

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN HAMBATAN DIET DIABETES MELLITUS  
PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
WONOSARI KABUPATEN BONDOWOSO**

*(The Factors Related To Barrier Of Diet Diabetes Mellitus On Diabetes Mellitus Tipe 2  
Patient At Wonosari Public Health Center Bondowoso District)*

**Rondhianto\***

***Abstract***

Diabetes mellitus type 2 (DM type 2) is chronic disease that needed long term treatment. Diet plays an important role in the management of diabetes, and a suboptimal diet is a commonly identified problem. The objectives of the research are analyzed factors that related to diet barrier on diabetic patient tipe 2 (individual characteristic, family function and family support). The research is corelational study with 30 outpatient in Wonosari Public Health Center, Bondowoso District. Patients reported on their perception of family functioning, family support for diet, and barriers to diet self-care. The Result of the study indicated, family functioning and family support for diet self-care was related to perceived barriers to diet with negative correlation. (R value = 0,899, double correlation family functioning and family support with perceived barriers to diet). Adjusted R value = 0,794, indicated family functioning and family support contributed 79,4 % to perceived barriers to diet. F value 0,00 <0,05 on double regression explained that family functioning and family support, had influence to perceived barriers to diet. Although individual characterictic have correlation with perceived barriers to diet, but it is not significant (p value > 0,05). The conclusions of the research are family functioning and family support have negative correlation with perceived barriers to diet. As family support for diet increased, perceived barriers to diet decreased. Family approach on diabetic management, especially diet DM education can improve patient self care diabetic management and their family.

***Keywords :*** *family function, family support, diet DM barrier, Diabetes Mellitus type 2*

**PENDAHULUAN**

Diabetes Mellitus tipe 2 (DM tipe 2) merupakan kelainan metabolisme glukosa yang terjadi ketika tubuh mengalami resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif (ADA, 2010). Oleh karena penyakit ini merupakan penyakit kronik, maka penderita memerlukan

\* *Rondhianto adalah Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember*

pengobatan dan perawatan diri secara mandiri secara berkelanjutan seumur hidupnya. Menurut PERKENI (2006) pengelolaan diabetes memerlukan 4 pilar, yaitu pengobatan, latihan jasmani, edukasi dan perencanaan diet yang tepat. Penderita DM tipe 2, terkadang menemui berbagai kendala dalam pengelolaan penyakitnya, terutama terkait dengan diet. Menurut Waspadji (2007), walaupun penderita sudah mendapatkan edukasi atau penyuluhan terkait dengan perencanaan makan, lebih dari 50 % pasien tidak melaksanakannya. Hasil studi pendahuluan terhadap penderita DM di wilayah kerja Puskesmas Wonosari didapatkan 80 % (8 dari 10 orang penderita DM) mengeluhkan mengalami hambatan dalam diet DM. Hal ini diketahui karena sebagian besar dari mereka merasa bahwa mereka mengalami kebosanan dalam melaksanakan program diet akibat kurangnya variasi makanan yang diberikan petugas kesehatan juga kurangnya dukungan keluarga terhadap diet yang seharusnya penderita jalani.

Perencanaan diet yang tepat pada pasien DM merupakan salah satu kunci dalam pengelolaan kontrol gula darah. Menurut Suyono di dalam Waspadji (2007), meskipun majunya riset di bidang pengelolaan DM dengan ditemukannya berbagai jenis insulin dan obat oral mutakhir, diet masih tetap merupakan pengobatan yang utama pada penatalaksanaan diabetes, terutama pada DM tipe 2. Tujuan penatalaksanaan diet DM adalah mencapai dan mempertahankan kadar gula darah, lipid, berat badan dalam tingkatan mendekati normal, mencegah komplikasi akut dan kronis serta meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

Menurut Glasgow dan Tobert (1988) ketidakadekuatan pengelolaan diet seringkali ditemukan pada manajemen penyakit DM. Glasgow, dkk (2001) menyatakan bahwa ada beberapa hambatan yang dialami oleh pasien dalam menjalankan kepatuhan menjalankan diet DM. Hambatan terhadap kemampuan melakukan perawatan seringkali dihubungkan dengan faktor lingkungan dan faktor pasien itu sendiri yang akan mempengaruhi kemampuan pasien dalam mengikuti rekomendasi regimen pengobatan. Bagi seorang penderita DM yang rata-rata sudah lanjut usia, dukungan keluarga menjadi penting baginya untuk mengatasi hambatan-hambatan tersebut. Penatalaksanaan kesehatan yang berpusat pada keluarga menurut Rifki (2009) akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Peran aktif keluarga dalam memberikan dukungan perlu ditingkatkan karena keluarga memerankan peran yang sangat penting dalam memberikan dukungan pada anggota keluarganya yang menghadapi stresor kehidupan. Sehingga peran keluarga menjadi penting sekali untuk membantu penderita mempertahankan diet DM sesuai dengan perencanaan diet DM yang telah dibuat bersama petugas kesehatan.

Menurut Fisher, dkk (2000) struktur keluarga dan pengorganisasian dalam keluarga terkait dengan fungsi dan dukungan terhadap anggota keluarganya berhubungan dengan diet dan latihan yang baik pada pasien DM dan dukungan keluarga berhubungan dengan diet *self care*. Selain itu, pasien yang merupakan bagian dari keluarga yang sepanjang hidupnya selalu berinteraksi dengan anggota keluarga yang lain membutuhkan peran keluarga dalam hidupnya, termasuk dalam pengelolaannya penyakitnya. Tujuan dari penelitian ini adalah peneliti ingin menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan hambatan diet DM pada pasien DM Tipe 2, diantaranya karakteristik responden (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, tingkat penghasilan, lama sakit) dan fungsi serta dukungan keluarga terhadap hambatan diet DM pada pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat jalan di wilayah kerja Puskesmas Wonosari Kabupaten Bondowoso.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian korelasi dengan menggunakan sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 orang responden. Waktu penelitian pada bulan Maret-April 2012. Kriteria inklusi penelitian ini adalah berusia  $\geq 40$  tahun, Didagnosis menderita DM tipe 2, minimal menderita penyakit DM tipe 2 selama 1 tahun, mendapatkan pengobatan diabetes, hidup dalam lingkungan keluarga, dan bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent. Hidup dalam lingkungan keluarga adalah hidup dengan pasangan hidup (suami/istri), hidup dengan pasangan hidup (suami/istri) dan anak-anaknya, hidup dengan anak-anaknya, dan hidup dengan anggota keluarga lainnya (keponakan, dan lain-lain). Kriteria eksklusi penelitian ini adalah responden mengalami gangguan psikiatrik atau sedang menjalani pengobatan terhadap masalah psikiatrik dalam 6 bulan terakhir, sedang mengalami depresi dengan skor  $\geq 15$  (menggunakan kuesioner PHQDS : *Patient Health Questionnaire Deperession Screen*), sedang menjalani terapi insulin, mengalami komplikasi mayor, seperti: gangguan fungsi kognitif, penyakit ginjal kronik tahap akhir, gagal jantung kongestif, gangguan indera seperti : kebutaan, tuli, dan lain-lain.

Peneliti menjelaskan tujuan penelitian ini kepada pasien, ketika pasien berkunjung ke Puskesmas dan dilakukan skrining untuk mengetahui apakah klien bisa dijadikan responden sesuai kriteria inklusi dan eksklusi. Setelah pasien ditetapkan sebagai responden, keluarga yang mengantarkan pasien diminta keluar dari ruangan periksa dan kemudian klien diberikan kuesioner dan diminta untuk mengisi kuesioner tersebut, meliputi karakteristik responden ((jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, tingkat penghasilan, lama sakit) dan juga kuesioner kuesioner *Barrier to Diet Self Care Scale*, *Diabetes Family Behavior Checklist II (DFBC-II)*, *Family APGAR Scale*.

Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dengan dua cara, yaitu analisis deskriptif dan analisis inferensial. Analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan karakter responden dan variabel penelitian. Karakteristik responden yang berbentuk kategorik (jenis kelamin, tingkat pendidikan) disajikan dalam bentuk proporsi. Sedangkan variabel yang berbentuk numerik (missal : umur, jumlah penghasilan, dan lama sakit) disajikan berupa nilai tendensi sentral dalam bentuk mean, median, modus dan deviasi standar dengan CI 95 %. Analisis inferensial menggunakan analisis statistik, yaitu uji korelasi dan uji regresi berganda. Uji korelasi digunakan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik responden dengan hambatan diet DM, sedangkan uji regresi berganda digunakan untuk mengetahui hubungan fungsi keluarga dan dukungan keluarga yang merupakan variabel bebas yang digunakan sebagai prediktor variabel tergantung yaitu hambatan diet DM. Analisis inferensial digunakan untuk menguji signifikansi variabel penelitian dengan menggunakan bantuan dari *soft ware* SPSS dengan tingkat kesalahan ( $\alpha = 5\%$ ). Hipotesis diterima jika  $p < 0,05$ .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 30 orang responden, karakteristik responden dapat dilihat pada tabel 1, tabel 2, dan tabel 3. Usia responden rata-rata adalah 51,57 tahun, penghasilan rata-rata adalah 2,323 juta dengan lama sakit rata-rata 24,37

bulan. Selain itu, sebagian besar pendidikan responden adalah SLTA (53,33 %) dan jenis kelamin mayoritas adalah perempuan (63,30 %). Rata-rata dukungan keluarga berada pada skor 6,43. Fungsi keluarga rata-rata skornya adalah 15,10 dan hambatan diet yang dialami oleh penderita DM, rata-rata skornya adalah 24,93

**Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia, Penghasilan dan Lama Sakit di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Periode Maret-April 2012**

No	Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks.
1	Usia (tahun)	51.57	52.50	45	7,281	40-65
2	Penghasilan (ribuan rupiah)	2.323,33	2.250,00	1.500	799,863	1.000-4.000
3	Lama Sakit (bulan)	24.37	26	12	9,368	8- 42

**Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Periode Maret-April 2012**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	11	36,70 %
		Perempuan	19	63,30 %
2	Tingkat Pendidikan	SLTP	10	33,33 %
		SLTA	16	53,33 %
		D3 dan S1	4	13,33 %

**Tabel 3. Gambaran Dukungan Keluarga, Fungsi Keluarga dan Hambatan Diet DM di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Periode Maret-April 2012**

No	Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min- Maks.
1	Dukungan keluarga	6.43	6	6	1,104	4-8
2	Fungsi Keluarga	15.10	15	14	1,918	12-19
3	Hambatan diet DM	24.93	26	14	7,372	14-38

**Tabel 4. Analisis Regresi Linier Sederhana Karakteristik Responden dengan Hambatan Diet DM**

Karakteristik Responden	Nilai korelasi (r)	Nilai p	Nilai R Square	Nilai t	Nilai p
Usia	- 0,160	0,199	0,026	- 0,857	0,399
Pendidikan	0,032	0,433	0,001	0,171	0,865
Jenis Kelamin	0,174	0,178	0,030	- 0,937	0,357
Lama Sakit	- 0,087	0,324	0,008	- 0,462	0,647
Penghasilan	0,105	0,290	0,011	0,558	0,581

Tabel 4 menunjukkan bahwa variabel usia dan lama sakit mempunyai korelasi negatif dengan hambatan diet, namun tidak signifikan ( $p > 0,05$ ), dengan kontribusi

pengaruh variabel usia dan jenis kelamin terhadap hambatan diet sebesar 2,6 % dan 0,8 %. Sedangkan variabel pendidikan, jenis kelamin dan penghasilan memiliki korelasi positif dengan hambatan diet, namun tidak signifikan (nilai  $p > 0,05$ ). Dimana kontribusi pengaruh variabel pendidikan terhadap hambatan diet sebesar 0,1%, variabel jenis kelamin 3 %, variabel penghasilan 1,1 %. Namun berdasarkan nilai  $t$  diketahui bahwa variabel usia, pendidikan, jenis kelamin, lama sakit dan penghasilan menunjukkan pengaruh secara parsial terhadap hambatan diet (nilai  $t = -8,857; 0,171; -0,937; -0,462$  dan  $0,558$ ). Namun jika dilihat nilai  $p$  pada masing-masing variabel yang menunjukkan nilai  $p > 0,05$ , maka secara statistik variabel usia, pendidikan, jenis kelamin, lama sakit dan penghasilan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap hambatan diet.

**Tabel 5. Hasil Analisis Koefisien Determinasi antara Dukungan Keluarga dan Fungsi Keluarga dengan Hambatan Diet DM**

Nilai R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of the Estimate
0,899	0,808	0,794	3,349

Nilai R sebesar 0,899 menunjukkan korelasi ganda (dukungan keluarga dan fungsi keluarga) dengan Hambatan Diet DM. Nilai Adjusted R 0,794 menunjukkan besarnya peran atau kontribusi variabel dukungan keluarga dan fungsi keluarga mampu menjelaskan variabel hambatan diet DM sebesar 79.4 %

**Tabel 6. Hasil Analisis Korelasi dengan ANOVA antara Dukungan Keluarga dan Fungsi Keluarga dengan Hambatan Diet DM**

Model	Sum of Square	df	Mean Square	F	Sig
Regression	1273.082	2	636.541	56.762	.000 <sup>a</sup>
Residual	302.785	27	11.214		
<b>Total</b>	<b>1575.867</b>	<b>29</b>			

Nilai signifikansi probabilitas F (F hitung) dalam regresi berganda sebesar  $0,000 < 0,05$  menjelaskan bahwa hipotesis penelitian ini, yaitu dukungan keluarga dan fungsi keluarga secara bersama-sama berpengaruh terhadap hambatan Diet DM diterima, berarti variabel dukungan keluarga dan fungsi keluarga secara bersama-sama berpengaruh terhadap hambatan diet DM.

**Tabel 7. Hasil Analisis Koefisien antara Dukungan Keluarga dan Fungsi Keluarga dengan Hambatan Diet DM**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
Konstan	74,108	4,951		14,967	0,000
Fungsi Keluarga	-2,163	0,532	-0,563	-4,066	0,000
Dukungan Keluarga	-2,568	0,924	-0,385	-2,780	0,010

Nilai probabilitas  $t$  hitung sebesar  $0.000 < 0.05$  menunjukkan hipotesis alternatif ( $H_{a1}$ ) diterima, yaitu fungsi keluarga secara parsial berpengaruh terhadap hambatan diet DM. dan Nilai probabilitas  $t$  hitung sebesar  $0.010 < 0.05$  menunjukkan hipotesis alternatif ( $H_{a2}$ ) juga diterima yang berarti dukungan keluarga secara parsial berpengaruh terhadap hambatan diet DM.

Pasien DM tipe 2 membutuhkan pengaturan atau manajemen diet DM yang tepat untuk mendapatkan kadar gula darah yang terkontrol, selain juga tentunya latihan fisik dan pengobatan medis, baik oral maupun injeksi (PERKENI, 2006). Hasil penelitian menunjukkan bahwa diet DM sangat terpengaruh oleh dukungan keluarga dan fungsi keluarga yang ada di lingkungan sekitar pasien. Tanpa mengesampingkan variabel karakteristik responden yang dimiliki oleh masing-masing responden, baik usia, pendidikan jenis kelamin, lama sakit dan penghasilan yang juga berhubungan terhadap hambatan diet. Walaupun dari hasil analisis statistik tidak signifikan.

Hasil uji regresi linier sederhana sebagaimana tercantum pada tabel 4 menunjukkan bahwa variabel usia dan lama sakit menunjukkan adanya hubungan yang negatif terhadap hambatan diet. Hal ini berarti bahwa semakin tua usia seseorang dan semakin lama sakit DM yang diderita seseorang akan mengakibatkan hambatan diet semakin turun. Responden berdasarkan tabel 1 mempunyai usia rata-rata 51,57 tahun sedangkan berdasarkan lama sakit rata-rata responden menderita penyakit selama 24,37 bulan. Usia tersebut merupakan usia pada masa dewasa pertengahan. Menurut Willie dan Schie (1999) di dalam Papalia (2008) pada usia dewasa pertengahan kemampuan kognitif perseptual dan numerik mengalami penurunan, namun kemampuan kognitif penalaran induktif, orientasi spasial, kosakata, dan memori verbal mengalami peningkatan. Selain itu, kecerdasan yang mengkristal (*crystalized intelligence*) cenderung meningkat. Usia dewasa pertengahan juga mengalami peningkatan kemampuan pemecahan masalah dan pemikiran integratif. Lama sakit juga berpengaruh terhadap penurunan hambatan diet, dimana menurut Walker (2007), semakin lama waktu sakit akan meningkatkan waktu penerimaan pasien terhadap penyakitnya. Sehingga hal ini akan berpengaruh pada semakin banyaknya informasi yang didapat pasien terhadap penatalaksanaan penyakit DM, termasuk juga pengelolaan diet DM yang harus dijalani dan cara mengatasi hambatan diet yang kemungkinan muncul.

Sedangkan berdasarkan tabel 4 juga dapat diketahui bahwa variabel pendidikan dan penghasilan memiliki hubungan yang positif dengan hambatan diet. Dimana semakin tinggi pendidikan dan penghasilan seseorang justru berdampak semakin meningkatnya hambatan diet DM yang dialami pasien DM. Hasil penelitian yang ini berkebalikan dengan pendapat Walker (2007), yaitu tingkat pendidikan dan penghasilan yang lebih tinggi berkontribusi dalam peningkatan pengelolaan DM, dimana pasien akan memiliki sumber daya ekonomi untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang lebih baik. Hal ini kemungkinan disebabkan semakin tinggi pendidikan seseorang dan tingkat penghasilan membuat pasien seringkali merasa bahwa akibat kebosanan makan sesuai diet DM, akhirnya mereka makan makanan apapun tidak masalah bagi mereka, karena dengan tingkat penghasilan dan akses informasi yang lebih luas mereka dapat dengan mudah mengakses pelayanan kesehatan yang diinginkan. Hal ini justru menimbulkan hambatan dalam diet DM yang seharusnya mereka patuhi.

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa nilai dukungan keluarga rata-rata dalam kategori sedang (6,43 dari rentang nilai 4-8). Hambatan diet yang dialami pun dikategorikan dalam kategori sedang (rata-rata 24,93 dari rentang 14-38). Skor fungsi keluarga walaupun dikategorikan dalam kategori keluarga fungsional, namun juga tidak terlalu tinggi (15,10; disfungsional <15). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden paling sering mendapatkan dukungan dari pasangannya. Dari hasil wawancara didapatkan bahwa hambatan keluarga dalam memberikan dukungan, sehingga nilainya tidak terlalu tinggi disebabkan sebagian besar anggota keluarga tidak mau makan, sebagaimana makanan yang harusnya dimakan oleh responden sesuai dengan regimen diet DM, keluarga juga merasa kesulitan untuk menyediakan dua menu yang berbeda, yaitu yang dimakan oleh pasien dan yang dimakan oleh anggota keluarga lainnya. Sehingga hal ini mengakibatkan responden mau tidak mau ikut makan sesuai diet anggota keluarga lainnya, tidak sesuai dengan regimen diet yang direkomendasikan. Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya keluarga belum bisa menjalankan perannya dengan baik. Menurut Neabel, Fothergill-Bourbonnais dan Dunning (2000), struktur dan fungsi keluarga menunjukkan bagaimana organisasi di dalam keluarga dimana setiap unit keluarga saling berhubungan satu dengan yang lainnya dan bagaimana anggota keluarga hadir dalam setiap masalah yang dihadapi oleh anggota keluarganya. Struktur keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuesioner Family APGAR sedangkan fungsi keluarga dapat diukur dengan kuesioner dukungan keluarga. Fungsi keluarga merupakan bentuk dukungan sosial dari keluarga kepada pasien.

Berdasarkan tabel 5, 6 dan 7 dapat diketahui bahwa dukungan keluarga dan fungsi keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap hambatan diet, yaitu menurunkan hambatan diet DM. Bahkan dari nilai R adjusted diketahui bahwa besarnya peran atau kontribusi variabel dukungan keluarga dan fungsi keluarga mampu menjelaskan variabel hambatan diet DM yang dialami oleh pasien DM tipe 2 sebesar 79.4 %. Hubungan negatif antara dukungan keluarga dengan hambatan diet DM sesuai dengan pendapat Olmedo dan Padilla (1978) bahwa dalam perawatan mandiri diketahui berhubungan dengan manajemen diabetes didasarkan pada bagaimana pola hubungan di dalam keluarganya.

Menurut Rifki (2009) keluarga merupakan *care giver* utama pada pasien DM. Pada fase pemulihan, pasien DM seringkali merasa sudah sembuh dan bosan dengan jadwal pengobatan yang dijalannya. Dalam hal ini tindakan keluarga pada faktor psikologis pasien amat membantu penyelesaian masalah yang dialami pasien. Fungsi dan dukungan keluarga yang optimal dalam hal ini dibuktikan dalam keikutsertaan dalam anggota keluarga lainnya dalam memadu pengobatan, diet dan latihan jasmani dan pengisian waktu luang yang positif bagi kesehatan pasien merupakan peran serta aktif keluarga yang akan mendukung keberhasilan penatalaksanaan DM. Adanya keterlibatan keluarga secara aktif merupakan bentuk keluarga yang fungsional dan dapat memberikan dukungan yang optimal dalam perawatan pasien dalam menyelesaikan segala masalah diabetes, dan juga melakukan pemantauan terhadap masalah sehari-hari yang dialami pasien. Selain itu, menurut Fikri (2009) indikator fungsi dan dukungan keluarga yang baik yang merupakan keberhasilan keluarga dalam menyelesaikan berbagai masalah yang dihadapi pasien adalah penderita DM dapat mengemukakan keluhan, kadar gula darah dalam rentang normal, tidak ada komplikasi berupa kecacatan fisik dan mental, pasien

dapat mandiri dalam penatalaksanaan DM sehari-hari dan menyelesaikan masalah yang muncul, dapat bekerja dan mempunyai kehidupan sosial yang layak sesuai kemampuannya, serta dapat menikmati kehidupan sosial dalam lingkungannya.

## **SIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa fungsi keluarga dan dukungan keluarga berhubungan dengan hambatan diet DM yang dialami oleh pasien DM dalam melakukan perawatan mandiri diet. Dukungan keluarga dan fungsi keluarga mempunyai hubungan negatif dengan hambatan diet DM pada pasien DM tipe 2 dalam mengikuti penatalaksanaan diet DM. Semakin tinggi dukungan dan fungsi keluarga akan menurunkan hambatan pasien dalam melaksanakan program diet DM. Pengetahuan tentang fungsi keluarga dan dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga sangat bermanfaat bagi pemberi pelayanan kesehatan dalam tatalaksana pasien DM secara paripurna.

### **Saran**

Penelitian lanjutan yang lebih mendalam juga dapat dilakukan untuk mengevaluasi faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap hambatan diet DM, seperti : faktor-faktor internal dan eksternal dari penderita, misal: faktor demografi dan etnisitas penderita, tipe kepribadian, dan lain-lain. Selain itu dapat juga dilakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan parameter objektif, yaitu perubahan KGD atau perubahan nilai Hb A1C dapat dilakukan untuk mengevaluasi pengaruh dukungan keluarga dan fungsi keluarga terhadap diet yang dilakukan pasien DM tipe 2.

Secara praktis, Puskesmas sebagai institusi pelayanan kesehatan primer dapat melakukan program penatalaksanaan diabetes dengan pendekatan keluarga sebagai salah satu bentuk intervensi pengelolaan DM, sehingga *outcome* yang dihasilkan akan lebih meningkat, yaitu berupa penurunan komplikasi penyakit dan peningkatan kualitas hidup pasien DM tipe 2. Dan perawat sebagai salah satu petugas kesehatan yang berada 24 jam dalam perawatan pasien diharapkan dapat mengaplikasikan konsep pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan DM, terutama pada saat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien DM tipe 2 sehingga akan lebih meningkatkan pengelolaan diabetes secara mandiri oleh pasien dan keluarga.

## **DAFTAR RUJUKAN**

ADA (American Diabetes Association). (2010). Standards of Medical Care in Diabetes 2010. *Journal of Diabetes Care*, Vol. 33, Supplement 1, January 2010, 11-61. Diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/> pada tanggal 10 Februari 2012.

- Fisher L, Chesla C, Skaff MM, Gilliss C, Mullan JT, Bartz RJ, Kanter RA, Lutz CP., (2000) *The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes*. *Journal of Diabetes Care* Volume 23, Supplement 3, 267-72. Diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/> pada tanggal 2 Februari 2012.
- Glasgow RE, Toobert DJ, (1988). Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Journal of Diabetes Care*, Vol.11, Supplement 5, 377-86. Diperoleh dari <http://care.diabetesjournals.org/> pada tanggal 10 Februari 2012.
- Glasgow, R.E., Tobbert D.J., Gillet C.D. (2001). Psychosocial Barrier to Diabetes Self Management and Quality of Life. *Journal of Diabetes Spectrum*. Volume 14. Number 1. 33-47. diperoleh dari <http://spectrum.diabetesjournals.org/>. pada tanggal 2 Maret 2012.
- Neabel B, Fothergill-Bourbonnais F, Dunning J. (2000) *Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997*. *Journal of Heart Lung* Volume 29, Supplement 3 196-209. Diperoleh dari <http://heart.lungjournals.org/> pada tanggal 2 Maret 2012
- Olmedo GM, Padilla AM. (1978), *Empirical and construct validation of a measure of acculturation for Mexican Americans*. *Journal of Soc Psych* Volume 105: 179-87. Diperoleh dari <http://www.soc.psych.journals.org/> pada tanggal 3 Maret 2012
- Papalia, D.E, Selly W. Old dan Ruth D. Feldman. (2008). *Human Development (Psikologi Perkembangan)*. Edisi kesembilan. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- PERKENI. (2006). *Konsensus Pengelolaan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006*. Diperoleh dari <http://perkeni.net/old/> pada tanggal 2 Januari 2011.
- Rifki, Nitra N., (2009) *Penatalaksanaan Diabetes dengan Pendekatan Keluarga*, Dalam Soegondo et al (Ed.). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*, Edisi ke-2, Jakarta : Balai Penerbit FK UI
- Tomey A.M. dan Alligood M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. 6<sup>th</sup> ed. USA: Mosby Elsevier
- Tjokroprawiro, A., (2010). *Rumus Klinik Praktis : Diabetologi-Endokrinologi-Metabolisme Bidang Penyakit Dalam Fokus : Diabetes*. Surabaya : PERKENI Cabang Surabaya.
- Walker. (2007). Importance of Illness Beliefs and Self Efficacy for Patients with Coronary Heart Disease. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 216-225. Diperoleh dari <http://www.ebscohost.com/>, pada tanggal 20 Maret 2011
- Waspadji, S. (2009). *Diabetes melitus, penyulit kronik dan pencegahannya*. Dalam Soegondo et al (Ed.). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI