

HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN DIIT PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 RAWAT JALAN DI RSUD dr.SOEDIRAN MANGUN SUMARSO

Pratiwi Yusuf B. ¹, Endang Nur W. ²

¹RSUD dr.Soediran Mangun Sumarso

²Prodi Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Abstrak

Penatalaksanaan diet bagi penderita Diabetes Mellitus terdiri dari 4 pilar yaitu penyuluhan gizi, perencanaan makan, latihan jasmani dan intervensi farmakologis. Kepatuhan diet dalam perencanaan makan dipengaruhi antara lain dari modifikasi faktor lingkungan dan sosial. Modifikasi faktor lingkungan dapat dibangun melalui dukungan sosial dari keluarga. Hasil pengamatan pada kunjungan ulang di poliklinik gizi RS UD dr. Soediran Mangun Sumarso menunjukkan 83% pasien mempunyai gula darah 2 jam *post prandial* diatas normal dan hal ini banyak disebabkan kurangnya dukungan keluarga. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada pasien *Diabetes Mellitus* tipe 2 rawat jalan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri. Jenis penelitian ini adalah *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling* dengan besar sampel 30 responden. Pengambilan data dukungan keluarga dengan kuesioner dan data kepatuhan diet diperoleh dari *recall* 24 jam asupan makan responden selama 3 hari. Uji statistik yang digunakan adalah *Pearson Product Moment*. Hasil penelitian menunjukkan dukungan keluarga kategori baik 70 %. Ketepatan jumlah energi kategori baik 53,4 %, ketepatan jadwal makan kategori baik 43,3 % dan ketepatan jenis makanan kategori baik 90 %. Hasil uji statistik *Pearson Product Moment* menunjukkan ada hubungan dukungan keluarga dengan ketepatan jumlah energi dengan nilai $p=0,000$. Ada hubungan dukungan keluarga dengan ketepatan jadwal makan dengan nilai $p=0,001$. Ada hubungan dukungan keluarga dengan ketepatan jenis makanan dengan nilai $p=0,000$. Saran bagi ahli gizi rumah sakit untuk memberikan sosialisasi dukungan keluarga dalam materi penyuluhan gizi pada penderita *Diabetes Mellitus*.

Kata kunci: dukungan keluarga, kepatuhan diet, ketepatan jumlah energi, ketepatan jadwal makan, ketepatan jenis makanan

Pendahuluan

Diabetes Mellitus (DM) adalah gangguan metabolisme kronik yang ditandai dengan adanya kenaikan kadar gula darah atau *hiperglikemia*. Penyakit DM dapat disebabkan oleh tidak adekuatnya produksi insulin karena penurunan fungsi pada sel - sel *beta pankreas* yang dikenal dengan DM tipe 1 atau tidak efektifnya kerja insulin di jaringan yang dikenal dengan DM 2. DM tipe 1 sering disebut

Juvenile Diabetes atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) dengan jumlah penderita 5 – 10% dari seluruh penderita DM dan biasanya terjadi pada anak-anak dan usia muda. DM tipe 2 disebut juga *Adult Diabetes* atau *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM). Jumlah penderita ini mencapai 90 – 95 % dari seluruh penderita DM. (Sastroamidjojo dkk, 2000).

Estimasi prevalensi DM pada populasi dewasa di seluruh dunia akan mengalami kenaikan sebesar 35 %, yaitu dari angka prevalensi 4% pada tahun 1995 menjadi 5,4% pada tahun 2025. Laporan *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa jumlah orang dewasa yang menderita DM diseluruh dunia akan meningkat dari 135 juta pada tahun 1995 menjadi 300 juta pada tahun 2025 (Gibney dkk, 2008). Pada tahun 2000 penderita DM di Indonesia diperkirakan 4 juta penderita dan pada tahun 2010 diperkirakan terjadi peningkatan menjadi 5 juta penderita (Tjokropawiro, 2003).

Penatalaksanaan DM menurut konsensus PERKENI (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia) pada tahun 2002 terdiri dari empat pilar yaitu edukasi atau penyuluhan gizi, perencanaan makan, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis. Penatalaksanaan keempat pilar tersebut secara baik, maka kadar gula darah dapat dipertahankan senormal mungkin dan dapat menurunkan insiden komplikasi DM serta dapat memperlambat progresifitasnya (Hartono, 2003).

Salah satu pilar dalam penatalaksanaan diit adalah perencanaan makan. Perencanaan makan menjadi hal yang sangat penting pada pengendalian DM. Dalam penatalaksanaan penyakit DM, perencanaan makan yang tepat merupakan langkah pertama sebelum pemberian obat-obatan dan perlu dilakukan bagi pasien DM yang menggunakan obat oral, suntikan insulin, maupun tanpa obat dan insulin. Perencanaan makan yang dikelola secara baik diharapkan akan dapat mencapai dan mempertahankan kadar gula darah dan kadar lemak mendekati normal, mencapai dan mempertahankan berat badan ideal, dan dapat mencegah komplikasi akut dan kronik sehingga kualitas hidup dapat ditingkatkan (Waspadji, 2007).

Kepatuhan diit dalam perencanaan makan banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor antara seperti pendidikan, akomodasi, perubahan model terapi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, serta meningkatkan interaksi profesional tenaga kesehatan dengan pasien. Modifikasi faktor lingkungan dapat dibangun melalui dukungan sosial dari keluarga. Dukungan ini dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan pasien terhadap program pengobatan yang akan dijalankan (Niven, 2002).

Di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, DM termasuk dalam 10 besar keadaan morbiditas pasien rawat jalan tahun 2009, yaitu menduduki peringkat 2 dengan jumlah pasien 1789 orang. Hasil pengamatan awal yang dilakukan pada tanggal 16 sampai dengan tanggal 25 Maret 2011 didapatkan 30 pasien DM telah melakukan kunjungan ulang dengan hasil pemeriksaan gula darah puasa dan gula darah 2 jam *post prandial* masih diatas normal sebanyak (83 %), diantara 83 % pasien tersebut ditemukan (52 %) mengalami hipertensi. Masih tingginya angka yang menunjukkan pasien dengan gula darah puasa dan gula darah 2 jam *post prandial* yang ditemui di poliklinik gizi lebih banyak disebabkan kurangnya dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2 yang melakukan rawat jalan dengan persentase 53%. Keberhasilan pasien DM untuk menjaga kestabilan gula darah tidak lepas dari dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat penting untuk memotivasi pasien dalam menjalankan pengobatan ataupun diit. DM jika tidak dikelola dengan baik akan mengakibatkan terjadinya berbagai penyakit menahun, seperti penyakit *serebro vaskuler*, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah tungkai, penyakit pada mata, ginjal dan syaraf. Jika kadar glukosa darah dapat selalu dikendalikan dengan baik, diharapkan semua penyakit menahun tersebut dapat dicegah, paling sedikit dihambat (Waspadji, 2005).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diit pada pasien *Diabetes Mellitus* tipe 2 rawat jalan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Subjek penelitian adalah pasien di rawat jalan poliklinik gizi RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso yang telah didiagnosa menderita DM tipe 2 baik pasien yang telah berulang kali berkunjung atau baru berkunjung. Penelitian dilakukan dari bulan September sampai dengan November 2011. Tempat penelitian dilakukan di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri dengan pertimbangan karena prevalensi DM termasuk dalam 10 besar keadaan morbiditas pasien rawat jalan tahun 2009.

Populasi dalam penelitian adalah semua pasien yang berada di Instalasi Rawat Jalan dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri, yang memenuhi kriteria inklusi yaitu menderita DM tipe 2, menjalani rawat jalan dan bertempat tinggal di wilayah Kecamatan Wonogiri sedangkan kriteria eksklusi yang ditetapkan yaitu pasien DM tipe 2 dengan komplikasi. Sampel yang digunakan berjumlah 30 orang dengan cara consecutive sampling.

Pengumpulan data meliputi pengumpulan data primer yang meliputi umur, pendidikan, alamat dan kepatuhan diit serta data tentang dukungan keluarga. Sedangkan data sekunder yang dikumpulkan berupa catatan medis dari subjek penelitian yang diperoleh dari poliklinik rawat jalan RSUD

Cara pengambilan data primer melalui kuesioner yang terbagi menjadi 2 bagian kuesioner, yaitu kuesioner dukungan keluarga dan kuesioner kepatuhan diit. Sebelum pengambilan data diawali dengan memberikan *Informed Consent* untuk mendapatkan persetujuan penderita DM yang dijadikan responden. Analisis data dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*.

Hasil dan Pembahasan

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri berlokasi di Jl. Ahmad Yani NO. 40 Wonogiri dengan luas area sebesar : 45.330 m² dan luas bangunan : 10.500 m². Operasional sebagai rumah sakit tipe D pada tanggal 13 Januari 1956 berdasarkan ijin operasional dari Departemen Kesehatan, dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah Wonogiri. Sejalan dengan perkembangan tuntutan masyarakat terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik, maka pembenahan pelayanan dilakukan dengan membawa peningkatan terhadap tipe rumah sakit menjadi tipe C pada tanggal 11 Juni 1983.

Poliklinik gizi di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Kabupaten Wonogiri berada dalam satu ruang dengan poliklinik penyakit dalam. Luas ruangan 5 x 3 m², dengan fasilitas berupa timbangan berat badan, alat ukur tinggi badan, leaflet gizi, lembar balik dan buku register pasien. Pelayanan dibuka dari hari Senin sampai dengan hari Jumat dengan jam pelayanan dari jam 8.00 sampai dengan jam 13.00.

Materi yang diberikan dalam penyuluhan di poliklinik gizi adalah pentingnya diit yang harus dijalankan untuk proses perbaikan keadaan, penjelasan tentang pola makan yang harus diperhatikan meliputi ketepatan jumlah kalori, jadwal makan dan jenis makanan, serta informasi lain yang berkaitan dengan olah raga dan faktor lain yang secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap kesehatan. Tujuan dari penyuluhan tersebut adalah memberikan penjelasan tentang diit yang harus dijalankan, serta memberikan dorongan kepada pasien dan keluarganya supaya dapat menjalankan diit dengan baik.

Sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 penderita DM tipe 2 yang melakukan kunjungan di poliklinik gizi. Data yang dikumpulkan untuk mendukung penelitian ini adalah: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status gizi responden. Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga, kepatuhan diit yang meliputi ketepatan jumlah energi, ketepatan jadwal makan dan ketepatan jenis makanan

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Berdasarkan hasil pengumpulan data karakteristik responden menurut umur dapat dilihat pada **Tabel 1**.

Tabel 1. Distribusi responden berdasarkan kelompok umur

No.	Umur	Jumlah	Persentase
1.	Tua (> 65 tahun)	3	10 %
2.	Dewasa muda (25 – 45 tahun)	5	16,7 %
3.	Dewasa tua (46 – 65 tahun)	22	73,3 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 1 menunjukkan bahwa kelompok dewasa tua (46 – 65 tahun) mempunyai persentase terbanyak sebesar 73,3%. Hal ini dapat dipahami karena DM tipe 2 terdiagnosa pada usia pertengahan (lebih dari 30 tahun) dan manifestasi klinik dari awal terdiagnosa menurut Price (1997) dibutuhkan waktu 15-20 tahun.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin responden mempunyai prosentase yang sama dan dapat dilihat pada **Tabel 2**.

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

No.	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1.	Laki – laki	15	50 %
2.	Perempuan	15	50 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 2 menunjukkan bahwa distribusi jenis kelamin laki-laki dan perempuan adalah sama yaitu 50%. Dilihat dari dari populasi DM tipe 2 menurut Corwin (2001) pasien dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada pasien laki-laki. Hal ini juga didukung oleh penelitian Satoto (1998) yang menyatakan bahwa prevalensi penyakit degeneratif terutama DM tipe 2 lebih banyak pada perempuan karena prevalensi obesitas perempuan 5,9 % sedangkan pada laki-laki hanya 2,5%.

c. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil pengumpulan data karakteristik responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada **Tabel 3**.

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan

No.	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	SMP	4	13,3 %
2.	SD	7	23,4 %
3.	Akademi / Perguruan Tinggi	9	30 %
4.	SMA	10	38,3%
	Jumlah	30	100 %

Tingkat pendidikan responden berdasarkan **Tabel 3** dapat diketahui bahwa persentase terbesar adalah SMA sebesar 38,3%. Berdasarkan penelitian Satoto (1998) menyatakan bahwa penyakit endokrin terutama DM akan lebih menonjol khususnya diantara penduduk yang berada di wilayah perkotaan dan berpendidikan tinggi.

d. Pekerjaan

Data karakteristik responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada **Tabel 4**.

Tabel 4. Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan

No.	Pekerjaan	Jumlah	Persentase
1.	Swasta	3	10 %
2.	Ibu rumah tangga	4	13,3%
3.	Tani	5	16,7%
4.	Dagang	5	16,7%
5.	PNS/Pensiunan	10	33,3%
	Jumlah	30	100 %

Jenis pekerjaan responden berdasarkan **Tabel 4** menunjukkan bahwa persentase terbesar adalah PNS / Pensiunan sebesar 33,3%. Satoto (1998) mengemukakan bahwa penyakit endokrin dan metabolisme terutama DM akan lebih menonjol khususnya diantara penduduk diwilayah perkotaan dan berpendidikan tinggi. Jenis pekerjaan PNS / Pensiunan lebih cenderung pada tingkat pendidikan SMA ke atas sesuai dengan distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan.

e. Status Gizi

Berdasarkan hasil pengumpulan data karakteristik responden menurut status gizi berdasarkan Berat Badan Relatif (BBR) dapat dilihat pada **Tabel 5**.

Tabel 5. Distribusi responden berdasarkan status gizi berdasarkan BBR

No.	Status Gizi	Jumlah	Persentase
1.	Kurang	12	40 %
2.	Normal	12	40 %
3.	Lebih	6	20 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 5 menunjukkan bahwa status gizi normal dan kurang mempunyai persentase yang sama yaitu 40%. Jumlah status gizi lebih (obesitas) berjumlah 20%. Hal ini mungkin disebabkan karena karakteristik responden yang diambil berada pada kisaran usia 46 sampai 65 tahun dengan persentase 73,3% sehingga kemungkinan obesitas menjadi kecil. Gibney (2008) menyatakan bahwa obesitas merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya DM tipe 2, meskipun angka obesitas ditemukan rendah tetapi terjadinya intoleransi glukosa juga akan mempengaruhi

2. Dukungan Keluarga

Distribusi dukungan keluarga pada responden dari hasil penelitian dapat dilihat pada **Tabel 6**.

Tabel 6. Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga

No	Status Gizi	Jumlah	Persentase
1.	Tidak baik	9	30 %
2.	Baik	21	70 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 6 menunjukkan bahwa dukungan keluarga untuk pada pasien DM tipe 2 dengan kategori baik sebesar 70%. Hal ini mungkin disebabkan karena sebagian besar pasien menderita DM cukup lama yang dapat dilihat dari kunjungan ulang yang dilakukan di rumah sakit sehingga anggota keluarga sudah memahami dan mengerti keadaan yang menimpa salah satu anggota keluarganya. Niven (2002) menyatakan bahwa dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain merupakan faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program diet yang dijalankan. Keluarga dapat membantu mengurangi ketidakpedulian yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

3. Kepatuhan Diet

a. Ketepatan jumlah energi

Ketepatan jumlah energi dihitung dari makanan yang dikonsumsi selama 3 hari kemudian diambil rata-rata dan dibandingkan dengan rekomendasi kebutuhan secara individual. Distribusi ketepatan jumlah energi dari responden dapat dilihat pada **Tabel 7**.

Tabel 7. Distribusi responden berdasarkan ketepatan jumlah energi

No	Kategori	Jumlah	Persentase
1.	Kurang	7	23,3 %
2.	Baik	16	53,4 %
3.	Lebih	7	23,3 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 7 menunjukkan bahwa ketepatan jumlah energi dari responden dengan kategori baik sebesar 53,4%. Hal ini disebabkan karena pemilihan bahan makanan, takaran makan dan cara pengolahan yang dilakukan sebagian besar sudah tepat. Pemilihan bahan makanan yang cenderung banyak serat dengan takaran makan yang sesuai dengan anjuran diet serta cara pengolahan yang tidak banyak menggunakan karbohidrat sederhana (gula) akan berpengaruh pada jumlah energi yang dikonsumsi.

b. Ketepatan Jadwal Makan

Ketepatan jadwal makan dihitung dari frekuensi makanan utama dan makanan selingan. Frekuensi makan di hitung selama 3 hari kemudian diambil rata-rata dan dibandingkan dengan rekomendasi frekuensi makan. Distribusi ketepatan jadwal makan dari responden dapat dilihat pada **Tabel 8**.

Tabel 8. Distribusi responden berdasarkan ketepatan jadwal makan

No.	Kategori	Jumlah	Persentase
1.	Tidak baik	17	56,7 %
2.	Baik	13	43,3 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 8 menunjukkan bahwa ketepatan jadwal makan dari responden dengan kategori tidak baik sebesar 56,7%. Hal ini mungkin disebabkan karena kesibukan dari responden dengan latar belakang jenis pekerjaan yang berbeda sehingga kemungkinan untuk menepati jadwal makan 3 kali makan dan 3 kali selingan lebih sulit.

c. Ketepatan Jenis Makanan

Ketepatan jenis makanan dihitung dengan cara menjumlahkan penggunaan karbohidrat sederhana selama 3 hari kemudian diambil rata-rata dan dibandingkan dengan rekomendasi yang dihitung secara individual. Klasifikasi ketepatan jenis makanan dari responden dapat dilihat pada **Tabel 9**.

Tabel 9. Distribusi responden berdasarkan ketepatan jenis makanan

No	Kategori	Jumlah	Persentase
1.	Tidak baik	3	10 %
2.	Baik	27	90 %
	Jumlah	30	100 %

Tabel 9 menunjukkan bahwa ketepatan jenis makanan dari responden dengan kategori baik sebesar 90%. Hal ini disebabkan karena konsumsi karbohidrat sederhana (gula) dan cara pengolahan dengan menggunakan karbohidrat sederhana amat terbatas dalam menu sehari-hari yang dilakukan oleh anggota keluarga dari responden maupun dari responden sendiri.

4. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ketepatan Jumlah Energi

Distribusi silang dukungan keluarga dan ketepatan jumlah energi dapat dilihat pada **Tabel 10**.

Tabel 10. Hasil uji analisis hubungan dukungan keluarga dengan ketepatan jumlah energi

Dukungan Keluarga	Tepat Energi						Total		
	Kurang		Baik		Lebih		Σ	%	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
Tidak Baik	3	33,3	5	55,5	1	11,2	9	100	0,000
Baik	4	19	11	52,4	6	28,6	21	100	

Tabel 10 menunjukkan bahwa penderita yang dukungan keluarga tidak baik 33,3% kurang tepat jumlah energi yang dikonsumsi, dan pada dukungan keluarga yang baik 19% kurang tepat energi yang dikonsumsi. Pasien yang dukungan keluarga tidak baik 55,5% atau 5 pasien tepat energi yang dikonsumsi dan pada dukungan keluarga baik 52,4% atau 11 pasien tepat energi yang dikonsumsi.

Faktor-faktor yang menyebabkan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan yang positif terhadap ketepatan jumlah energi yang dikonsumsi dapat dilihat dari pemilihan bahan makanan, takaran makan dan cara pengolahan yang dilakukan dari responden. Pemilihan bahan makanan yang cenderung banyak serat dengan takaran makan sesuai dengan anjuran diet dan cara pengolahan yang tidak banyak menggunakan karbohidrat sederhana akan berpengaruh pada ketepatan jumlah kalori yang dikonsumsi. Dukungan keluarga dalam bentuk menyediakan kebutuhan makan dan minum untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan menurut Friedman (1988) merupakan bentuk dukungan instrumental karena keluarga sumber pertolongan yang praktis dan konkrit.

Dukungan keluarga sebagai sarana dalam mendukung kepatuhan diet dalam hal ini ketepatan jumlah energi yang dikonsumsi akan lebih mudah dicapai dengan adanya komunikasi yang jelas dan secara langsung. Potter dan Perry (2006) menyatakan bahwa komunikasi yang jelas akan meningkatkan pemecahan masalah dan dapat mengambil solusi dari permasalahan sehingga dapat

mengurangi tingkat stres yang bisa membahayakan kelangsungan hidup. Dukungan keluarga dari suami atau istri, saudara kandung atau dukungan dari anak untuk bisa menikmati hidangan yang disajikan berdasarkan kesepakatan keluarga sangat diperlukan. Penderita DM perlu mengingat ukuran dari setiap jenis makanan itu boleh dikonsumsi. Kemahiran untuk dapat menggunakan bahan penunjang makanan sangat diperlukan, sehingga makanan penderita DM dapat bervariasi sesuai dengan cara pengolahan yang disepakati oleh anggota keluarga dan yang lebih penting adalah penderita tidak merasa diasingkan dari lingkungan keluarga karena harus mengkonsumsi makanan yang berbeda (Moehyi,1999).

Dukungan keluarga juga menjadi faktor yang penting yang mempengaruhi kepatuhan, diharapkan anggota keluarga mampu untuk meningkatkan dukungannya sehingga ketidaktaatan terhadap program diet yang akan dilaksanakan lebih dapat dikurangi. Riset telah menunjukkan bahwa jika kerja sama anggota keluarga sudah terjalin, ketaatan terhadap program-program medis yang salah satunya adalah program diet menjadi lebih tinggi (Smet, 1994).

Program diet yang dilaksanakan akan lebih berhasil jika anggota keluarga melakukan modifikasi perilaku yang bisa dilakukan dengan cara-cara sederhana di dalam rumah seperti:

a. Pengelolaan diri (*self-management*)

Kegiatan yang bisa dilakukan antara lain pasien dianjurkan untuk mencatat waktu, ukuran dan jenis makanan yang dikonsumsi.

b. Pengingatan

Kegiatan yang bisa dilakukan antara lain memberikan tanda pada jam makan dan memberikan semangat untuk menghabiskan makanan sesuai porsi yang sudah ditentukan

c. Penguatan (*reinforcement*)

Kegiatan ini dapat dilakukan dengan memberikan hadiah yang digunakan untuk meningkatkan ketaatan terhadap program diet.

d. Pengawasan yang ditingkatkan (*increased supervision*)

Kegiatan yang bisa dilakukan adalah mendiskusikan dengan anggota keluarga tentang masalah yang berhubungan dengan kepatuhan diet.

e. Meningkatkan keterlibatan orang tua dan monitor diri (*self monitoring*) (Smet, 1994).

Hasil kuesioner dukungan keluarga menunjukkan hasil bahwa keterlibatan anggota keluarga telah melakukan sebagian besar modifikasi perilaku seperti uraian di atas. Hasil ini juga didukung oleh penelitian dari Eko Haryono (2009) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan terhadap kepatuhan diet pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Godean I Sleman Yogyakarta.

Hasil ini diperkuat dengan uji *Pearson Product Moment* yang menunjukkan nilai p sebesar nilai 0,000 dan nilai tersebut lebih kecil dari 0,05 maka hasil ini berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ketepatan jumlah energi yang dikonsumsi pada pasien DM tipe 2 di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

5. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ketepatan Jadwal Makan

Distribusi silang dukungan keluarga dengan ketepatan jadwal makan dapat dilihat pada **Tabel 11**.

Tabel 11. Hasil uji analisis hubungan dukungan keluarga dengan ketepatan jadual makan

Dukungan Keluarga	Tepat Jadual				Total		p
	Tidak Tepat		Tepat		Σ	%	
	N	%	n	%			
Tidak Baik	8	88,9	1	11,1	9	100	0,001
Baik	9	42,9	12	57,1	21	100	

$p = \text{Uji Pearsons Product Mommment}$

Tabel 11 menunjukkan penderita yang tidak baik dukungan keluarga 88,9% tidak tepat jadual makan dan pada dukungan keluarga baik 42,9% tidak tepat jadual makan. Pasien dengan dukungan keluarga tidak baik sebanyak 11,1% tepat jadual makan dan pada dukungan keluarga baik 57,1% tepat jadual makan .

Hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan menurut Smet (1994) secara umum dapat disimpulkan bahwa orang – orang yang merasa menerima motivasi, perhatian dan pertolongan yang dibutuhkan dari seseorang atau kelompok orang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis dari pada pasien yang kurang merasa mendapat dukungan keluarga. Hal ini memperkuat bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap ketepatan jadual makan penderita DM, walaupun para penderita tersebut dari jenis pekerjaan yang berbeda ketaatan untuk menepati jadual makan menjadi prioritas utama yang harus dilakukan. Jenis pekerjaan yang berbeda dengan jam kerja yang bervariasi tidak menjadi kendala dalam mentaati jadual makan. Perilaku ini sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, dan untuk menumbuhkan serta mempertahankan kebiasaan tersebut dibutuhkan kontrol dari anggota keluarga.

Salah satu syarat untuk menumbuhkan kepatuhan diit dalam hal ini ketepatan jadual makan adalah menentukan tujuan dari kepatuhan tersebut. Tujuan dari kepatuhan tersebut adalah membiasakan diri untuk makan tepat waktu adalah supaya tidak terjadi perubahan pada kadar glukosa darah. Niven (2002) menyatakan bahwa seseorang akan dengan senang hati mengemukakan tujuan mengikuti program diit jika seseorang memiliki keyakinan dan sikap positif terhadap diit dan keluarga serta teman mendukung keyakinan tersebut. Penelitian dari Sunarni menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan jadual menjalani hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronis di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

Hasil ini diperkuat dengan uji *Pearson Product Moment* yang menunjukkan nilai p sebesar nilai 0,001 dan nilai tersebut lebih kecil dari 0,05 maka hasil ini berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ketepatan jadual makan pada pasien DM tipe 2 di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

6. Analisis Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ketepatan Jenis Makanan

Distribusi silang dukungan keluarga dengan ketepatan jenis makanan dapat dilihat pada **Tabel 12**.

Tabel 12. Hasil uji analisis hubungan dukungan keluarga dengan ketepatan jenis makanan

Dukungan Keluarga	Tepat Jenis				Total		p
	Tidak Tepat		Tepat		Σ	%	
	n	%	n	%			
Tidak Baik	0	0	9	100	9	100	0,000
Baik	3	14,3	18	85,7	21	100	

$p = \text{Uji Pearsons Product Mommment}$

Tabel 12 menunjukkan bahwa pada dukungan keluarga baik 14,3% tidak tepat jenis makanannya, pada pasien dengan dukungan keluarga tidak baik 100% atau 9 pasien tepat jenis makanannya dan pada dukungan keluarga yang baik 85,7% atau 18 pasien tepat jenis makanannya.

Faktor-faktor yang menyebabkan bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan dengan ketepatan jenis makanan yang dikonsumsi dapat dilihat dari cara pengolahan dan penggunaan karbohidrat sederhana yang terbatas dalam menu sehari-hari yang dilakukan oleh anggota keluarga dari responden maupun dari responden itu sendiri. Niven (2002) menyatakan bahwa dukungan keluarga dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain merupakan faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program diet yang dijalankan. Keluarga dapat membantu mengurangi ketidakpedulian yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan, dan seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

Friedman (1988) menyatakan bahwa dukungan keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan terapi agar dapat mempertahankan status kesehatan keluarga. Dukungan keluarga yang berupa perhatian, emosi, informasi, nasehat, motivasi maupun pemahaman yang diberikan oleh sekelompok anggota keluarga terhadap anggota keluarga yang lain sangatlah dibutuhkan. Tujuan dari kegiatan tersebut adalah untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikis oleh pihak penerima dukungan sehingga pihak penerima dukungan akan semakin produktif, kreatif dan bisa mengaktualisasikan potensi diri sepenuhnya. Dukungan keluarga ini juga berperan dalam pengaturan pola makan pasien terutama dari pemilihan makanan sehari-hari yang didukung oleh penelitian dari Eko Haryono (2009), yang menyatakan bahwa ada hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan diet pada penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Godean I Sleman Yogyakarta.

Hasil ini diperkuat dengan uji *Pearson Product Moment* yang menunjukkan nilai *p* sebesar nilai 0,000 dan nilai tersebut lebih kecil dari 0,05 maka hasil ini berarti ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ketepatan jenis makanan yang dikonsumsi pada pasien DM tipe 2 di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri.

Penutup

Kesimpulan dari penelitian ini yaitu ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ketepatan jumlah energi, ketepatan jadwal makan dan ketepatan jenis makanan.

Daftar Pustaka

- Almatsier, A, 2004, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Gramdia Pustaka Utama, Jakarta
- Ambari, PKM, 2010, *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan Di Rumah Sakit*, <http://eprints.undip.ac.id>
- Aprianawati RB, Sulistyorini IR, 2008, *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kecemasan Ibu Hamil Menghadapi Kelahiran Anak Pertama pada Masa Triwulan Ketiga*, <http://skripsistikes/files.wordpress.com/2009>
- Corwin, JE, 2001, *Buku Saku Patofisiologi*, EGC, Jakarta
- Friedman, M, 1998, *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*, EGC, Jakarta
- Gibney, JM, et al, 2009, *Gizi Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta : 407 – 418
- Gibson, R.S. 2005, *Principles Of Nutrition Assesmant*, , Oxford University Press, New York

- Hartono, A, 2006, *Terapi Gizi dan Diet Rumah Sakit*, EGC, Jakarta : 132 – 147
- IYW, 2005, *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Perubahan Respon Sosial Emosional Pasien HIV-AIDS*, <http://ners.unair.ac.id>
- Moehyi, 1999, *Pengaturan Makanan dan Diet Untuk Penyembuhan Penyakit*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Niven N, 2002, *Psikologi Kesehatan*, Rhineka Cipta, Jakarta
- Nursalam, 2003, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi dan Instrumen Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta : 81 – 126
- Norhayati, D,L, 2009, *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Terhadap Tindakan Dukungan Kontrol Gula Darah Pada Penderita DM di Kab. Ponorogo*, Thesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga, Surabaya : 1
- Potter & Perry, 2006, *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktek Edisi 4*, EGC, Jakarta : 612 – 633
- Price, AS & Wilson, ML, 1997, *Patofisiologi Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit*, EGC, Jakarta
- Saragih, DA, 2010, *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUP Haji Adam Malik Medan*, <http://Repository.usu.ac.id>
- Sastroamidjojo, S, dkk, 2000, *Pegangan Penatalaksanaan Nutrisi Pasien*, Persatuan Dokter Gizi Medik Indonesia, Jakarta : 98 – 103
- Sastroasmoro, Sudigdo, Sofyan Ismael, 2002, *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Bina Rupa Aksara, Jakarta
- Setiadi, 2008, *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*, Graha Ilmu, Yogyakarta : 1 – 21
- Sunarni, 2009, *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Menjalani Hemodialisa pada Pasien GGK di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*, Skripsi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta, Surakarta : 1- 30
- Supariasa, I.D.N., Bacyar, B, Ibnu F, 2002, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta
- Suprajitno, 2004, *Asuhan Keperawatan Keluarga, Aplikasi dan Praktek*, EGC, Jakarta : 1 – 35
- Suyono, S dkk, 2007, *Pedoman Diet Diabetes Mellitus*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta : 1 – 42
- Tjokpropawiro A, 2003, *Diabetes Mellitus, Klasifikasi, Diagnosis dan Terapi*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta : 1 – 21
- Tjokpropawiro A, 2006, *Hidup Sehat dan bahagia Bersama Diabetes Mellitus*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta : 1 – 51
- Waspadji, S, 2007, *Penatalaksanaan DM terpadu*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta