1) Strategi manajemen waktu bagi ibu yang memiliki peran ganda agar tetap bisa melakukan aktivitas fisik sesuai rekomendasi 150 menit/minggu (Soelistijo dkk., 2024).
2) Edukasi mengenai modifikasi diet yang sederhana dan ekonimis menggunakan bahas pangan lokal (konsep isi piringku) untuk mengatasi hambatan biaya.

e. Isyarat untuk bertindak (*Cues to Action*)

Memberikan pemicu eksternal agar ibu memulai dan mempertahankan perilaku sehat. Bentuk intervensinya meliputi :

1) Pemanfaatan media edukasi (seperti leaflet, atau slide) sebagai pengingat jadwal pengelolaan diabetes (Notoatmodjo, 2024)
2) Pemanfaatan dukungan keluarga sebagai pengingat rutin (reminder) dalam melakukan perawatan kaki dan aktivitas fisik.

f. Efiksasi diri (*self-efficacy)*

Meningkatkan kepercayaan diri ibu bahwa ia mampu menjalankan 5 pilar manajemen DMT2. Hal ini dilakukan melalui :

1) Pemberian apresisasi terhadap kemampuan ibu dalam mengontrol kadar glukosa
2) Pelatihan praktis (demonstrasi) cara perawatan kaki dan pemantauan gula darah mandiri agar ibu terampil melakukan sendiri di rumah.

D. Perubahan Perilaku

1. Definisi perubahan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2024) perubahan perilaku pada masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau dari perilaku yang negatif menjadi perilaku yang positif. Perilaku yang merugikan kesehatan yang harus di ubah misalnya merokok, minum-minuman keras, ibu yang takut untuk mengimunisasi anaknya menjadi perilaku yang lebih positif.

2. Perilaku kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2024) Berdasarkan batasan perilaku dari skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah sesuatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi beberapa diantaranya :

a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bila sakit. Oleh karena itu, perilaku pemeliharaan kesehatan terdiri dari 3 macam aspek, yaitu :

1) Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan jika telah sembuh dari penyakitnya.

2) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan di sini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
3) Perilaku makanan dan minuman makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

b. Perilaku kesehatan lingkungan (*healthy life style)*

Bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatan nya. Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga ataupun masyarakatnya.

Seorang ahli lain Backer, 1979 membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan ini diantaranya :

1) Perilaku hidup sehat (*Healthy life style*)

Adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan sesorang untuk untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya atau gaya/pola hidup sehat (*healthly life style).*

Perilaku ini mencakup 7 aspek di antara lain:

a) Makanan dengan menu seimbang (*appropriate diet)*. Yang di maksud dengan menu seimbang disini tentang kualitas (mengandung zat-zat yang diperlukan oleh tubuh), dan kualitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang, tetapi juga tidak lebih). Secara kualitas mungkin di indonesia dikenal dengan ungkapan isi piringku.
b) Olahraga teratur, juga mencakup kualitas (gerakan), dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga atau aktivitas fisik selain olahraga. Dengan sendirinya

kedua aspek ini akan tergantung dari usia, dan status kesehatan yang bersangkutan.

c) Tidak merokok, merokok adalah kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit. Ironisnya kebiasaan merokok ini, khususnya di Indonesia, seolah-olah sudah menjadi budaya. Hampir 50% penduduk Indonesia usia dewasa merokok. Bahkan dari hasil suatu penelitian, sekkitar 15% remaja kita telah merokok. Inilah tantangan pendidikan kesehatan kita.

d) Tidak meminum minuman keras dan narkoba minuman keras dan mengkonsumsi narkoba (narkotika dan bahan bahan berbahaya lainnya, juga cenderung meningkat. Sekitar 1% penduduk indonesia dewasa diperkirakan sudah mempunyai kebiasaan minum miras.

e) Istirahat yang cukup. Dengan meningkatnya kebutuhan hidup akibat tuntutan untuk menyesuaikan dengan lingkungan modern, mengharuskan orang untuk bekerja keras dan berlebihan, sehingga waktu istirahat berkurang. Hal ini juga dapat membahayakan kesehatan.

f) Mengendalikan stress. Stress akan terjadi pada siapa saja dan akibat dari tuntutan hidup yang keras seperti oaring yang diuraikan di atas. Kecenderungan stress akan meningkatkan pada setiap orang. Stress tidak dapat di hindari, yang penting dijaga agar stress tidak mengakibatkan gangguan kesehatan, kita harus dapat mengendalikan atau mengelola stress dengan kegiatan kegiatan positif.

g) Perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan misalnya : setia pada pasangan, menyesuaikan diri dengan lingkungan, dan lainnya.

2) Perilaku sakit (*illness behavior)*

Perilaku ilmu sakit ini mecakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan, tentang : penyebab dan gejala suatu penyakit, pengobatan dan lainnya.

3) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior)*

Dari segi sosiologi, orang sakit (mempunyai peran yang mencakup hak hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation).* Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama anggota keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role).* Perilaku ini melliputi :

a) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
b) Mengenal/mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan ataupun penyembuhan penyakit yang layak
c) Mengetahui hak misalnya : hak memperoleh perawatan. Memperoleh pelayanan kesehatan dan sebagainya) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada tenaga kesehatan, agar tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain).

3. Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk responsa tau reaksi terhadap stimulus (rangsangan) dari luar organisme, namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini menyebabkan meskipun stimulusnya sama, respons terhadap stimulus disebut determinan perilaku, yang dibedakan menjadi dua:

a. Determinan internal : karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan (*given),*

Misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.

b. Determinan eksternal : faktor lingkungan, baik fisik, sosial, budaya, ekonomi, maupun. Politik faktor lingkungan ini sering kali merupakan faktor yang mewarnai perilaku seseorang.

Bloom dalam Notoatmodjo (2024) membagi perilaku manusia kedalam tiga domain atau ranah, yang dalam pengembangannya dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan menjadi :

1) Pengetahuan (*knowledge)*

Pengetahuan merupakan hasil dari "tahu" yang terjadi setelah seseoarang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu melalui pancaindra. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dakam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior).* Terdapat 6 tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif diantaranya :

a) Tahu (*Know) :* mengingat kembali materi yang telah dipelajari sebelumnya (tingkat paling rendah)
b) Memahami (*Comprehension*) : kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat diinterprestasikan
c) Aplikasi (*Application*) : kemampuan menggunakna materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi rill (sebenarnya)
d) Analisis *(Analysis*) : kemampuan menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen yang masih dalam satu struktur organisasi.
e) Sintesis *(Synthesis)* : kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
f) Evaluasi (*Evaluation)* : kemampuan melakukan penilaian atau justifikasi terhadap suatu materi atau objek berdasarkan kriteria tertentu.

2) Sikap (*Attitude)*

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup (*covert behavior*) dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Menurut allport dalam

Notoatmodjo (2024), sikap mempunyai tiga komponen pokok : kepercayaan/keyakinan, kehidupan emosional, dan kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).Tingkatan sikap terdiri dari:

a) Menerima (*Receiving)* : subjek mau atau memperhatikan stimulus yang diberikan.
b) Merespons (*Responding)* : memberikan jawaban apabila ditanya atau menyelesaikan tugas yang diberikan
c) Menghargai (*Valuing*) : mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah
d) Bertanggung jawab (*Responsible*) : bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

3) Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior).* Untuk mewujudkan sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung seperti fasilitas dan dukungan *(support)* dari pihak lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan yaitu :

a) Respons terpimpin (*Guided Response)* : melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.
b) Mekanisme (*Mechanism*) : melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis karena sudah menjadi kebiasaan.
c) Adopsi (*Adoption)* : Pratik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik dan telah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2024) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan yaitu :

a. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan adalah upaya untuk memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku yang positif dan meningkat. Pendidikan seseorang juga dapat mempengaruhi kemampuan, pemahaman dan pengetahuan.

b. Informasi

Seseorang yang mendapatkan informasi lebih banyak akan menambah pengetahuan yang lebih banyak. Informasi dapat diperoleh seseorang dari orang tua, teman, media masa, buku cetak, atau petugas kesehatan.

c. Pengalaman

Pengalaman tidak selalu berwujud hal yang pernah dialami seseorang tetapi bisa berawal dari mendengar atau melihat. Pengalaman yang diperoleh seseorang akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat informal.

d. Sosial ekonomi

Jika seseorang memiliki kemampuan yang lebih, tentunya dalam memenuhi kebutuhan hidup maka individu tersebut akan mengalokasikannya untuk mendapatkan informasi yang berguna untuk menambah pengalaman.

5. Teori Perubahan Perilaku Dan Proses Intervensi

Perubahan perilaku menurut teori kognisi sosial menurut bandura 1977, merupakan hasil intraksi timbal balik antara lingkungan, faktor internal (pengetahuan dan presepsi), dan perilaku itu sendiri. Proses ini diawali dengan tahapan pembelajaran observasional yang meliputi atensi (perhatian) dan retensi (ingatan). Menurut MRL, Jaya and Mahendra (2019), efektivitas perubahan perilaku pada suatu organisme (individu) sangat ditentukan oleh kualitas stimulus yang diberikan.

Jika stimulus yang diberikan memiliki kredibilitas yang tinggi dan disampaikan secara menarik, maka akan tercipta atensi yang kuat dari responden. Hal ini akan memicu proses internalisasi pengetahuan yang kemudian mendorong terjadinya respons berupa tindakan. Berdasarkan landasan teori tersebut pemberian stimulus yang dilakukan secara intesnsif dan berkesinambungan dalam kurun waktu tertentu diperlukan untuk memperkuat fase atensi dan retensi, sehingga inisiasi perilaku baru dapat terbentuk sebelum masuk ke tahap pemeliharaan (*maintenance*).

Berdasarkan landasan teori tersebut, pemberian stimulus yang dilakukan secara intensif dan berkesinambungan dalam kurun waktu tertentu

diperlukan untuk memperkuat fase atensi dan retensi. Dalam penelitian ini, durasi intervensi selama satu bulan (30 hari) dengan empat kali pertemuan dirancang untuk memberikan kesempatan bagi responden melewati proses reproduksi motorik. Pengulangan stimulus secara berkala dalam satu bulan memungkinkan informasi kesehatan tersimpan secara permanen dalam ingatan (retensi) dan meningkatkan efiksasi diri (*self-efficacy*) responden. Hal ini krusial agar inisiasi perilaku baru, seperti kepatuhan gaya hidup sehat pada ibu penderita diabetes melitus, dabat terbentuk secara stabil sebelum masuk ke tahap pemeliharaan (*maintenance).*

E. Pola Hidup Sehat

1. Pengertian Pola Hidup Sehat

   Menurut Suharjana, 2012 yang di kutip dalam Intan dkk.(2021), Pola hidup sehat adalah kebiasaan masyarakat yang menjunjung tinggi aspek-aspek kesehatan, meliputi pengelolaan kebersihan dan kesehatan lingkungan, menjaga kebugaran fisik dan psikis, serta pemberian asupan nutrisi yang cukup sehingga tercapai standart kesehehatan yang baik. Apabila kebiasaan rutin tersebut dikelola sesuai dengan kaidah yang benar, maka akan terbentuk perilaku kesehatan yang menetap.

2. Pola Hidup Sehat Dalam Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2

   Diabetes Melitus tipe 2 merupakan penyakit menahun yang membutuhkan pengelolaan jangka Panjang. Pengelolaan Diabetes Melitus tipe 2 tidak hanya bergantung pada terapi medis, tetapi juga memerlukan peran aktif pasein dan keluarga. Pola hidup sehat merupakan bagian penting dalam pengelolaan Diabetes Melitus tipe 2 . pola hidup sehat pada penerita Diabetes Melitus tipe 2 mencakup pengaturan pola makan, peningkatan aktivitas fisik, kepatuhan pengobatan, pemantauan gulkosa darah mandiri, serta perawatan kaki. Tujuan dari pengelolaan Diabetes Melitus tipe 2 adalah meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup serta mencegah atau menunda terjadinya komplikasi (Soelistijo & Suastika, 2024).

3. Komponen Pola Hidup Sehat

   a. Diet

      Diet merupakan bagian dari pola hidup sehat dalam pengelolaan Diabetes Melitus tipe 2. Pola makan didefinisikan sebagai total semua makanan dan minuman yang dikonsumsi pasein dalam suatu periode waktu. Pola makan yang dapat digunakan untuk manajemen Diabetes Melitus Tipe 2 antara lain diet DASH, diet Mediterania, diet tinggi serat, diet rendah lemak, diet vegetarian dan vegan, serta diet rendah Karbohidrat. Hingga saat ini belum terdapat data yang menyatakan bahwa satu jenis pola makan lebih unggul dibandingkan pola makna lainnya (Soelistijo & Suastika, 2024).

   b. Aktivitas Fisik

      Aktivitas fisik didefinisikan sebagai pergerakan tubuh yang dihasilakan oleh otot rangka dan memerlukan pengeluaran energi. Lingkup aktivitas ini sangat luas, mulai dari kegiatan sehari-hari, pekerjaan, hingga latihan fisik (*exercise)* merupakan bentuk aktivitas yang dirancang secara terencana, terstuktur, dan dilakukan berulang kali engan tujuan untuk meningkatkan kebugaran jasmani.

      Bagi penyandang diabetes melitus, aktivitas dan latihan fisik memberikan manfaat yang komperehensif, mulai dari perbaikan kontrol glikemik, lipid, hingga peningkatan fungsi vascular serta sel beta. Selain itu, latihan rutin terbukti dapat menurunkan resiko komplikasi mikrovaskular maupun makovaskular, sekaligus meningkatkan kesehatan mental dan kualias hidup penderita diabetes melitus tipe 2. Target aktivitas fisik yang dianjurkan oleh pasein penderita diabetes melitus adalah intestas sedang selama 150 menit/minggu atau 30 menit/minggu (seperti jalan cepat), dengan total pembakaran kalori mencapai 700 kkal/minggu. Latihan ini sebaiknya dilakukan dengan frekuensi minimal 3 kali dalam satu minggu dengan dursu paling sedikit 10 menit per sesi. Selain itu, latihan kekuatan maksimal 75 menit untuk mencapai target mingguan tersebut efektif

dalam meningkatkan sensitivitas insulin serta mengurangi lemak pada perut (Soelistijo & Suastika, 2024).

c. Kepatuhan Penggunaan Obat

Strategi penggunaan obat-obatan pada penderita Diabetes Melitus tipe 2 saat ini tidak hanya bertujuan untuk mencapai target glikemik, namun juga untuk perlindungan organ jangka panjang. Pengelolaan diabetes pada dewasa kini diarahkan pada perlindungan organ jantung dan ginjal selain dari sekedar pengendalian Kadar Gula Darah. Hal ini didasari oleh tingginya angka morbiditas akibat komplikasi tersebut. Strategi farmakologi yang digunakan harus mempertimbangkan kondisi penyerta setiap pasein secara spesifik agar target metabolik dan penurunan resiko komplikasi dapat tercapai secara efektif dan berkelanjutan (Soelistijo & Suastika, 2024).

d. Pemantauan Glukosa Darah Mandiri (PGDM)

Pemantuan glukosa darah mandiri secara sistematis berfungsi sebagai instumen utama dalam mengarahkan terapi nutrisi, meminimalisir resiko hipoglikemi, serta menentukan penyesuaian dosis obat yang akurat. Intensitas dan keperluan pemeriksaan glukosa ini bersifat dinamis, sehingga perlu dikaji ulang secara berkala oleh tenaga medis pada setiap sesi konsultasi pasien (Soelistijo & Suastika, 2024).

e. Perawatan kaki

Perawatan kaki secara menyeluruh merupakan tindakan yang dilakukan pasien dengan cara melakukan inspeksi mandiri setiap hari yang mendeteksi dini adanya tanda trauma atau kemerahan. Tindakan ini melibatkan melibatkan pemilihan alas kaki yang protektif serta penggunaan kaus kaki yang bertujuan untuk menjaga keberhasilan dan memastikan area kaki tetap kering guna mencegah komplikasi lebih lanjut (Soelistijo & Suastika, 2024).

4. Alat Ukur *Summary Of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA)

Instrumen yang digunakan untuk mengukur pola hidup sehat dalam penelitian ini adalah kuesioner *Summary Of Diabetes Self-Care Activites* (SDSCA). Kuesioner ini merujuk pada instrumen asli yang di kembangkan

oleh Toobert, Hampson and Glasgow (2000), Yang kemudian diadaptasi dan divalidasi oleh Tarigan (2023) penggunaan instrumen ini bertujuan untuk menilai kepatuhan memanajemen diri penderita diabetes melitus dalam 7 hari melalui laporan mandiri (*self-report).*

Dalam penelitian ini, instrumen SDSCA terdiri dari 16 item pertanyaan yang telah dikelompokkan kedalam 5 pilar utama pengelolaan diabetes melitus, yaitu :

a. Pengaturan Diet (5 item) : Mengukur kepatuhan terhadap pola makan sehat dan konsumsi makanan sesuai anjuran.
b. Aktivitas Fisik (2 item) : Mengukur frekuensi latihan fisik atau olahraga secara teratur.
c. Pemeriksaan Gula Darah Mandiri (2 item) : Mengukur kedisiplinan pemeriksaan glukosa darah mandiri.
d. Perawatan Kaki (5 item) : Mengukur rutinitas pemeriksaan kaki dan penggunaan pelindung kaki
e. Kepatuhan Penggunaan Obat (2 item) : Mengukur kedisiplinan konsumsi obat/insulin

Sistem penilaian menggunakan skala 0 sampai 7, yang merepresetasikan jumlah hari dalam 1 minggu terakhir responden melakukan aktivitas tersebut. Skor total instrumen ini berkisar antara 0 hingga 112, di mana prolehan skor yang lebih tinggi menunjukan penerapan pola hidup sehat semakin baik. Untuk kepentingan analisis, hasil pengukuran dikategorikan menjadi 3 tingkatan menggunakan metode interval sama, yaitu : Tinggi (skor 76-112), sedang (skor 38-75), dan rendah (skor 0-37).

F. Diabetes Melitus Tipe 2

1. Definisi Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 sering disebut sebagai *diabetes mellitus non-insulin dependen* (NIDDM), yang menandakan bahwa penderita tidak bergantung pada pemberian insulin. Pada pasien dengan kondisi ini, terdapat gangguan pada sekresi insulin atau resistensi terhadap hormon tersebut. Dalam keadaan normal, insulin berikatan dengan reseptor khusus di permukaan sel, sehingga

memicu reaksi metabolisme glukosa. Namun, pada diabetes melitus tipe 2, respons intraseluler menurun, menyebabkan insulin kurang efektif dalam mendorong penyerapan glukosa oleh jaringan. Akibatnya, jaringan mengalami kekurangan glukosa, yang memicu hati untuk melepaskan glukosa lebih banyak ke dalam darah sehingga kadarnya semakin meningkat. Tubuh merespon dengan memproduksi lebih banyak insulin, tetapi jika sel beta pankreas tidak mampu memenuhi kebutuhan tersebut, kadar glukosa darah akan terus naik dan mengakibatkan diabetes melitus tipe 2 (Satriya dan Khoirunnisa', 2020).

2. Klasifikasi Diabetes melitus
    a. Diabetes melitus tipe 1

       Diabetes Melitus Tipe 1 dikenal sebagai *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM), yaitu jenis diabetes yang ditandau dengan ketergantungan penderita terhadap insulin dari luar tubuh. Kondisi ini terjadi akibat kerusakan sel beta Langerhans di pankreas sehingga tubuh tidak mampu memprodusi insulin. Diabetes Melitus Tipe 1 dapat muncul sejak usia anak hingga dewasa (Satriya & Khoirunnisa', 2020).
    b. Diabetes melitus tipe 2

       Diabetes melitus tipe 2 dikenal sebagai *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM), yaitu jenis diabetes yang pada awalnya tidak memerlukan insulin dari luar tubuh. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 terjadi gangguan sekresi insulin atau resistensi terhadap kerja insulin. Dalam kondisi normal, insulin berikatan dengan reseptor di permukaan sel untuk memfasilitasi metabolisme glukosa. Namun, pada diabetes melitus tipe 2 efektivitas kerja insulin menurun sehingga pengambilan glukosa oleh jaringan tidak optimal. Akibatnya, kadar glukosa darah meningkat, dan tubuh berupaya mengompensasi dengan meningkatkan sekresi insulin. Apabila sel beta pankreas tidak mampu memenuhi kebutuhan tersebut, kadar glukosa darah akan terus

meningkat dan menyebabkan terjadinya diabetes melitus tipe 2 (Satriya & Khoirunnisa', 2020).

c. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus gestasional merupakan diabetes yang di diagnosis pertama kali selama kehamilan dan terjadi pada sekitar 2-5% kehamilan. Kondisi ini berhubungan dengan intoleransi glukosa yang muncul selama kehamilan dan umunya menghilang setelah kehamilan berakhir (Maria, 2021).

d. Diabetes Melitus Tipe Lainnya

Diabetes melitus tipe lainnya atau diabetes melitus skunder merupakan diabetes yang disebabkan oleh kondisi tertentu seperti, defek genetic pada fungsi sel beta pankreas, penyakit pankreas, gangguan hormonal, atau akibat penggunaan obat - obatan tertentu. Diabetes Melitus skunder diperkirakan mencakup sekitar 1-2% dari seluruh kasus diabetes nelutus yang terdiagnosis (Maria, 2021).

3. Etiologi dan faktor resiko Diabetes melitus tipe 2

a. Faktor Genetik

Riwayat keluarga atau faktor keturnan diketahui berhubungan dengan terjadinya diabetes melitus tipe 2. Inidvidu yang memiliki anggota keluarga dengan Diabetes Melitus tipe 2 memiliki resiko lebih besar untuk mengalami penyakit yang sama (Satriya & Khoirunnisa', 2020).

b. Faktor lingkungan

Diabetes Melitus tipe 2 terjadi akibat resistensi insulin perifer, gangguan sekresi insulin yang bersifat progresif ,serta peningkatan produksi glukosa oleh hati. Kondisi ini dipengaruhi oleh faktor lingkungan seperti obesitas, gaya hidup tidak sehat, dan pola makan tinggi karboidrat. Diabetes melitus tipe 2 juga memiliki fase presimptomatik yang panjang, sehingga penegakan diagnose sering mengalami keterlambatan 4-7 tahun (Maria, 2021).

4. Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 memiliki mekanisme patofisiologi yang berbeda dengan diabetes melitus tipe 1. Kondisi ini ditandai oleh adanya resistensi

insulin serta penurunan kemampuan sel beta pankreas dalam merespons peningkatan kadar glukosa darah. Meskipun insulin masih diproduksi oleh tubuh, efektivitas kerjanya menurun akibat berkurangnya sensitivitas jaringan terhadap insulin.

Resistensi insulin terjadi pada jaringan perifer seperti otot dan jaringan lemak, sehingga proses pengambilan glukosa oleh jaringan tersebut tidak berjalan optimal. Selain itu, resistensi insulin di hati menyebabkan produksi glukosa hepatik tetap berlangsung meskipun kadar glukosa darah sudah meningkat. Keadaan ini diperparah oleh ketidakmampuan pankreas untuk menghasilkan insulin dalam jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan metabolik tubuh.

Perkembangan diabetes melitus tipe 2 sangat dipengaruhi oleh resistensi seluler terhadap insulin, yang dapat diperburuk oleh faktor kegemukan, kurang aktivitas fisik, penyakit tertentu, penggunaan obat-obatan, serta pertambahan usia. Peningkatan kadar glukosa darah pada diabetes melitus tipe 2 terjadi secara perlahan dan sering berlangsung dalam jangka waktu lama sebelum penyakit terdiagnosis.

Insulin berperan sebagai hormon anabolik yang penting dalam pengaturan metabolisme tubuh. Ketika kerja insulin tidak efektif, akan terjadi gangguan metabolik berupa penurunan pemanfaatan glukosa, peningkatan mobilisasi lemak, serta peningkatan pemecahan protein (Maria, 2021).

5. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus Tipe 2

   Menurut Widyanto and Triwibowo (2021), diabetes Melitus ditandai dengan hiperglikemia atau peningkatan kadar glukosa darah dan gangguan metabolisme yang menyebabkan munculnya gejala awal khas berupa :

   a. Glikosuria

      Glikosuria dikeluarkan melalui urine akibat kadar glukosa darah melebihi ambang ginjal.

   b. Poliuria

      Peningkatan jumlah urine akibat efek osmotic glukosa di tubulus ginjal yang menghambat reabsorpsi air.

   c. Polidipsia

Rasa haus berlebih akibat kehilangan cairan tubuh yang berlebihan melalui urin

d. Polifagia

Peningkatan nafsu makan sebagai respons terhadap kekurangan energi di tingkat sel akibat gangguan pemanfaatan glukosa

e. Ketonemia dan ketourinia

Terjadi pada kondisi hiperglikemia yang tidak dapat terkontrol akibat peningkatan pemecahan lemak sebagai sumber energi alternatif

f. Gangguan sensorik

Keluhan kesemutan atau rasa baal pada eksremitas akibat gangguan fungsi syaraf perifer

g. Gangguan kulit dan mukosa

Keluhan gatal, terutama pada daerah genetalia, serta infeksi kulit yang berulang.

h. Gangguan pengelihatan

Pandangan kabur akibat perubahan kadar glukosa darah yang mempengaruhi lensa mata

i. Luka sulit sembuh

Terjadi akibat gangguan sirkulasi dan penurunan daya tahan tubuh.

j. Gangguan fungsi seksual

Disfungsi ereksi pada pria serta keputihan berulang pada Wanita akibat penurunan imunitas.

6. Komplikasi Diabetes Melitus Tipe 2

Menurut Widyanto and Triwibowo (2021), komplikasi pada Diabetes Melitus disebabkan oleh paparan glukosa konsentrasi tinggi dalam jangka Panjang. Menurut Price & Wilson (2006), komplikasi diabetes melitus terbagi menjadi 2 yaitu :

a. Komplikasi Akut

komplikasi akut adalah komplikasi pada diabetes melitus yang penting dan berhubungan dengan keseimbangan kadar glukosa darah dalam jangka waktu pendek. Komplikasi disebabkan oleh perubahan yang

relative akut dari konsentrasi glukosa plasma. Komplikasi akut dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1) Diabetes ketoasidosis (DKA)

   Ketoasidosis diabetik merupakan defisiensi insulin berat dan akut dari suatu pengalaman penyakit DM, DKA disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Klien mengalami hiperlipidemia dan glukosuria berat, penurunan lipogenesis, peningkatan lipolisis, peningkatan oksidasi lemak bebas disertai pembentukan benda keton.

2) Koma *Hyperosmolar Non ketotik* (HNK)

   KHN merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia serta perubahan tingkat kesadaran. Hiperglikemia berat terjadi dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dl tanpa disertai ketosis.

3) Hipoglikemia

   Gejala hipoglikemia disebabkan oleh pelepasan epinefrin yang ditandai dengan berkeringat, gemetar, sakit kepala dan palpitasi. Selain itu juga akibat kekurangan glukosa dalam otak ditandai dengan tingkah laku aneh, sensorium yang tumpul dan koma. Hipoglikemia sangat berbahaya bila terjadi dalam waktu yang lama karena dapat menyebabkan kerusakan otak permanen.

b. Komplikasi kronik

   Komplikasi kronik diabetes melitus pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah diseluruh bagian tubuh (angiopati diabetik) yang dimana dibagi menjadi 2 bagian yaitu :

1) Mikrovaskuler

   a) Penyakit ginjal

      Salah satu akibat utama dari perubahan mikrovaskuler adalah perubahan pada struktural dan fungsi ginjal. Bila kadar glukosa dalam darah akan meningkat, maka mekanisme maka filtrasi ginjal akan mengalami stres yang menyebabkan kebocoran protein darah dalam urine.

b) Penyakit mata

Penderita diabetes melitus akan mengalami gejala pengelihatan kabur tidak selalu disebabkan neuropati. Katarak disebabkan karena hiperglikemia yang berkepanjangan menyebabkan pembengkakakn lensa dan kerusakan lensa.

c) Neuropati

Diabetes melitus memperngaruhi syaraf-syaraf perifer, sistem saraf otonom *medulla spinalis* atau sistem syaraf pusat. Akumulasi sorbitol dan perubahan perubahan metabolik lain dalam sintesa fungsi nyelin yang dikaitkan dengan hiperglikemia dapat menimbulkan perubahan kondisi syaraf.

2) Makrovaskuler

1. Penyakit jantung koroner

Akibat kelainan fungsi pada jantung akibat diabetes melitus maka terjadi penurunan kerja jantung untuk memompa darahnya ke seluruh tubuh sehingga tekanan darah akan naik. Lemak yang menupuk dalam pembuluh darah akan menyebabkan mengerasnya arteri dengan resiko penderita penyakit jantung koroner atau stroke.

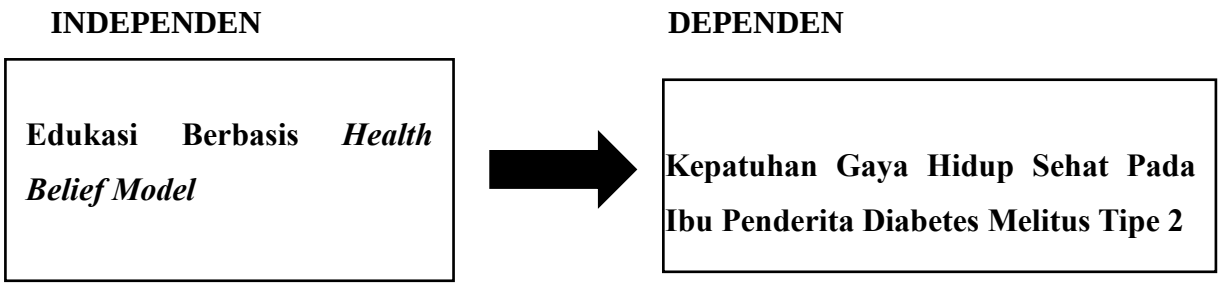
2. Pembuluh darah kaki

Timbul karena adanya anestesis fungsi syaraf-syaraf sensorik. Keadaan ini menyebabkan gangrene infeksi dimulai dari celah-celah. Kulit yang mengalami hipertropi. Pada sel-sel kuku kaki yang menebal dan halus demikian juga daerah daerah yang mengalami trauma.

3. Pembuluh darah ke otak

Pembuluh darah di otak dapat terjadi penyumbatan sehingga menurunnya suplai darah ke otak.

G. Kerangka Konsep



Keterangan :

Kerangka konsep pada penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah edukasi berbasis *Health Belief Model*. Variabel ini dipandang sebagai intervensi yang diberikan kepada ibu penderita Diabetes Melitus tipe 2 dengan tujuan memengaruhi perilaku kesehatan.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah gaya hidup sehat pada ibu penderita Diabetes Melitus tipe 2. Gaya hidup sehat dalam penelitian ini dibatasi pada empat komponen utama, yaitu pengaturan diet, aktivitas fisik, minum obat, dan kontrol kesehatan. Keempat komponen tersebut merupakan perilaku kesehatan yang berkaitan langsung dengan pengelolaan Diabetes Melitus tipe 2.

Panah yang menghubungkan variabel independen dan variabel dependen menunjukkan adanya hubungan pengaruh antara edukasi keperawatan berbasis *Health Belief Model* terhadap gaya hidup sehat ibu penderita Diabetes Melitus tipe 2. Edukasi yang diberikan diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran ibu sehingga mendorong penerapan gaya hidup sehat yang lebih baik

H. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Edukasi Berbasis *Health Belief Model* (Independen)	*Health Belief Model* adalah teori yang menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh presepsi terhadap kerentanan, ringkat keparahan penyakit, manfaat tindakan, hambatan, isyarat bertindak, dan efiksasi diri.	-	-	-
2.	Gaya hidup sehat (Dependen)	Tindakan nyata pasien dalam mengelola diabetes sehari-hari yang meliputi pengaturan diet, aktivitas fisik, pemantauan gula daeah mandiri, perawatan kaki, kepatuhan minum obat.	Kuesioner SDSCA (16 item pertanyaan)	Tinggi :76-112 Sedang : 38 -75 Rendah : 0 -37	Ordinal

I. Hipotesis

H0 : Tidak ada perbedaan kepatuhan gaya hidup sehat sebelum dan sesudah diberikan edukasi berbasis *Health Belief Model* pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Medan Tuntungan

H1 : Ada perbedaan kepatuhan gaya hidup sehat sebelum dan sesudah diberikan edukasi berbasis *Health Belief Model* pada ibu penderita diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Medan Tuntungan.