

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN PERAN  
PERAWAT DENGAN KEPATUHAN DALAM MENJALANKAN  
DIET PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE II  
DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD  
A.W SJAHRANIE SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**DISUSUN OLEH  
YUSRINA IRADATTYAS PRANANDA  
11.113082.3.0349**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2015**

**RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY SUPPORT AND NURSE  
PARTICIPATION WITH OBEDIENCE OF DIETARY  
IMPLEMENTATIONS IN PATIENTS WITH  
DIABETES MELLITUS TYPE II IN  
POLYCLINIC OF ABDUL WAHAB  
SJAHRANIE GENERAL HOSPITAL  
SAMARINDA**

Yusrina Iradattyas Prananda<sup>1</sup>, Siti Khoiroh<sup>2</sup>, Ni Wayan Wiwin<sup>3</sup>

**ABSTRACT**

**Background:** Diet is one of four pillars of diabetes mellitus medications. Nowadays, many of patient with diabetes mellitus who do not obedient in the implementation of the diet were found. One of factors which influence the obedience of diet are family support and nurse participation as an educator.

**The purpose of the reasearch:** The purpose of this research is for knowing the relationship of the family support and nurse participation with the obedience the implementation of dietary adherence in patients with diabetes mellitus in Polyclinic of Abdul Wahab Sjahranie General Hospital.

**Research method:** Design used in this research was corelational descriptive approach to cross sectional. The population in this reseacrh were all of diabetes mellitus patients who visited to polyclinic of Abdul Wahab Sjahranie Samarinda General Hospital on July 2015. With the purposive sampling technique, obtained the sample 60 respondents. The variables in this research is the family support, nurse participations and obedience of dietary implementation of diabetes mellitus in Polyclinic of Abdul Wahab Sjahranie Samarinda's General Hospital. Analysis of the data used chi-square test with a significance level of 0.05.

**Research results:** The result of this reasearch obtained that there is relationship between family support and nurse participation with obedience of dietary implementation in patients with diabetes mellitus type II in Polyclinic of Abdul Wahab Sjahranie Samarinda's General Hospital with p value of family support and obedience of dietary implementation is 0,031. P value of nurse participation and obedience of dietary implementation is 0,040.

**Conclusion:** Family support and nurse participation have a important role in establish of patients with diabetes mellitus behavior likes obedience of dietary implementation. Family support and nurse participation who give the informations by the health education about diabetes mellitus dietary implementations is one of method to improve the obedience of patients with diabetes mellitus type II.

**Keywords:** family support, nurse participation, obedience of diabetes mellitus dietary implementation.

---

<sup>1</sup>Bachelor in Nursing Student STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>Head of Nursing Science Program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>3</sup>Lecturer Nursing Science Program of STIKES Muhammadiyah Samarinda

# HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN PERAN PERAWAT DENGAN KEPATUHAN DALAM MENJALANKAN DIET PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE II DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD ABDUL WAHAB SJHRANIE SAMARINDA

Yusrina Iradattys Prananda<sup>1</sup>, Siti Khoiroh<sup>2</sup>, Ni Wayan Wiwin<sup>3</sup>

## INTISARI

**Latar belakang:** Diet merupakan salah satu dari 4 pilar pengelolaan diabetes mellitus. Sekarang ini, sering ditemukan penderita diabetes mellitus yang tidak patuh dalam pelaksanaan diet. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan salah satunya adalah dukungan keluarga dan peran perawat sebagai edukator.

**Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

**Metode:** Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien diabetes mellitus yang melakukan kunjungan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada bulan Juli 2015. Dengan tehnik purposive sampling, didapatkan sampel sebanyak 91 responden. Variabel dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga, peran perawat dan kepatuhan dalam menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji chi-square dengan tingkat kemaknaan 0,05.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan nilai p value untuk dukungan keluarga dan kepatuhan diet 0,031 dan untuk peran perawat dan kepatuhan diet 0,040.

**Kesimpulan:** Dukungan keluarga dan peran perawat mempunyai peran yang besar dalam pembentukan perilaku pasien diabetes mellitus diantaranya kepatuhan dalam menjalankan diet. Dukungan keluarga untuk pasien diabetes mellitus dalam menjalankan pengobatan dan peran serta perawat untuk memberikan informasi yang tepat melalui pendidikan kesehatan mengenai cara pelaksanaan diet diabetes mellitus merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe II.

**Kata kunci :** dukungan keluarga, peran perawat, kepatuhan diet diabetes mellitus

---

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>2</sup>Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

<sup>3</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

## **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yusrina Iradattyas Prananda

NIM : 11.113082.3.0349

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul Penelitian : “Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dan Peran Perawat Dengan Kepatuhan Dalam Menjalankan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.”

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (permendiknas No. 17, tahun 2010).

Samarinda, 24 Agustus 2015

Mahasiswa

Yusrina Iradattyas Prananda  
NIM. 1111308230349

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN PERAN  
PERAWAT DENGAN KEPATUHAN DALAM MENJALANKAN  
DIET PADA PASIEN DIABETES MELLITUS  
TIPE II DI INSTALASI RAWAT JALAN  
RSUD A.W SJAHRANIE  
SAMARINDA**

**SKRIPSI**

**Di susun oleh:**

**YUSRINA IRADATTYAS PRANANDA**

**11.113082.3.0349**

**Disetujui untuk diujikan**

**Pada tanggal, 24 Agustus 2015**

**Pembimbing I**

**Pembimbing II**

**Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep**

**NIDN. 1115017703**

**Ns. Ni Wayan W. A., S.Kep.,M.Pd**

**NUPN. 9911006179**

**Mengetahui,**

**Koordinator Mata Ajar Skripsi**

**Ns. Faried Rahman Hidayat, S. Kep., M.Kes**

**NIDN.1112068002**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DAN PERAN PERAWAT**  
**DENGAN KEPATUHAN DALAM MENJALANKAN DIET PADA PASIEN**  
**DIABETES MELLITUS TIPE II DI INSTALASI RAWAT JALAN**  
**RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE**  
**SAMARINDA**

**SKRIPSI**

**DISUSUN OLEH:**

**YUSRINA IRADATTYAS PRANANDA**

**11.113082.3.0349**

**Diseminarkan dan diujikan**

**Pada tanggal, 24 Agustus 2015**

**Penguji I**

**Penguji II**

**Penguji III**

**Ns. Andri P. S., S.Kep., M.Sc**  
**NIDN. 1104068405**

**Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep**  
**NIDN. 1115017703**

**Ns. Ni Wayan W. A., S.Kep., M.Pd**  
**NUPN. 9911006179**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi S1 Keperawatan**

**Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep**  
**NIDN. 1115017703**

## MOTTO

*“Jika salah perbaiki, jika gagal coba lagi, tapi jika menyerah semuanya selesai.”*

*“Tidak ada pelangi yang tidak didahului hujan.  
Jangan menyerah. Saat-saat yang luar biasa sulit  
dalam perjuangan adalah pertanda bahwa  
kesuksesan sudah mendekat.”*

*(Merry Riana)*

## KATA PENGANTAR

الرَّحِيمِ الرَّحْمَنِ اللَّهُ بِسْمِ

***Assalamu'alaikum Wr. Wb.***

Alhamdulillah, Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat, karunia serta ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal penelitian ini. Shalawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya, serta pengikutnya sampai akhir zaman.

Skripsi ini yang berjudul "*Hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda*" disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Strata I program studi Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda tahun 2015.

Selama proses pembuatan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bantuan, motivasi, dukungan dan dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Ghozali M.H., M.Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.

2. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda dan pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan hingga skripsi ini selesai.
3. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata ajar skripsi program studi S-1 ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda.
4. Ibu Ns. Ni Wayan Wiwin A., S.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pegasarahan hingga skripsi selesai.
5. Bapak Ns. Andri Praja Satria, S.Kep., M.Sc selaku penguji I yang telah memberikan kritik dan saran yang membangun untuk skripsi ini.
6. Bapak dan Ibu dosen dan seluruh karyawan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
7. Bapak H. La Mansur dan Ibu Hj. Suriani sebagai kedua orang tuaku tercinta, atas dukungan moril dan materi serta cinta dan kasih sayang yang telah diberikan dan tidak henti-hentinya memberikan semangat, motivasi dan doa kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Saudari- saudariku Yuni, Irun, Icha yang sudah memberikan semangat dan kebahagiaan yang luar biasa sehingga penulis termotivasi untuk berjuang sampai saat ini.
9. Sahabat- sahabat seperjuangan S-1 Ilmu Keperawatan tingkat IV B yang tidak dapat penulis sebutkan satu- persatu, yang senantiasa

memberi motivasi, semangat, saran, ide, bantuan, doa dan kebahagiaan yang begitu besar kepada penulis selama empat tahun ini.

10. Dan semua pihak yang telah memberikan dukungan, kasih sayang dan perhatiannya kepada penulis.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan, mendapatkan pahala dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam proposal penelitian ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan sehingga dapat bermanfaat untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagai mana mestinya.

*Billahi Fii Sabilil Haq, Fastabiqul Khairat*

***Wassalamu'alaikum Wr. Wb.***

Samarinda, 24 Agustus 2015

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
ABSTRACT .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN .....	v
HALAMAN PENGESAHAN .....	vi
MOTTO .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
BAB I .....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Keaslian Penelitian .....	8
BAB II .....	12
TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Telaah Pustaka .....	12

1. Konsep Dukungan Keluarga.....	12
2. Konsep Peran Perawat.....	18
3. Konsep Kepatuhan.....	25
4. Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus.....	26
5. Diet Diabetes Mellitus .....	27
6.Konsep Diabetes Mellitus .....	35
B. Penelitian Terkait .....	52
C. Kerangka Teori Penelitian.....	55
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	56
E.Hipotesis Penelitian .....	56
BAB III .....	58
METODE PENELITIAN.....	58
A. Rancangan Penelitian .....	58
B. Populasi dan Sampel .....	59
1. Populasi.....	59
2. Sampel .....	59
C. Waktu dan Tempat Penelitian .....	61
E. Instrumen Penelitian.....	64
F. Uji validitas dan reabilitas .....	67
1. Validitas.....	68
2. Reabilitas.....	71
3. Uji normalitas data.....	73
G. Teknik pengumpulan data.....	74
H. Teknik Analisa Data.....	75

J. Etika penelitian .....	81
I. Jalannya penelitian.....	83
BAB IV .....	85
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	85
A. Hasil Penelitian .....	85
1. Analisa Univariat.....	86
2. Analisa Bivariat .....	90
B. Pembahasan .....	94
C. Keterbatasan Penelitian .....	117
BAB V .....	119
KESIMPULAN DAN SARAN .....	119
A. Kesimpulan.....	119
B. Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis Diet Diabetes Mellitus menurut kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat .....	31
Tabel 2.2 Jumlah bahan makanan sehari menurut standar diate diabetes mellitus (dalam satuan penukar II) .....	32
Tabel 2.3 Pembagian makanan sehari tiap standar diet diabetes mellitus dan nilai gizi (dalam satuan penukar II) .....	32
Tabel 2.4 Klasifikasi diabetes mellitus .....	36
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	62
Tabel 3.2 Kisi- kisi kuesioner dukungan keluarga .....	66
Tabel 3.3 Kisi- kisi kuesioner peran perawat .....	66
Tabel 3.4 Kisi- kisi kuesioner kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II .....	67
Tabel 3.5 Hasil uji validitas dukungan keluarga .....	69
Tabel 3.6 Hasil uji validitas peran perawat .....	70
Tabel 3.7 Hasil uji validitas kepatuhan diet .....	71
Tabel 4.1 Distribusi usia responden .....	86
Tabel 4.2 Distribusi jenis kelamin responden .....	87
Tabel 4.3 Distirbusi status perkawinan responden .....	87

Tabel 4.4 Distirbusi anggota keluarga yang tinggal bersama responden .....	88
Tabel 4.5 Distribusi tingkat pendidikan responden .....	88
Tabel 4.6 Distribusi lama menderita diabetes mellitus responden .....	89
Tabel 4.7 Distribusi dukungan keluarga .....	89
Tabel 4.8 Distribusi peran perawat .....	90
Tabel 4.9 Distirbusi kepatuhan diet.....	90
Tabel 4.10 Distirbusi dukungan keluarga dengan kepatuhan diet .....	91
Tabel 4.11 Distirbusi peran perawat dengan kepatuhan diet .....	93

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Piramida Makanan Penyandang Diabetes .....	34
Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian .....	54
Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian .....	55

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1: Biodata Peneliti

Lampiran 2: Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3: Kuesioner Penelitian

Lampiran 4: Surat Balasan Studi Pendahuluan

Lampiran 5: Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal

Lampiran 6: Analisa Univariat

Lampiran 7: Uji normalitas dukungan keluarga

Lampiran 8: Uji normalitas peran perawat

Lampiran 9: Uji normalitas kepatuhan diet

Lampiran 10: Uji validitas dukungan keluarga

Lampiran 11: Uji validitas peran perawat

Lampiran 12: Uji validitas kepatuhan diet

Lampiran 13: Uji Reabilitas

Lampiran 14: Analisa bivariat dukungan keluarga dan kepatuhan diet

Lampiran 15: Analisa bivariat peran perawat dan kepatuhan diet

Lampiran 16: Jadwal penelitian

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Seiring kemajuan ekonomi yang terus meningkat, berubah pula perilaku dan gaya hidup yang dijalani masyarakat. Salah satu fenomena yang mengiringi kemajuan masyarakat adalah munculnya penyakit Diabetes Mellitus. Saat jumlah pendapatan mencukupi, orang-orang akan mengonsumsi makanan secara berlebihan. Kesibukan kerja yang menyebabkan kurangnya aktivitas fisikpun dapat menyebabkan kegemukan. Kegemukan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya penyakit diabetes mellitus (Ahira, 2011).

Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu penyakit *Non-Communicable Disease* (penyakit tidak menular) yang paling sering terjadi di dunia. Diabetes Mellitus merupakan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau *hiperglikemia*. Pada diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun atau pankreas tidak memproduksi insulin. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia (Smeltzer, et al, 2010).

Sedangkan menurut *American Diabetes Association (ADA)* tahun 2010, Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya.

Menurut Smeltzer, et al (2010) diabetes mellitus terbagi menjadi beberapa jenis, yaitu diabetes mellitus tipe I, diabetes mellitus tipe II dan diabetes mellitus gestasional. Kasus diabetes yang terbanyak dijumpai adalah Diabetes Mellitus tipe 2 (Sudoyo, 2007 dalam Sumangrut, dkk, 2013). Dimana proporsi kejadian Diabetes Mellitus tipe II adalah 95% dari populasi dunia yang menderita Diabetes Mellitus dan hanya 5% dari jumlah tersebut yang menderita Diabetes Mellitus tipe I (Smeltzer, et al, 2010).

Data dari studi global dari *International Diabetes Federation (IDF)* menunjukkan bahwa jumlah penderita Diabetes Mellitus pada tahun 2011 telah mencapai 366 juta orang. Pada tahun 2012, dikatakan prevalensi angka kejadian Diabetes Mellitus di dunia adalah sebanyak 371 juta jiwa. Menurut data terbaru IDF pada tahun 2014 sekitar 387 juta jiwa mengidap diabetes mellitus. Dan diperkirakan pada tahun 2035 jumlah ini akan meningkat menjadi 592 juta jiwa. Sedangkan di Asia Tenggara pada tahun 2014, terdapat 75 juta jiwa menderita Diabetes Mellitus.

Sedangkan penderita diabetes mellitus di Indonesia menurut studi global *International Diabetes Federation (IDF)* pada tahun 2014 mencapai angka 9 juta jiwa. Hasil riset yang dilakukan oleh Riskesdas pada tahun 2013 di Indonesia berdasarkan wawancara yang terdiagnosis oleh dokter sebesar 1,5%. Sedangkan diabetes mellitus terdiagnosis dokter atau dengan gejala sebesar 2,1%.

Prevalensi diabetes mellitus yang terdiagnosis dokter tertinggi terdapat di DI Yogyakarta sebesar 2,6%, DKI Jakarta sebesar 2,5%, Sulawesi Utara sebesar 2,4% dan Kalimantan Timur sebesar 2,3%. Sedangkan prevalensi diabetes mellitus yang terdiagnosis dokter dengan gejala di Kalimantan Timur sebesar 2,7%.

Terdapat 4 pilar utama dalam penatalaksanaan diabetes mellitus yaitu edukasi (pendidikan kesehatan), terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologik (PERKENI, 2011). Diet dan pengendalian berat badan merupakan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes mellitus. Tujuan utama terapi diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa dalam darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik, mencapai kadar glukosa normal (*euglikemia*) tanpa terjadi *hypoglikemia* (Smeltzer, et al, 2010).

Kepatuhan pasien terhadap prinsip gizi dan perencanaan makan merupakan salah satu kendala bagi pasien diabetes mellitus. Pasien diabetes banyak yang merasa tersiksa sehubungan dengan jenis dan jumlah makanan yang dianjurkan (Maulana, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Al-tera (2011) menunjukkan bahwa faktor penguat ketidakpatuhan dalam menjalankan diet pada penderita Diabetes Mellitus tipe II adalah adanya anjuran teman untuk mengonsumsi berbagai macam

makanan, kurangnya dukungan keluarga dan kurangnya edukasi dan konseling dari petugas kesehatan.

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai dukungan suatu kelompok yang diberikan atau diaplikasikan dalam bentuk verbal (lisan) maupun perilaku yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan atau persekutuan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah (garis keturunan langsung), adopsi dan kesepakatan yang dibuat. Dimana kelompok ini tinggal bersama satu atap atau antara satu anggota dengan yang lain memiliki tempat tinggal berbeda karena sesuatu urusan tertentu akan tetapi untuk sementara waktu (Dion dan Betan, 2013).

Keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan penerimaan pendidikan kesehatan pasien Diabetes Mellitus. Pasien Diabetes Mellitus akan bersikap positif untuk mempelajari pengelolaan Diabetes Mellitus apabila keluarga memberikan dukungan dan ikut berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai Diabetes Mellitus. Sebaliknya apabila keluarga tidak mendukung, acuh tak acuh bahkan menolak pemberian pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus, maka pasien Diabetes Mellitus akan bersikap negatif terhadap pengelolaan Diabetes Mellitus tersebut (Soegondo, 2006).

Yusra (2010) memaparkan dalam jurnal penelitiannya bahwa selain dukungan keluarga, perawat sebagai salah satu dari tenaga

kesehatan mempunyai peranan penting sebagai seorang edukator mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus secara mandiri dan berkala melalui pemberian informasi dan pendidikan kesehatan untuk pasien serta keluarga. Sejumlah penelitian eksperimental memperlihatkan bahwa perawat mempunyai peran yang cukup berpengaruh terhadap perilaku pasien (Tagliacozzo D.M.,et.al, 1974 dalam Sutandi, 2012).

Berdasarkan dari pengalaman peneliti saat melakukan praktik klinik di ruang Flamboyan RSUD A.W Sjahranie Samarinda, peneliti beberapa kali mendapatkan keluarga membawa diam-diam makanan ataupun minuman yang tidak dianjurkan untuk dikonsumsi oleh pasien diabetes mellitus tipe II. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, didapatkan angka kunjungan pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dalam 1 bulan terakhir pada tahun 2014 berjumlah 831 kunjungan (Rekam Medis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, 2014).

Berdasarkan hasil dari wawancara tidak terstruktur yang dilakukan oleh peneliti pada Bulan Desember 2014 di Instalasi Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSUD A.W Sjahranie, 6 dari 10 penderita diabetes mellitus tipe II mengatakan tidak mematuhi diet diabetes mellitus yang diprogramkan oleh petugas kesehatan dengan alasan bosan dengan jenis makanan yang dianjurkan, dianggap menyusahkan karena mereka harus membuat perencanaan makan

setiap harinya, keluarga membiarkan mereka makan dan minum apa saja yang disukainya serta perawat kurang memberikan informasi tentang pengaturan jadwal makan dan jumlah takaran makanan dan minuman yang dianjurkan untuk dikonsumsi oleh mereka. Fenomena inilah yang menjadi dasar dilakukan penelitian di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam RSUD A.W Sjahranie untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus tipe II.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui adanya hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden.

- b. Mengidentifikasi bentuk dukungan keluarga yang dapat memotivasi pasien sehingga terbentuk kepatuhan dalam menjalankan diet.
- c. Mengidentifikasi peran perawat kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan tentang pengelolaan gizi untuk pasien diabetes mellitus.
- d. Mengidentifikasi kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe II dalam menjalankan diet.
- e. Menganalisis hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe II dalam menjalankan diet.
- f. Menganalisis hubungan peran perawat dengan kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe II dalam menjalankan diet.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan hal positif bagi :

##### **1. Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi pengembangan ilmiah khususnya ilmu keperawatan, serta menjadi data awal dan referensi untuk peneliti selanjutnya.

##### **2. Pasien**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi kepada responden tentang pentingnya kepatuhan dalam menjalankan diet diabetes mellitus tipe II.

### 3. Keluarga

Penelitian ini bertujuan agar keluarga dapat memperhatikan hal-hal yang berkaitan dengan pengelolaan gizi atau diet pada pasien diabetes mellitus tipe II.

### 4. Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai referensi penyuluhan kesehatan tentang pengelolaan gizi. Sebagai penambah ilmu pengetahuan dan pengalaman khususnya untuk masalah-masalah kepatuhan gizi pada penderita Diabetes Mellitus tipe II.

### 5. Institusi Pendidikan

Untuk menambah referensi bagi perpustakaan terkait hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II.

### 6. Peneliti

Sebagai pengalaman yang baik bagi peneliti untuk dasar mengembangkan kemampuan diri di masa yang akan datang mengenai pentingnya peran perawat terhadap kepatuhan pasien diabetes mellitus tipe II dalam menjalankan diet.

## **E. Keaslian Penelitian**

1. Susanti, M & Sulistyarini, T (2013), meneliti tentang dukungan keluarga meningkatkan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus di ruang rawat inap RS. Baptis Kediri. Variabel independen pada

penelitian ini adalah dukungan keluarga sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah kepatuhan diet pasien diabetes mellitus. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 25 responden dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner untuk variabel dukungan keluarga dan wawancara untuk variabel kepatuhan diet. Uji statistik yang dipakai dalam penelitian ini adalah *Wilcoxon Match Pair Test*.

Perbedaan penelitian yang akan dilakukan peneliti dengan penelitian di atas adalah terletak pada variabel independen, tempat penelitian, teknik *sampling* dan uji statistik. Variabel independen pada penelitian di atas adalah dukungan keluarga sedangkan variabel independen pada penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah dukungan keluarga dan peran perawat. Tempat penelitian pada penelitian di atas adalah RS Baptis Kediri sedangkan pada penelitian ini berada di RSUD A.W Sjahranie Samarinda. Uji statistik yang dipakai dalam penelitian di atas adalah *Wilcoxon Match Pair Test*. Sedangkan uji statistik yang dipakai dalam penelitian ini adalah uji *chi-square*. Teknik *sampling* pada penelitian di atas menggunakan *accidental sampling*. Sedangkan teknik *sampling* yang dipakai dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*.

2. Suryadi, R, F (2013), meneliti tentang hubungan peran *educator* perawat dalam melakukan *discharge planning* dengan tingkat kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember. Variabel independen pada penelitian ini adalah peran *educator* perawat dalam melakukan *discharge planning* sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah tingkat kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 40 responden dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Desain penelitian ini menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi-Square Test*.

Perbedaan penelitian yang akan dilakukan peneliti dengan penelitian di atas adalah terletak pada variabel independen, variabel dependen dan tempat penelitian. Variabel independen pada penelitian di atas adalah peran *educator* perawat dalam melakukan *discharge planning* sedangkan variabel independen pada penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah dukungan keluarga dan peran perawat. Variabel dependen pada penelitian di atas adalah kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol. Sedangkan variabel dependen pada penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes

mellitus tipe II. Tempat penelitian pada penelitian di atas adalah Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember sedangkan pada penelitian ini berada di RSUD A.W Sjahranie Samarinda.

3. Phitri, H.E & Widyaningsih (2013), meneliti tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita diabetes mellitus dengan kepatuhan diet diabetes mellitus di RSUD AM. Parikesit Kalimantan Timur. Variabel independen pada penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap penderita diabetes mellitus sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah kepatuhan diet diabetes mellitus. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 51 responden dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Desain penelitian ini menggunakan *deskriptif correlation* dengan rancangan *cross sectional*. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi-Square Test*.

Perbedaan penelitian yang akan dilakukan peneliti dengan penelitian di atas adalah terletak pada variabel independen, tempat penelitian. Variabel independen pada penelitian di atas adalah pengetahuan dan sikap sedangkan variabel independen pada penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah dukungan keluarga dan peran perawat. Tempat penelitian pada penelitian di atas adalah RSUD AM. Parikesit Kalimantan Timur sedangkan pada penelitian ini berada di RSUD A.W Sjahranie Samarinda.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Konsep Dukungan Keluarga**

###### **a. Pengertian Keluarga**

Pada umumnya di Indonesia, seseorang tinggal bersama-sama dengan keluarganya. Menurut Departemen Kesehatan RI (1998, dalam Pratita, 2012) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, suami istri dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan hubungan darah, ikatan pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

Berdasarkan beberapa teori di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kelompok individu yang tinggal bersama dalam suatu rumah karena hubungan darah, ikatan pernikahan, adopsi

dimana kedekatan tersebut terjalin secara emosional diantara masing-masing anggota keluarga.

Menurut Friedman (2010) terdapat 5 fungsi dasar keluarga, yaitu:

- 1) Fungsi Afektif : Memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.
- 2) Fungsi Sosial : Memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga.
- 3) Fungsi reproduksi : Mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi.
- 4) Fungsi ekonomi : Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.
- 5) Fungsi perawatan kesehatan : Menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian dan tempat tinggal serta perawatan kesehatan.

#### b. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai dukungan suatu kelompok yang diberikan atau diaplikasikan dalam bentuk verbal (lisan) maupun perilaku yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan atau persekutuan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah (garis keturunan langsung), adopsi dan

kesepakatan yang dibuat. Dimana kelompok ini tinggal bersama satu atap atau antara satu anggota dengan yang lain memiliki tempat tinggal berbeda karena sesuatu urusan tertentu akan tetapi untuk sementara waktu (Dion dan Betan, 2013).

Dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga (Friedman, 2010).

Sementara menurut Hensarling (2009) membagi dukungan keluarga menjadi empat dimensi yaitu :

1) Dimensi *empathetic* (emosional)

Dukungan ini melibatkan ekspresi, rasa empati dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keinginannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stres. Komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi anggota keluarga. Dimensi ini didapatkan dengan mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa pengertian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain. Memberikan dukungan emosional kepada keluarga termasuk dalam fungsi afektif keluarga.

2) Dimensi *encouragement* (penghargaan)

Dimensi ini terjadi melalui ekspresi berupa sambutan yang positif yang berasal dari orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu. Dukungan ini membuat seseorang merasa berharga, kompeten dan dihargai. Dukungan penghargaan lebih melibatkan adanya penilaian positif dari orang lain terhadap individu. Bentuk dukungan penghargaan ini muncul dari pengakuan dan penghargaan terhadap kemampuan dan prestasi yang dimiliki seseorang.

3) Dimensi *facilitative* (instrumental)

Dimensi ini merupakan dukungan yang bersifat nyata, berupa bantuan langsung. Sebagai contoh uang, membantu mengerjakan tugas. Dimensi ini memperlihatkan dukungan dari keluarga dalam bentuk nyata terhadap ketergantungan anggota keluarga. Dukungan instrumental merupakan sumber pertolongan yang praktis dan kongkrit. Manfaat dukungan ini adalah mendukung pulihnya energi atau stamina dan semangat yang menurun, selain itu individu merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang sedang mengalami kesusahan atau penderitaan.

#### 4) Dimensi Informasi

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan *disseminator* (penyebar informasi). Dukungan ini berupa pemberian saran percakapan atau umpan balik tentang bagaimana seseorang melakukan sesuatu, misalnya ketika seseorang mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan, dia akan menerima saran dan umpan balik tentang ide-ide dari keluarganya. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasihat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

#### c. Faktor-faktor dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2008, dalam Setiadi, 2008) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

##### 1) Faktor Internal

###### a) Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

###### b) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan

pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c) Faktor emosi

Faktor emosi juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang secara umum terlihat tenang mungkin memiliki respon emosional yang kecil selama mengalami sakit. Seseorang yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mampu menjalani pengobatan.

d) Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakannya, hubungan dengan keluarga dan teman, serta kemampuan mencari harapan dalam hidup.

## 2) Faktor eksternal

### a) Praktik keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan terhadap anggota keluarga biasanya mempengaruhi keluarga dalam melaksanakan kegiatan dan kesehatannya.

### b) Faktor sosio ekonomi

Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya. Hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga terhadap keyakinannya dan melaksanakannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat menghadapi masalah.

### c) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberi dukungan termasuk cara mengatasi masalah pribadi.

## 2. Konsep Peran Perawat

### a. Pengertian Peran Perawat

Sesuai dengan Kepmenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

yang berlaku. Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari orang lain terhadap seseorang, sesuai dengan kedudukannya dalam suatu sistem (Kusnanto, 2004). Jadi peran perawat adalah seperangkat tingkah laku yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan profesinya.

Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar profesi keperawatan dan bersifat konstan. Peran perawat profesional menurut Doheny (1982, dalam Kusnanto, 2004), yaitu:

1) Peran *care giver*

Perawat bertindak sebagai pemberi asuhan keperawatan. Perawat dapat memberikan pelayanan secara langsung dan tidak langsung kepada pasien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan berdasarkan hasil analisis data, merencanakan intervensi keperawatan sebagai upaya mengatasi masalah yang muncul dan membuat langkah/ cara pemecahan masalah, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun dan melakukan evaluasi berdasarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

## 2) Peran *client advocate*

Perawat berfungsi sebagai penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan pasien, membela kepentingan pasien dan membantu pasien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional.

Peran advokasi mengharuskan perawat bertindak sebagai narasumber dan fasilitator dalam tahap pengambilan keputusan terhadap upaya kesehatan yang harus dijalani oleh pasien. Peran advokasi juga mengharuskan perawat untuk dapat melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pelayanan keperawatan. Selain itu, perawat juga harus dapat mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien, seperti hak atas informasi.

## 3) Peran *Conselor*

Tugas utama perawat adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi pasien terhadap perubahan pola sehat sakitnya. Pola interaksi ini merupakan dasar dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya. Perawat memberikan konseling kepada pasien, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai prioritas. Konseling diberikan kepada individu/ keluarga

dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan masa lalu, pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan dan mengubah perilaku hidup ke arah perilaku hidup sehat.

4) Peran *educator*

Perawat sebagai pendidik pasien, perawat membantu pasien untuk meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima sehingga pasien atau keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal-hal yang diketahuinya. Sebagai pendidik, perawat juga dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok keluarga yang beresiko, kader kesehatan, dan lain sebagainya.

5) Peran *collaborator*

Perawat sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan pasien.

6) Peran *coordinator*

Perawat menjadi koordinator agar dapat memanfaatkan sumber-sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan pasien secara terkoordinasi sehingga tidak ada

intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih.

7) Peran *change agent*

Perawat sebagai pembaru untuk mengadakan perubahan-perubahan. Perawat mengadakan inovasi dalam cara berfikir, bersikap, bertingkah laku dan meningkatkan keterampilan pasien/ keluarga agar menjadi sehat. Elemen ini mencakup perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan pasien dan cara memberikan perawatan kepada pasien.

8) Peran *consultant*

Perawat menjadi sumber informasi untuk dapat membantu memecahkan masalah pasien. Peran ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan pasien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan. Perawat adalah sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik pasien.

b. Peran Perawat Sebagai *educator* (pendidik)

Menurut Perry & Potter (2005, dalam, Suryadi, 2013) perawat sebagai *educator* di lingkungan klinik harus mampu:

1) Memberikan penjelasan dan pengajaran

Pasien dan keluarga seringkali bertanya kepada perawat tentang hal-hal yang berkaitan dengan kondisi pasien. Perawat harus mengantisipasi kebutuhan pasien dan

keluarganya berhubungan dengan informasi yang diperlukan terkait peningkatan kesehatan pasien. Peningkatan kesehatan pasien dapat dicapai dengan pengajaran yang efektif kepada pasien. Pengajaran efektif yaitu perawat dapat mengetahui kapan waktu yang tepat untuk memberikan pengajaran dan menentukan apa yang perlu pasien dan keluarga ingin ketahui.

2) Mendukung kemampuan pasien / memberi penghargaan

Pasien adalah makhluk holistik yang terdiri dari bio, psiko, sosial dan spiritual. Pada dasarnya setiap manusia membutuhkan penghargaan atas sesuatu yang telah dikerjakannya. Dengan berbekal pengetahuan seperti itu, perawat akan mampu melakukan peran profesionalnya. Salah satunya adalah memotivasi dan memberikan *reinforcement* yang positif atas sesuatu yang telah dilakukan oleh pasien dan keluarganya.

3) Memfasilitasi pengajaran

Proses pengajaran adalah suatu proses komunikasi yang melibatkan penyampaian pesan. Agar penyampaian pesan tidak mengalami kegagalan maka perawat harus memfasilitasi pengajaran dengan memakai suatu media atau alat bantu pengajaran seperti audio, media cetak, objek/ model tiruan, poster, famflet, leaflet, flip chart, dll.

4) Memberikan model/ contoh

Merupakan pembuktian secara langsung yaitu perawat dapat memberikan contoh atau menjadi model dalam proses pengajaran.

Dalam menjalankan tugasnya, tenaga kesehatan memerlukan landasan empati, yaitu kemampuan memahami apa yang dirasakan oleh orang lain. Prinsip yang perlu diperhatikan pada proses edukasi diabetes adalah, sebagai berikut.

- 1) Memberikan dukungan dan nasehat yang positif serta menghindari kecemasan.
- 2) Memberikan informasi secara bertahap, dimulai dengan hal-hal yang sederhana.
- 3) Melakukan pendekatan untuk mengatasi masalah dengan melakukan simulasi.
- 4) Mendiskusikan program pengobatan secara terbuka, memperhatikan keinginan pasien. Memberikan penjelasan secara sederhana dan lengkap tentang program pengobatan yang diperlukan oleh pasien dan mendiskusikan hasil pemeriksaan laboratorium.
- 5) Melakukan kompromi dan negosiasi agar tujuan pengobatan dapat diterima.
- 6) Memberikan motivasi dengan memberikan penghargaan.

- 7) Melibatkan keluarga/ pendamping dalam proses edukasi.
- 8) Memperhatikan kondisi jasmani dan psikologis serta tingkat pendidikan pasien dan keluarganya.
- 9) Menggunakan alat bantu audio visual (PERKENI, 2011).

### 3. Konsep Kepatuhan

#### a. Pengertian Kepatuhan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (2002, dalam Saifunurmazah, 2013) yang dimaksud dengan kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan. Menurut pendapat lain kepatuhan adalah suatu sifat atau perilaku patuh atau taat yang dilakukan oleh seseorang dalam menjalankan perintah atau aturan yang diberikan oleh pemegang otoritas atau profesional di bidangnya. Dalam aspek kesehatan dimaksudkan yaitu individu khususnya pasien mau melakukan pengobatan atau terapi yang ditentukan oleh dokter, perawat, ahli gizi, dsb (Saifunurmazah, 2013).

Sackett (1976, dalam, Niven, 2002) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti instruksi yang diberikan.

#### b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Niven (2002) memaparkan beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

- 1) Pendidikan
- 2) Akomodasi
- 3) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial
- 4) Perubahan model terapi
- 5) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien
- 6) Dukungan sosial dari keluarga, teman dll.
- 7) Dukungan dari profesional kesehatan

#### 4. Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus

Kepatuhan diet penderita diabetes mellitus tipe II adalah bentuk perilaku kesehatan yang merupakan ketaatan dan keaktifan pasien terhadap aturan makan yang diberikan (Al-tera, 2011).

Kepatuhan penderita dalam mentaati diet diabetes mellitus sangat berperan penting untuk menstabilkan kadar glukosa pada penderita diabetes mellitus, sedangkan kepatuhan itu sendiri merupakan suatu hal yang penting untuk dapat mengembangkan rutinitas (kebiasaan) yang dapat membantu penderita dalam mengikuti jadwal diet yang kadang-kadang sulit dilakukan. Setiap penderita diabetes mellitus harus mempunyai sikap yang positif

(mendukung) terhadap diet agar tidak terjadi komplikasi baik akut maupun kronis (Phitri & Widyaningsih, 2013).

Kepatuhan diet adalah hasil dari proses perubahan perilaku ke arah positif disebabkan penderita diabetes mellitus yang mungkin saja memiliki pengetahuan mengenai penyakitnya.

## 5. Diet Diabetes Mellitus

Susanti dan Sulistyarini (2013), mengatakan melaksanakan diet Diabetes Mellitus hendaknya mengikuti pedoman 3J ( Jumlah, Jadwal, dan Jenis).

Menurut PERKENI (2011) komposisi bahan makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi penderita diabetes mellitus terdiri dari:

### a. Karbohidrat

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

- 6) Pemanis alternatif dapat digunakan sebagai pengganti gula, asal tidak melebihi batas aman konsumsi harian (*Accepted-Daily Intake*).
- 7) Makan tiga kali sehari mendistribusikan asupan karbohidrat dalam sehari. Kalau diperlukan dapat diberikan makanan selingan seperti buah atau makanan lain sebagai bagian dari kebutuhan kalori sehari.

b. Lemak

- 1) Asupan lemak yang dianjurkan sekitar 20-25% kebutuhan kalori. Tidak diperkenankan melebihi 30% total asupan energi.
- 2) Lemak jenuh < 7% kebutuhan kalori.
- 3) Lemak tidak jenuh ganda < 10%, selebihnya dari lemak tidak jenuh tunggal.
- 4) Bahan makanan yang perlu dibatasi yang banyak mengandung lemak jenuh dan lemak *trans* seperti daging berlemak dan susu penuh (*whole milk*).
- 5) Anjuran konsumsi kolesterol <200 mg/ hari.

c. Protein

- 1) Dibutuhkan sebesar 10-20% total asupan energi.
- 2) Sumber protein yang baik adalah *seafood* (ikan, udang, cumi, dll), daging tanpa lemak, ayam tanpa kulit, produk susu rendah lemak, kacang-kacangan, tahu dan tempe.

- 3) Pada pasien nefropati perlu penurunan asupan protein menjadi 0,8 g/ KgBB perhari atau 10% dari kebutuhan energi dan 65% hendaknya bernilai biologik tinggi.

d. Natrium

- 1) Anjuran asupan natrium untuk penyandang diabetes sama dengan anjuran untuk masyarakat umum yaitu tidak lebih dari 3000 mg atau sama dengan 6-7 gram (1 sendok teh) garam dapur.
- 2) Sumber natrium antara lain adalah garam dapur, vetsin, soda dan bahan pengawet seperti *natrium benzoat* dan *natrium nitrit*.

e. Serat

- 1) Pasien diabetes dianjurkan untuk mengonsumsi cukup serat dari kacang-kacangan, buah dan sayuran serta sumber karbohidrat yang tinggi serat.
- 2) Anjuran konsumsi serat adalah  $\pm$  25 g/ hari.

d. Pemanis alternatif

- 1) Pemanis dikelompokkan menjadi pemanis berkalori dan pemanis tak berkalori. Yang termasuk pemanis berkalori adalah gula alkohol (*isomalt, lactitol, maltitol, mannitol, sorbitol dan xylitol*) dan fruktosa.
- 2) Fruktosa tidak dianjurkan digunakan pada penyandang diabetes karena efek samping pada lemak darah.

- 3) Pemanis tak berkalori yang masih dapat digunakan antara lain *aspartam, sakarin, acesulfame, potassium, sukralose, neotame*.
- 4) Pemanis aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake*).

Menurut Beck (2011) ada tiga jenis terapi diet untuk penderita Diabetes Mellitus antara lain :

a. Diet Rendah Kalori

Prioritas utama dalam mengatasi pasien Diabetes Mellitus tipe II adalah menurunkan berat badannya dan menjaga berat badannya agar tidak naik kembali. Bagi pasien Diabetes Mellitus tipe II yang mempunyai berat badan berlebih penurunan berat badan harus diperhatikan dan didorong dengan mengukur berat secara teratur.

b. Diet bebas gula

Diet bebas gula diterapkan berdasarkan dua prinsip yaitu tidak memakan gula dan makanan yang mengandung gula dan mengkonsumsi makanan sumber hidratarang sebagai bagian dari keseluruhan hidrat arang secara teratur. Gula (gula pasir, gula jawa, aren dan lain-lain) dan makanan yang mengandung gula tidak boleh dimakan karena cepat dicerna dan diserap sehingga dapat menimbulkan kenaikan gula darah yang cepat. Makanan bagi pasien Diabetes Mellitus harus mengandung hidratarang

dalam interval yang teratur selama sehari. Jumlah hidratarang yang diperbolehkan terkandung dalam setiap hidangan tergantung kepada kebutuhan energi tiap-tiap pasien.

c. Sistem penukaran hidratarang

Sistem penukaran hidratarang, digunakan pada pasien-pasien DM yang mendapatkan suntikan insulin atau obat-obat *hipoglemik* oral dengan dosis tinggi. Diet yang berdasarkan sistem ini merupakan diet yang lebih rumit untuk diikuti oleh seorang pasien DM, tetapi mempunyai kelebihan, diet ini lebih bervariasi serta lebih fleksibel daripada diet bebas gula. Tujuan dari adanya pembagian penukaran hidratarang ini adalah untuk mengimbangi aktivitas insulin dengan makanan sehingga dapat mencegah keadaan *hipoglikemia* (penurunan glukosa dalam darah) maupun *hiperglikemia* (peningkatan glukosa dalam darah).

Penetapan diet ditentukan oleh keadaan pasien, jenis diabetes mellitus dan program pengobatan secara keseluruhan (Almatsier, 2006).

Tabel 2.1 Jenis Diet Diabetes Mellitus menurut kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat (Almatsier, 2006).

Jenis Diet	Energi kkal	Protein g	Lemak G	Karbohidrat g
I	1100	43	30	172
II	1300	45	35	192
III	1500	51,5	36,5	235
IV	1700	55,5	36,5	275
V	1900	60	48	299



Nasi	1	1	2	2	2	2 <sup>1/2</sup>	3	3
Daging	1	1	1	1	1	1	1	1
Tempe	1	1	1	1	1	1	1	2
Sayuran A	S	S	S	S	S	S	S	S
Sayuran B	1	1	1	1	1	1	1	1
Buah	1	1	1	1	1	1	1	1
Minyak	1	2	2	2	2	3	3	3
<b>Pukul 16.00</b> Buah	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Malam</b> Nasi	1	1	1	2	2	2	2 <sup>1/2</sup>	2 <sup>1/2</sup>
Ikan	1	1	1	1	1	1	1	1
Tempe	1	1	1	1	1	1	1	2
Sayuran A	S	S	S	S	S	S	S	S
Sayuran B	1	1	1	1	1	1	1	1
Buah	1	1	1	1	1	1	1	1
Minyak	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>Nilai Gizi</b> Energi (kkal)	1100	1300	1500	1700	1900	2100	2300	2500
Protein (g)	43	45	51,1	55,5	60	62	73	80
Lemak (g)	30	35	36,5	36,5	48	53	59	62
KH (g)	172	192	235	275	299	319	369	396

Sayuran A, mengandung sedikit sekali energi, protein dan hidrat arang. Sayuran ini boleh digunakan sekehendak tanpa diperhitungkan banyaknya seperti gambas, ketimun, jamur kuping segar, labu air, lobak, selada, tomat.

Sayuran B, dalam satuan penukar mengandung 50 kalori, 3 gram protein dan 10 gram hidrat arang. Satu satuan penukar= 100 gram sayuran mentah dalam keadaan bersih= 1 gelas setelah direbus dan ditiriskan seperti bayam, bit, buncis, brokoli, pakis, jagung muda, kol, kembang kol, kangkung, kacang panjang, labu siam, pare, pepaya muda, rebung, sawi, terong, wortel (Almatsier, 2006).

Sedangkan menurut PERKENI (2011) pilihan makanan untuk penyandang diabetes dapat dijelaskan melalui piramida makanan penyandang diabetes mellitus.



Gambar 2.1 Piramida Makanan Penyandang Diabetes (PERKENI, 2011).

Keterangan:

- a. Sumber karbohidrat dikonsumsi 3-7 porsi/ pener tukar sehari (tergantung status gizi).
- b. Sumber vitamin dan mineral seperti sayuran 2-3 porsi/ pener tukar dan buah 2-4 porsi/ pener tukar sehari.
- c. Sumber protein hewani 3 porsi/ pener tukar dan nabati 2-3 porsi/ pener tukar sehari.
- d. Batasi konsumsi gula, lemak/ minyak dan garam.
- e. Jumlah kalori makanan dengan komposisi di atas dibagi dalam 3 porsi besar, yaitu makan pagi sebanyak 20%, makan siang sebanyak 30% dan makan sore 25%, serta 2-3 porsi makanan ringan sebesar 10-15% sebagai selingan (PERKENI, 2011).

## 6. Konsep Diabetes Mellitus

### a. Pengertian

Diabetes Mellitus merupakan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau *hiperglikemia*. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati dari makanan yang dikonsumsi. Insulin adalah suatu hormon yang diproduksi pankreas yang memiliki fungsi mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya. Pada diabetes, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun atau pankreas tidak memproduksi insulin. Keadaan ini menimbulkan hiperglikemia (Smeltzer, et al, 2010).

Sedangkan menurut *American Diabetes Association (ADA)* tahun 2010, Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya.

### b. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Menurut Smeltzer, et al (2010) ada beberapa tipe diabetes mellitus yang dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya. Klasifikasi diabetes mellitus yaitu :

- 1) Tipe I atau Diabetes Mellitus tergantung insulin (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus/ IDDM*) adalah diabetes mellitus yang terjadi karena sel-sel  $\beta$  pada pankreas yang

menghasilkan hormon insulin dihancurkan oleh proses autoimun.

- 2) Tipe II atau Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus/NIDDM*) merupakan akibat dari penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin
- 3) Diabetes Mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya misalnya pankreatitis, kelainan hormonal, obat-obatan seperti glukokortikoid.
- 4) Diabetes mellitus gestasional adalah diabetes mellitus yang terjadi selama kehamilan, biasanya terjadi pada trimester kedua atau ketiga. Diabetes mellitus gestasional terjadi akibat terhambatnya kerja insulin yang disebabkan oleh hormon yang di sekresikan plasenta.

Berdasarkan pustaka di atas dapat diketahui perbedaan dari masing-masing klasifikasi yaitu sebagai berikut.

Tabel 2.4 Klasifikasi diabetes mellitus

<b>Diabetes Mellitus Tipe I</b>	<b>Diabetes Mellitus Tipe II</b>	<b>Diabetes Mellitus Gestasional</b>
Disebabkan oleh <i>autoimun</i>	Disebabkan oleh faktor keturunan, <i>lifestyle</i> , obesitas	Disebabkan oleh hormon plasenta
Tergantung insulin	Tidak tergantung insulin	
Mayoritas berumur < 30 tahun	Mayoritas berumur > 45 tahun	Muncul saat trimester kedua atau ketiga dan kembali normal saat setelah persalinan

### c. Etiologi Diabetes Mellitus

Menurut Smeltzer, et al (2010) etiologi dari diabetes mellitus tipe II belum diketahui secara pasti. Ada beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes mellitus tipe II antara lain:

- a) Usia (Resistensi cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
- b) Obesitas
- c) Riwayat Keluarga
- d) Kelompok etnik (di Amerika Serikat, golongan Hispanik serta penduduk asli Amerika tertentu memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk terjadinya diabetes mellitus tipe II dibandingkan dengan golongan Afro-Amerika).

### d. Patofisiologi Diabetes Mellitus

Patofisiologi diabetes mellitus menurut Smeltzer, et al (2010), adalah sebagai berikut.

#### 1) Diabetes mellitus tipe II

Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu

rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes mellitus tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Pada penderita diabetes mellitus tipe 2, toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel  $\beta$  tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II.

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes mellitus tipe II, namun masih terdapat insulin dalam jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes mellitus tipe II. Meskipun demikian, diabetes mellitus tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan

masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketotik (HHNK).

#### e. Manifestasi Klinik Diabetes Mellitus

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang diabetes. Kecurigaan adanya diabetes mellitus perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan klasik diabetes mellitus seperti di bawah ini:

- 1) Keluhan klasik diabetes mellitus berupa poliuria, polidipsi, piolifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
- 2) Keluhan lain dapat berupa lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur dan disfungsi ereksi pada pria serta pruritus vulva pada wanita (Perkeni, 2011).

#### f. Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Mellitus

Kadar glukosa dalam darah meningkat secara abnormal merupakan kriteria yang melandasi penegakan diagnosis diabetes. Selain pemeriksaan tersebut, terdapat pula tes pemeriksaan lain yaitu tes toleransi glukosa oral. Tes ini lebih sensitif daripada tes toleransi glukosa intravena yang hanya digunakan dalam situasi tertentu misalnya untuk pasien yang pernah menjalani operasi lambung. Tes toleransi glukosa oral dilakukan dengan pemberian larutan karbohidrat sederhana.

Tata cara tes toleransi glukosa oral adalah pasien mengkonsumsi makanan tinggi karbohidrat (150 hingga 300 g) selama 3 hari sebelum tes dilakukan. Sesudah berpuasa pada malam hari, keesokan harinya sampel darah diambil. Kemudian karbohidrat sebanyak 75 gram yang biasanya dalam bentuk minuman diberikan kepada pasien. Pasien diberitahu untuk duduk diam selama tes dilaksanakan dan menghindari latihan, rokok, kopi dan makanan lainnya kecuali air putih.

WHO merekomendasikan pengambilan sampel 2 jam sesudah mengkonsumsi glukosa. Rekomendasi dari *National Diabetes Data Group* mencakup pula pengambilan sampel darah, 30 dan 60 menit sesudah mengkonsumsi glukosa.

Kriteria diagnostik menurut Perkeni (2011) untuk pemeriksaan glukosa dalam darah, yaitu:

- 1) Gejala klasik diabetes mellitus ditambah dengan pemeriksaan glukosa plasma sewaktu  $\geq 200$  mg/ dl (11,1 mmol/ L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir.
- 2) Atau gejala klasik diabetes mellitus ditambah dengan pemeriksaan glukosa plasma puasa/ *natcher*  $\geq 126$  mg/ dl (7,0 mmol/ L). Puasa diartikan pasien tidak mendapatkan kalori tambahan sedikitnya dalam 8 jam.

- 3) Atau kadar glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam pada TTGO (Tes Toleransi Glukosa Oral) 2 jam postprandial / PP  $\geq$  200 mg/ dl (11,1 mmol/ L). Dilakukan dengan standar yang ditetapkan oleh WHO yaitu menggunakan beban glukosa yang setara dengan 75 g glukosa anhidrus yang dilarutkan kedalam air.

Beberapa faktor yang mempengaruhi tes toleransi glukosa oral yaitu metode analisis, sumber specimen (darah utuh, plasma atau serum, darah kapiler atau vena), diet, tingkat aktivitas, lama tirah baring, adanya penyakit kronis, pengobatan dan jumlah glukosa yang dikonsumsi. Diet, tingkat aktivitas dan penggunaan obat pada lansia merupakan masalah khusus yang harus diperhatikan dalam menginterpretasikan hasil tes.

Persiapan diet sebelum menjalani tes sangat penting karena asupan makanan dapat mempengaruhi hasil tes. Jika dietnya normal dan berat badan pasien stabil, konsumsi 150 g karbohidrat / hari biasanya telah mencukupi. Obat- obatan yang mempengaruhi toleransi glukosa harus dihentikan pemberiannya jika memungkinkan selama 3 hari sebelum pemeriksaan. Ada beberapa macam obat yang akan mempengaruhi hasil tes toleransi glukosa oral yaitu diuretik (biasanya thiazida), kortikosteroid, estrogen sintetik, fenitoin (Dilantin), asam nikotinat dosis tinggi, alkohol dan penggunaan salisilat serta inhibitor

monoamina oksidase/ MAO (khususnya derivat hidrazin) dalam waktu lama.

Beberapa situasi khusus yang mempengaruhi tes toleransi glukosa oral adalah kehamilan, pembedahan lambung dan usia lanjut. Modifikasi khusus terdapat pada pasien yang hamil. Pada pasien yang pernah menjalani pembedahan lambung, tes toleransi glukosa intravena diperlukan karena larutan glukosa yang diberikan per oral akan masuk ke dalam usus kecil dengan cepat sehingga terjadi absorpsi glukosa yang cepat dan kadar glukosa abnormal (Smeltzer, et al, 2010).

#### g. Komplikasi Diabetes Mellitus

Menurut Smeltzer, et al (2010), ada beberapa komplikasi akut diabetes mellitus, yaitu hipoglikemia, ketoasidosis diabetik dan sindrom HHNK (Hiperglikemik Hiperosmoler Non Ketotik). Sedangkan komplikasi diabetes mellitus jangka panjang dibagi menjadi tiga kategori, yaitu penyakit makrovaskuler (penyakit arteri koroner, penyakit serebrovaskuler, penyakit vaskuler perifer), penyakit mikrovaskuler (retinopati diabetik, nefropati diabetik) dan neuropati.

#### h. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

PERKENI (2011) mengungkapkan terdapat empat pilar utama dalam pengelolaan diabetes mellitus yaitu edukasi (pendidikan

kesehatan), terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologik.

#### 1) Edukasi

Edukasi diabetes mellitus merupakan pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan bagi pasien diabetes mellitus guna menunjang perubahan perilaku, meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakitnya, sehingga tercapai kesehatan yang optimal, penyesuaian keadaan psikologis dan peningkatan kualitas hidup (Soegondo, dkk, 2009).

Utomo (2011) memaparkan keberhasilan pengelolaan diabetes mellitus secara mandiri memerlukan partisipasi aktif dari pasien, keluarga dan masyarakat. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif yang meliputi pemahaman tentang :

- a) Penyakit diabetes mellitus
- b) Makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan diabetes mellitus
- c) Penyulit diabetes mellitus
- d) Intervensi farmakologis dan non-farmakologis
- e) Hipoglikemia

Pemberian edukasi secara individual bertujuan untuk menciptakan perilaku yang antara lain:

- a) Mengikuti pola makan sehat
- b) Meningkatkan kegiatan jasmani
- c) Menggunakan obat diabetes secara aman dan teratur
- d) Melakukan pemantauan glukosa darah mandiri

## 2) Perencanaan Makan

Terapi diet merupakan preskripsi atau terapi yang memanfaatkan diet yang berbeda dengan diet orang normal untuk mempercepat kesembuhan dan memperbaiki status gizi. Terapi gizi memerlukan pengetahuan gizi yang lebih luas seperti suplemen pangan dan gizi yang ditetapkan oleh ahli gizi (Hartono, 2006).

Perencanaan makan atau diet (*Menu Planning*) lebih ditentukan oleh pasien sendiri setelah pulang dari rumah sakit. Pasien yang sudah pulang dari rumah sakit dapat menyusun sendiri perencanaan makan yang memenuhi persyaratan medis dengan bimbingan teknis ahli gizi (Hartono, 2006).

Terapi gizi medis merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara total. Prinsip pengaturan makan pada diabetisi hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umur yaitu makanan yang seimbang dan

sesuai dengan kebutuhan kalori dan gizi masing-masing individu (Perkeni, 2011).

Diet dan pengendalian berat badan merupakan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes mellitus. Tujuan utama terapi diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa dalam darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik, mencapai kadar glukosa normal (*euglikemia*) tanpa terjadi *hypoglikemia* (Smeltzer, et al, 2010).

Menurut Smeltzer, et al (2010), penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes mellitus tipe II diarahkan untuk mencapai tujuan berikut ini:

- a) Memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin, mineral).
- b) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai.
- c) Memenuhi kebutuhan energi.
- d) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis.
- e) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat

Bagi pasien diabetes mellitus yang memerlukan insulin untuk membantu mengendalikan kadar glukosa darah, upaya mempertahankan konsistensi jumlah kalori dan karbohidrat yang dikonsumsi pada jam-jam makan yang berbeda merupakan hal penting. Di samping itu, konsistensi interval waktu di antara jam makan dengan mengonsumsi camilan, akan membantu mencegah reaksi *hypoglikemia* dan pengendalian keseluruhan kadar glukosa darah.

Bagi pasien dengan obesitas (khususnya diabetes mellitus tipe II), penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan diabetes mellitus. Pasien diabetes mellitus dengan obesitas dapat mengurangi secara signifikan atau bahkan menghentikan terapi insulin dan obat oral melalui penurunan berat badan. Penurunan berat badan yang hanya 10% dari total berat badan dapat memperbaiki kadar glukosa darah secara signifikan.

Untuk pasien diabetes mellitus tipe II yang tidak menggunakan insulin, konsistensi dalam hal volume makanan atau penentuan jam makan tidak begitu menentukan. Sebaliknya, fokus utamanya terletak pada penurunan keseluruhan jumlah kalori yang dimakan. Namun demikian, pasien tidak boleh terlambat untuk makan. Pengaturan jarak waktu makan di sepanjang hari akan

membuat pankreas dapat melakukan fungsinya dengan lebih teratur (Smeltzer, et al, 2010).

Menurut konsensus Perkeni (2002, dalam, Hartono, 2006), pasien dengan diabetes mellitus terkontrol akan memiliki kadar glukosa puasa 80-109 mg%, kadar glukosa darah dua jam sesudah makan 80-144 mg% dengan presentase A1c kurang dari 6,5. Selain itu, pasien dengan diabetes yang terkontrol akan mempunyai berat badan yang normal dengan IMT 18,5-22,9 untuk wanita dan 20-24,9 untuk laki-laki), kadar LDL kolesterol kurang dari 100 mg%, kadar trigliserida kurang dari 150 mg%.

Ada beberapa cara untuk menentukan jumlah kalori yang dibutuhkan penyandang diabetes mellitus. Diantaranya dengan memperhitungkan kebutuhan kalori basal yang besarnya 25-30 kalori/kgBB ideal, penambahan dan pengurangan tergantung pada beberapa faktor seperti jenis kelamin, umur, aktivitas, berat badan. Rumus perhitungan berat badan ideal (BBI) menggunakan rumus *Brocca*, sebagai berikut.

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

Untuk pria dengan tinggi badan di bawah 160 cm dan wanita di bawah 150 cm, rumus dimodifikasi menjadi sebagai berikut.

BB ideal = (TB dalam cm- 100%) x 1 kg

Dengan hasil pengukuran sebagai berikut.

- a) Kurus : BBI < 10%
- b) Normal : BBI  $\pm$  10%
- c) Gemuk : BBI > 10%

Perhitungan berat badan ideal menurut Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks massa tubuh dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut.

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

Dengan klasifikasi antara lain:

- a) BB kurang < 18,5
- b) BB normal 18,5- 22,9
- c) BB lebih  $\geq$  23,0
- d) Dengan risiko 23,0- 24,9
- e) Obesitas I 25,0- 29,9
- f) Obesitas II >30

Faktor- faktor yang menentukan kebutuhan kalori antara lain:

- a) Jenis kelamin

Kebutuhan kalori pada wanita lebih sedikit dibandingkan pria. Kebutuhan kalori wanita sebesar 25 kalori/ kgBB sedangkan untuk pria sebesar 30 kalori/ kgBB.

b) Umur

Untuk pasien usia di atas 40 tahun kebutuhan kalori dianjurkan untuk dikurangi. Untuk usia antara 40 sampai 59 tahun dikurangi 5%. Untuk usia antara 60 sampai 69 tahun dikurangi 10%. Dan untuk usia di atas 70 tahun dikurangi 20%.

c) Aktivitas fisik atau pekerjaan

Kebutuhan kalori dapat ditambah sesuai dengan intensitas aktivitas fisik. Penambahan sejumlah 10% dari kebutuhan basal diberikan pada keadaan istirahat, 20% pada pasien dengan aktivitas ringan, 30% pada pasien dengan aktivitas sedang dan 50% pada pasien dengan aktivitas berat.

d) Berat badan

Bila kegemukan dikurangi sekitar 20-30% tergantung kepada tingkat kegemukan. Bila kurus ditambah sekitar 20-30% sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan BB. Untuk tujuan penurunan berat badan, jumlah kalori yang diberikan paling sedikit sebesar 1000-1200 kkal perhari untuk wanita dan 1200-1600 kkal perhari untuk pria. Untuk penyandang diabetes yang mengidap komplikasi, pola pengaturan makan disesuaikan dengan penyakit penyertanya.

### 3) Latihan jasmani (olahraga)

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur sebanyak 3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit, merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes mellitus tipe II. Fungsi latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran tubuh juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali kadar glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging, berenang, dll.

Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani. Untuk mereka yang relatif sehat, intensitas latihan jasmani bisa ditingkatkan, sementara yang telah mendapatkan komplikasi diabetes mellitus dapat dikurangi. Pasien diabetes mellitus dianjurkan untuk menghindari kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan.

#### 4) Intervensi Farmakologi

Menurut PERKENI (2011) menjabarkan beberapa intervensi farmakologi untuk diabetes mellitus tipe II, yaitu:

##### a) Insulin

Insulin terdiri dari beberapa jenis, yaitu *rapid acting insulin*, *short acting insulin*, *intermediate acting insulin* dan *long acting insulin*. Ada beberapa penderita diabetes mellitus tipe II yang kadar glukosa dalam darahnya tetap tidak terkontrol meskipun telah meminum obat hipoglikemik oral. Maka dari itu diperlukan penyuntikan insulin untuk mengontrol gula darah mereka. Biasanya jadwal pemberian insulin dilakukan tiga kali suntikan sehari. *Short* dan *intermediate acting* pada pagi hari, *short acting* sebelum makan malam dan *intermediate acting* pada waktu mau tidur. Ini memerlukan tanggung jawab penuh dari pasien atau keluarganya untuk memantau gula darah yang tepat dan pemberian insulin, risiko dalam pemakaian suntik insulin yang tidak sesuai adalah hipoglikemia.

##### b) OHO (Obat Hipoglikemik Oral)

Berdasarkan cara kerjanya, OHO dibagi menjadi lima golongan yaitu, pemicu sekresi insulin (insulin *secretagogue*): *sulfonilurea* dan *glinid*, peningkat sensitivitas terhadap insulin (*metformin dantiazolidindio*),

penghambat *glukogeogenesis* (*metformin*), penghambat absorpsi glukosa (penghambat *glukosidasealfa*), DPP-IV inhibitor.

## B. Penelitian Terkait

1. Susanti, M & Sulistyarini, T (2013), meneliti tentang dukungan keluarga meningkatkan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus di ruang rawat inap RS. Baptis Kediri. Variabel independen pada penelitian ini adalah dukungan keluarga sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah kepatuhan diet pasien diabetes mellitus. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 25 responden dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner untuk variabel dukungan keluarga dan wawancara untuk variabel kepatuhan diet. Uji statistik yang dipakai dalam penelitian ini adalah *Wilcoxon Match Pair Test*.

Hasil penelitian diatas adalah dari 25 responden dengan dukungan keluarga yang baik dan patuh dalam menjalankan diet berjumlah 68% dan 4% dengan tingkat kepatuhan patuh tetapi dukungan keluarga kurang. Dari 25 responden didapatkan prosentase tingkat kepatuhan patuh sebanyak 80% dan tidak patuh 20%. Berdasarkan hasil uji *wilcoxon* dengan  $\alpha = 0,05$  ,  $p = 0,00$  dan  $p < \alpha$ . Hal ini berarti  $H_0$  ditolak dan dengan demikian dapat disimpulkan dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan

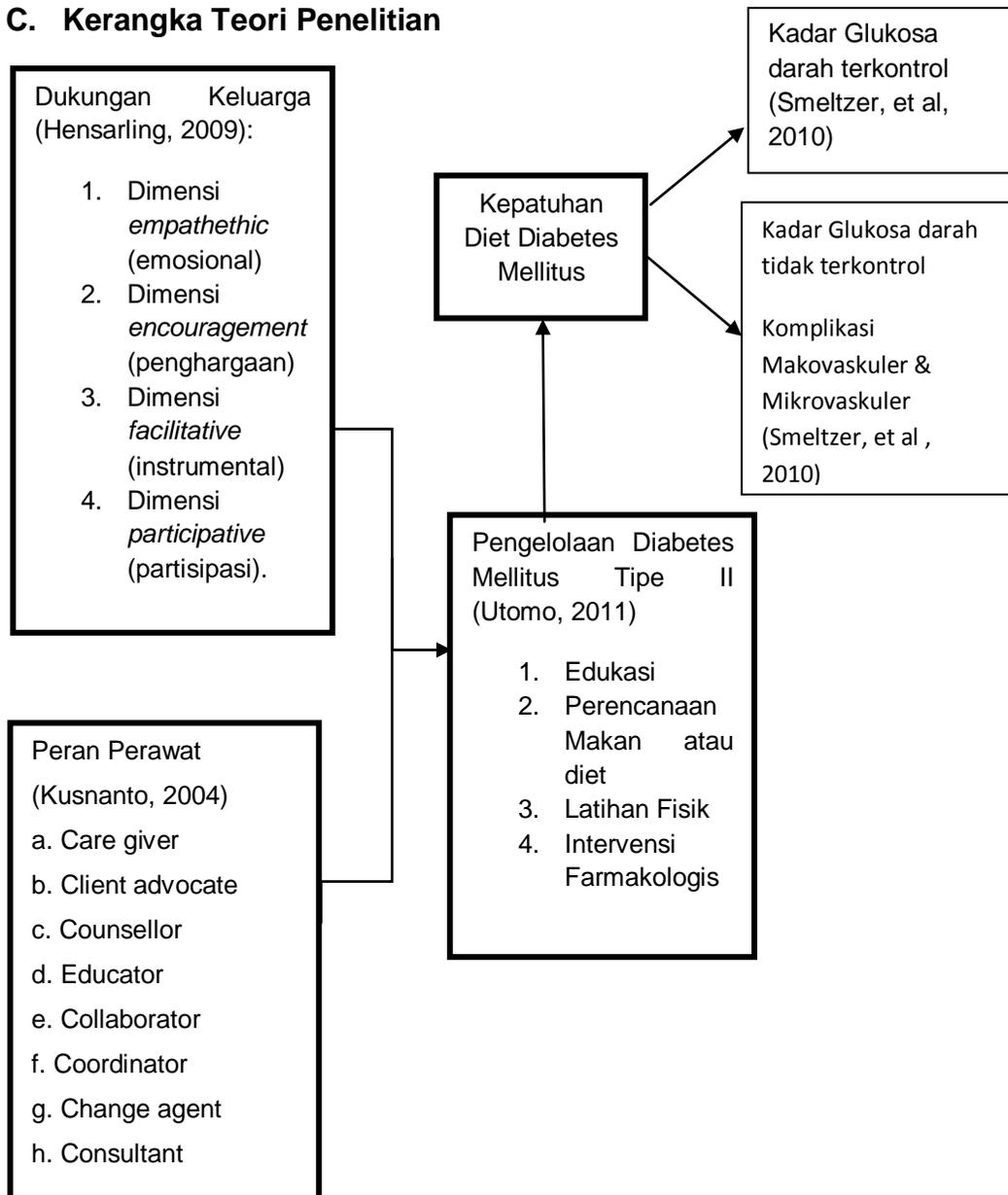
diet pada pasien diabetes mellitus di ruang rawat inap RS. Baptis Kediri.

2.Suryadi, R, Z. (2013), meneliti tentang hubungan peran edukator perawat dalam *discharge planing* dengan tingkat kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember. Variabel independen pada penelitian ini adalah peran edukator perawat dalam *discharge planing* sedangkan variabel dependen pada penelitian ini adalah tingkat kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 40 responden dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Desain penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang terdiri dari karakteristik responden serta lembar pertanyaan yang berkaitan dengan pengetahuan dan dukungan keluarga pada penderita diabetes mellitus. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi-Square Test*.

Hasil penelitian diatas adalah dari 40 responden pasien rawat inap dengan peran edukator perawat yang baik dalam *discharge planning* berjumlah 23 orang (57,5%) sedangkan 17 orang lainnya (42,5%) mempersepsikan peran edukator perawat dalam *discharge planning* tidak baik. Dan hasil penelitian untuk kepatuhan kontrol pasien yaitu sebanyak 24 responden (60%) patuh untuk kontrol dan 16 responden (40%) tidak patuh untuk kontrol. Berdasarkan hasil uji

statistic *Chi-Square* didapatkan nilai probabilitas = 0,001. Hal ini berarti  $H_0$  ditolak dan dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara peran edukator perawat dalam *discharge planning* dengan kepatuhan kontrol pasien rawat inap di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember.

### C. Kerangka Teori Penelitian



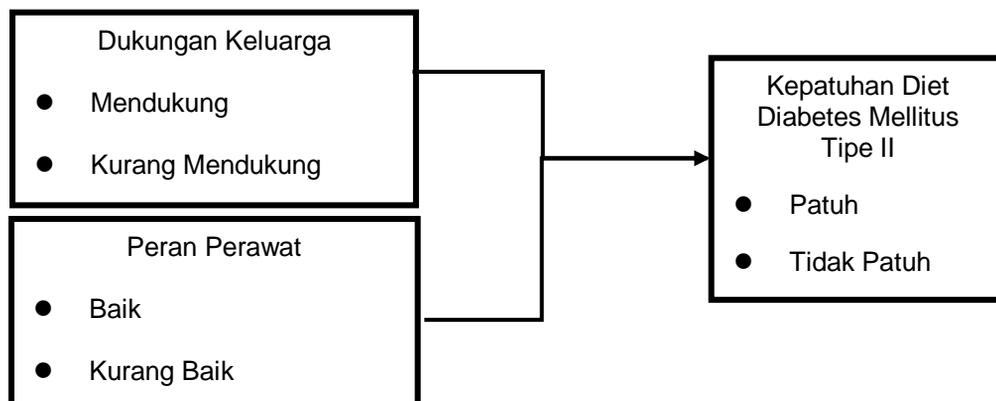
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber: Hensarling (2009), Kusnanto (2004), Utomo (2011).

#### D. Kerangka Konsep Penelitian

Uraian dalam kerangka konsep menjelaskan hubungan dan keterkaitan antar variabel penelitian. Kerangka konsep menggambarkan alur pemikiran penelitian (Saryono dan Anggraeni, 2013).

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian di atas menggambarkan hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis berasal dari kata *hupo* dan *thesis*. *Hupo* berarti sementara atau lemah kebenarannya dan *thesis* artinya pernyataan atau teori. Dengan demikian, *hipotesis* berarti pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya. Untuk menguji suatu hipotesis

diperlukan pengujian yang disebut uji hipotesis. Ada dua macam hipotesis yaitu hipotesis alternatif ( $H_a$ ) dan hipotesis nol ( $H_0$ ). Hipotesis alternatif ( $H_a$ ) adalah hipotesis yang menyatakan adanya hubungan antara variabel satu dengan variabel yang lain. Sedangkan hipotesis nol ( $H_0$ ) adalah hipotesis yang menyatakan tidak adanya hubungan antara variabel satu dengan variabel yang lain (Hastono & Sabri, 2013).

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hipotesis alternatif ( $H_a$ ), yaitu:

$H_{a1}$  : Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

$H_{a2}$ : Terdapat hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Hipotesis nol ( $H_0$ ), yaitu:

$H_{01}$ : Tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

$H_{02}$ : Tidak terdapat hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus

tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan rancangan deskriptif korelasional. Tujuan dilakukan penelitian dengan menggunakan metode deskriptif ini adalah untuk mendapatkan gambaran secara realita dan obyektif terhadap sesuatu kondisi tertentu yang sedang terjadi dalam kelompok masyarakat. Studi korelasi adalah jenis penelitian yang digunakan untuk mengetahui adanya korelasi atau hubungan antara variabel yang satu dengan variabel lainnya (Imron dan Munif, 2010).

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan *cross sectional* (potong lintang), yaitu peneliti hanya melakukan observasi dan pengukuran variabel pada satu saat tertentu saja. Pengukuran variabel tidak terbatas harus tepat pada satu waktu bersamaan, namun mempunyai makna bahwa setiap subjek hanya dikenai satu kali pengukuran, tanpa dilakukan tindak lanjut atau pengulangan pengukuran (Saryono dan Anggraeni, 2013). Penelitian ini menggambarkan tentang variabel yang diteliti yaitu dukungan keluarga dan peran perawat sebagai variabel independen dan kepatuhan dalam menjalankan diet sebagai variabel dependen.

## B. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Menurut Hastono dan Sabri (2013), populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan kita lakukan. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita diabetes mellitus tipe II yang berobat di Instalasi Rawat Jalan RSUD A. W Sjahranie Samarinda. Jumlah populasi selama 1 bulan terakhir yaitu pada bulan November 2014 berjumlah 831 kunjungan.

### 2. Sampel

Menurut Hastono dan Sabri (2013) sampel adalah sebagian dari populasi yang nilai atau karakteristiknya kita ukur dan yang nantinya kita pakai untuk menduga karakteristik dari populasi. Peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu *nonprobability sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/ kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan dari peneliti sendiri sehingga dapat mewakili populasi. Peneliti dapat dengan tepat memilih sumber data sesuai dengan variabel yang diteliti (Arikunto, 2010).

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus *minimal sample size* dai Lemeshow sebagai berikut.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

n = Besar sampel minimal

N = Jumlah populasi

d = Derajat ketepatan 0,1

Z = Standar deviasi normal untuk 1,96 dengan CI 95%

p = Proporsi target populasi adalah 0,5

Q = Proporsi tanpa atribut 1-p = 0,5

Berdasarkan rumus di atas dapat dihitung jumlah sampel dalam populasi yang berjumlah 831, dengan mengambil besar penyimpangan (d)= 0,1. Maka besar sampel dalam penelitian ini sebagai berikut.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 831 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2(831-1) + 1,96 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{798,0924}{8,3 + 0,49}$$

$$n = \frac{798,0924}{8,79}$$

$$n = 90,7$$

$$n \approx 91$$

Jadi jumlah responden yang diteliti dalam penelitian ini berjumlah 91 responden. Semua sampel dalam penelitian ini memenuhi syarat atau kriteria. Saryono dan Anggraeni (2013), mengatakan supaya hasil penelitian sesuai dengan tujuan, maka

penentuan sampel yang dikehendaki harus sesuai dengan kriteria tertentu yang ditetapkan. Kriteria ini berupa:

a. Kriteria Inklusi

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Pasien instalasi rawat jalan poli penyakit dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang menderita diabetes mellitus tipe II
- 3) Pasien diabetes mellitus tipe II yang dianjurkan kontrol di Instalasi Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie
- 4) Pasien diabetes mellitus tipe II yang tinggal satu rumah dengan keluarganya (Keluarga inti, *extended*, asisten rumah tangga).

b. Kriteria eksklusi

Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien diabetes mellitus tipe II yang tidak tinggal satu rumah dengan keluarga
- 2) Pasien diabetes mellitus tipe I ataupun diabetes gestasional
- 3) Pasien yang baru kontrol atau baru terdiagnosis diabetes mellitus tipe II

**C. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini telah dilaksanakan selama 2 minggu pada tanggal 6, 7, 9, 13 dan 14 Juli 2015 dengan cara pembagian kuesioner.

Pelaksanaan penelitian ini mengambil tempat di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoadmodjo, 2010). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah dukungan keluarga dan peran perawat, sedangkan variabel dependennya adalah kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II.

Definisi operasional dari penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Variabel Independen: Dukungan Keluarga	Dukungan dari keluarga yang tinggal satu atap dan bertanggung jawab atas pasien DM tipe II berhubungan dengan pengaturan diet yang diberikan kepada pasien tersebut. Dengan indikator: a) Dukungan emosional b) Dukungan penilaian c) Dukungan Instrumental d) Dukungan Informasi	Pengukuran menggunakan kuesioner item B tentang dukungan keluarga yang telah di uji validitas dan reabilitas dengan skala <i>likert</i> yang terdiri dari 12 item pertanyaan. Terdiri dari 10 pertanyaan <i>favourable</i> 1: Tidak pernah 2:Jarang 3:Sering 4:Selalu Dan 2	1=Mendukung, jika $\geq 32$ (Median) 2= Kurang Mendukung, jika $< 32$ (Median)	Ordinal

			<p>pertanyaan unfavourable</p> <p>1:Selalu</p> <p>2:Sering</p> <p>3:Jarang</p> <p>4:Tidak pernah</p> <p>Skor tertinggi: 48</p> <p>Skor terendah: 12</p>		
2	Variabel Independen: Peran Perawat	<p>Peran perawat adalah seperangkat tingkah laku yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan profesinya kepada pasien diabetes mellitus tipe II.</p> <p>Peran perawat sebagai <i>educator</i>. Dengan indikator:</p> <p>a) Memberikan penjelasan</p> <p>b) Memberikan dukungan dan penghargaan</p> <p>c) Memfasilitasi pengajaran</p> <p>d) Memberikan contoh</p>	<p>Pengukuran menggunakan kuesioner C tentang peran perawat yang telah di uji validitas dan reabilitas dengan skala <i>likert</i> yang terdiri dari 7 item pertanyaan. Terdiri dari 5 pertanyaan <i>favourable</i></p> <p>1: Tidak pernah</p> <p>2:Jarang</p> <p>3:Sering</p> <p>4:Selalu</p> <p>Dan 2 pertanyaan unfavourable</p> <p>1:Selalu</p> <p>2:Sering</p> <p>3:Jarang</p> <p>4:Tidak pernah</p> <p>Skor tertinggi: 28</p> <p>Skor terendah: 7</p>	<p>1=Baik, jika <math>\geq 18</math> (Median)</p> <p>2= Kurang Baik, jika <math>&lt; 18</math> (Median)</p>	Ordinal
3	Variabel Dependen: Kepatuhan Diet	<p>Kepatuhan diet penderita diabetes mellitus tipe II adalah bentuk perilaku kesehatan yang merupakan ketaatan dan keaktifan pasien diabetes mellitus tipe II di IRJA RSUD AW Sjahranie terhadap aturan makan yang diberikan.</p> <p>Kepatuhan diet</p>	<p>Pengukuran menggunakan kuesioner D tentang kepatuhan diet yang telah di uji validitas dan reabilitas dengan skala <i>likert</i> yang terdiri dari 11 item pertanyaan.</p>	<p>1=Patuh, jika <math>\geq 30</math> (Mean)</p> <p>2= Tidak Patuh, jika <math>&lt; 30</math> (Mean)</p>	Ordinal

		<p>adalah hasil dari proses perubahan perilaku kearah positif disebabkan penderita diabetes mellitus tipe II yang mungkin saja memiliki pengetahuan mengenai penyakitnya. Dengan indikator:</p> <p>a) Jadwal b) Jenis c) Jumlah</p>	<p>Terdiri dari 8 pertanyaan <i>favourable</i></p> <p>1: Tidak pernah 2:Jarang 3:Sering 4:Selalu</p> <p>Dan 3 pertanyaan <i>unfavourable</i></p> <p>1:Selalu 2:Sering 3:Jarang 4:Tidak pernah</p> <p>Skor tertinggi: 44 Skor terendah: 11</p>		
--	--	---	---	--	--

## E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah (Saryono dan Anggraeni, 2013). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dalam bentuk *checklist* dengan menggunakan skala *likert*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar angket (kuesioner) yang terdiri atas 4 bagian. Bagian A merupakan data demografi yang berisi nomor responden, usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, lama menderita diabetes mellitus dan alamat. Bagian B berisi pertanyaan tentang dukungan keluarga kepada pasien terhadap program diet yang dianjurkan oleh petugas kesehatan. Bagian C berisi tentang pertanyaan mengenai peran

perawat dalam memberi informasi dan memotivasi pasien dalam menjalankan program diet yang berlaku. Bagian D berisi mengenai kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II.

#### 1. Kuesioner A

Kuesioner ini terkait dengan identitas responden yang meliputi data demografi yang berisi nomor responden, usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, lama menderita diabetes mellitus dan tempat tinggal.

#### 2. Kuesioner B

Kuesioner ini terkait dengan pertanyaan tentang dukungan keluarga dengan kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan menggunakan alat ukur skala *likert*. Adapun pilihan jawaban yaitu selalu, sering, kadang-kadang, jarang dan tidak pernah yang terdiri dari pertanyaan positif (*favourable*) dengan penilaian selalu = 4, sering =3, jarang= 2 dan tidak pernah=1 sedangkan untuk pertanyaan negatif (*unfavourable*) selalu=1, sering= 2, jarang= 3, dan tidak pernah= 4.

Tabel 3.2 kisi-kisi kuesioner dukungan keluarga

No	Indikator	Jawaban		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Dukungan Emosional	1, 2,3	-	3
2	Dukungan Penghargaan	4 & 5	-	2
3	Dukungan Instrumental	10, 11, 12	-	3
4	Dukungan Informasi	7 & 8	6 & 9	4
	Jumlah	10	2	12

### 3. Kuesioner C

Kuesioner ini terkait dengan pertanyaan tentang peran perawat dengan kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan menggunakan alat ukur skala *likert*. Adapun pilihan jawaban yaitu selalu, sering, kadang-kadang, jarang dan tidak pernah yang terdiri dari pertanyaan positif (*favourable*) dengan penilaian selalu = 4, sering =3, jarang= 2 dan tidak pernah=1 sedangkan untuk pertanyaan negatif (*unfavourable*) selalu=1, sering= 2, jarang= 3, dan tidak pernah= 4.

Tabel 3.3 kisi-kisi kuesioner peran perawat

No	Indikator	Jawaban		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Memberikan penjelasan	1 & 2	-	2
2	Memberikan dukungan dan penghargaan	3	6	2
3	Memfasilitasi pengajaran	4	5	2
4	Memberikan contoh	7	-	1
	Jumlah	5	2	7

#### 4. Kuesioner D

Kuesioner ini terkait dengan pertanyaan tentang kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan menggunakan alat ukur skala *likert*. Adapun pilihan jawaban yaitu selalu, sering, kadang-kadang, jarang dan tidak pernah yang terdiri dari pertanyaan positif (*favourable*) dengan penilaian selalu = 4, sering =3, jarang= 2 dan tidak pernah=1 sedangkan untuk pertanyaan negatif (*unfavourable*) selalu=1, sering= 2, jarang= 3, dan tidak pernah= 4.

Tabel 3.4 kisi-kisi kuesioner kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II

No	Indikator	Jawaban		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Jadwal	1 & 2	8	3
2	Jenis	5, 7, 9	11	4
3	Jumlah	3, 4, 6	10	4
	Jumlah	8	3	11

#### F. Uji validitas dan reabilitas

Uji validitas dan reabilitas instrumen telah selesai dilakukan dengan uji coba kuesioner pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 30 responden selama 2 hari pada tanggal 24 dan 27 April 2015.

## 1. Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang akan menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Ciri-ciri validitas antara lain:

- a. Ketepatan ukuran yaitu mengukur apa yang akan diukur (sensitivitas).
- b. Tidak mengukur hal lain selain yang akan diukur (spesifitas) (Saryono dan Anggraeni, 2013).

Uji validitas digunakan untuk menguji apakah suatu kuesioner dianggap valid atau tidak. Jumlah responden untuk uji coba sebanyak 30 orang karena distribusi skor (nilai) akan lebih mendekati kurva normal (Siswanto, dkk, 2013). Adapun uji validitas pada kuesioner dukungan keluarga, peran perawat dan kepatuhan diet dengan menggunakan korelasi *Pearson Product Moment* karena ketiga variabel tersebut menggunakan skala *likert*. Adapun rumus dari *Pearson Product Moment*, yaitu:

$$r_{xy} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \cdot \sum Y)}{\sqrt{\{n\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{n\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

$r_{xy}$  = Koefisien korelasi antara variabel x dan y

n = Jumlah responden

X = Jumlah skor tiap butir

Y = Skor total seluruh butir

Keputusan Uji:

- a. Bila  $r$  hitung ( $r_{person}$ )  $\geq r$  tabel : artinya pertanyaan tersebut valid
- b. Bila  $r$  hitung ( $r_{person}$ )  $< r$  tabel : artinya pertanyaan tersebut tidak valid (Siswanto, dkk, 2013).

Nilai  $r$  tabel dilihat menggunakan  $df=n-2$ ,  $30-2=28$ . Pada tingkat kemaknaan 5% didapat  $r$  tabel 0,361.

Tabel 3.5 Hasil uji validitas kuesioner dukungan keluarga

No	Pernyataan	R hitung	R tabel	Kesimpulan
1	P1	0,498	0,361	Valid
2	P2	0,681	0,361	Valid
3	P3	0,565	0,361	Valid
4	P4	0,681	0,361	Valid
5	P5	0,681	0,361	Valid
6	P6	0,684	0,361	Valid
7	P7	0,523	0,361	Valid
8	P8	0,758	0,361	Valid
9	P9	0,170	0,361	Tidak Valid
10	P10	0,684	0,361	Valid
11	P11	0,681	0,361	Valid
12	P12	0,585	0,361	Valid
13	P13	0,656	0,361	Valid

Instrumen ini berupa kuesioner B berjumlah 13 pertanyaan tentang dukungan keluarga. Setelah dilakukan uji validitas menggunakan *software* statistik SPSS 16 pada kuesioner B

didapatkan bahwa dari 13 pertanyaan dinyatakan hasil soal valid sebanyak 12 item pertanyaan sedangkan pertanyaan yang tidak valid hanya 1 item pertanyaan.

Tabel 3.6 Hasil uji validitas kuesioner peran perawat

No	Pernyataan	R hitung	R tabel	Kesimpulan
1	P1	0,381	0,361	Valid
2	P2	0,325	0,361	Tidak Valid
3	P3	0,600	0,361	Valid
4	P4	-0,026	0,361	Tidak Valid
5	P5	0,477	0,361	Valid
6	P6	0,344	0,361	Tidak Valid
7	P7	0,600	0,361	Valid
8	P8	0,708	0,361	Valid
9	P9	0,708	0,361	Valid
10	P10	0,562	0,361	Valid

Instrumen ini berupa kuesioner C berjumlah 10 pertanyaan tentang peran perawat. Setelah dilakukan uji validitas menggunakan *software* statistik SPSS 16 pada kuesioner C didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan dinyatakan hasil soal valid sebanyak 7 item pertanyaan sedangkan pertanyaan yang tidak valid sebanyak 3 item pertanyaan.

Tabel 3.7 Hasil uji validitas kuesioner kepatuhan diet

No	Pernyataan	R hitung	R tabel	Kesimpulan
1	P1	0,691	0,361	Valid
2	P2	0,701	0,361	Valid
3	P3	0,691	0,361	Valid
4	P4	0,635	0,361	Valid
5	P5	0,314	0,361	Tidak Valid
6	P6	0,691	0,361	Valid
7	P7	0,691	0,361	Valid
8	P8	0,739	0,361	Valid
9	P9	0,691	0,361	Valid
10	P10	0,713	0,361	Valid
11	P11	0,713	0,361	Valid
12	P12	0,477	0,361	Valid

Instrumen ini berupa kuesioner D berjumlah 12 pertanyaan tentang kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II. Setelah dilakukan uji validitas menggunakan *software* statistik SPSS 16 pada kuesioner D didapatkan bahwa dari 12 pertanyaan dinyatakan hasil soal valid sebanyak 11 item pertanyaan sedangkan pertanyaan yang tidak valid hanya 1 item pertanyaan.

## 2. Reabilitas

Setelah mengukur validitas, maka perlu mengukur reabilitas data. Reabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hasil pengukuran

konsisten atau tetap azas bila dilakukan pengukuran berulang (konsistensi, akurasi dan presisi) (Saryono dan Anggraeni, 2013). Uji reabilitas telah dilakukan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 30 responden.

Pada kuesioner dukungan keluarga , kuesioner peran perawat maupun kuesioner kepatuhan diet peneliti menggunakan *alpha kronbach*, yaitu:

$$r_{11} = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma^2 t} \right]$$

Keterangan:

$r_{11}$  = Reabilitas instrumen

$k$  = Jumlah soal

$\sum \sigma_b^2$  = Jumlah varians butir

$\sigma^2 t$  = Jumlah varians total

Keputusan uji:

- a. Bila nilai r-reabilitas (r hitung)  $\geq$  konstanta (0,6) :Maka pertanyaan reliabel.
- b. Bila nilai r-reabilitas (r hitung)  $<$  konstanta (0,6) :Maka pertanyaan tidak reliabel (Siswanto, dkk, 2013).

Berdasarkan uji reabilitas kuesioner dukungan keluarga menggunakan *alpha kronbach* menunjukkan nilai r hitung dari *alpha kronbach* adalah 0,871 yang lebih besar dari 0,6 sehingga item pertanyaan tersebut reliabel. Sedangkan uji reabilitas kuesioner

peran perawat menggunakan *alpha kronbach* menunjukkan nilai  $r$  hitung dari *alpha kronbach* adalah 0,743 yang lebih besar dari 0,6 sehingga item pertanyaan tersebut reliabel. Sedangkan uji reabilitas kuesioner kepatuhan diet menggunakan *alpha kronbach* menunjukkan nilai  $r$  hitung dari *alpha kronbach* adalah 0,882 yang lebih besar dari 0,6 sehingga item pertanyaan tersebut reliabel.

### 3. Uji normalitas data

Setelah data dikumpulkan dilakukan uji normalitas data melalui *software* komputer yaitu spss 16, untuk melihat apakah data yang dipakai untuk penelitian ini termasuk dalam distribusi normal atau tidak dan untuk mengetahui *cut of point* dari masing-masing variabel. Apabila data berdistribusi normal menggunakan *mean* sedangkan apabila berdistribusi tidak normal menggunakan *median*. Penelitian ini menggunakan uji normalitas data dengan uji *kolmogorov smirnov* karena penelitian ini mempunyai sampel yang besar atau  $> 50$  responden yaitu berjumlah 91 responden (Dahlan, 2013).

Keputusan uji:

- a. Bila nilai *kolmogorov-smirnov*  $\geq \alpha$  :Maka data berdistribusi normal.
- b. Bila nilai *kolmogorov-smirnov*  $< \alpha$  :Maka data berdistribusi tidak normal.

Berdasarkan uji normalitas data, dukungan keluarga dan peran perawat memiliki nilai *kolmogorov-smirnov* yaitu 0,002 dan 0,016 yang lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05) sehingga kedua variabel

tersebut berdistribusi tidak normal. Sedangkan variabel kepatuhan diet memiliki nilai *kolmogorov-smirnov* yaitu 0,137 yang lebih besar dari  $\alpha$  (0,05) sehingga variabel tersebut berdistribusi normal.

## **G. Teknik pengumpulan data**

Menurut Azwar (2009), data berdasarkan cara memperolehnya dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

### **1. Data primer**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari (Azwar, 2009). Data primer adalah data yang didapat sendiri oleh peneliti dari responden melalui kuesioner.

### **2. Data sekunder**

Data yang diperoleh lewat pihak lain, tidak langsung diperoleh peneliti dari subjek penelitiannya. Data sekunder biasanya berwujud data dokumentasi atau data laporan yang telah tersedia (Azwar, 2009). Data sekunder adalah data yang didapatkan dari Rekam Medik RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian yang sebelumnya melewati prosedur sebagai berikut:

- a. Responden diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian yang dilakukan.

- b. Membagikan lembar kuesioner dan menjelaskan tata cara pengisian.
- c. Memberi waktu untuk mengisi kuesioner yaitu sekitar 20-30 menit.
- d. Mengingatkan responden bahwa semua pernyataan hendaknya diisi dengan lengkap.
- e. Setelah diisi, kuesioner dikumpulkan ke peneliti.

#### H. Teknik Analisa Data

Data- data yang menyebar pada masing-masing sumber data/ subjek penelitian perlu dikumpulkan untuk selanjutnya ditarik kesimpulannya (Saryono dan Anggraeni, 2013). Pada teknik pengumpulan data akan dibahas mengenai instrumen pengumpulan data dan langkah-langkah pengumpulan data. Dimana menurut Arikunto (2010), pengolahan data hasil penelitian dilakukan melalui tahap-tahap berikut ini:

##### 1. Pengeditan Data (*Editing*)

Peneliti memeriksa kelengkapan data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner seperti kelengkapan identitas pengisian, kelengkapan lembar kuesioner dan kelengkapan isian sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera.

##### 2. Pemberian kode (*coding*)

*Coding* merupakan suatu metode untuk mengkonversikan data yang dikumpulkan selama penelitian ke dalam simbol yang cocok

untuk keperluan analisis terhadap pertanyaan dan jawaban yang dianjurkan. Sehingga dalam pengolahan data ini peneliti melakukan pemberian kode untuk memudahkan pengolahan data, misalnya pada penelitian ini untuk jenis kelamin laki-laki diberi kode 1 dan perempuan diberi kode 2.

Pada penelitian ini kode yang digunakan untuk variabel dukungan keluarga adalah mendukung = 1, kurang mendukung =2. Pada variabel peran perawat kode yang digunakan adalah baik =1, kurang baik =2 sedangkan variabel kepatuhan diet menggunakan kode patuh= 1, tidak patuh= 2.

### 3. Memasukkan Data (*Entry Data*)

Setelah semua isian kuesioner terisi dan telah dilakukan *coding*, maka langkah pengolahan selanjutnya adalah memproses data agar dapat dianalisa. Peneliti memasukkan data ke komputer dengan menggunakan aplikasi program komputer SPSS 16.

### 4. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Setelah data hasil penelitian dimasukkan kemudian data tersebut dikelompokkan dan di tabulasikan, sehingga diperoleh frekuensi dari masing-masing variabel.

### 5. Analisa Data

#### a. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang

diteliti. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini analisa univariat digunakan untuk mengetahui gambaran dari masing-masing variabel penelitian.

Rumusnya sebagai berikut.

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Presentase yang dicari

F = Frekuensi sampel untuk setiap pertanyaan

n = Jumlah keseluruhan sampel

Pada penelitian ini analisis univariat data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Jika data mempunyai distribusi normal, maka menggunakan *mean* sedangkan jika data berdistribusi tidak normal menggunakan *median* (Saryono dan Anggraeni, 2013).

*Mean dan median* digunakan untuk mengetahui *cut of point* dari masing-masing variabel. Pengukuran rata-rata *mean* juga digunakan untuk mengetahui nilai sentral suatu distribusi data berdasarkan nilai rata-rata yang dihitung dengan cara membagi nilai hasil penjumlahan sekelompok data dengan jumlah data yang diteliti (Sabri dan Hastono, 2010).

## b. Analisis Bivariat

Analisa ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan peran perawat sebagai variabel independen yang dihubungkan dengan kepatuhan diet diabetes mellitus sebagai variabel dependennya. Jika skala pengukuran berupa kategorikal (ordinal dan nominal) maka digunakan uji non parametrik (Saryono dan Anggraeni, 2013). Uji bivariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah *chi-square*. Secara spesifik, uji *chi square* dapat digunakan untuk menentukan:

- a. Ada tidaknya asosiasi antara dua variabel (*independency test*)
- b. Apakah suatu kelompok homogen (homogenitas antar subkelompok = *homogeneity test*).
- c. Seberapa jauh suatu pengamatan sesuai dengan parameter yang di spesifikasikan (*goodness of fit*) (Hastono dan Sabri, 2013).

Dasar dari uji *chi-square* adalah membandingkan frekuensi yang diamati dengan frekuensi yang diharapkan. Pengamatan yang disusun di dalam suatu tabel, tabel tersebut dinamakan tabel kontingensi (tabel silang). Dari hasil pengamatan tersebut dapat dilakukan uji *chi-square* untuk melihat ada tidaknya asosiasi antara dua variabel.

Mencari nilai *chi-square* dengan rumus :

$$x^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Keterangan :

O = Nilai observasi

E = Nilai harapan (Hastono & Sabri, 2013).

Mencari derajat bebas menggunakan rumus:

$$df = (k - 1)(b - 1)$$

Keterangan:

k = Kolom baris

b = Jumlah baris

df = Derajat kebebasan (Hastono dan Sabri, 2013).

Setelah mencocokkan nilai  $X^2$  dan df (derajat bebas) pada tabel  $X^2$  dengan menggunakan derajat kemaknaan 95% (0,05) dapat disimpulkan apabila nilai ( $p < 0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  (hipotesa penelitian) diterima, yang berarti ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, sedangkan jika nilai ( $p > 0,05$ ) maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang berarti tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat (Korompis, 2014).

Uji *chi-square* dapat digunakan dengan syarat:

- a. Jumlah sampel  $> 40$
- b. Jumlah sampel antara 20-40 dan tidak ada sel yang nilai E-nya  $< 5$

Uji *chi-square* tidak dapat digunakan apabila:

- a. Jumlah sampel  $< 20$
- b. Jumlah sampel 20-40 dan ada sel yang nilai E-nya  $< 5$ , lebih di 20% total selnya (Hastono dan Sabri, 2013).

Analisis *Chi-square* yang sering digunakan dalam penelitian kesehatan adalah menyajikan data dalam bentuk tabel 2x2 (*four fold table*) yaitu dua kelompok dan dua kemungkinan respon (Hastono dan Sabri, 2013).

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistika digunakan batas kemaknaan  $< 0,05$  artinya bila hasil uji statistik menunjukkan *p value*  $< 0,05$  maka ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen dan  $H_0$  ditolak tetapi apabila hasil uji statistik *p value*  $> 0,05$  berarti  $H_0$  gagal ditolak dan tidak ada hubungan yang bermakna antara kedua variabel yang diukur.

Para ahli statistik telah membuktikan bahwa kuantitas ini mempunyai kemencengan positif. Dengan menghitung luas daerah di luar nilai 4 pada distribusi *chi-square*, dapat ditentukan harga "p" serta keputusan untuk menolak hipotesis nol atau gagal menolak

hipotesis nol (Korompis, 2014). Berdasarkan hasil dari uji statistik, penelitian ini menggunakan uji *chi-square* karena syarat-syarat uji *chi-square* terpenuhi.

## **J. Etika penelitian**

Etika dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian, mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia. Oleh karena itu, segi etika penulisan harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian. Etika dalam penelitian menurut Notoatmodjo (2010) sebagai berikut.

### **1. *Informed consent***

Lembar persetujuan yang diberikan kepada subyek yang diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang telah dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut.

### **2. *Anonimity* (Tanpa Nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak mencantumkan nama subyek pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

### **3. *Confidentially* (Kerahasiaan)**

Kerahasiaan dari hasil peneliti baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informasi telah dikumpulkan dijamin

kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada penelitian.

#### 4. *Autonomy*

Setelah peneliti memberikan penjelasan kepada calon responden, maka calon responden dapat menunjukkan bersedia atau tidak menjadi responden dan sewaktu-waktu calon responden dapat mengundurkan diri dari proses penelitian.

#### 5. *Non Maleficence*

Dalam proses penelitian, peneliti berkewajiban untuk tidak menimbulkan kerugian atau cedera bagi responden karena peneliti hanya ingin mengetahui hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II.

#### 6. *Verocity* (kebenaran)

Dalam proses penelitian, peneliti harus menjelaskan proses penelitian pada calon responden dengan benar dan jujur tanpa menipu responden sehingga responden percaya pada peneliti.

#### 7. *Justice* (keadilan)

Peneliti harus berlaku adil kepada semua responden tanpa berpihak kepada siapapun dan keputusan yang diambil tidak akan berdampak buruk pada semua calon responden.

#### 8. *Fidelity*

Dalam melakukan penelitian, peneliti berkewajiban untuk

bertanggung jawab atas segala yang terjadi kepada responden selama proses penelitian berlangsung.

#### **I. Jalannya penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan dalam tiga tahapan yaitu tahap persiapan, tahap pengumpulan data dan tahap analisa data.

1. Peneliti mempersiapkan pengajuan judul penelitian kepada pembimbing I dan II hingga judul disetujui oleh pembimbing. Setelah itu, dilanjutkan dengan membuat proposal (Bab I, II dan III) dan mendapatkan bimbingan dari pembimbing I dan II. Pada studi pendahuluan peneliti mengajukan surat permohonan kepada bagian akademik untuk mendapatkan surat penelitian di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kemudian proposal tersebut diseminarkan jika telah mendapatkan persetujuan dari pembimbing I dan II. Peneliti juga mempersiapkan proposal, perizinan dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan para penderita diabetes mellitus tipe II yang melakukan kunjungan ke Instalasi Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai responden penelitian.
2. Peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada Instalasi Rawat Jalan Poli Penyakit Dalam RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit tersebut. Kemudian peneliti memberikan informasi atau penjelasan dan *informed consent* kepada responden. Setelah itu, peneliti

mengumpulkan data dengan suatu alat ukur pengumpulan. Alat ukur yang digunakan oleh peneliti berupa kuesioner yang berbentuk *checklist*.

3. Melakukan uji validitas dan reabilitas terhadap instrumen dilakukan di IRJA RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Di mana apabila ada item pernyataan yang tidak valid akan dibuang dan tidak digunakan dalam penelitian. Setelah melakukan uji validitas dan reabilitas peneliti segera melaksanakan penelitian.
4. Melakukan pengurusan perijinan dari kampus STIKES Muhammadiyah Samarinda.
5. Peneliti mendatangi IRJA RSUD Abdul Wahab Sjahranie , menunggu subjek penelitian yang berobat di sana dan meminta kesediaan subjek penelitian atas partisipasi dalam penelitian yang dilakukan.
6. Setiap responden yang setuju dapat menandatangani surat persetujuan dan diberikan kuesioner kemudian diminta untuk mengisi kuesioner.
7. Lalu mengecek kuesioner untuk melihat apakah data sudah terisi lengkap, apabila ada data yang belum lengkap peneliti segera meminta subjek untuk melengkapi datanya.
8. Melakukan pemberian *scoring* dan *coding*. Sesuai dengan *scoring* yang telah ditentukan, setelah didapatkan *scoring*, kemudian data dikategorikan sesuai yang ditetapkan oleh peneliti.

9. Setelah itu melakukan analisa data dengan menggunakan aplikasi SPSS 16, sehingga didapatkan hubungan dari data tersebut.
10. Hasil analisa data kemudian dibahas lebih lanjut dengan mengkomparasikan dengan hasil penelitian sebelumnya.
11. Hasil penelitian yang telah dibahas kemudian disusun dalam bentuk skripsi dan di konsultasikan dengan dosen pembimbing.
12. Skripsi kemudian diseminarkan dalam sidang hasil.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Pada bab ini peneliti memaparkan hasil penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie yang datanya telah dikumpulkan pada bulan Juli 2015 dengan jumlah responden sebanyak 91 orang. Pengumpulan data menggunakan instrument berupa kuesioner. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel serta penjelasannya yang didasarkan pada analisis univariat dan bivariat. Lokasi penelitian bertempat di Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie adalah Rumah Sakit Umum Daerah tipe A yang merupakan Rumah Sakit pendidikan serta Rumah Sakit Rujukan untuk Kalimantan Timur yang memiliki 2 ruangan yaitu ruangan perawat yang digunakan untuk memeriksa tekanan darah dan mencatat keluhan pasien dan ruang periksa. Terdiri dari beberapa staf yaitu 3 orang perawat dan dokter. Di IRJA Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie jadwal pengobatan dibagi berdasarkan domain-domainnya. Khusus untuk jadwal diabetes mellitus tipe II di jadwalkan pada hari Senin, Selasa dan Kamis.

## 1. Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik responden dan setiap variabel penelitian yaitu variabel dukungan keluarga dan peran perawat serta variabel kepatuhan diet dan karakteristik responden.

### a. Karakteristik responden berdasarkan usia responden

Tabel 4.1 Karakteristik responden berdasarkan usia di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Usia Responden	Frekuensi	Presentasi (%)
<45	20	22.0
>45	71	78.0
Jumlah	91	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 4.1 diatas diperoleh gambaran responden yang merupakan pasien diabetes mellitus tipe II dalam penelitian ini berdasarkan usia responden didapatkan usia responden di bawah 45 tahun sebanyak 20 responden (22,0%) dan responden dengan usia di atas 45 tahun sebanyak 71 responden (78,0%).

### b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin responden

Tabel 4.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentasi (%)
Laki-Laki	37	40.7
Perempuan	54	59.3
Jumlah	91	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 4.2 diatas diperoleh gambaran responden yang merupakan penderita diabetes mellitus tipe II dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin yaitu laki-laki sebanyak 37 orang (40,7 %) dan perempuan sebanyak 54 orang (59,3%).

c. Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan

Table 4.3 Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Status Perkawinan	Frekuensi	Presentasi (%)
Belum Kawin	10	11.0
Kawin	81	89.0
Jumlah	91	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 4.3 diatas diperoleh gambaran responden yang menderita diabetes mellitus tipe II dalam penelitian ini berdasarkan status perkawinan yaitu belum kawin sebanyak 10 orang (11,0 %) dan kawin sebanyak 81 orang (89,0%).

d. Karakteristik responden berdasarkan anggota keluarga yang tinggal serumah dengan responden

Table 4.4 Karakteristik responden berdasarkan anggota keluarga yang tinggal serumah di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Anggota keluarga yang tinggal serumah	Frekuensi	Presentasi (%)
Pasangan	41	45.1
Anak	29	31.9
Cucu	9	9.9
Laiin-lain	12	13.2
Jumlah	91	100

Sumber :Data Primer

Pada tabel 4.4 diatas diperoleh gambaran responden yang menderita diabetes mellitus tipe II dalam penelitian ini berdasarkan anggota keluarga yang tinggal serumah prevalensi terbanyak yaitu yang tinggal bersama pasangan sebanyak 41 orang (45.1%).

e. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Table 4.5 Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Presentasi (%)
SD	8	8.8
SMP	12	13.2
SMA	50	54.9
Perguruan Tinggi	21	23.1
Jumlah	91	100

Sumber : Data Primer

Pada tabel 4.5 diatas diperoleh gambaran responden yang menderita diabetes mellitus tipe II dalam penelitian ini berdasarkan tingkat pendidikan prevalensi terbanyak yaitu SMA sebanyak 50 orang (54,9%).

f. Karakteristik responden berdasarkan lama menderita diabetes mellitus tipe II

Table 4.6 Karakteristik responden berdasarkan lama menderita diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Lama menderita diabetes mellitus	Frekuensi	Presentasi (%)
< 5 tahun	22	24.2
5-10 tahun	61	67.0
> 10 tahun	8	8.8
Jumlah	91	100

Sumber :Data Primer

Pada tabel 4.6 diatas diperoleh gambaran responden yang menderita diabetes mellitus tipe II dalam penelitian ini berdasarkan lama menderita diabetes mellitus prevalensi terbanyak yaitu 5-10 tahun sebanyak 61 orang (67.0%).

g. Karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga

Table 4.7 Karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Presentasi (%)
Mendukung	48	52.7
Kurang Mendukung	43	47.3
Jumlah	91	100

Berdasarkan tabel 4.7 terlihat bahwa responden yang mempunyai tingkat dukungan keluarga yang mendukung sebanyak 48 orang (52,7%) dan yang kurang mendukung sebanyak 43 orang (47,3%).

#### h. Karakteristik responden berdasarkan peran perawat

Table 4.8 Karakteristik responden berdasarkan peran perawat di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Peran Perawat	Frekuensi	Presentasi (%)
Baik	53	58.2
Kurang Baik	38	41.8
Jumlah	91	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.8 terlihat bahwa responden yang mempunyai tingkat peran perawat yang baik sebanyak 53 orang (58,2%) dan peran perawat yang kurang baik sebanyak 38 orang (41,8%).

#### i. Karakteristik responden berdasarkan kepatuhan diet

Table 4.9 Karakteristik responden berdasarkan kepatuhan diet di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Kepatuhan Diet	Frekuensi	Presentasi (%)
Patuh	52	57.1
Tidak Patuh	39	42.9
Jumlah	91	100

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 4.9 terlihat bahwa responden yang mempunyai tingkat kepatuhan diet yang patuh sebanyak 52 orang (57,1%) dan yang tidak patuh sebanyak 39 orang (42,9%).

## 2. Analisa Bivariat

Setelah melakukan analisa data secara univariat, selanjutnya dilakukan analisa data secara bivariat untuk mengidentifikasi hubungan variabel independen yaitu dukungan keluarga dan peran

perawat dengan variabel dependen yaitu kepatuhan diet diabetes mellitus tipe II yaitu dengan menggunakan uji *Chi Square*. Adapun hubungan antara variabel tersebut adalah sebagai berikut:

a. Hasil bivariat dukungan keluarga dengan kepatuhan diet

Tabel 4.10 Hasil Bivariat dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Variabel	Kepatuhan Diet				Total		P Value	OR CI 95%
	Patuh		Tidak Patuh					
Dukungan keluarga	n	%	n	%	n	%		2.779
Mendukung	33	68.8	15	31.2	48	100		(1.179-6.549)
Kurang mendukung	19	44.2	24	55.8	43	100	0,031	
Jumlah	52	52.7	39	47.3	91	100		

Sumber :Data Primer

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 48 responden yang mendapatkan dukungan keluarga didapatkan sebanyak 33 responden (68,8%) patuh terhadap diet yang diberikan dan 15 responden sisanya (31,2%) tidak patuh terhadap diet yang diberikan. Kemudian dari 43 responden yang kurang mendapatkan dukungan keluarga didapatkan sebanyak 19 responden (44,2%) patuh terhadap diet yang diberikan dan sebanyak 24 responden (55,8%) tidak patuh terhadap diet yang diberikan.

Analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet dilakukan dengan menggunakan rumus *Chi Square* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,031 < \alpha$  0,05 sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan antara

dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hasil analisis *odds ratio* menunjukkan 2,779 dari 1,179-6,549 yang berarti pasien diabetes mellitus tipe II yang mendapat dukungan keluarga beresiko 2,779 kali patuh dalam menjalankan diet dibandingkan dengan resiko pasien yang tidak mendapatkan dukungan keluarga. Hasil tersebut diyakini dengan tingkat kepercayaan 95% bahwa pasien diabetes mellitus tipe II yang mendapatkan dukungan keluarga mempunyai kemungkinan resiko patuh menjalankan diet sebesar 1,179-6,549 kali dibandingkan pasien diabetes mellitus tipe II yang kurang mendapatkan dukungan keluarga.

b. Hasil bivariat peran perawat dengan kepatuhan diet

Tabel 4.10 Hasil Bivariat peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2015

Variabel	Kepatuhan Diet				Total		P Value	OR CI 95%
	Patuh		Tidak Patuh					
	n	%	n	%	n	%		
Peran Perawat								
Baik	25	47.2	28	52.8	53	100	0,040	0,364 (0,150-0,881)
Kurang baik	27	71.1	11	28.9	38	100		
Jumlah	52	57.1	39	42.9	91	100		

Sumber :Data Primer

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 53 responden yang memiliki peran perawat yang baik didapatkan sebanyak 25 responden (47,2%) patuh menjalankan diet yang diberikan dan

28 responden sisanya (52.8%) tidak patuh menjalankan diet yang diberikan. Kemudian dari 38 responden yang memiliki peran perawat yang kurang baik didapatkan sebanyak 27 responden (71,%) patuh menjalankan diet yang diberikan dan sebanyak 11 responden (28,9%) tidak patuh menjalankan diet yang diberikan.

Analisis hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan diet dilakukan dengan menggunakan rumus *Chi Square* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $p = 0,040 < \alpha 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan yang antara peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hasil analisis *odds ratio* didapatkan nilai 0,364 dari 0,150-0,881 yang berarti pasien diabetes mellitus tipe II yang memiliki peran perawat yang baik beresiko 0,364 kali patuh dalam menjalankan diet dibandingkan dengan pasien yang tidak mendapatkan peran perawat yang baik. Hasil tersebut diyakini dengan tingkat kepercayaan 95% bahwa pasien diabetes mellitus tipe II yang memiliki peran perawat yang baik mempunyai kemungkinan resiko patuh menjalankan diet sebesar 0,150-0,881 kali dibandingkan pasien diabetes mellitus tipe II yang memiliki peran perawat yang kurang baik.

## B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, akan dibahas hasil penelitian yang didapatkan dari analisa univariat tentang karakteristik responden, variabel independen dan variabel dependen serta pembahasan analisa bivariat dari hubungan kedua variabel tersebut.

### 1. Analisa Univariat

#### a. Karakteristik responden berdasarkan usia responden

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa usia responden di bawah 45 tahun sebanyak 20 responden (22,0%) dan responden dengan usia di atas 45 tahun sebanyak 71 responden (78,0%).

Menurut Smeltzer et al (2010) usia merupakan salah satu faktor resiko penyebab diabetes mellitus tipe II. Mayoritas diderita oleh orang yang berusia diatas 45 tahun dan mulai meningkat diatas usia 65 tahun. Diabetes mellitus tipe II disebabkan oleh penurunan kemampuan tubuh dalam sensitivitas insulin (resistensi insulin) dan sekresi insulin terganggu.

Penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati dan Setyorogo (2013) antara umur dengan kejadian diabetes mellitus menunjukkan adanya hubungan yang signifikan. Kelompok umur < 45 tahun merupakan kelompok yang kurang berisiko menderita DM Tipe II. Resiko pada kelompok ini 72 persen lebih rendah dibanding kelompok umur  $\geq 45$  tahun.

Berdasarkan penelitian di atas peneliti berasumsi bahwa sebagian besar responden berusia lebih dari 45 tahun yang artinya dalam rentang usia tersebut lebih beresiko terkena diabetes mellitus daripada orang yang berusia kurang dari 45 tahun. Di samping itu seiring dengan bertambahnya usia maka semakin menurun juga kemampuan organ-organ tubuh salah satunya pankreas yang memproduksi insulin sehingga terjadilah resistensi insulin atau terganggunya sekresi insulin dalam tubuh yang menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat.

Peneliti menyarankan untuk menjalankan pola hidup sehat dan pemeriksaan gula darah secara rutin seiring dengan bertambahnya usia terutama pada usia di atas 45 tahun agar resiko terkena diabetes mellitus tipe II bisa dicegah.

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 37 responden (40,7%) berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 54 responden (59,3%) berjenis kelamin perempuan.

Prevalensi kejadian DM Tipe II pada wanita lebih tinggi daripada laki-laki. Wanita lebih beresiko mengidap diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. Sindroma siklus bulanan (*premenstrual syndrome*), pasca-menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi

mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga wanita berisiko menderita diabetes mellitus tipe II (Irawan, 2010).

Pada kebanyakan kasus diabetes mellitus gestasional, terjadi peningkatan kadar glukosa pada saat hamil namun biasanya toleransi glukosa kembali ke normal setelah melahirkan, namun risiko seumur hidup untuk mengalami diabetes mellitus tipe II meningkat (Rusimah, 2010).

Seorang perempuan lebih tinggi resiko munculnya komplikasi hal ini karena seorang perempuan lebih sering memasak, mencicipi, menghabiskan sisa makan anaknya, kurang aktivitas fisik yang menyebabkan penumpukan kalori dalam tubuh (Risnasari, 2014).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati dan Setyorogo (2013) didapatkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian diabetes mellitus tipe II, dimana prevalensi wanita lebih tinggi daripada laki-laki.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian di atas peneliti berasumsi bahwa wanita memiliki resiko untuk terkena diabetes mellitus tipe II dibandingkan dengan laki-laki karena memiliki peluang mengalami IMT yang lebih, terdapat resiko diabetes mellitus gestasional, lebih sering memasak dan mencicipi makanan, kurang berolahraga dan proses hormonal.

Peneliti menyarankan untuk wanita agar lebih memperhatikan asupan gula dalam makanan, menjaga pola hidup sehat dan rutin

berolahraga agar resiko terkena diabetes mellitus tipe II dapat di minimalkan.

c. Karakteristik responden berdasarkan status perkawinan

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden sebanyak 81 responden (89,0%) berstatus kawin sedangkan 10 responden (11,0%) sisanya berstatus belum kawin.

Pada umumnya di Indonesia, seseorang tinggal bersama-sama dengan keluarganya. Menurut Departemen Kesehatan RI (1998, dalam Pratita, 2012) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, suami istri dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan hubungan darah, ikatan pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

Pasangan dari penderita diabetes melitus memiliki peran yang cukup besar dalam memberikan dukungan agar penderita tetap mematuhi dan berusaha mengontrol kadar gula darahnya. Dukungan sosial yang diberikan oleh pasangan bukan hanya sekedar memberikan bantuan, namun yang penting adalah persepsi penderita diabetes mellitus dalam menerima makna

dukungan yang diberikan dalam arti individu yang menerima dukungan tersebut dapat merasakan manfaat dukungan bagi dirinya. Manfaat dari dukungan yang diberikan oleh pasangan kepada penderita tersebut untuk meminimalkan atau mengurangi ketidakpatuhan penderita pada saran-saran yang diberikan oleh dokter (Pratita, 2012).

Pernikahan dan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting. Dukungan sosial keluarga merupakan keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain sehingga orang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya. Efek dari dukungan sosial yang berasal dari keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keadaan dukungan sosial terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Friedman, dalam Anggina dkk 2010).

Berdasarkan penelitian di atas peneliti berasumsi bahwa apabila seseorang telah memiliki status perkawinan, maka pasangannya yang telah menjadi anggota keluarga memiliki tanggung jawab penuh terhadap orang tersebut. Dukungan dari pasangan sangat dibutuhkan oleh pasien diabetes mellitus karena akan memberikan dampak psikologi yang positif dimana

pasien akan merasa bahwa dirinya tidak sendiri menghadapi penyakit tersebut. Pasangan juga menjadi pengingat, pemberi informasi dan juga pemberi motivasi agar pasien diabetes mellitus patuh terhadap pengelolaan diabetes mellitus khususnya pengelolaan diet. Berdasarkan hasil penelitian di atas mayoritas responden telah berstatus kawin dikarenakan menurut budaya di Indonesia, pada rentang umur tersebut kebanyakan telah berkeluarga dan mempunyai anak serta cucu. Di Indonesia juga banyak yang melakukan pernikahan dini. Itulah sebabnya prevalensi responden yang berstatus kawin menjadi mayoritas.

Peneliti menyarankan bagi pasangan penderita diabetes mellitus tipe II untuk lebih memperhatikan kebutuhan pasien diabetes mellitus tersebut seperti memberikan informasi mengenai penyakit diabetes mellitus, membiayai pengobatan, mengingatkan pasien diabetes mellitus untuk menjalankan diet yang telah diberikan, dll.

d.Karakteristik responden berdasarkan anggota keluarga yang tinggal serumah

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 41 responden (45,1%) tinggal bersama pasangan, sebanyak 29 responden (31,9%) tinggal bersama anak, sebanyak 9 responden (9,9%) tinggal bersama cucu dan 12 responden (13,2%) tinggal bersama anggota keluarga yang lain.

Pada umumnya di Indonesia, seseorang tinggal bersama-sama dengan keluarganya. Menurut Departemen Kesehatan RI (1998, dalam Pratita, 2012) keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga, suami istri dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan hubungan darah, ikatan pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

Keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan penerimaan pendidikan kesehatan pasien Diabetes Mellitus. Pasien Diabetes Mellitus akan bersikap positif untuk mempelajari pengelolaan Diabetes Mellitus apabila keluarga memberikan dukungan dan ikut berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai Diabetes Mellitus. Sebaliknya apabila keluarga tidak mendukung, acuh tak acuh bahkan menolak pemberian pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus, maka pasien Diabetes Mellitus akan bersikap negatif terhadap pengelolaan Diabetes Mellitus tersebut (Soegondo, 2006).

Berdasarkan penelitian di atas peneliti berasumsi bahwa dukungan keluarga yang tinggal satu atap dengan pasien diabetes mellitus tipe II sangat diperlukan agar pasien semangat

dan memiliki motivasi dalam menjalankan pengobatan diabetes mellitus tipe II terutama kepatuhan dalam menjalankan diet. Prevalensi responden yang tinggal bersama pasangannya merupakan prevalensi yang terbanyak dibandingkan yang lain karena mayoritas responden telah berstatus menikah, sehingga kebanyakan responden tinggal bersama dengan pasangannya.

Peneliti menyarankan untuk keluarga pasien diabetes mellitus tipe II yang tinggal satu atap dengan pasien dan bertanggung jawab mengurus pasien tersebut untuk selalu memberikan dukungan dan selalu mengingatkan untuk berolahraga dan patuh menjalankan diet yang telah diberikan agar kadar gula darah pasien tersebut terkontrol.

e. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 8 responden (8,8%) memiliki pendidikan terakhir SD, sebanyak 12 orang (13,2%) berpendidikan terakhir SMP, sebanyak 50 orang (54,9%) berpendidikan SMA dan sebanyak 21 orang (23,1%) berpendidikan perguruan tinggi.

Pendidikan adalah suatu usaha menanamkan pengertian dan tujuan agar pada diri manusia (masyarakat) tumbuh pengertian, sikap dan perbuatan positif. Pada dasarnya usaha pendidikan adalah perubahan sikap dan perilaku pada diri manusia menuju arah positif dengan mengurangi faktor-faktor perilaku dan sosial

budaya negatif (Notoatmodjo, 2003 dalam Rusimah, 2010).

Tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap perubahan sikap dan perilaku hidup sehat. Tingkat pendidikan yang rendah akan mempersulit seseorang atau masyarakat menerima dan mengerti pesan-pesan kesehatan yang disampaikan sedangkan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari ( Depkes Republik Indonesia, 2004 dalam Rusimah, 2010).

Menurut hasil penelitian Rusimah (2010) didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan diet.

Berdasarkan dari teori dan hasil penelitian di atas peneliti berasumsi tingkat pendidikan mempunyai pengaruh dengan kepatuhan diet. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah untuk menerima informasi tentang kesehatan, khususnya tentang diet diabetes mellitus tipe II. Dan semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Berdasarkan fenomena di lapangan, responden yang berpendidikan SMA dan Perguruan Tinggi lebih bisa menerima informasi dari peneliti dibandingkan yang berpendidikan lain.

Peneliti menyarankan untuk para petugas kesehatan agar

selalu memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien diabetes mellitus. Dan hendaknya disesuaikan dengan tingkat pendidikannya, agar informasi yang diberikan dapat diserap dengan baik.

f. Karakteristik responden berdasarkan lama menderita diabetes mellitus tipe II

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 22 responden (24,2%) telah menderita diabetes mellitus tipe II selama kurang dari 5 tahun, sebanyak 61 responden (67.0%) telah menderita diabetes mellitus tipe II selama rentang waktu 5-10 tahun dan sebanyak 8 responden (8.8%) telah menderita diabetes mellitus tipe II selama lebih dari 10 tahun.

Penyakit diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan, tetapi bisa dikelola dengan mematuhi empat pilar penatalaksanaan diabetes mellitus meliputi pendidikan kesehatan, perencanaan makan atau diet, latihan fisik teratur dan minum obat OHO atau insulin seumur hidup. Mematuhi peraturan ini seumur hidup tentunya menjadi stressor berat bagi pasien sehingga banyak yang gagal mematuhi. Ketidakpatuhan pasien diabetes mellitus disebabkan karena lama penyakit yang dialami oleh pasien, selain itu usia pasien yang sebagian besar di atas 50 tahun merupakan faktor intra personal yang dapat mempengaruhi

kepatuhan (Purba, 2008).

Kepatuhan mayoritas responden tidak patuh disebabkan karena pasien diabetes mellitus merasa kadar gula yang ada pada dirinya telah normal, padahal kenormalan atau stabilitas kadar gula pasien diabetes mellitus dipengaruhi obat yang mereka minum, sehingga pola makan mereka tidak sesuai dengan diet yang ditetapkan oleh program terapi. Anggapan yang salah ini yang menyebabkan pasien diabetes mellitus tidak patuh akan diet yang dianjurkan. Semakin lama seseorang menderita DM semakin tidak patuh dengan alasan bosan berobat (Risnasari, 2014).

Berdasarkan teori di atas peneliti berasumsi bahwa pasien diabetes mellitus yang telah lama menderita diabetes mellitus tipe II memiliki kecenderungan untuk tidak patuh dalam menjalankan diet dikarenakan bosan dengan pengaturan diet yang dianjurkan oleh petugas kesehatan. Berdasarkan fenomena di lapangan, responden yang menderita diabetes mellitus kurang dari 5 tahun sebagian patuh dengan diet yang diberikan karena masih baru terdiagnosis diabetes mellitus. Biasanya orang akan patuh dalam pengobatan apabila masih baru terdiagnosis karena masih merasa takut dan khawatir dengan penyakitnya dan masih berusaha untuk menyembuhkan penyakit tersebut. Responden dengan lama menderita diabetes mellitus selama rentang waktu 5

sampai dengan 10 tahun memiliki tingkat kepatuhan yang variatif dimana ada yang patuh dan ada yang tidak patuh. Hal tersebut mungkin dikarenakan pasien sudah mulai bosan dengan pengelolaan diet sehingga pasien mulai menurunkan tingkat kepatuhannya. Sedangkan yang telah menderita diabetes mellitus lebih dari 10 tahun mayoritas patuh terhadap diet karena mereka telah lama melakukan diet tersebut sehingga sudah terbiasa.

Peneliti menyarankan untuk dilakukan modifikasi dan variasi menu makanan setiap harinya agar pasien diabetes mellitus tidak bosan dengan makanan yang dianjurkan. Perawat dan keluarga juga hendaknya memberikan informasi kepada pasien mengenai macam-macam makanan dan minuman yang boleh dikonsumsi oleh pasien diabetes mellitus tipe II.

g. Dukungan keluarga (Variabel Independen)

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 48 responden (52,7%) mempunyai keluarga yang mendukung dan sebanyak 43 responden (47,3%) mempunyai dukungan keluarga yang kurang.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan

hubungan darah, ikatan pernikahan, adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai dukungan suatu kelompok yang diberikan atau diaplikasikan dalam bentuk verbal (lisan) maupun perilaku yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan atau persekutuan yang dibentuk melalui adanya hubungan darah (garis keturunan langsung), adopsi dan kesepakatan yang dibuat. Dimana kelompok ini tinggal bersama satu atap atau antara satu anggota dengan yang lain memiliki tempat tinggal berbeda karena sesuatu urusan tertentu akan tetapi untuk sementara waktu (Dion dan Betan, 2013).

Keluarga mempunyai pengaruh terhadap sikap dan penerimaan pendidikan kesehatan pasien Diabetes Mellitus. Pasien Diabetes Mellitus akan bersikap positif untuk mempelajari pengelolaan Diabetes Mellitus apabila keluarga memberikan dukungan dan ikut berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai Diabetes Mellitus. Sebaliknya apabila keluarga tidak mendukung, acuh tak acuh bahkan menolak pemberian pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus, maka pasien Diabetes Mellitus akan bersikap negatif terhadap pengelolaan Diabetes Mellitus tersebut (Soegondo, 2006).

Menurut asumsi peneliti, bahwa benar dukungan keluarga akan mempengaruhi penerimaan pasien diabetes mellitus tipe II terhadap penyakit yang dideritanya dan juga sebagai motivasi atau pemberi semangat agar pasien tersebut mau melakukan pengobatan atau terapi diabetes mellitus secara rutin. Penyakit diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang dapat diderita bertahun-tahun. Ada kalanya pasien akan merasa jenuh melakukan terapi diabetes mellitus terutama pengaturan pola makan atau diet. Ada yang bosan dengan pembatasan makanan dan minuman, merasa program diet tersebut memberatkan pasien, dll. Maka dari itu dukungan keluarga sangatlah dibutuhkan, baik itu dukungan materi, motivasi, informasi dan juga penghargaan agar pasien tersebut patuh menjalankan terapi diabetes mellitus terutama kepatuhan dalam menjalankan diet. Kurangnya dukungan keluarga disebabkan karena kurangnya kesadaran keluarga akan pentingnya dukungan keluarga terhadap kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II. Kurangnya pengetahuan tentang diet juga merupakan sebab dari kurangnya dukungan keluarga. Anggota keluarga yang sibuk bekerja ataupun kuliah juga merupakan penyebab dari kurangnya dukungan keluarga.

#### h. Peran perawat (Variabel Independen)

Berdasarkan pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 53 responden (58,2%) mempunyai peran perawat yang baik dan sebanyak 38 reponden (41,8%) mempunyai peran perawat yang kurang baik.

Sesuai dengan Kepmenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari orang lain terhadap seseorang, sesuai dengan kedudukannya dalam suatu sistem (Kusnanto, 2004). Jadi peran perawat adalah seperangkat tingkah laku yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan profesinya.

Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar profesi keperawatan dan bersifat konstan.

Yusra (2010) memaparkan dalam jurnal penelitiannya bahwa selain dukungan keluarga, perawat sebagai salah satu dari tenaga kesehatan mempunyai peranan penting sebagai seorang edukator mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus secara mandiri dan berkala melalui pemberian informasi dan pendidikan kesehatan untuk pasien serta keluarga. Sejumlah penelitian

eksperimental memperlihatkan bahwa perawat mempunyai peran yang cukup berpengaruh terhadap perilaku pasien (Tagliacozzo D.M.,et.al, 1974 dalam Sutandi, 2012).

Menurut asumsi peneliti, tidak hanya dukungan keluarga saja yang mempengaruhi kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II, tetapi dukungan dan peran dari perawat juga berpengaruh. Karena salah satu dari peran perawat yang dapat di aplikasikan di unit pelayanan poli adalah sebagai edukator atau pengajar. Perawat berperan dalam memberikan informasi tentang penyakit diabetes mellitus tipe II dan salah satunya adalah tentang diet yang akan mempengaruhi pola pikir, pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap pengaturan diet. Apabila pasien tersebut telah diberikan informasi dan motivasi dari perawat mengenai pengaturan diet diharapkan pasien mau melakukan pengaturan diet tersebut dengan teratur sehingga gula darah pasien tersebut terkontrol. Tidak seimbang nya jumlah pasien dengan jumlah perawat inilah yang menjadi kendala perawat untuk memberikan informasi yang lengkap kepada pasien diabetes mellitus tipe II. Fenomena yang didapatkan oleh peneliti di lapangan kurangnya dukungan perawat dikarenakan beban kerja yang tinggi di mana jumlah pasien di poli penyakit dalam yang banyak tidak sebanding dengan jumlah perawat yang bekerja di poli. Hal itulah yang

menyebabkan pelayanan dan pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien kurang optimal.

i. Kepatuhan diet (Variabel Dependen)

Berdasarkan dari pada hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 52 responden (57,1%) patuh menjalankan diet dan sebanyak 39 responden (42,9%) tidak patuh menjalankan diet. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien diabetes mellitus tipe II yang berobat di poli penyakit dalam instalasi rawat jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie patuh menjalankan diet yang telah di anjurkan oleh petugas kesehatan.

Banyaknya pasien diabetes mellitus tipe II yang patuh menjalankan diet menurut analisa peneliti karena dukungan keluarga dan peran perawat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie baik, walaupun masih ada pasien yang tidak patuh dalam menjalankan diet yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.

Fenomena yang didapatkan oleh peneliti di lapangan adalah kebanyakan dari pasien diabetes mellitus motivasi melakukan diet yang dianjurkan berasal dari diri mereka sendiri. Mereka mencari tahu sendiri tentang diabetes mellitus khususnya pengaturan diet. Walaupun ada faktor lain yang membuat pasien tersebut patuh akan dietnya diantaranya adalah keluarga dan perawat sering mengingatkan mereka untuk menjaga pola makan. Kesadaran diri dari pasien, keluarga dan perawat

mengenai akan pentingnya menjalankan diet tersebut yang menyebabkan sebagian besar pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie patuh menjalankan diet yang dianjurkan.

## 2. Analisis Bivariat.

### a. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet

Berdasarkan data yang diperoleh, dari 91 responden didapatkan bahwa pasien DM tipe II dengan dukungan keluarga yang kurang dan tidak patuh dalam menjalankan diet yaitu sebanyak 24 responden (26,4%) dikarenakan kurangnya dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien DM tipe II menyebabkan pasien tidak patuh menjalankan diet. Keluarga yang tidak mendukung pasien menyebabkan pasien tersebut merasa tidak diperhatikan oleh keluarganya sehingga munculah ketidakpatuhan tersebut sebagai bentuk mencari perhatian pasien kepada keluarganya agar lebih memperhatikan pasien. Kemudian pasien DM tipe II dengan dukungan keluarga kurang dan patuh menjalankan diet yaitu sebanyak 19 responden (20,9%) dikarenakan keluarga kurang mendapatkan pengetahuan tentang diet diabetes mellitus. Walaupun keluarga kurang memberikan dukungan terhadap kepatuhan diet pasien, pasien tersebut memiliki motivasi sendiri dan mempunyai rasa ingin tahu tentang diabetes mellitus sehingga pasien mencari informasi

mengenai diabetes mellitus tersebut sendiri. Sedangkan pasien DM tipe II dengan keluarga yang mendukung dan tidak patuh menjalankan diet yaitu sebanyak 15 responden (16,5%) hal ini dikarenakan walaupun keluarga mendukung dan selalu mengingatkan agar pasien menjaga pola makan, namun dari pasien sendirilah penolakan atas pengobatan tersebut berasal. Sikap acuh tak acuh pasien yang tidak mau mendengarkan masukan dari keluarga mungkin disebabkan karena pasien telah bosan menjalankan pengaturan diet yang monoton selama bertahun-tahun. Ketidapatuhan pasien mungkin juga sebagai bentuk rasa bosan dengan jenis makanan yang kurang variatif yang diberikan oleh keluarga. Pasien DM tipe II dengan keluarga yang mendukung dan patuh menjalankan diet yaitu sebanyak 33 responden (36,3%) hal ini dikarenakan semakin tinggi dukungan yang diberikan maka semakin banyak pasien DM tipe II yang patuh menjalankan diet yang dianjurkan. Keeratan hubungan antara pasien dengan keluarga juga menjadi faktor yang menyebabkan tingginya dukungan dan tingkat kepatuhan tersebut. Semakin dekat hubungan kekerabatan antara pasien dan keluarganya membuat keluarga memperhatikan kebutuhan dan kesehatan pasien. Pengetahuan tentang diabetes mellitus khususnya diet yang dimiliki oleh keluarga dan pasien juga dapat

menyebabkan dukungan keluarga dan kepatuhan pasien terbentuk.

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* dengan *continuity correction* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $P = 0,031 < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Susanti, M & Sulistyarini, T (2013) yang menyimpulkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan diet pada pasien diabetes mellitus di ruang rawat inap RS. Baptis Kediri dengan nilai *P Value*  $0,000 < \alpha 0,05$ .

Hal ini senada dengan teori yang dikemukakan oleh Al-tera (2011) yaitu beberapa faktor penguat ketidakpatuhan dalam menjalankan diet pada penderita Diabetes Mellitus tipe II adalah adanya anjuran teman untuk mengonsumsi berbagai macam makanan, kurangnya dukungan keluarga dan kurangnya edukasi dan konseling dari petugas kesehatan.

Secara teoritis menurut Soegondo (2006), pasien Diabetes Mellitus akan bersikap positif untuk mempelajari pengelolaan

Diabetes Mellitus apabila keluarga memberikan dukungan dan ikut berpartisipasi dalam pendidikan kesehatan mengenai Diabetes Mellitus. Sebaliknya apabila keluarga tidak mendukung, acuh tak acuh bahkan menolak pemberian pendidikan kesehatan mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus, maka pasien Diabetes Mellitus akan bersikap negatif terhadap pengelolaan Diabetes Mellitus tersebut.

Berdasarkan penjelasan di atas maka peneliti berpendapat bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II, dikarenakan dukungan keluarga dapat memberikan energi yang positif kepada pasien sehingga pasien termotivasi untuk patuh dalam menjalankan diet dan melakukan pengobatan. Diabetes mellitus tidak dapat disembuhkan, maka dari itu pengelolaan diabetes mellituspun harus dilakukan seumur hidup. Seringkali pasien mengalami kebosanan terhadap pengelolaan diabetes mellitus khususnya pengelolaan makan. Dukungan akan memberikan dampak positif secara psikologis. Keluarga harus senantiasa memberikan dukungan dalam bentuk apapun agar pasien tidak merasa sendiri menjalani penyakit diabetes mellitus tersebut. Maka dari itu dukungan keluarga sangatlah berperan penting dalam kepatuhan dalam menjalankan diet pasien diabetes mellitus tipe II.

b. Hubungan peran perawat dengan kepatuhan diet

Berdasarkan data yang diperoleh, dari 91 responden didapatkan bahwa pasien DM tipe II dengan peran perawat yang kurang baik dan tidak patuh dalam menjalankan diet yaitu sebanyak 11 responden (12,1%) dikarenakan kurangnya edukasi dan motivasi yang diberikan perawat kepada pasien DM tipe II menyebabkan pasien tidak patuh menjalankan diet. Kemudian pasien DM tipe II dengan peran perawat kurang baik dan patuh menjalankan diet yaitu sebanyak 27 responden (29,7%) dikarenakan beban kerja perawat yang tinggi sehingga pemberian pendidikan kesehatan mengenai pengaturan diet kepada pasien menjadi kurang baik karena tidak semua pasien dapat mendapatkan pendidikan kesehatan dari perawat tersebut. Hal itu menyebabkan ketidakefektifan pemberian pendkes kepada pasien dan tidak meratanya informasi yang diberikan kepada pasien. Sedangkan pasien DM tipe II dengan peran perawat yang baik dan tidak patuh menjalankan diet yaitu sebanyak 28 responden (30,8%) hal ini dikarenakan walaupun perawat sudah memberikan informasi dan motivasi namun dari pihak pasien sendirilah yang tidak patuh dalam menjalankan diet karena perawat hanya mengingatkan pasien pada saat mereka berkunjung ke poli. Perawat tidak dapat mengawasi pasien dari jauh yaitu pada saat pasien pulang ke rumah. Maka dari itu,

dukungan dan pengawasan keluarga sangat dibutuhkan saat pasien berada di rumah. Pasien DM tipe II dengan peran perawat yang baik dan patuh menjalankan diet yaitu sebanyak 25 responden (27,5%) hal ini dikarenakan semakin tinggi peran perawat sebagai edukator maka semakin banyak pasien DM tipe II yang patuh menjalankan diet yang dianjurkan. Semakin banyak informasi yang diberikan perawat kepada pasien dan keluarga menyebabkan semakin tinggi kesadaran pasien untuk selalu patuh terhadap diet yang di anjurkan.

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* dengan *continuity correction* dengan taraf signifikan  $\alpha$  5% dengan nilai  $P = 0,040 < 0,05$  sehingga  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang antara peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suryadi, R, Z. (2013) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara peran edukator perawat dalam *discharge planning* dengan kepatuhan kontrol pasien rawat inap di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember dengan nilai *P Value*  $0,001 < \alpha 0,05$ .

Secara teoritis menurut Yusra (2010) memaparkan bahwa selain dukungan keluarga, perawat sebagai salah satu dari tenaga kesehatan mempunyai peranan penting sebagai seorang edukator mengenai pengelolaan Diabetes Mellitus secara mandiri dan berkala melalui pemberian informasi dan pendidikan kesehatan untuk pasien serta keluarga.

Berdasarkan penjelasan di atas maka peneliti berpendapat bahwa terdapat hubungan peran perawat sebagai edukator dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II dikarenakan perawat merupakan salah satu petugas kesehatan yang berperan sebagai pendidik. Perawat memberikan informasi dan penyuluhan kesehatan mengenai diabetes mellitus khususnya pengelolaan diet agar pasien mendapatkan pengetahuan mengenai hal tersebut. Disinilah perawat memiliki peran penting dalam memodifikasi cara pemberian pendkes yang menarik sehingga informasi yang diberikan kepada pasien dapat diserap dengan baik. Diharapkan apabila pasien telah mempunyai pengetahuan mengenai diabetes mellitus tipe II khususnya pengelolaan diet maka kepatuhan dalam menjalankan diet pun akan terbentuk.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

1. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dimana pengambilan data dari ke tiga variabel tersebut dilakukan

dalam satu waktu secara bersamaan sehingga pada penelitian ini hubungan sebab akibat yang diidentifikasi masih lemah.

2. Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu sebanyak 91 responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Namun kemungkinan penelitian ini akan menghasilkan data yang lebih baik jika dilakukan pada populasi yang lebih besar dengan jumlah sampel yang lebih banyak lagi.
3. Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah kuesioner yang dibuat sendiri oleh peneliti sehingga masih terdapat beberapa kelemahan walaupun instrument dalam penelitian ini sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya. Penelitian ini menggunakan kuesioner memungkinkan responden menjawab pertanyaan tidak sesuai dengan apa yang dirasakan responden sehingga menimbulkan bias pada hasil penelitian ini.
5. Peneliti tidak membedakan status perkawinan duda ataupun janda dengan status perkawinan kawin. Peneliti memasukkan data duda ataupun janda ke status perkawinan kawin padahal mereka tidak bersama dengan pasangannya tersebut. Sehingga data yang didapatkan mengenai status perkawinan kurang spesifik.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak terkait agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik responden berdasarkan usia responden dengan kelompok usia yang terbanyak yaitu kelompok usia 45-55 sebanyak 39 orang (42,9%). Berdasarkan jenis kelamin prevalensi terbanyak yaitu berjenis kelamin perempuan sebanyak 54 orang (59,3%). Berdasarkan status perkawinan menunjukkan bahwa prevalensi terbanyak berstatus kawin yaitu sebanyak 81 orang (89,0%). Berdasarkan anggota keluarga yang tinggal serumah prevalensi terbanyak adalah responden yang tinggal bersama pasangan yaitu sebanyak 41 orang (45.1%). Berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA sebanyak 50 orang (54,9%). Berdasarkan lama menderita diabetes mellitus menunjukkan bahwa prevalensi terbanyak yaitu responden yang menderita diabetes mellitus selama 5-10 tahun sebanyak 61 orang (67.0%)

2. Responden yang mempunyai keluarga yang mendukung sebanyak 48 orang (52,7%) dan yang kurang mendukung sebanyak 43 orang (47,3%).
3. Responden yang mempunyai tingkat peran perawat yang baik sebanyak 53 orang (58,2%) dan peran perawat yang kurang baik sebanyak 38 orang (41,8%).
4. Responden yang mempunyai tingkat kepatuhan diet yang patuh sebanyak 52 orang (57,1%) dan yang tidak patuh sebanyak 39 orang (42,9%).
5. Hasil uji statistik *chi square* dengan taraf signifikansi  $\alpha$  5% dengan nilai P Value = 0,031 < 0,05 artinya ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
6. Hasil uji statistik *chi square* dengan taraf signifikansi  $\alpha$  5% dengan nilai P Value = 0,040 < 0,05 artinya ada hubungan antara peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **B. Saran**

Setelah menyajikan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat diberikan adalah :

### **1. Bagi Responden**

Bagi responden diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan dan lebih banyak bertanya dan mencari informasi pada sumber-sumber informasi yang jelas tentang pentingnya pengaturan pola makan (diet) pada pasien diabetes mellitus tipe II. Bagi pasien dengan umur di atas 45 tahun khususnya para wanita disarankan untuk menjaga pola makan dan melakukan pengecekan gula darah secara rutin agar resiko diabetes mellitus dapat dicegah.

### **2. Bagi Keluarga**

Bagi keluarga diharapkan untuk lebih memberikan perhatian dan dukungan kepada pasien agar tercipta kepatuhan yang terus-menerus dalam menjalankan diet. Serta keluarga diharapkan untuk lebih bisa memilih dan memilah informasi yang didapat, agar semua informasi yang disampaikan kepada pasien lebih baik lagi. Disarankan untuk keluarga pasien khususnya pasien yang lama menderita diabetes mellitus dalam kurun waktu 5 sampai 10 tahun agar mencari informasi lebih banyak lagi tentang jenis makanan yang dianjurkan pasien. Sehingga makanan yang di berikan pasien lebih bervariasi lagi agar pasien tidak merasa bosan dengan jenis makanan yang monoton.

Karena pengaturan pola makan (diet) merupakan salah satu pilar pengelolaan diabetes mellitus yang penting agar kadar gula dalam darah terkontrol dan mencegah komplikasi, maka dari itu dukungan dari pihak keluarga juga berperan penting.

### 3. Bagi Rumah Sakit

Bagi Rumah Sakit diharapkan agar lebih banyak menyediakan informasi dan melakukan penyuluhan ataupun sejenisnya kepada para pasien diabetes mellitus beserta keluarganya untuk meningkatkan derajat kesehatannya.

### 4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu adanya penelitian yang lebih mendalam mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II. Peneliti juga menyarankan kepada peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian secara kualitatif. Agar didapatkan data dan hasil yang lebih mendalam mengenai dukungan keluarga, peran perawat dan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus tipe II. Kemudian hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai data atau informasi dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut sebagai replikasi pada tingkat fakultas atau universitas dengan menggunakan desain penelitian yang berbeda.

## DAFTAR PUSTAKA

ADA. (2010). *American Diabetes Association*. Diperoleh dari [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org). diakses pada tanggal 17 Februari 2015

Ahira, A. (2011). *Pola Makan Sehat Penderita Diabetes Mellitus*. Diperoleh dari <http://www.anneahira.com/penderita-diabetes.htm> diakses tanggal 15 November 2014

Almatsier, S. (2006). *Penuntun Diet*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama

Alterra, B.H. (2011). *Determinan Ketidakpatuhan Diet Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2*. Artikel Penelitian Universitas Diponegoro.

Angina, L. L., Hamzah, A., Pandhit. (2010). *Hubungan Antara Dukungan Social Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus Dalam Melaksanakan Program Diet Di Poli Penyakit Dalam RSUD Cibabat Cimahi*. Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes

Arikunto. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.

Beck, M.E. (2011). *Ilmu Gizi dan Diet Hubungannya dengan Penyakit-penyakit untuk Perawat dan Dokter*. Yogyakarta

BPDPK Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Diperoleh dari [www.litbang.depkes.go.id](http://www.litbang.depkes.go.id). diakses tanggal 17 Februari 2015

Dahlan, S. (2013). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika

Dion, Y & Betan, Y. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga Konsep dan Praktik*. Yogyakarta: Nuha Medika

Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G., (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga riset, teori & praktik edisi 5*. Jakarta: EGC

Hartono, A. (2006). *Terapi Gizi dan Diet Rumah Sakit*. Jakarta: EGC

Hastono, S.P. & Sabri, L. (2013). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Rajawali Pers

Hensarling, J. (2009). *Development and Psychometric Testing of Herserling Diabetes Family Support Scale*. Diperoleh dari [www.proquest.com](http://www.proquest.com). Diakses pada tanggal 12 November 2014

IDF. (2014) *International Diabetes Federation Atlas Sixth Edition*. Diperoleh dari [www.idf.org](http://www.idf.org) diakses tanggal 17 Februari 2015

Imron, M & Munif, A. (2010). *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto

Kusnanto. (2004). *Pengantar Profesi Dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC

Korompis, G, E, C. (2014). *Biostatistika Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC

Maulana, M. (2009). *Mengenal Diabetes Mellitus : Panduan Praktis Menangani Penyakit Kencing Manis*. Jogjakarta: Penerbit Kata Hati

Niven, Neil. 2002. *Psikologi Kesehatan Edisi 2*. Jakarta: EGC

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

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 No.1

Phitri, H.E & Widyaningsih (2013). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Penderita Diabetes Mellitus dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus di RSUD AM. Parikesit Kalimantan Timur*. Jurnal Keperawatan Medikal Bedah,1, (1)

Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktek*. Jakarta: EGC

PERKENI. (2011). Revisi final konsensus DM Tipe 2 Indonesia 2011. Diperoleh dari [www.academia.edu](http://www.academia.edu). Diakses tanggal 16 Februari 2015.

Risnasari, N. (2014). *Hubungan Tingkat Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Dengan Munculnya Komplikasi Di Puskesmas Pesantren II Kota Kediri*.

Saifunurmazah, D. (2013). *Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus*

*Dalam Menjalani Terapi Olahraga Dan Diet.* Skripsi. Tidak Dipublikasikan. UNES

Saryono & Anggraeni, M.D. (2013). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan.* Yogyakarta: Nuha Medika

Setiadi. (2008). *Konsep & Proses Keperawatan Keluarga.* Yogyakarta: Graha Ilmu

Siswanto, dkk. (2013). *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Kedokteran.* Yogyakarta: Bursa Ilmu

Smeltzer et al (2010). *Medical-Surgical Nursing Brunner & Suddarth twelfth edition.* Jakarta: EGC

Soegondo, S. (2006). *Farmakoterapi pada pengendalian glikemia diabetes mellitus tipe 2. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Jakarta: FKUI

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dan R&D.* Bandung : Alfabeta

Sumangkut, dkk. (2013). *Hubungan Pola Makan dengan Kejadian Penyakit Diabetes Mellitus Tipe-2 di Poli Interna BLU. RSUP. Prof. DR. R. D. Kandou Manado.* Ejournal Keperawatan (e-Kp), 1, (1)

Susanti, M & Sulistyarini, T (2013). *Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RS. Baptis Kediri.* Jurnal STIKES, 6, (1)

Sutandi, A. (2012). *Self Management Education Sebagai Metode Alternatif Dalam Perawatan Mandiri Pasien Diabetes Melitus Di Dalam Keluarga.* Jurnal Manajemen STIKES Binawan, 29, (321)

Suryadi, R, F. (2013). *Hubungan Peran Edukator Perawat dalam Discharge Planing dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Rawat Inap untuk Kontrol di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember.* Skripsi.

Utomo A.Y.S. (2011). *Hubungan Antara 4 Pilar Pengelolaan Diabetes Mellitus Dengan Keberhasilan Pengelolaan Dabetes Mellitus Tipe 2.* Artikel KTI. Universitas Diponegoro.

Yusra, A. (2011). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta.* Tesis Univeristas Indonesia.

**BIODATA PESERTA UJIAN SIDANG PENELITIAN**

Nama : Yusrina Iradattyas Prananda  
NIM : 11.113082.3.0349  
Tempat/ Tgl Lahir : Bontang, 28 Januari 1992  
PRODI : Sarjana Keperawatan Program A  
Semester : VIII (Delapan)  
No. Telp : 082354980009  
Email : Edogawaconan\_8927@yahoo.co.id  
Tanggal Ujian : 24 Agustus 2015  
Judul Penelitian : Hubungan antara dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pembimbing

Pembimbing I : Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep

Pembimbing II : Ns. Ni Wayan Wiwin Asthiningsih, S.Kep., M.Pd

Demikian permohonan penguji ini saya sampaikan. Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Samarinda, 24 Agustus 2015

Hormat saya

Mahasiswa

Yusrina Iradattyas Prananda

NIM. 11.113082.3.0349

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul “Hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada penderita diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.”

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak bersifat negatif dan tidak merugikan saya dan keluarga serta segala informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya berharap hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi semua kalangan kesehatan, karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Responden,

(.....)

**Kuesioner A**

Kuesioner tentang data demografi

1. Nomor Responden : (diisi oleh petugas)
2. Usia : Tahun
3. Jenis Kelamin : a. Laki-laki  
b. Perempuan
4. Status perkawinan : a. Kawin  
b. Belum kawin
5. Anggota keluarga yang tinggal bersama anda :
6. Tingkat Pendidikan : a. SD/ Sederajat  
b. SMP/ Sederajat  
c. SMA/ Sederajat  
d. Perguruan Tinggi, sebutkan .....
7. Lama menderita diabetes/ kencing manis : ..... Tahun ..... Bulan

### Kuesioner B

Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus (DM).

Petunjuk : Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Pilihan Jawaban :

Selalu : Jika frekuensinya setiap hari dalam sebulan

Sering : Jika frekuensinya hampir setiap hari dalam sebulan

Jarang : Jika dalam sebulan frekuensi melakukannya lebih sedikit daripada tidak melakukan

Tidak Pernah : Jika tidak pernah melakukan

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
	<b><u>Dukungan Emosional</u></b>				
1.	Keluarga menganjurkan kepada saya untuk makan dan minum tepat waktu.				
2.	Jika saya susah makan sesuai anjuran, keluarga menasehati saya.				
3.	Keluarga mengizinkan saya makan dan minum apa saja yang saya sukai walaupun itu melanggar aturan makan saya.				
	<b><u>Dukungan Penghargaan</u></b>				
4.	Keluarga memberi pujian atas usaha yang saya lakukan untuk mentaati aturan makan/ diet.				
5.	Keluarga tidak marah ketika saya tidak mau mentaati aturan makan / diet yang telah ditetapkan.				

	<b><u>Dukungan Informasi</u></b>				
6.	Keluarga tidak mengingatkan saya untuk mematuhi aturan makan yang saya jalani.				
7.	Keluarga memberi tahu makanan apa yang harus saya hindari.				
8.	Keluarga memberi tahu semua informasi tentang tujuan, manfaat dan efek dari aturan makan / diet yang sedang saya jalani.				
9.	Keluarga memberi tahu tentang semua informasi yang didapatkan dari dokter, perawat atau tim kesehatan yang lain kepada saya.				
10.	Keluarga tidak pernah mengingatkan saya tentang pentingnya menjaga dan mengontrol pola makan .				
	<b><u>Dukungan Instrumental</u></b>				
11.	Keluarga mengantar atau mendampingi saya untuk berobat ke pelayanan kesehatan.				
12.	Keluarga keberatan membiayai pengobatan saya.				
13.	Keluarga membelikan makanan untuk saya sesuai dengan aturan makan yang saya jalani.				

### Kuesioner C

Kuesioner kepatuhan dalam menjalani diet pasien diabetes melitus.

Petunjuk : Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Pilihan Jawaban :

Selalu : Jika frekuensinya setiap hari dalam sebulan

Sering : Jika frekuensinya hampir setiap hari dalam sebulan

Jarang : Jika dalam sebulan frekuensi melakukannya lebih sedikit daripada tidak melakukan

Tidak Pernah : Jika tidak pernah melakukan

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Saya makan tepat waktu sesuai jadwal yang sudah dikonsultasikan oleh dokter atau petugas kesehatan yang lain.				
2.	Saya terlalu sibuk dengan urusan saya sehingga saya tidak makan tepat waktu.				
3.	Saya setiap hari mengonsumsi makanan dan minuman yang terasa manis / banyak mengandung gula.				
4.	Setiap hari saya makan lebih dari tiga kali.				
5.	Saya menghitung jumlah kalori dari setiap makanan/ minuman yang saya konsumsi				
6.	Saya mengonsumsi karbohidrat yang berserat tinggi setiap harinya seperti roti gandum utuh, sereal, beras merah tumbuh, dll.				
7.	Saya setiap hari meminimalkan jumlah pemakaian gula				
8.	Saya selalu makan makanan kecil / ngemil berdasarkan jadwal				

	makan yang telah ditentukan.				
9.	Jadwal aturan makan / diet yang dianjurkan terasa berat bagi saya.				
10.	Saya memakai gula pengganti seperti gula jagung, dll pada saat ingin mengkonsumsi minuman / makanan yang manis.				
11.	Saya lebih mengutamakan porsi nasi dibandingkan dengan porsi lauk				
12.	Saya memakan/ meminum apa saja yang saya inginkan				

### Kuesioner D

Kuesioner peran perawat terhadap kepatuhan diet diabetes mellitus.

Petunjuk : Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

Pilihan Jawaban :

Selalu : Jika frekuensinya setiap hari dalam sebulan

Sering : Jika frekuensinya hampir setiap hari dalam sebulan

Jarang : Jika dalam sebulan frekuensi melakukannya lebih sedikit daripada tidak melakukan

Tidak Pernah : Jika tidak pernah melakukan

No	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Perawat memberikan informasi kepada saya tentang pengaturan jadwal makan diabetes				
2.	Perawat memberi informasi kepada saya tentang makanan dan minuman apa saja yang dianjurkan dan tidak dianjurkan untuk dikonsumsi.				
3.	Perawat memperbolehkan saya bertanya tentang pengaturan makan diabetes.				
4.	Perawat memberi informasi kepada keluarga saya mengenai jadwal, jenis makanan dan takaran makanan yang dianjurkan untuk saya.				
5.	Perawat memberikan pujian kepada saya karena menjalankan program pengaturan makan yang dianjurkan				
6.	Perawat tidak memberikan informasi kepada keluarga saya tentang pentingnya dukungan keluarga terhadap				

	kepatuhan pengaturan makan saya.				
7.	Perawat menggunakan media/ alat bantu pengajaran seperti buku, poster, gambar, lembar balik atau <i>gadget</i> selama memberikan informasi kepada saya dan keluarga saya.				
8.	Perawat tidak memberikan brosur kepada saya atau keluarga saya setelah memberikan pendidikan kesehatan.				
9.	Perawat tidak memberikan pujian kepada keluarga saya karena telah mendukung program diet saya.				
10.	Perawat memberikan contoh agar informasi yang diberikan lebih mudah dipahami				



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR  
**RSUD A. WAHAB SJAHRANIE**

Jalan Dr. Soetomo No. 1 Telp. (0541) 738118 (Hunting System) Fax. (0541) 741793  
 SAMARINDA 75123

E-mail : rudaws@gmail.com

**NOTA DINAS**

Kepada Yth : 1. Ka. Bidang Keperawatan RSUD. AW. Sjahranie Samarinda  
 2. Ka. Instalasi Rawat Jalan RSUD. AW. Sjahranie Samarinda  
 3. Ka. Instalasi Rawat Inap RSUD. AW. Sjahranie Samarinda  
 Dari : Wadir Diklit & Penunjang RSUD. AW. Sjahranie Samarinda  
 Tanggal : 23 April 2015  
 Nomor : 196/Dikl-Mutu/IV/2015  
 Lampiran : --  
 Perihal : **Pelaksanaan Uji Validitas**

Sesuai surat pemberitahuan dari Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda No : 289 & 315/IL3.AU/PS.3/F/2015 tanggal 13 & 16 April 2015 dan Surat Pemimpin BLUD RSUD. AW. Sjahranie Samarinda No : 070.1303/Dikl-Mutu/IV/2015 tanggal 23 April 2015, perihal sebagaimana tersebut diatas bersama ini kami sampaikan bahwa :

1. Kegiatan Uji Validitas bagi mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda s.n :

No	Nama / Nim	Judul	Ruang
1	Yusriana Iradattyas Prananda Nim : 11.11.3082.3.0349	Hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD. AW. Sjahranie Samarinda	IRJA, Poliklinik Penyakit Dalam
2	Fahradini Nim : 11.11.3082.3.0272	Hubungan usia riwayat keturunan dan pola makan dengan kejadian diabetes mellitus tipe II di Ruang Flamboyan RSUD. AW. Sjahranie Samarinda	Flamboyan, Angsoka, Dahfia & Seruni (Rawat Inap Kelas III)

- dapat dilaksanakan mulai tanggal 24 April 2015 di RSUD. AW. Sjahranie Samarinda;
2. Selama melaksanakan kegiatan tersebut, supaya mematuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di RSUD. A. Wahab Sjahranie Samarinda;
  3. Pendampingan selanjutnya kami serahkan kepada Ka. Bidang Keperawatan RSUD. AW. Sjahranie Samarinda dan jajaran;

Demikian kami sampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

Wadir Diklit & Penunjang

  
**H. Usman Lahdije, SE, M.Si**  
 Nip. 19570918 197904 1 001

## Lampiran 5

### LEMBAR KONSULTASI

Judul : Hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pembimbing I : Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep

Pembimbing II : Ns. Ni Wayan Wlwin Asthiningsih, S.Kep, M.Pd

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	Jum'at. 14/08 2015	BAB IV BAB V	Perdalam pembahasan Kesimpulan di rasmakan dengan tujuan khusus	J
2	Rabu, 19/08 2015	BAB IV BAB V	Perbaiki	J
3	Kamis, 20/08 2015	BAB IV BAB V	ACC percapaian % sidang Harf	J

**LEMBAR KONSULTASI**

Judul : Hubungan dukungan keluarga dan peran perawat dengan kepatuhan dalam menjalankan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II di Instalasi Rawat Jalan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pembimbing I : Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep

Pembimbing II : Ns. Ni Wayan Wiwin Aethiningsih, S.Kep, M.Pd

NO.	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF
2.	10/08/2018	BAB III, IV, V	Pembaca sesuai hasil konsultasi	
1.	10/08/2018	BAB I, II, III, IV, V	Acc Persiapan 1/ ujian hari	

## Lampiran 6

### Analisa Univariat

Usia Responden					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 45 tahun	20	22.0	22.0	22.0
	45-60 tahun	39	42.9	42.9	64.8
	> 60 tahun	32	35.2	35.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Jenis Kelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	37	40.7	40.7	40.7
	Perempuan	54	59.3	59.3	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Status Perkawinan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum kawin	10	11.0	11.0	11.0
	Kawin	81	89.0	89.0	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Anggota Keluarga Serumah					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pasangan	41	45.1	45.1	45.1
	Anak	29	31.9	31.9	76.9
	cucu	9	9.9	9.9	86.8
	lain-lain	12	13.2	13.2	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Tingkat Pendidikan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	8	8.8	8.8	8.8
	SMP	12	13.2	13.2	22.0
	SMA	50	54.9	54.9	76.9
	Perguruan Tinggi	21	23.1	23.1	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Lama Menderita Diabetes Mellitus					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 5 tahun	22	24.2	24.2	24.2
	5-10 tahun	61	67.0	67.0	91.2
	> 10 tahun	8	8.8	8.8	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Dukungan Keluarga					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mendukung	48	52.7	52.7	52.7
	kurang mendukung	43	47.3	47.3	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

Peran Perawat					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	53	58.2	58.2	58.2
	kurang baik	38	41.8	41.8	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

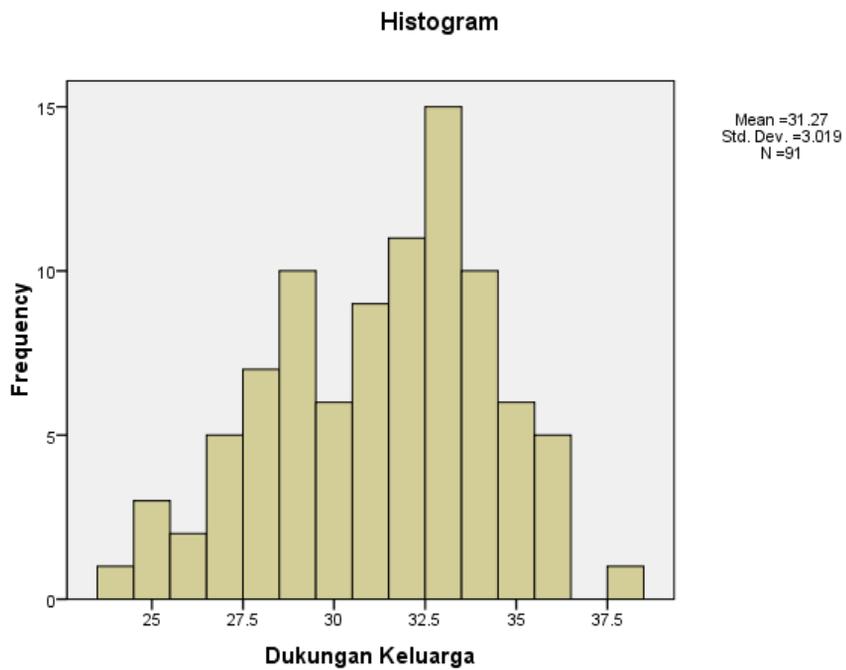
Kepatuhan Diet					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	patuh	52	57.1	57.1	57.1
	tidak patuh	39	42.9	42.9	100.0
	Total	91	100.0	100.0	

## Lampiran 7

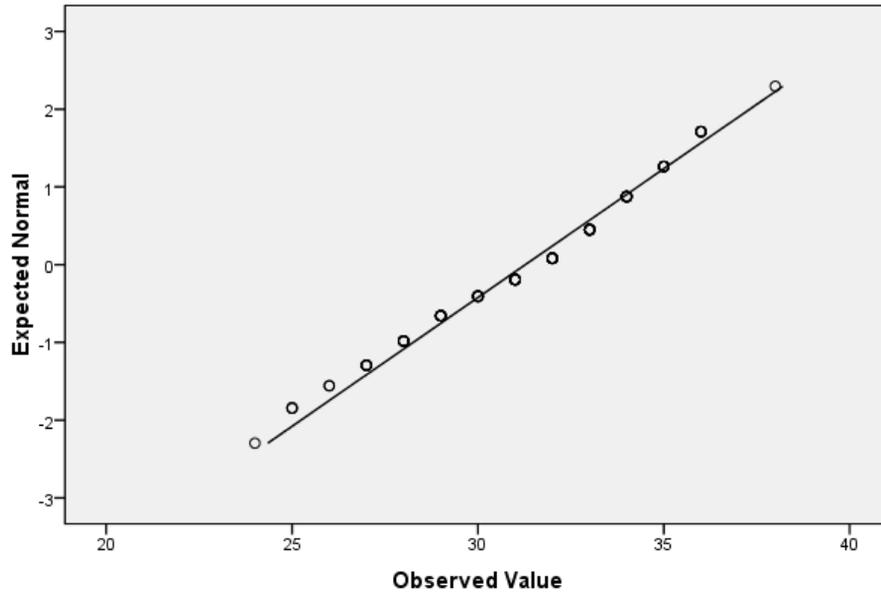
### Uji Normalitas Dukungan Keluarga

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Dukungan Keluarga	Mean		31.27	.316
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30.65	
		Upper Bound	31.90	
	5% Trimmed Mean		31.34	
	Median		32.00	
	Variance		9.113	
	Std. Deviation		3.019	
	Minimum		24	
	Maximum		38	
	Range		14	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-.314	.253
	Kurtosis		-.508	.500

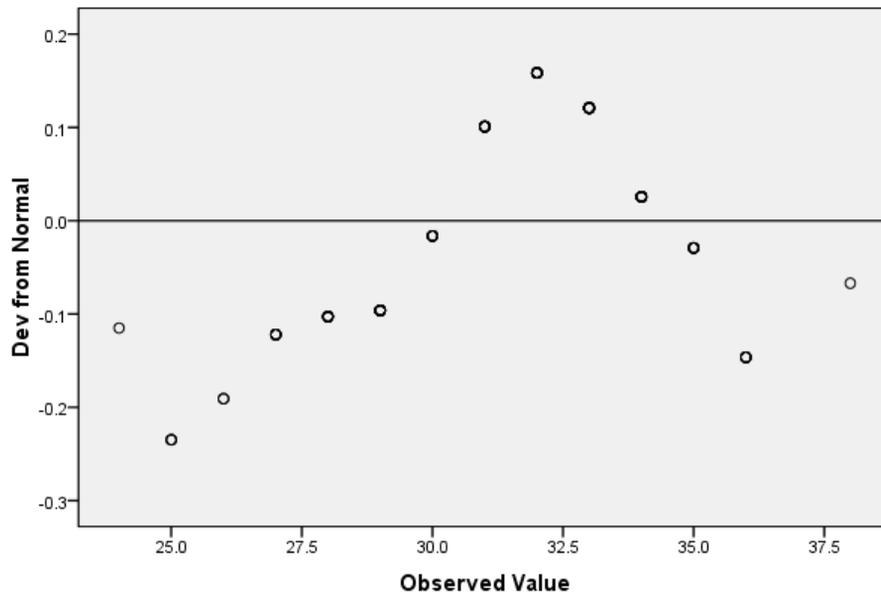
Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Dukungan Keluarga	.123	91	.002	.972	91	.048
a. Lilliefors Significance Correction						

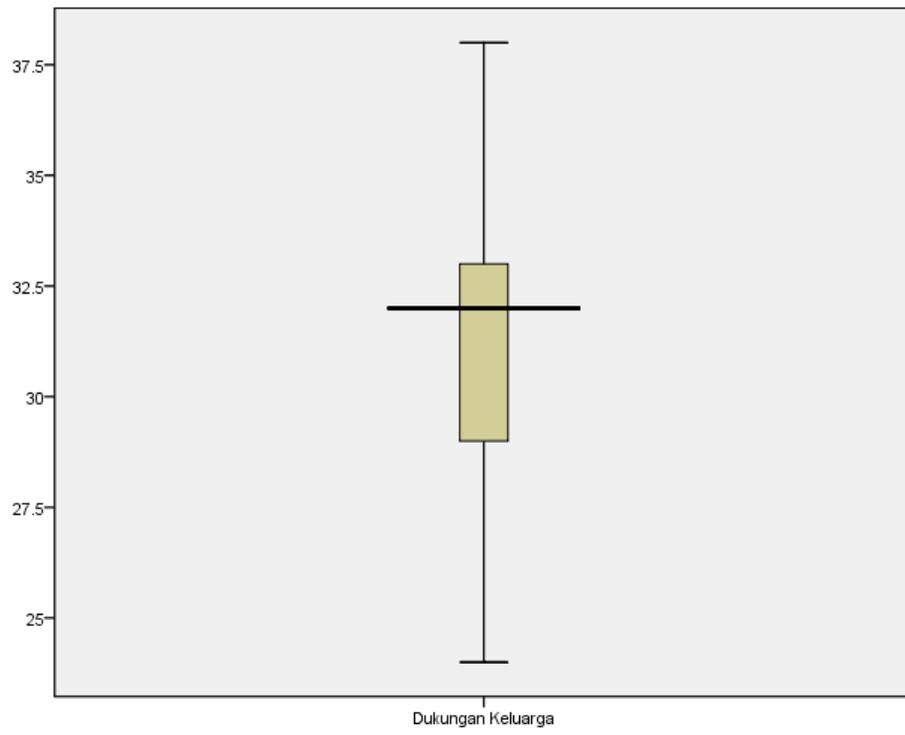


Normal Q-Q Plot of Dukungan Keluarga



Detrended Normal Q-Q Plot of Dukungan Keluarga





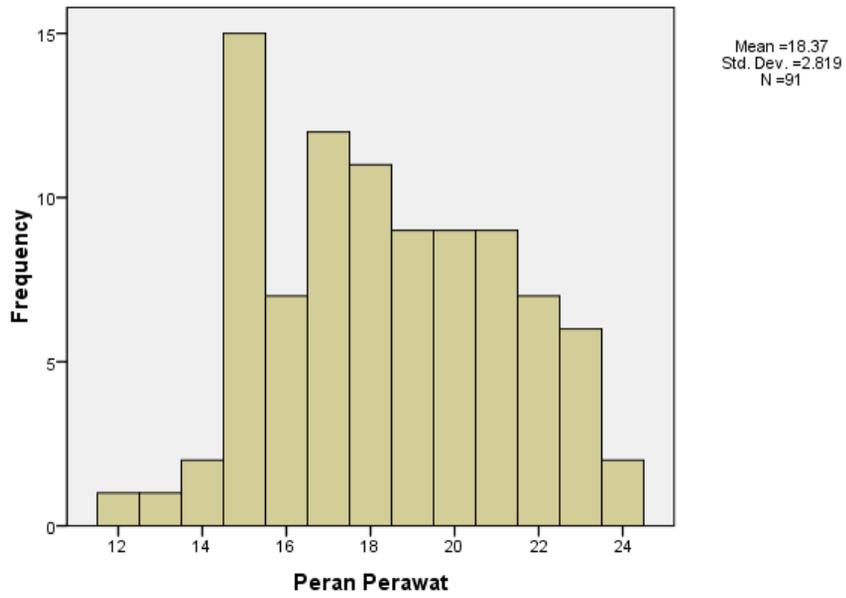
**Lampiran 8**

**Uji Normalitas Peran Perawat**

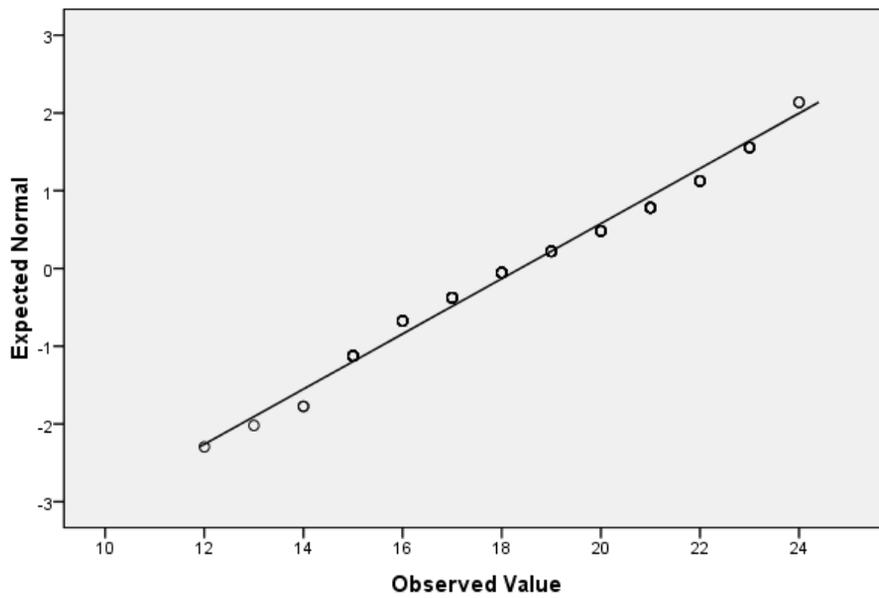
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Peran Perawat	Mean		18.37	.296
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.79	
		Upper Bound	18.96	
	5% Trimmed Mean		18.37	
	Median		18.00	
	Variance		7.948	
	Std. Deviation		2.819	
	Minimum		12	
	Maximum		24	
	Range		12	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		.104	.253
	Kurtosis		-.869	.500

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Peran Perawat	.105	91	.016	.964	91	.013
a. Lilliefors Significance Correction						

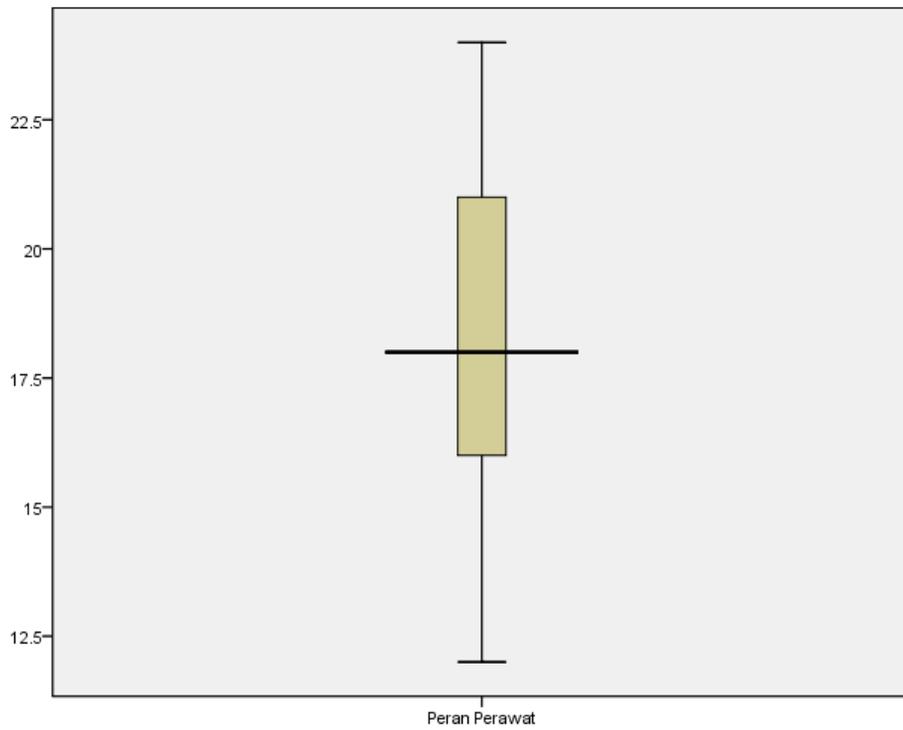
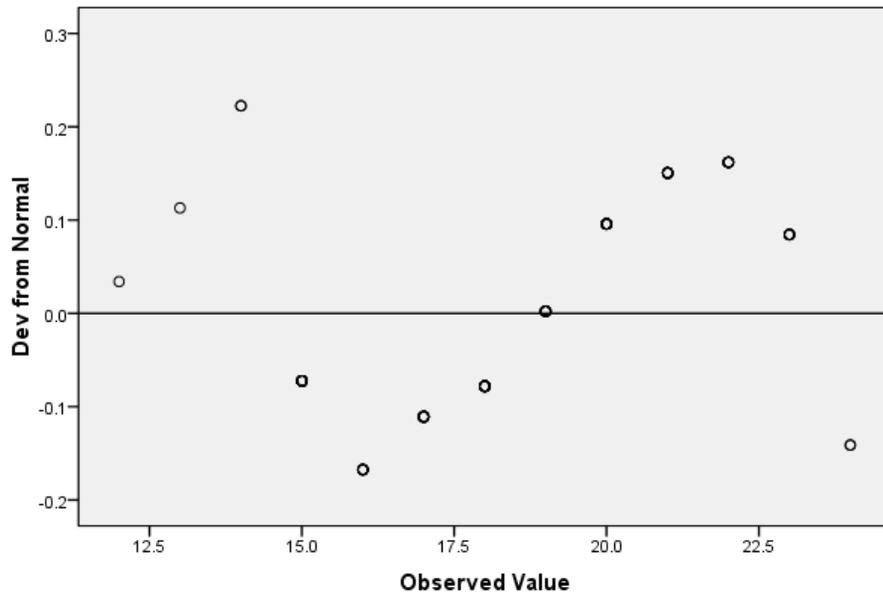
Histogram



Normal Q-Q Plot of Peran Perawat



Detrended Normal Q-Q Plot of Peran Perawat



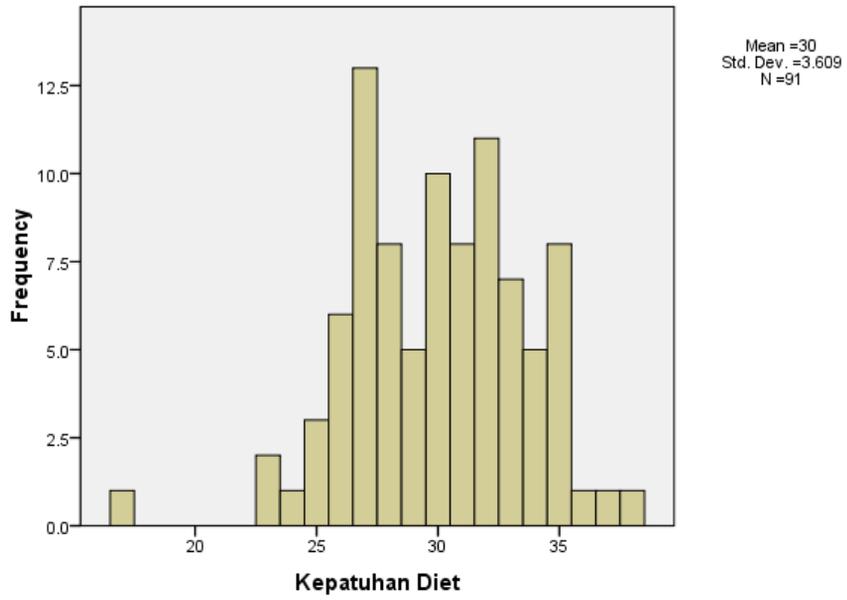
**Lampiran 9**

**Uji Normalitas Kepatuhan Diet**

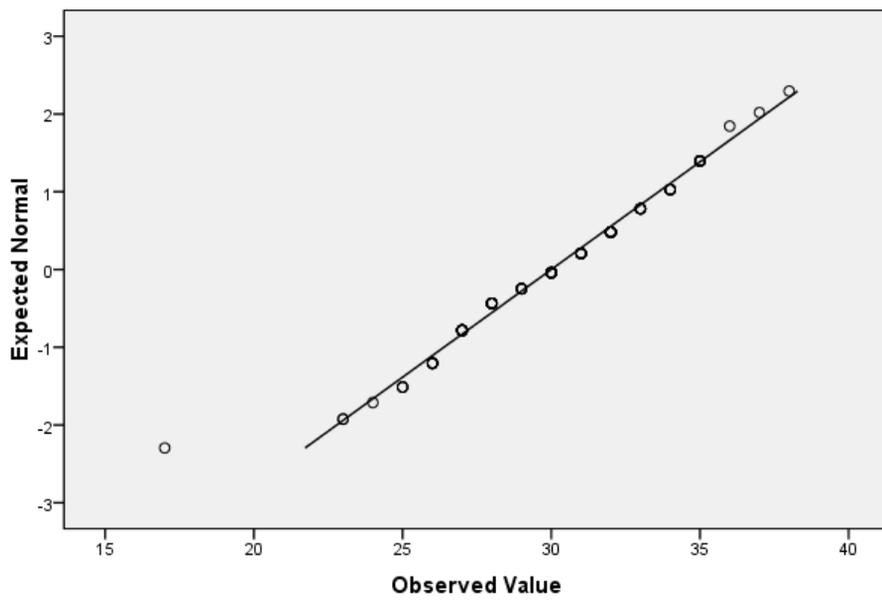
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Kepatuhan Diet	Mean		30.00	.378
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	29.25	
		Upper Bound	30.75	
	5% Trimmed Mean		30.09	
	Median		30.00	
	Variance		13.022	
	Std. Deviation		3.609	
	Minimum		17	
	Maximum		38	
	Range		21	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		-.387	.253
	Kurtosis		.685	.500

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kepatuhan Diet	.084	91	.137	.972	91	.046
a. Lilliefors Significance Correction						

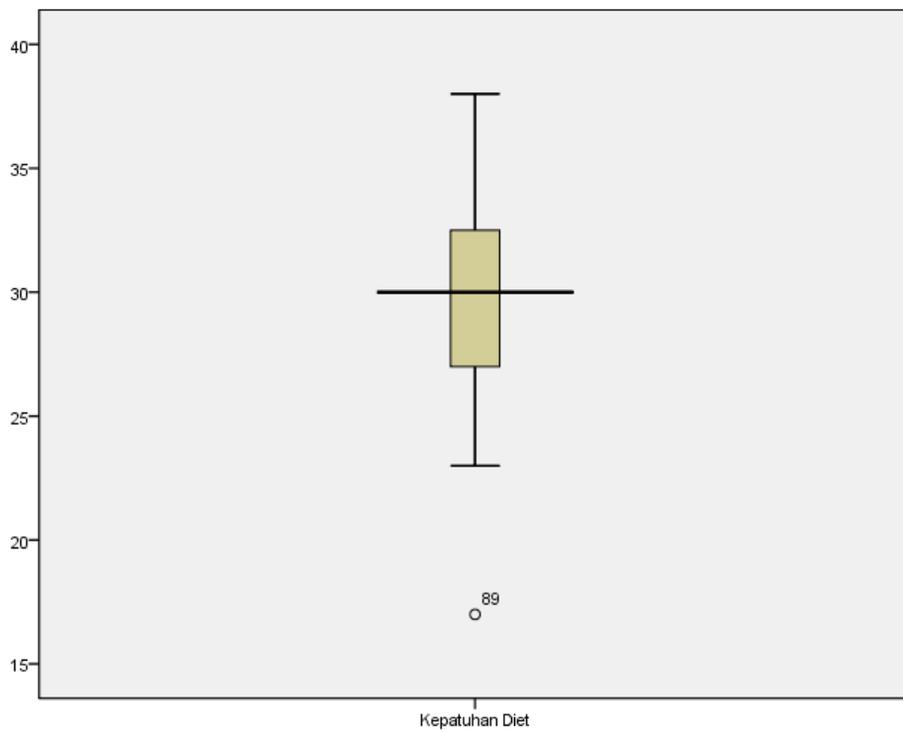
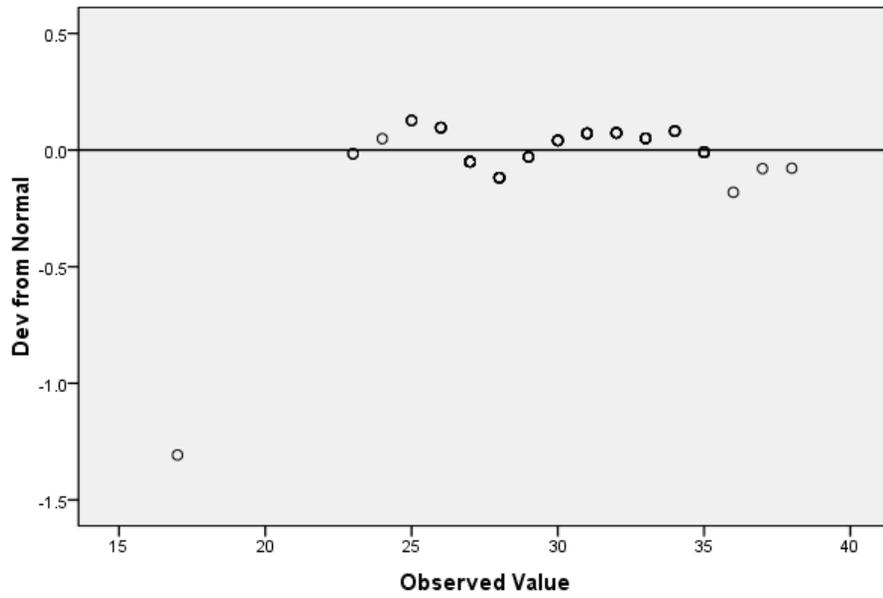
Histogram



Normal Q-Q Plot of Kepatuhan Diet



Detrended Normal Q-Q Plot of Kepatuhan Diet







item soal 10	Pearson Correlation	.417*	.091	.462*	.151	.091	1.00** 0	.258	.359	.183	1	.091	.509*	.274	.684*
	Sig. (2- tailed)	.022	.632	.010	.427	.632	.000	.169	.051	.334		.632	.004	.143	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 11	Pearson Correlation	.076	1.00** 0	.203	.948**	1.00** 0	.091	.275	.492**	-.095	.091	1	.257	.373*	.681*
	Sig. (2- tailed)	.690	.000	.282	.000	.000	.632	.141	.006	.617	.632		.170	.043	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 12	Pearson Correlation	.126	.257	.160	.201	.257	.509**	.066	.531**	.193	.509*	.257	1	.410*	.585*
	Sig. (2- tailed)	.507	.170	.398	.286	.170	.004	.729	.003	.307	.004	.170		.024	.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 13	Pearson Correlation	.357	.373*	.356	.323	.373*	.274	.595**	.732**	-.018	.274	.373*	.410*	1	.656*
	Sig. (2- tailed)	.053	.043	.054	.082	.043	.143	.001	.000	.925	.143	.043	.024		.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total_ Score	Pearson Correlation	.498**	.681**	.565**	.681**	.681**	.684**	.523**	.758**	.170	.684**	.681**	.585**	.656**	1
	Sig. (2- tailed)	.005	.000	.001	.000	.000	.000	.003	.000	.369	.000	.000	.001	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).





item soal 10	Pearson Correlation	.118	.363*	.390*	-.205	.116	-.048	.390*	.185	.185	1	.562**
	Sig. (2- tailed)	.535	.048	.033	.278	.541	.800	.033	.329	.329		.001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total_ Score	Pearson Correlation	.381*	.325	.600**	-.026	.477**	.344	.600**	.708**	.708**	.562**	1
	Sig. (2- tailed)	.038	.079	.000	.891	.008	.063	.000	.000	.000	.001	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).												
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).												

Lampiran 12

Uji Validitas Kepatuhan Diet

Correlations														
		item soal 1	item soal 2	item soal 3	item soal 4	item soal 5	item soal 6	item soal 7	item soal 8	item soal 9	item soal 10	item soal 11	item soal 12	Total _Scor e
item soal 1	Pearson Correlatio n	1	.033	1.000 ..	-.017	.044	1.000 ..	1.000 ..	.067	1.000 ..	.016	.016	.363 <sup>*</sup>	.691 <sup>**</sup>
	Sig. (2- tailed)		.864	.000	.930	.818	.000	.000	.725	.000	.933	.933	.048	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 2	Pearson Correlatio n	.033	1	.033	.887 <sup>**</sup>	.213	.033	.033	.963 <sup>**</sup>	.033	.932 <sup>**</sup>	.932 <sup>**</sup>	.159	.701 <sup>**</sup>
	Sig. (2- tailed)	.864		.864	.000	.259	.864	.864	.000	.864	.000	.000	.403	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 3	Pearson Correlatio n	1.000 ..	.033	1	-.017	.044	1.000 ..	1.000 ..	.067	1.000 ..	.016	.016	.363 <sup>*</sup>	.691 <sup>**</sup>
	Sig. (2- tailed)	.000	.864		.930	.818	.000	.000	.725	.000	.933	.933	.048	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 4	Pearson Correlatio n	-.017	.887 <sup>**</sup>	-.017	1	.164	-.017	-.017	.921 <sup>**</sup>	-.017	.889 <sup>**</sup>	.889 <sup>**</sup>	.067	.635 <sup>**</sup>



item soal 9	Pearson Correlation	1.000**	.033	1.000**	-.017	.044	1.000**	1.000**	.067	1	.016	.016	.363*	.691**
	Sig. (2-tailed)	.000	.864	.000	.930	.818	.000	.000	.725		.933	.933	.048	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 10	Pearson Correlation	.016	.932**	.016	.889**	.301	.016	.016	.965**	.016	1	1.000*	.185	.713**
	Sig. (2-tailed)	.933	.000	.933	.000	.106	.933	.933	.000	.933		.000	.329	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 11	Pearson Correlation	.016	.932**	.016	.889**	.301	.016	.016	.965**	.016	1.000*	1	.185	.713**
	Sig. (2-tailed)	.933	.000	.933	.000	.106	.933	.933	.000	.933	.000		.329	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
item soal 12	Pearson Correlation	.363*	.159	.363*	.067	.116	.363*	.363*	.141	.363*	.185	.185	1	.477**
	Sig. (2-tailed)	.048	.403	.048	.726	.541	.048	.048	.457	.048	.329	.329		.008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Total Score	Pearson Correlation	.691**	.701**	.691**	.635**	.314	.691**	.691**	.739**	.691**	.713**	.713**	.477**	1

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.092	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.008	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).														
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).														

**Reabilitas Dukungan Keluarga**

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.871	12

**Reabilitas Peran Perawat**

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.743	7

**Reabilitas Kepatuhan Diet**

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.882	11

Lampiran 14

**Analisa Bivariat Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Diet**

Dukungan Keluarga * Kepatuhan Diet Crosstabulation					
			Kepatuhan Diet		Total
			patuh	tidak patuh	
Dukungan Keluarga	mendukung	Count	33	15	48
		Expected Count	27.4	20.6	48.0
		% within Dukungan Keluarga	68.8%	31.2%	100.0%
		% of Total	36.3%	16.5%	52.7%
	kurang mendukung	Count	19	24	43
		Expected Count	24.6	18.4	43.0
		% within Dukungan Keluarga	44.2%	55.8%	100.0%
		% of Total	20.9%	26.4%	47.3%
Total	Count	52	39	91	
	Expected Count	52.0	39.0	91.0	
	% within Dukungan Keluarga	57.1%	42.9%	100.0%	
	% of Total	57.1%	42.9%	100.0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.588 <sup>a</sup>	1	.018		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.630	1	.031		
Likelihood Ratio	5.637	1	.018		
Fisher's Exact Test				.021	.015
Linear-by-Linear Association	5.527	1	.019		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	91				
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18.43.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Dukungan Keluarga (mendukung / kurang mendukung)	2.779	1.179	6.549
For cohort Kepatuhan Diet = patuh	1.556	1.057	2.290
For cohort Kepatuhan Diet = tidak patuh	.560	.341	.920
N of Valid Cases	91		

Lampiran 15

Analisa Bivariat Peran Perawat Dan Kepatuhan Diet

Peran Perawat * Kepatuhan Diet Crosstabulation					
			Kepatuhan Diet		Total
			patuh	tidak patuh	
Peran Perawat	baik	Count	25	28	53
		Expected Count	30.3	22.7	53.0
		% within Peran Perawat	47.2%	52.8%	100.0%
		% of Total	27.5%	30.8%	58.2%
	kurang baik	Count	27	11	38
		Expected Count	21.7	16.3	38.0
		% within Peran Perawat	71.1%	28.9%	100.0%
		% of Total	29.7%	12.1%	41.8%
Total	Count	52	39	91	
	Expected Count	52.0	39.0	91.0	
	% within Peran Perawat	57.1%	42.9%	100.0%	
	% of Total	57.1%	42.9%	100.0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.155 <sup>a</sup>	1	.023		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4.226	1	.040		
Likelihood Ratio	5.258	1	.022		
Fisher's Exact Test				.032	.019
Linear-by-Linear Association	5.098	1	.024		
N of Valid Cases <sup>b</sup>	91				
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.29.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Peran Perawat (baik / kurang baik)	.364	.150	.881
For cohort Kepatuhan Diet = patuh	.664	.468	.942
For cohort Kepatuhan Diet = tidak patuh	1.825	1.043	3.193
N of Valid Cases	91		

Lampiran 16

**JADWAL PENELITIAN**

Jadwal Kegiatan	Bulan									
	Nov 2015	Des 2015	Jan 2015	Feb 2015	Mar 2015	April 2015	Mei 2015	Juni 2015	Juli 2015	Agust 2015
Pengajuan Judul ke koordinator skripsi										
Penyusunan proposal										
Ujian sidang proposal										
Persiapan lapangan										
Pelaksanaan (pengumpulan data)										
Pengolahan data										
Presentasi / seminar hasil										