



**HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN KELUARGA
DENGAN TINGKAT KEBERHASILAN PROGRAM
DIET PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIWATES
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM 142310101142

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018



**HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN KELUARGA
DENGAN TINGKAT KEBERHASILAN PROGRAM
DIET PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIWATES
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan di Program Studi Sarjana Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM 142310101142

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2018

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN KELUARGA
DENGAN TINGKAT KEBERHASILAN PROGRAM
DIET PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE 2
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KALIWATES
KABUPATEN JEMBER**

oleh

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM 142310101142

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Jon Hafan S, M.Kep.,Sp.Kep.MB

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Skripsi ini kepada:

1. Ibundaku dan Ayahanda yang sangat kuhormati, Syarifah Intan, S.Ag dan Miftakhul Munir, S.Ag yang dengan kesabarannya membesarkan dan mendidikan hingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir di Universitas Jember
2. Ibu Linda Fajarwati, M.Pd dan Bapak Anas Sofyan, S.Pd yang telah merawat peneliti selama menempuh pendidikan di Universitas Jember. Eyang Putri Hj.Maslucha dan Eyang kakung H.Fatawi serta seluruh keluarga besar yang selalu memberikan doa, semangat dan dukungan hingga peneliti dapat menyelesaikan pendidikan di Universitas Jember.
3. Guru-guru saya di TK 'Aisyiah Bustanul Adhfal 10 Dukun Gresik, MI YKUI Maskumambang Gresik, MTs YKUI Maskumambang Gresik, SMK Assa'adah Bungah Gresik dan seluruh dosen Fakultas Keperawatan Universitas Jember s
4. Ns. Rhondianto dan Ns. Tantut Susanto, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom., P.hD. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan semangat, motivasi dan dukungan selama peneliti di Universitas Jember, Ibu Hanny Rasni selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Jon Haffan S., M.Kep.,Sp.KMB yang selalu memberikan motivasi, bimbingan dan dukungan selama peneliti melakukan penelitian, Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep. dan Ns. Kholid Rosyidi M.N., MNS., selaku Pembimbing I dan Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ibu Atin, Ibu Elly dan Ibu Ika selaku petugas Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember yang telah membantu peneliti selama melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember.
6. Imam Junaidi yang selalu memberikan dukungan dan dorongan serta membantu peneliti sehingga dapat menyelesaikan penelitian ini.

7. Sahabatku Hamdani Rifki, Fajar Kharisma, Mila Yuni yang selalu memberikan dukungan, bantuan dan dorongan kepada peneliti hingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini
8. Mitsaliyah Safira, Rahmawati, Diana, Liya Minha, Afrida Hanum, M.Ibrahim Asrori yang selalu memberikan semangat dan doa
9. Seluruh keluarga besar kelas B 2014 Risyda, Nida, Tata, Nafi, Ayunda, Puji, Ulfi, Nuhita, Wulan, Santi, Ani, Eka Marta, Melvi, Arifah, Yuke, Ivatul, Novika, Dinda, Dewi, Diana, Linda Ayu, Devi, Dinar Maulida, Puput, Suswita, Klintia, Muiz, Alfian, Hermawan, Prasetyo, Warda, Devia, Nanda, Efi, Kholida dan angkatan 2014
10. Alamamterku



MOTTO

Wahai orang-orang yang beriman! Makanlah dari Rezeki yang baik yang kami berikan kepadamu dan bersyukurlah kepada Allah jika kamu hanya menyembah kepadanya
(Surat Al-Baqarah: 172)

Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman
(Surat Yunus: 57)

Dan bertakwalah kepada Allah yng dengan (mempergunakan) nama-Nya, kamu saling meminta satu sama lain dan (peliharalah) hubungan kekeluargaan. Sesungguhnya Allah selalu menjaga dan mengawasi kamu
(Surat An-nisa': 1)

*) Departemen Agama RI.2009.*Al-Quran dan Terjemahan*. Bandung: PT Sygma Exa Media Arkanleema.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM : 142310101142

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Diet di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Demikian pertanyaan ini saya buat dengan sebenar-sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari maupun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Januari 2018

Yang menyatakan,



Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM 142310101142



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember” karya Dinar Izzati Silvia Putri Ivani telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember pada:


hari, tanggal : Rabu, 24 Januari 2018

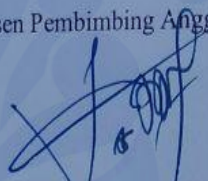
tempat : Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember


Mengetahui,

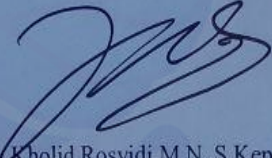
Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota


Hanny Rasni, M.Kep.
NIP 19761219 200212 2 003
Penguji I

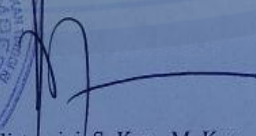

Ns. Jon Hafan S., M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP 19840102 201504 1 002
Penguji II


Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep.
NIP 19880510 201504 1 002


Ns. Kholid Rosyidi M.N., S.Kep., MNS.
NIP 760016843

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember


Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember;
Dinar Izzati Silvia Putri Ivani; 142310101142; 2018; halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
Nursing Faculty, University of Jember

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus (DM) is the degenerative disease that has increased every year, especially at age the end and the elderly. Lifestyle becomes one of the causes of type 2 DM in addition to family health history or hereditary factors. controlling lifestyle can be by planning a meal or diet with select and consume foods that are appropriate and not excessive. This research aims to know of the relationship of the role family with a success rate of diet programs on the client of type 2 DM in the work area Kaliwates public health center, Jember regency. The research design was descriptive analytic study with cross sectional. The research results showed that p value of Spearman Rank test was 0,891 ($p > \alpha$; $\alpha = 0,05$). The conclusion of the research is there was no relationship of the role family with a success rate of diet programs on the client of diabetes mellitus type 2 in the work area Kaliwates public health center, Jember regency. It is suggested that nurses can involve families by forming support group of family with client type 2 DM and involve the family in the treatment of type 2 DM.

Keyword : type 2 diabetes mellitus, the role family, diet

RANGKUMAN

Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember;

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani; 142310101142; 2018; halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Diabetes melitus (DM) tipe 2 merupakan salah satu penyakit degeneratif yang mengalami peningkatan pada usia dewasa akhir dan lanjut usia. Saat terdiagnosis kebanyakan dari klien sudah mengalami berbagai komplikasi penyakit. Padahal kita ketahui bahwa DM tipe 2 tidak dapat disembuhkan namun perlu mengontrol gula darah untuk mencegah terjadinya komplikasi. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya DM tipe 2. Gaya hidup menjadi salah satu penyebab DM tipe 2 selain riwayat kesehatan keluarga atau faktor keturunan. Pengendalian gaya hidup salah satunya dapat dilakukan dengan perencanaan makan atau diet dengan memilih dan mengonsumsi makanan yang sesuai dan tidak berlebihan serta tidak terlampau sedikit. Diabetes melitus setiap tahunnya mengalami peningkatan, Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk dalam 10 besar negara dengan klien DM sebesar 10 juta jiwa dan jumlah klien DM tipe 2 di Kabupaten Jember pada tahun 2016 sebanyak 10.941. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember.

Rancangan penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan teknik total sampling yaitu 41 klien DM tipe 2. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner pertama yang terdiri dari 12 pertanyaan pelaksanaan peran keluarga dengan kategori tidak aktif, kurang aktif, cukup aktif dan aktif. Kuesioner kedua yang terdiri dari 23 pertanyaan tingkat keberhasilan program diet dengan kategori tidak berhasil, kurang berhasil, cukup berhasil dan berhasil. Hasil pelaksanaan keluarga didapatkan hasil cukup aktif sebanyak 40 orang (97,6%) dan kurang aktif sebanyak 1 orang (2,4%). Hasil tingkat keberhasilan program diet sebagian besar klien berhasil 36 orang (87,8%) dan sebagian kecil cukup

berhasil 5 orang (12,2 %). Hasil uji statistika menggunakan *spearman rank* dengan *p-value* $> \alpha$ yaitu $0,891 > 0,05$ yang artinya tidak ada hubungan antara pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember.

Kesimpulan yang didapat adalah 97,6% klien DM tipe 2 cukup aktif pelaksanaan peran keluarga, sedangkan tingkat keberhasilan program diet klien DM tipe 2 adalah 87,8% menunjukkan kategori diet berhasil. Saran yang peneliti berikan perawat komunitas dapat membentuk *support group* yaitu perkumpulan sesama anggota keluarga dengan klien DM tipe 2 satu dengan yang lainnya untuk saling berbagi informasi mengenai penatalaksanaan DM tipe 2 dan melibatkan keluarga dalam penatalaksanaan DM tipe 2.

PRAKATA

Puji syukur Allah SWT, karena atas rahmat dan ridho-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember ” dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan karena skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, yaitu:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan
2. Hany Rasny, S.Kp., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Jon Hafan S, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep. dan Ns. Kholid Rosyidi M.N., MNS., selaku Pembimbing I dan Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Rondhianto, M.Kep., dan Ns. Tantut Susanto, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom., P.hD. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
6. Ibunda Syarifah Intan, S.Ag dan Ayahanda Miftakhul Munir, S.Ag yang selalu mendoakan, menjadi sumber motivasi, dan mendukung peneliti dalam bentuk moral dan materil, serta semangat demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Linda Fajarwati, M.Pd dan Anas Sofyan, S.Pd yang telah merawat selama peneliti melaksanakan pendidikan di Universitas Jember dan Seluruh Keluarga Besar H. Fatawi yang selalu memberikan semangat serta dukungan.

8. Sahabat-sahabat dan seluruh Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Angkatan 2014 yang selalu memberikan dukungan dan motivasi.
9. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan dukungan;
10. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini;

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Penulis menerima saran dan kritik yang membangun untuk hasil yang lebih baik kedepannya. penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dibidang keperawatan.

Jember, Januari 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	vi
HALAMAN PERNYATAAN	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
ABSTRAK	ix
RINGKASAN	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	8
1.3.Tujuan Penelitian	9
1.3.1. Tujuan Umum.	9
1.3.2.Tujuan Khusus.....	9
1.4. Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Bagi Peneliti.	9
1.4.2Bagi Institusi Keperawatan.	9
1.4.3.Bagi Profesi Keperawatan.....	9
1.4.4.Bagi Masyarakat dan Responden.	10
1.5.Keaslian Penelitian	10
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1. Diabetes Melitus tipe 2	12
2.1.1.Definisi Diabetes Melitus tipe 2.....	12

2.1.2.Klasifikasi Diabetes Melitus tipe 2.....	13
2.1.3.Etiologi Diabetes Melitus tipe 2.....	14
2.1.4.Patofisiologi Diabetes Melitus tipe 2.....	15
2.1.5.Manifestasi Klinis Diabetes Melitus tipe 2.....	17
2.1.6 Diagnostik Diabetes Melitus tipe 2.....	18
2.1.7 Komplikasi Diabetes Melitus tipe 2.....	19
2.1.7.Penatalaksanaan Diabetes Melitus tipe 2.....	22
2.2. Diet Diabetes Melitus.....	28
2.2.1.Definisi Diet Diabetes Melitus.....	28
2.2.2.Prinsip Diet Diabetes Melitus.....	28
2.2.3.Tujuan Diet Diabetes Melitus.....	36
2.2.4.Syarat Diet Diabetes Melitus.....	36
2.2.5.Tipe Diet Diabetes Melitus.....	37
2.3.Faktor Keberhasilan Diet Diabetes Melitus.....	39
2.3.1. Definisi Keberhasilan.....	39
2.3.2.Faktor Keberhasilan Diet Diabetes Melitus.....	39
2.3.3 Indikator Tingkat Keberhasilan Diet Diabetes Melitus.....	43
2.4.Peran Keluarga.....	44
2.4.1. Definisi Peran Keluarga.....	44
2.4.2 Klasifikasi Peran Keluarga.....	45
2.4.3 Diagnosa Keperawatan Peran Keluarga.....	47
2.5.Keterkaitan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Diet pada Klien Diabetes Melitus tipe 2.....	61
2.6. Kerangka Teori.....	63
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	64
3.1. Kerangka Konsep.....	64
3.2. Hipotesis Penelitian.....	64
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	49
4.1. Desain Penelitian.....	65
4.2.Populasi dan Sampel Penelitian.....	65

4.2.1. Populasi Penelitian.....	65
4.2.2 Sampel Penelitian.....	66
4.2.3. Teknik Pengambilan Sampel.....	66
4.2.4. Kriteria Sampel Penelitian	66
4.3. Lokasi Penelitian.....	68
4.4. Waktu Penelitian.....	68
4.5. Definisi Operasional.....	69
4.6. Pengumpulan Data.....	71
4.6.1. Sumber Data.....	71
4.6.2. Teknik Pengumpulan Data.....	71
4.6.3. Alat Pengumpulan Data.	72
4.6.4. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.	77
4.7. Pengolahan Data.	78
4.7.1 <i>Editing</i>	78
4.7.2. <i>Coding</i>	79
4.7.3. <i>Entry</i>	79
4.7.4. <i>Cleaning</i>	80
4.8. Analisis Data.....	80
4.8.1. Analisa Deskriptif.....	80
4.8.2. Analisa Inferensial.....	80
4.9. Etika Penelitian.....	81
4.9.1. Prinsip Manfaat.....	81
4.9.2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia.....	82
4.9.3. Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>).....	83
4.9.4. Prinsip Keadilan.....	83
4.9.5. Prinsip Kejujuran.....	83
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	84
5.1. Hasil Penelitian.....	84
5.1.1. Analisis Deskriptif.....	84
5.1.2. Analisis Inferensial.....	90
5.2. Pembahasan.....	90

5.2.1. Pelaksanaan Peran Keluarga	90
5.2.2. Tingkat Keberhasilan Program Diet Klien Diabetes Melitus tipe 2.....	92
5.2.3. Karakteristik Klien dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet DM tipe 2.....	94
5.2.4. Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet Klien Diabetes Melitus tipe 2 ..	100
5.3. Keterbatasan Penelitian.....	104
BAB 6. PENUTUP	105
6.1. Simpulan	105
4.2. Saran	106
6.2.1. Bagi Peneliti.....	106
6.2.2. Bagi Instansi Pendidikan.....	106
6.2.3. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan.....	106
6.2.4. Bagi Masyarakat.....	106
DAFTAR PUSTAKA.....	108
LAMPIRAN.....	115

DAFTAR TABEL

1.1 Keaslian Penelitian.....	11
2.1 Rumus Perhitungan Jumlah Kalori	29
2.2 Komposisi Makanan Sesuai Kebutuhan Kalori	29
2.3 Makanan dalam Pelaksanaan Diet	35
2.4 Jenis Diet DM Menurut Kandungan.....	38
4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.	69
4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner Pelaksanaan Peran Keluarga	74
4.3 Panduan Interpretasi Hasil Uji Hipotesis	79
5.1 Rerata Karakteristik Klien DM Tipe 2.....	84
5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Klien DM Tipe 2.....	85
5.3 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Peran Keluarga DM tipe 2...	86
5.4 Distribusi Indikator Pelaksanaan Peran Keluarga DM tipe 2...	87
5.5 Distribusi Frekuensi Tingkat Keberhasilan Program Diet	
Klien DM tipe 2	88
5.6 Tabulasi Silang Tingkat Keberhasilan Program Diet	
Klien DM tipe 2	89
5.7 Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat	
Keberhasilan Program Diet	90

DAFTAR GAMBAR

2.1. Kerangka Teori	63
3.1. Kerangka Konseptual.	64



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A Lembar Infomed	116
Lampiran B Lembar <i>Consent</i>	117
Lampiran C Lembar Kuesioner Pelaksanaan Peran Keluarga	118
Lampiran D Lembar Kuesioner Tingkat Keberhasilan Program Diet.....	122
Lampiran E Dokumentasi Penelitian	128
Lampiran F Surat Izin Studi Pendahuluan	129
Lampiran G Surat Izin Studi Pendahuluan	130
Lampiran H Surat Izin Studi Pendahuluan	131
Lampiran I Surat Selesai Studi Pendahuluan	132
Lampiran J Surat Izin Uji Validitas dan Reabilitas.....	133
Lampiran K Surat Izin Uji Validitas dan Reabilitas.....	134
Lampiran L Surat Izin Uji Validitas dan Reabilitas	135
Lampiran M Surat Selesai Uji Validitas dan Reabilitas.....	136
Lampiran N Surat Izin Penelitian	137
Lampiran O Surat Izin Penelitian	138
Lampiran P Surat Izin Penelitian.....	139
Lampiran Q Surat Selesai Penelitian	140
Lampiran R Lembar Bimbingan DPU.....	141
Lampiran S Lembar Bimbingan DPA	143
Lampiran SPSS	145



BAB 1.PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Bertambahnya umur berpengaruh pada fungsi fisiologis, sehingga terjadi penurunan fungsi tubuh akibat penuaan. Dengan demikian penyakit tidak menular mengalami peningkatan khususnya penyakit degeneratif. Penyakit degeneratif yang mengalami peningkatan salah satunya adalah Diabetes Melitus (DM) (Kemenkes RI, 2016). DM merupakan kondisi dimana tubuh mengalami perubahan dengan tanda adanya kenaikan kadar gula darah atau hiperglikemia (Smeltzer & Bare, 2001). Hiperglikemia terjadi akibat insentivitas seluler terhadap insulin dan terjadi defek insulin sehingga pankreas tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup untuk mempertahankan glukosa plasma dalam rentang normal atau mengalami peningkatan (Corwin, 2009). Peningkatan tersebut salah satunya akibat gaya hidup kurang sehat yang memicu tingginya gula darah dan penderitanya semakin bertambah setiap tahunnya. Data dari Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2016) menunjukkan bahwa adanya peningkatan jumlah penderita diabetes melitus pada usia dewasa akhir atau lanjut usia menduduki peringkat lima.

Menurut data *International Diabetes Federation* (IDF, 2017) menunjukkan terdapat lebih dari 415 juta orang di dunia hidup dengan diabetes melitus dan 90% diantaranya hidup dengan DM tipe 2. Angka tersebut menjadi gambaran bahwa tingginya jumlah penderita DM di dunia dan sebagai gambaran

tingginya jumlah penderita DM khususnya DM tipe 2. IDF menyebutkan pada tahun 2017 setiap sebelas orang terdapat satu orang diantaranya yang menderita DM dan diperkirakan pada tahun 2040 setiap sepuluh orang satu diantaranya terkena DM. DM juga menjadi salah satu penyebab kematian di dunia. Setiap enam detik terdapat klien DM yang meninggal artinya terdapat 600 orang meninggal setiap harinya akibat DM. Selain itu DM menjadi penyebab kematian pada wanita nomer sembilan di dunia dengan angka kematian 2,1 juta pertahun.

Indonesia menjadi salah satu negara yang termasuk dalam 10 besar negara dengan klien DM sebesar 10 juta jiwa. Indonesia menduduki urutan ke tujuh setelah Meksiko (11,5 juta) dan urutan pertama diduduki oleh China dengan jumlah penderita DM sebesar 109,6 juta jiwa (IDF, 2017). Data tersebut menggambarkan akan tingginya penyakit DM di Indonesia dan buruknya gaya hidup masyarakat Indonesia. Selain itu DM merupakan penyebab kematian terbesar nomer 3 di Indonesia dengan presentasi sebesar 6,7%, setelah stroke (21,1%) dan penyakit jantung koroner (12,9%). Prevalensi di Indonesia mengalami peningkatan yaitu dari 5,7% pada tahun 2007 naik menjadi 6,9% atau sekitar 9,1 juta penduduk pada tahun 2013 dan terus mengalami peningkatan setiap tahunnya (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2014). DM tipe 2 di Jawa Timur meningkat dari 2,5% menjadi 3,5% (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2014).

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2014 jumlah kunjungan pasien mengalami peningkatan sebanyak 17.897 (Indrayana, 2016). Sedangkan data 2015 total kunjungan sebanyak 11.985 kunjungan dan

mengalami penurunan menjadi 10.941 kunjungan pada tahun 2016. Menurut data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Pada tahun 2017 di dapatkan jumlah klien DM tipe 2 bulan Januari-Juli 2017 dengan jumlah kunjungan tertinggi di Puskesmas Sumbersari sebesar 416. Sedangkan jumlah pasien baru terbanyak tercatat di Puskesmas Karangduren sebesar 183 dan Urutan kedua di Puskesmas Kaliwates sebesar 143 pasien. Dengan demikian tingginya jumlah pasien baru yang terdiagnosis DM tipe 2 tersebut menjadi gambaran masih tingginya jumlah klien DM tipe 2 di Kabupaten Jember.

Saat terdiagnosis kebanyakan dari klien sudah mengalami berbagai komplikasi penyakit seperti penyakit ginjal kronis, gagal jantung, retinopati dan neuropati (IDF, 2017). Padahal kita ketahui bahwa DM tipe 2 tidak dapat disembuhkan, namun perlu mengontrol gula darah untuk mencegah terjadinya komplikasi (Purba, 2010). Gaya hidup menjadi salah satu penyebab DM tipe 2 selain riwayat kesehatan keluarga (*Joslin Diabetes Center, 2017*). Gaya hidup yang buruk akibat kurangnya kesadaran untuk menjalani gaya hidup sehat alasannya tidak memiliki cukup waktu untuk menjalankannya. Tidak adanya kesadaran dalam diri individu tersebut karena tanpa mereka sadari tekanan darah dan gula darah sudah melebihi batas normal (Anna, 2017). Kemajuan zaman juga merubah budaya dan kebiasaan masyarakat Indonesia. Masyarakat Indonesia pada zaman sekarang terutama yang hidup di kota menjadi masyarakat yang bergaya hidup serba instan. Dalam hal konsumsi mereka memilih yang serba cepat dan instan, kondisi tersebut akibat aktivitas mereka yang sibuk (Mufidah, 2012). Suami dan istri yang sama-sama sibuk sehingga memilih untuk mengonsumsi

makanan cepat saji yang mudah didapatkan. Makanan cepat saji mengandung tinggi gula dan karbohidrat sederhana sehingga dapat meningkatkan gula darah. Makanan cepat saji yang tidak baik bagi tubuh memicu penyakit DM tipe 2 (Odegaard, 2012). Sehingga dapat disimpulkan gaya hidup sangat berpengaruh terhadap kondisi tubuh dan peningkatan kadar gula darah sehingga memicu tingginya angka kejadian DM tipe 2 yang setiap tahunnya mengalami peningkatan.

Peningkatan tersebut menjadi salah satu bukti masih banyak masyarakat dengan gaya hidup yang buruk. Dengan demikian banyak hal yang dapat dilakukan untuk mengubah gaya hidup seperti meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan aktifitas fisik dan mengubah kebiasaan makan (IDF, 2017). Perlu dilakukan perubahan gaya hidup melalui pengendalian DM tipe 2. Pengendalian DM tipe 2 dibutuhkan 5 pilar utama yang harus dilakukan yaitu edukasi, Terapi Nutrisi Medis/Diet, latihan fisik, Terapi Farmakologis dan Monitoring (PERKENI, 2015).

Pengendalian gaya hidup salah satunya dapat dilakukan dengan perencanaan makan atau diet. Diet adalah memilih makanan yang sesuai untuk dimakan seseorang. Diet seimbang adalah diet yang memberikan semua nutrient dalam jumlah yang memadai tidak berlebihan dan terlampau banyak dan tidak terlalu sedikit (Beck, 2012). Diet dapat mengontrol porsi makan, keseimbangan nutrisi, lemak dan membatasi garam serta gula klien sehingga dapat mengontrol gizi dalam makanan yang dikonsumsi. Makanan yang dikonsumsi harus seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing

individu serta tingkat aktifitas yang mereka lakukan (Partic, 2014). Makanan yang dikonsumsi tetap harus mengandung karbohidrat, lemak, protein, natrium, serta, dan pemanis alternatif dalam porsi seimbang (PERKENI, 2015).

Dalam perencanaan makanan atau diet yang dilakukan oleh klien tidak dapat dilakukan sendiri, karena klien merupakan makhluk sosial yang membutuhkan bantuan dan dukungan dari orang-orang terdekat. Dukungan dan peran keluarga sangat membantu klien DM dalam menjalani serangkaian pengobatan untuk DM (Miller, 2013). Orang terdekat mereka adalah keluarga, namun terkadang keluarga mereka memiliki kesibukan lain sehingga tidak dapat berperan secara optimal. Anggota keluarga yang sibuk bekerja terutama istri atau anak tidak dapat menyiapkan makanan untuk anggota keluarganya yang menjalani diet. Mereka tidak memiliki waktu untuk memasak serta menyiapkan makanan sehingga anggota keluarga lebih banyak menghabiskan waktu untuk makan di luar rumah (Mufidah, 2012). Kondisi tersebut terkadang mempengaruhi keberhasilan program penatalaksanaan DM tipe 2. Menurut Anani (2012) Pola makan yang tidak terkontrol atau kebiasaan makan yang kurang baik pada klien DM dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu usia, keterbatasan finansial dan peran keluarga klien DM yang membantu dalam diet klien DM.

Peran keluarga sangat penting dalam pelaksanaan diet pada klien DM tipe 2 utamanya dalam penyiapan dan penyediaan makanan. Peran dan dukungan keluarga mempengaruhi pola makan klien terutama dalam pelaksanaan diet DM. Menurut Isworo (2010) dalam anani (2012) dalam penelitiannya terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kadar gula darah

($p=0,0005$). Sehingga dengan peran keluarga yang baik dapat mempengaruhi keberhasilan program diet pada klien DM sehingga kadar gula darah klien dalam kondisi stabil dan terkontrol. Menurut Watanabe (2010) hasil penelitian yang dilakukan terdapat nilai yang signifikan yaitu ($p<0,05$) pada klien diabetes melitus yang melakukan diet dengan mendapatkan peran dari keluarga. Hal itu dibuktikan dengan hasil pemeriksaan HbA1c ($6,88\pm 0,002\%$) lebih rendah dibandingkan dengan klien yang melakukan diet tanpa peran keluarga dengan nilai HbA1c sebesar $7,43\pm 0,23\%$.

Peran keluarga mempengaruhi kadar gula darah klien DM tipe 2, hal ini dibuktikan dalam penelitian Lies Prantika (2015) bahwa ada hubungan antara peran keluarga dengan kadar gula darah klien DM tipe 2 dengan nilai $P<0,003$. Dalam pelaksanaan peran tersebut, peran yang diberikan keluarga salah satunya adalah keluarga membantu dalam menyediakan makanan diet untuk klien diabetes melitus. Menurut Miller, Tricia A & DiMatteo, M Robin (2013) perlunya peran untuk membantu penyembuhan klien atau untuk pengoptimalan kondisi klien, tanpa dukungan akan memperparah kondisi klien. Sehingga dalam pelaksanaan diet peran keluarga sangat dibutuhkan untuk menjalankan diet diabetes melitus.

Indonesia secara garis besar peran keluarga dalam perawatan klien DM kurang baik. Hal ini dibuktikan dalam penelitian Purba (2010) di RSUD Kota Yogyakarta yaitu 51 orang (52%) dari responden memiliki dukungan dan peran yang kurang baik dalam kepatuhan jadwal makan klien DM yang berpengaruh pada kadar gula darah. Selain itu dalam penelitian Ayuningtyas (2012) peran keluarga tidak baik/kurang baik dalam pemenuhan kebutuhan diet yang dilakukan

anggota keluarganya yaitu sebesar 36,04%. Demikian pula peran keluarga di Kabupaten Jember yang masih kurang baik. Menurut Prantika (2015) dalam penelitiannya peran keluarga di Posyandu Lansia Desa Rowo Tengah Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember kurang aktif (66,6%) sehingga berpengaruh pada kadar gula darah lansia yang belum stabil. Keluarga kurang memahami peran yang seharusnya dijalankan dalam memberikan perawatan pada klien terutama membantu dalam pelaksanaan diet, namun hasil berbeda didapatkan dari hasil studi pendahuluan.

Studi pendahuluan di laksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember. Puskesmas kaliwates Kecamatan Kaliwates masuk dalam wilayah kota di Kabupaten Jember. Puskesmas Kaliwates bertanggung jawab atas tiga wilayah yaitu Kelurahan Kaliwates, Kelurahan Tegal Besar dan Kelurahan Kebonagung (Dinas Kesehatan Kab. Jember, 2017). Wilayah tersebut merupakan wilayah kota sehingga gaya hidup di wilayah tersebut cenderung dengan gaya hidup modern dan mendapatkan segala sesuatu dapat dengan mudah berbeda dengan pedesaan. Hasil studi pendahuluan yang di lakukan di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates didapatkan hasil bahwa dari 10 orang klien terdapat 7 klien (70%) yang pelaksanaan peran keluarganya aktif. Klien tersebut mengatakan keluarga menyediakan makanan dan mengantarkan bila mereka sakit. Sedangkan satu klien (10%) pelaksanaan peran keluarganya kurang aktif. Klien mengatakan karena makanan yang di konsumsi tergantung dengan apa yang di jual oleh istrinya dan keluarga tidak mengontrol makanan apa yang di konsumsi sehingga masih suka mengkonsumsi makanan yang manis secara berlebihan. Selain itu, dua

klien (20%) mengatakan pelaksanaan peran keluarganya tidak aktif karena tidak ada yang perhatian dan makan seadanya karena faktor ekonomi, sehingga tidak pernah datang ke pelayanan kesehatan.

Dengan pelaksanaan peran keluarga yang aktif tersebut, sehingga klien dapat mengontrol makanan yang dikonsumsi. Keluarga menyediakan makanan untuk klien dan mengganti gula yang mereka konsumsi dengan gula stevia. Dengan kondisi tersebut klien tetap sehat dan masih aktif dengan berbagai kegiatan sosial, keagamaan dan melakukan hobby yang disukai. Namun pada keluarga dengan pelaksanaan peran keluarga yang kurang aktif dan tidak aktif berpengaruh pada kondisi klien dengan kadar gula darah yang melebihi normal dan kenaikan yang tidak terkontrol. Sehingga pelaksanaan peran keluarga sangat berpengaruh dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus tipe 2”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti dapat merumuskan masalah, bagaimana hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2 ?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisa hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pelaksanaan peran keluarga
- b. Mengidentifikasi tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2
- c. Menganalisis hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan sebagai rujukan untuk meningkatkan pelaksanaan peran keluarga yang berpengaruh pada tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2

1.4.2. Manfaat Bagi Institusi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi perkembangan riset dan penelitian dalam ilmu keperawatan, dapat digunakan untuk bahan diskusi dan menjadi literatur bacaan.

1.4.3. Manfaat Bagi Intistusi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi organisasi keperawatan dapat menjadi daftar rujukan yang di gunakan sebagai masukan untuk

penyuluhan dan pendidikan kesehatan guna pengendalian diabetes kepada klien diabetes melitus tipe 2 dan keluarga.

1.4.4. Manfaat Bagi Masyarakat dan Responden

Penelitian ini diharapkan masyarakat dapat mengetahui cara pengendalian diabetes melitus melalui pengaturan makanan dengan diet untuk mengontrol kondisi klien diabetes melitus dan mengurangi angka kematian akibat komplikasi diabetes melitus.

1.5. Keaslian penelitian

Penelitian yang berjudul “Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus tipe 2” ini belum pernah dilakukan. Ada beberapa penelitian yang mendukung peneliti untuk melakukan penelitian ini. Salah satunya penelitian yang dilakukan oleh Ayuningtyas (2012) yang berjudul “Peran Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Diet Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman.”.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No.	Perbedaan	Penelitian sasmika	Penelitian Mahasiswa
1.	Judul Penelitian	Peran Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Diet Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman.	Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus tipe 2
2.	Variabel	<i>Independen:</i> Peran Keluarga <i>Dependen:</i> Pemenuhan Kebutuhan Diet Hipertensi	<i>Independen:</i> Pelaksanaan peran keluarga <i>Dependen:</i> Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus tipe 2
3.	Tempat	Pukesmas Sleman	Puskesmas Kaliwates
4.	Rancangan Penelitian	Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah non experimental dengan jenis penelitain <i>Observasional</i> dengan metode <i>Deskriptif Survey</i> Sampel penelitian sebanyak 70 responden dengan teknik sampling <i>Simple random sampling</i>	Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah non experimental dengan desain <i>cross sectional</i> . Sampel penelitian sebanyak 61 responden dengan teknik <i>Total Sampling</i>
5.	Analisa Data	Analisa data menggunakan uji <i>Central Tendency</i>	Analisa data menggunakan uji <i>spearman range</i>

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Diabetes Melitus

2.1.1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang artinya “mengalirkan atau mengalihkan” (*Shipon*). Melitus berasal dari bahasa Latin yang artinya “manis atau madu”. Diabetes melitus (DM) adalah gangguan metabolisme yang terjadi secara genetik dan klinis yang heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat dalam tubuh (Price & Wilson, 2005). DM merupakan penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketiadaan absolute insulin (Corwin, 2009). Menurut Baughman (2000) DM merupakan gangguan dalam tubuh yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah atau hiperglikemia.

Hiperglikemia atau peningkatan kadar gula dalam tubuh akibat tubuh mengalami penurunan respon insulin yang dikeluarkan oleh pankreas. Pankreas mengalami penurunan fungsi terutama dalam produksi insulin. Dalam tubuh klien DM tipe 2 mengalami gangguan akibat penggunaan insulin yang tidak efektif di dalam tubuh (WHO, 2016). Namun menurut Smeltzer & Bare (2001) DM tipe 2 berbeda dengan DM tipe satu, karena DM tipe 2 tidak bergantung pada Insulin sehingga masih dapat di kontrol dan di kendalikan dengan penatalaksanaan yang ada. Sehingga klien DM tipe 2 membutuhkan perawatan medis yang berkelanjutan karena DM tipe 2 merupakan penyakit kronis (ADA, 2017).

2.1.2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Diabetes dapat dikategorikan kedalam beberapa kategori secara umum sebagai berikut (ADA, 2017):

a. Diabetes Melitus Tipe 1

DM tipe 1 akibat adanya kerusakan sel β pancreas yang disebabkan oleh autoimun dan menyebabkan kondisi tubuh klien tidak dapat menghasilkan insulin sama sekali atau sedikit.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

DM tipe 2 merupakan jenis Diabetes melitus yang mengalami masalah utama yaitu kondisi yang terjadi akibat sekresi insulin B-sel secara progresif yang disebabkan oleh resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Sehingga produksi insulin mengalami penurunan namun masih ada insulin dalam jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan badan keton sehingga tidak terjadi ketoasidosis diabetik pada diabetes melitus tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2001).

c. Diabetes Melitus Gestasional (GDM)

DM yang terdiagnosis saat kehamilan trimester pertengahan dan akhir (dua dan tiga). Sehingga ibu hamil harus mendapatkan pemantauan kadar gula darah selama kehamilan. Ibu yang mengalami DM saat kehamilan yang tidak terkontrol dan saat melahirkan akan terjadi peningkatan jumlah bayi yang sangat besar saat kelahiran, persalinan yang sulit, kelahiran mati dan sesar bedah dalam proses kelahiran (Smeltzer & Bare, 2001)

d. Diabetes Melitus Tipe Spesifik Lain

DM terjadi karena etiologi lain misalnya sindrom diabetes monogenic (seperti diabetes neonatal dan diabetes awitan dewasa muda (MODY)), penyakit eksokrin pankreas (seperti *Cystic Fibrosis*) dan dipicu oleh obat atau bahan kimia (seperti penggunaan glukokortikoid dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah melakukan transplantasi organ).

2.1.3. Etiologi Diabetes Melitus

Menurut ADA (2017) belum ada yang mengetahui etiologi DM tipe 2 secara spesifik, namun kerusakan autoimun B-sel yang terjadi pada klien dan kebanyakan penyebab diabetes tidak diketahui. Penyebab diabetes melitus lebih mengarah pada ketidakresponan insulin, faktor genetik memiliki peranan penting pada penderita DM. Pada klien diabetes melitus tipe 2 mempunyai pola familial yang kuat karena jika orang tua menderita diabetes melitus tipe 2 maka rasio diabetes dan nondiabetes pada anak 1:1 dan sekitar 90% membawa (*carrier*) diabetes tipe 2 (Price & Wilson, 2005). Seseorang yang menderita DM dalam darah mereka mengandung glukosa yang tinggi. Pankreas mengalami gangguan sehingga tidak dapat memproduksi insulin untuk otot dan hati tidak dapat merespon insulin secara normal. (Williams & Wilkins, 2007).

Faktor yang mempengaruhi DM tipe 2 antara lain (Smeltzer & Bare, 2001):

- a. Keturunan atau genetic dari orang tua dengan diabetes melitus
- b. Obesitas atau kelebihan berat badan.

Kelebihan berat badan menyebabkan kondisi berupa peningkatan resistensi insulin dalam tubuh.

- c. Ras atau etnis (Native American, African American, Lanito, Asia Pasifik, Amerika)
- d. Usia lebih dari 45 tahun
- e. Riwayat gestational diabetes atau bayi lahir dengan berat badan lebih dari 4,1 kg (4100 gr)
- f. Tanda-tanda resisten insulin: Tekanan darah tinggi / hipertensi, dislipidemia, sindrom ovarium polikistik.
- g. Cholestrol dan trigliserida dalam darah yang tinggi

2.1.4. Patofisiologi Diabetes Melitus

DM merupakan kondisi tubuh yang mengalami hiperglikemia yang disebabkan oleh insentivitas sel terhadap insulin. Insulin adalah hormone yang di hasilkan oleh sel beta pankreas dan membantu tubuh dalam mengubah makanan menjadi energi (Chaterine, 2006). Insulin berfungsi sebagai kunci pembuka sel untuk masuknya glukosa (Cahyono, 2008). Sehingga jika tidak ada insulin maka glukosa tidak bisa masuk kedalam sel dan tetap berada di pembuluh darah. Akibatnya glukosa darah dalam pembuluh darah meningkat (Ernawati, 2013).

DM tipe 1 terjadi akibat destruksi otoimun sel-sel beta pulau Langerhans. Saat dilakukan pemeriksaan pada klien DM tipe 1 ditemukan agens lingkungan yang secara antigenis mengubah sel-sel pankreas sehingga mestimulasi pembentukan autoantibodi. Pankreas pada klien DM tipe 1 tidak atau sedikit mengeluarkan insulin dan lebih dari 80% sel beta pankreas telah di hancurkan. Pada saat itu glukosa darah meningkat karena insulin tidak dapat masuk kedalam sel akibat tidak adanya insulin. Sehingga hati mulai melakukan glukoneogenesis

menggunakan substrat yang tersedia berupa asam amino, asam lemak, dan glikogen (Corwin, 2009).

Pada DM tipe 2 terjadi defek insulin yang saling berkaitan sehingga pankreas tidak mampu menyekresikan cukup insulin untuk mempertahankan glukosa dalam plasma (Corwin, 2009). Pada klien DM tipe 2 mengalami tidak aktifnya sekresi insulin. Pada kondisi normal insulin akan terikat pada reseptor khusus yang ada di permukaan sel. Kondisi tersebut mengakibatkan terikatnya insulin dengan reseptor tersebut. Sehingga akan terjadi suatu rangkaian reaksi dalam proses metabolisme glukosa didalam sel berkurang. Resistensi insulin yang terjadi pada DM tipe 2 disertai dengan adanya penurunan reaksi intrasel. Sehingga insulin tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan (Smeltzer & Bare, 2001).

Untuk mengatasi terjadinya resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, terjadi peningkatan jumlah insulin yang di sekresikan. Pada klien dengan toleransi glukosa terganggu, kondisi ini terjadi akibat sekresi insulin dan peningkatan sekresi insulin yang berlebihan sehingga kadar glukosa akan di pertahankan pada tingkat normal atau lebih tinggi dari normal. Namun jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar gula darah akan di pertahankan pada tingkat normal atau lebih dari normal (Smeltzer & Bare, 2001). Resistensi insulin yang tidak berubah dan insulin semakin menurun sehingga menyebabkan kondisi klien yang mengalami hiperglikemia saat puasa dan diabetes yang nyata (Isselbacher, 2000).

2.1.5. Manifestasi Klinik Diabetes Melitus

Manifestasi klinik DM sebagai berikut (Corwin, 2009):

a. Poliuria (peningkatan pengeluaran urine)

Poliuria adalah kondisi dimana dalam tubuh klien terdapat kadar gula yang tinggi dan air mengikuti glukosa yang keluar melalui urine.

b. Polidipsia (peningkatan rasa haus)

Polidipsia terjadi akibat peningkatan pengeluaran urine yang menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti pengeluaran hormone anti-diuretik (ADH) dan menimbulkan rasa haus.

c. Polifagia (peningkatan rasa lapar)

Akibat keadaan pasca absorptive yang kronis, katabolisme protein dan lemak, dan kelaparan relatif pada sel. Kondisi ini sering menyebabkan penurunan berat badan mendadak meskipun tanpa terapi.

d. Rasa lelah dan kelemahan otot

Kondisi tersebut terjadi akibat katabolisme protein yang terjadi di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi. Aliran darah pada klien diabetes melitus yang tidak optimal juga berpengaruh menyebabkan kelelahan.

e. Peningkatan angka infeksi

Akibat peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mucus, gangguan fungsi imun, dan penurunan aliran darah.

f. Gangguan penglihatan

Klien akan mengeluh mengalami gangguan penglihatan atau merasa saat melihat tidak jelas lagi. Hal ini terjadi berhubungan dengan keseimbangan air. Pada kasus berat akan terjadi kerusakan retina.

g. Parestesia atau abnormalitas sensasi

h. Kandidiasis vagina

Akibat peningkatan kadar glukosa di sekret vagina dan urine serta gangguan sistem imun. Kondisi ini sering terjadi pada wanita yang sebelumnya tidak diduga mengidap diabetes melitus.

i. Pelisutan otot

Pelisutan otot dapat terjadi karena protein otot digunakan untuk memenuhi kebutuhan energi.

2.1.6. Diagnostik Diabetes

menurut PERKENI (2015), diagnosa DM dinyatakan melalui pemeriksaan darah pasien. kriteria diagnostik DM sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan glukosa plasma puasa > 126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam
- b. Pemeriksaan glukosa plasma > 200 mg/dl 2-jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram
- c. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl dengan keluhan klasik
- d. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standardization Program* (NGSP).

2.1.7. Komplikasi Diabetes Melitus

Komplikasi Diabetes Melitus di bagi menjadi dua antara lain (Price & Wison, 2005):

a. Komplikasi Akut

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan salah satu komplikasi DM. kadar gula darah turum terlalu rendah yaitu 20-50 mg/dl. Hipoglikemia disebabkan oleh pelepasan epinefrin dengan gejala berkeringat, gemetar, sakit kepala dan palpitasi dan akibat kekurangan glukosa dalam otak. Akibat hipoglikemia tubuh akan mengalami syok dan menyebabkan pingsan, kejang serta koma.

2) Ketoasidosis Diabetik

Peningkatan keton dalam plasma mengakibatkan ketosis dengan peningkatan tersebut dapat meningkatkan ion hydrogen dan asidosis metabolik. Tubuh mengalami diuresis osmotik karena glukosuria dan ketonuria terjadi sehingga menyebabkan terjadinya hipotensi dan syok.

b. Komplikasi kronis

1) Kerusakan Saraf (Neuropati)

Glukosa yang tinggi dalam darah dan tidak dapat diturunkan menjadi normal maka kondisi ini akan melemahkan dan merusak dinding pembuluh darah kapiler sehingga suplai darah dalam sistem saraf terganggu dan terjadi kerusakan saraf disebut neuropati diabetik (*diabetic neuropathy*). Neuropati diabetik mengakibatkan saraf tidak bisa mengirim

impuls saraf. Kondisi tersebut juga tergantung berat dan ringannya kerusakan dari sistem saraf yang terkena.

2) Kematian sel ginjal (Nefropati)

Ginjal berfungsi untuk melakukan filterisasi darah yang beredar di seluruh tubuh. Apabila terjadi nefropati, zat asing yang beredar di peredaran darah tidak dapat di filter. Akibat dari kerusakan ginjal mikronutrien yang seharusnya di edarkan di seluruh tubuh diekskresikan melalui urin. Seseorang yang menderita diabetes kronis maka kondisi ginjal klien makin mudah mengalami kerusakan ginjal. Gangguan ginjal pada klien diabetes juga terkait dengan neuropathy atau kerusakan saraf.

3) Kerusakan mata

Ada tiga penyakit utama yang disebabkan oleh diabetes pada sistem penglihatan:

- a) Retinopati : retina mendapatkan suplai nutrisi melalui darah, pada klien diabetes melitus darah yang dialirkan mengandung glukosa dan ketika glukosa tertinggal dalam retina akan merusak retina.
- b) Katarak: lensa yang biasanya jernih bening dan transparan menjadi keruh dan diperparah dengan glukosa darah yang tinggi sehingga menghambat masuknya cahaya.
- c) Glaukoma : terjadi peningkatan tekanan dalam bola mata akibat glukosa darah sehingga merusak saraf mata.

4) Penyakit Jantung Koroner

Klien diabetes dalam darahnya mengandung glukosa yang tinggi sehingga darah menjadi kental dan aliran darah lambat. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan kerusakan dinding pembuluh darah yang menyebabkan penumpukan lemak di dinding yang rusak dan menyempitkan pembuluh darah. Kondisi tersebut mengakibatkan suplai darah ke otot jantung berkurang dan tekanan darah meningkat sehingga dapat terjadi kematian mendadak.

5) Hipertensi dan Stroke

Tekanan darah tinggi jarang menjadi keluhan yang utama pada sebagian orang. Hipertensi juga salah satu faktor penyebab kerusakan retina, seranangan jantung, stroke dan kerusakan ginjal..

6) Penyakit pembuluh darah perifer

Kerusakan pembuluh darah perifer yang dinamakan *Peripheral Vascular Disease* (PVD). PVD dapat mengenai seseorang lebih awal dan prognosisnya cepat pada penderita diabetes dibandingkan orang yang tidak menderita diabetes.

7) Gangguan pada hati

Hati dapat terganggu akibat penyakit DM dan rentan terserang virus hepatitis B atau hepatitis C. *Fatty liver* (perlemakan hati) adalah gangguan hati yang sering diidap oleh klien diabetes.

8) Penyakit Paru

Klien DM lebih rentan terkena infeksi tuberculosis paru dibandingkan orang biasa karena kondisi tubuh yang lemah dan rentan infeksi. DM dapat memperparah infeksi paru dan sakit paru akan menaikkan kadar glukosa darah.

9) Gangguan gastrointestinal

Gangguan gastrointestinal pada klien DM diakibatkan karena adanya pengontrol gula darah yang tidak baik. Gangguan saraf pusat yang mengenai saluran cerna juga mempengaruhi lambung dan usus sehingga klien akan merasakan tidak nyaman di perut.

10) Infeksi

Glukosa darah yang tinggi mengganggu fungsi kekebalan tubuh. Sistem imun tubuh menurun sehingga lemah dalam menghadapi masuknya kuman atau virus dan membuat klien diabetes rentan terkena infeksi.

2.1.8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan diabetes menurut PERKENI (2015) terdapat 5 langkah penatalaksanaan khusus sebagai berikut:

1) Edukasi

Edukasi merupakan bagian dari upaya pencegahan dan bagian penting dari pengelolaan diabetes melitus secara holistic. Materi edukasi terbagi menjadi dua bagian antara lain:

a) Materi edukasi tingkat awal yang dilaksanakan di pelayanan kesehatan primer sebagai berikut:

- (a) Materi tentang perjalanan penyakit DM
- (b) Makanan dan diperlukan pengontrolan dan pemantauan DM secara terus menerus
- (c) Penyulit DM dan risikonya
- (d) Pentalaksanaan dengan medikasi obat maupun non obat
- (e) Pengaruh antara suplai makanan, kegiatan fisik, obat antihiperqlikemia dan insulin.
- (f) Monitoring gula darah dan hasil pembacaan gula darah beserta urinalisa.
- (g) Memahami tanda gejala dan mengatasi awal dari hipoglikiemia
- (h) Penjadwalan kegiatan fisik yang teratur.
- (i) Pentingnya perawatan kaki.
- (j) Pemanfaatan fasilitas kesehatan yang tersedia disekitar lingkungan

b) Materi edukasi pada tingkat lanjut yang dilaksanakan di pelayanan kesehatan sekunder atau tersier antara lain:

- (a) Memahami dan melakukan pencegahan penyulit akut DM.
- (b) Penmahaman terkait hal penyulit menahun DM.
- (c) Penanganan DM selama menderita penyakit lain.
- (d) Perencanaan untuk aktifitas tertentu (contoh: olahraga).

- (e) Kondisi khusus yang dialami (contoh hamil, puasa, hari-hari sakit).
- (f) Hasil penelitian dan pengetahuan masa kini dan teknologi mutakhir tentang DM.
- (g) Perawatan anggota gerak bawah (kaki).

2) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

TNM merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DM tipe 2 secara komprehensif. Kunci keberhasilan dalam diet DM adalah merupakan kegiatan kolaborasi dengan anggota tenaga kesehatan dan klien serta keluarga. Untuk mendapatkan hasil optimal dari TNM seharusnya klien mendapatkan kebutuhan yang sesuai. Prinsip pengaturan makan pada klien DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Klien DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

3) Latihan Jasmani

Latihan jasmani merupakan salah satu bagian dari penatalaksanaan DM tipe 2 apabila tidak disertai adanya nefropati. Kegiatan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit dengan total 150 menit perminggu. Jarak

antar latihan tidak lebih dari 2 hari. Sebelum melakukan latihan jasmani sebaiknya klien melakukan pemeriksaan gula darah, apabila hasilnya lebih dari 250 mg/dL disarankan untuk menunda latihan jasmani.

4) Terapi farmakologis

Pemberian terapi farmakologis secara bersamaan dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Terapi farmakologis yang diberikan terdiri dari obat-obatan oral dan suntik. Obat yang diberikan berdasarkan cara kerjanya antara lain:

a) Obat Antihiperglikemia Oral

Obat Antihiperglikemia Oral yang terbagi menjadi 5 golongan yaitu: pemacu sekresi insulin (misalnya Sulfonilurea, Glinid), peningkat sensitivitas terhadap insulin (misalnya Metformin, Tiazolidindion (TZD), Penghambat Absorpsi Glukosa di saluran cerna, Penghambat DPP-IV, Penghambat SGLT-2.

b) Obat Antihiperglikemia suntik

Obat Antihiperglikemia suntik yaitu insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin agonis GLP-1.

5) Pemantauan

Pemantauan kadar gula darah secara mandiri dapat dilakukan oleh klien. Berbagai metode kini telah tersedia dan memudahkan klien untuk melakukan pemantauan secara mandiri. Pemeriksaan ini dapat dianjurkan pada klien dengan kondisi penyakit DM yang kurang

stabil, resiko mengalami ketosis berat atau hipoglikemia, hipoglikemia tanpa gejala peringatan dan ambang glukosa renal yang abnormal. Pemantauan mandiri ini dapat dilakukan sesuai anjuran dokter. pada klien yang mengalami ketergantungan terhadap penggunaan insulin dapat melakukan pemantauan sebelum makan dan dilakukan dua sampai empat kali sehari. Sedangkan untuk klien yang tidak mengalami ketergantungan terhadap insulin dapat melakukan pemeriksaan dua sampai tiga kali per minggu (Smeltzer & Bare,2001) Namun terdapat keuntungan dan kekurangan pada sistem pemantauan ini. perlu diperhatikan dalam penggunaan alat untuk melakukan pemantauan harus di sesuaikan dengan kemampuan klien. Faktor-faktor yang mempengaruhi yaitu penglihatan klien secara jelas, koordinasi motorik yang baik, kemampuan intelektual, penggunaan teknologi, adanya keinginan dari klien serta anggaran dana. Namun perlu di perhatikan adanya bahaya yang berpotensi mengancam akibat pemantauan gula darah secara mandiri yaitu kemungkinan klien mendapatkan hasil pemeriksaan gula darah yang salah (Smeltzer & Bare, 2001).

b. Diagnosa Keperawatan Klien Diabetes Melitus tipe 2

Menurut *NANDA International* (2016) Diagnosa Keperawatan adalah penilaian klinis respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan,serta adanya kerentanan respons dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Dalam keperawatan pentingnya menentukan diagnosa

keperawatan sebagai penentuan masalah. Oleh karena itu perlu di tentukan diagnosa keperawatan antara lain:

1) Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

a) Definisi

Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah adanya kerentanan terhadap macam macam kadar glukosa/gula darah dari rentang normal, yang dapat mengganggu kondisi kesehatan.

b) Faktor risiko

Faktor resiko adalah Pengaruh yang meningkatkan kerentanan individu, keluarga, kelompok atau masyarakat pada kondisi yang tidak sehat (misalnya lingkungan, psikologis, dan genetik). Faktor risiko dari risiko ketegangan peran pemberi asuhan antara lain:

- (1) Asupan diet kurang
- (2) Gangguan status kesehatan fisik
- (3) Adanya gangguan status mental
- (4) Kehamilan
- (5) Keterlambatan perkembangan kognitif
- (6) Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
- (7) Kurang pengetahuan tentang manajemen penyakit
- (8) Manajemen diabetes tidak tepat
- (9) Manajemen medikasi tidak efektif
- (10) Pemantauan gula darah tidak optimal
- (11) Penambahan berat badan berlebihan

- (12) Penurunan berat badan berlebihan
- (13) Periode pertumbuhan cepat
- (14) Rata-rata aktivitas harian kurang dari yang dianjurkan menurut jenis kelamin dan usia
- (15) Stress berlebihan
- (16) Tidak menerima diagnosis

2.2. Diet Diabetes Melitus

2.2.1. Definisi Diet Diabetes Melitus

Diet merupakan perilaku menyesuaikan jumlah makanan dan waktu dengan kemampuan tubuh untuk memprosesnya dan memadupadankan jenis makanan sehingga mempunyai nilai lebih dalam upaya penyembuhan suatu penyakit serta memodifikasi teknik pengolahan sehingga makanan tersebut tetap dapat dinikmati tanpa berisiko memberikan efek untuk kesehatan (Ramayulis, 2016). Diet diabetes melitus merupakan perencanaan makan dan exercise pada klien diabetes melitus tipe 2 dan pada klien diabetes tipe 1 diberikan insulin. Penggunaan diet merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes melitus yang dapat mengontrol makanan yang dikonsumsi berdasarkan kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat. (Jauhari, 2013).

2.2.2. Prinsip Diet Diabetes Melitus

Menurut Tjokoprawiro (2000) prinsip diet diabetes melitus antara lain:

a. Jumlah Kalori

Perhitungan kalori dapat dilakukan secara mudah dan dibedakan sesuai dengan jenis kelamin. Rumus perhitungan kalori sebagai berikut (Partic , 2014):

Tabel 2.1. Rumus perhitungan jumlah kalori

Kebutuhan Dasar Kalori Perempuan :
 (BBI x 25 Kalori) + 20% untuk aktivitas
Kebutuhan Dasar Kalori laki-laki :
 (BBI x 30 kalori) + 20% untuk aktivitas
 Keterangan :
Rumus perhitungan BBI
 $BBI = (Tinggi\ Badan\ cm - 100\ cm) - 10\% \times (Tinggi\ Badan\ cm - 100\ cm)$

Perhitungan jumlah kalori dapat berubah sesuai dengan tinggi rendahnya aktivitas klien. Semakin tinggi aktivitasnya maka kebutuhan kalorinya akan naik.

Tabel 2.2 Komposisi Makanan Sesuai Kebutuhan Kalori

Bahan Makanan	Jumlah (g)			
	1200 kal	1500 kal	1700 kal	1900 kal
Nasi	125	250	250	250
Kentang	-	-		
Roti	40	60	80	80
Tepung terigu (termasuk kue	20	20	20	30
Santan	50	50	50	50
Gula	25	25	25	30
Minyak	10	15	20	20
Ikan/Ayam/Daging	50	50	50	50
Telur	25	25	25	25
Tahu/ Tempe	50/25	50/25	50/25	50/25
Sayuran Hijau	50	50	50	50
Sayuran kuning/ Merah	50	50	50	50
Buah	300	300	300	350

Sumber: www.otsuka.co.id dalam Patric (2014).

b. Jadwal Makan

Masyarakat umumnya terbiasa dengan frekuensi makan tiga kali sehari dengan makanan pokok dan diselingi oleh camilan-camilan. Camilan yang dikonsumsi kebanyakan merupakan camilan kurang sehat. Seperti makanan yang mengandung kalori yang tinggi, tinggi lemak, tinggi gula, rendah serat dan tidak memperhatikan kebutuhan kalori tubuh. Namun ada pula masyarakat yang hanya makan tiga kali sehari tanpa selingan sedikitpun. Padahal rentang waktu ketiga waktu tersebut membuat lambung kosong dan terasa lapar. Apabila hal ini terus berlanjut dapat memicu resiko gangguan pada lambung yaitu gastritis/mag. Menurut Partic (2014) Jadwal makan yang dapat diterapkan sebagai berikut :

1) Sarapan

Sarapan sangat penting sebelum kita melakukan aktivitas sehingga kita memiliki bekal sebelum beraktivitas. Orang yang terbiasa tanpa sarapan merupakan kebiasaan yang salah karena dapat mengacaukan waktu makan untuk selanjutnya. Sarapan pagi penting bagi otak untuk meningkatkan daya konsentrasinya. Jika sarapan ditinggalkan akan memperlambat kerja otak dan tubuh akan terasa merasa mengantuk, lelah dan tidak bersemangat. Sarapan yang baik dapat dilakukan dengan mudah dengan memperhatikan makanan apa yang dikonsumsi sehingga tidak mengandung gula tinggi. Kombinasikan karbohidrat dengan kandungan gula rendah dengan sedikit protein agar pencernaan tetap berjalan lancar. Contoh makanan tersebut adalah beras merah, roti gandum, oat sereal, telur dan sayuran.

2) Makan Selingan

Klien dapat mengkonsumsi makanan selingan antara makan pagi dan makan siang atau antara makan siang dan makan malam. Makanan selingan yang dikonsumsi tidak boleh melebihi 100 kalori. Contoh makanan tersebut adalah buah apel atau pir sebanyak dua buah, kacang pistachio segenggam dan keripik apel/singkong/mangga sebanyak 50 gram.

3) Makan Siang

Makan siang adalah waktu makan yang penting karena tubuh memerlukan kalori lebih besar. Aktivitas yang padat dan memuncak biasanya menyebabkan banyak orang enggan mengganggu waktunya untuk makan siang dan akhirnya memilih untuk mengkonsumsi cemilan. Padahal cemilan yang di konsumsi mengandung tinggi gula dan gula darah dapat meningkat drastis. Makan siang tidak boleh melebihi 800 kalori. Kalori berlebihan akan menyebabkan kekenyangan dan mengalihkan aliran darah yang seharusnya ke otak akan berfokus pada proses pencernaan sehingga menyebabkan kantuk. Perlu mengkombinasikan karbohidrat dan protein sehingga kita dapat mengkonsumsi makanan dengan seimbang.

4) Makan Malam

Makan malam memang tidak boleh tinggi kalori namun tubuh tetap membutuhkan kalori untuk metabolisme. Tubuh masih bisa membakar

sebanyak 60 kalori setiap jamnya dan tubuh cukup membutuhkan 300-500 kalori untuk makan malam.

c. Jenis Makanan

Memilih jenis makanan yang baik dan tepat merupakan salah satu langkah untuk mencegah peningkatan gula dalam tubuh. Jenis makanan pada klien diabetes melitus dengan kandungan yang dianjurkan yaitu: karbohidrat 60-70%, protein 10-15% dan lemak 20-25%. Jenis makanan yang dapat di konsumsi dan tetap aman untuk klien diabetes melitus antara lain:

1) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi utama dalam. Karbohidrat mengandung glukosa tinggi dan dapat meningkatkan gula darah. Orang Indonesia tidak bisa terlepas dari mengkonsumsi karbohidrat dalam jumlah besar misalnya nasi putih yang mengandung gula tinggi. Namun bagi klien diabetes melitus hal tersebut tidak baik karena akan memperburuk kondisi. Kondisi tersebut bukan berarti klien DM tidak diperbolehkan untuk mengkonsumsi karbohidrat namun mengubah jenis karbohidrat yang di konsumsi. Menurut Toruan (2012) karbohidrat dibedakan menjadi dua yaitu karbohidrat sederhana dan karbohidrat kompleks. Karbohidrat sederhana merupakan karbohidrat yang terasa manis di mulut dan mudah di serap tubuh namun dapat meningkatkan gula darah. Contoh karbohidrat sederhana antara lain gula pasir, tepung terigu atau roti, mi instan, nasi putih dan minuman manis. Sifat karbohidrat sederhana mudah di simpan dalam tubuh

dalam bentuk lemak dan membuat tubuh mudah lemas serta cepat lapar. Sedangkan karbohidrat kompleks merupakan merupakan karbohidrat yang kurang manis di lidah tetapi gula yang terkandung di dalamnya lebih lambat diserap tubuh. Contoh karbohidrat kompleks antara lain nasi merah, ubi, singkong, roti gandum, dan pasta. Sifat karbohidrat kompleks tersebut baik untuk tubuh karena mudah di cerna namun perlahan sehingga tidak disimpan dalam bentuk lemak dan efek untuk tubuh tidak mudah lemas dan tetap berenergi. Sehingga karbohidrat yang baik untuk klien DM adalah karbohidrat kompleks. Karbohidrat kompleks membuat gula darah stabil dan tidak terjadi peningkatan gula darah secara mendadak. Sehingga dalam tubuh tidak terjadi produksi insulin yang berlebihan. Kenaikan kadar gula darah yang lambat akan mempengaruhi kadar gula darah dalam tubuh yang relative stabil sehingga gula darah dapat di simpan dalam otot secara optimal.

2) Protein

Protein adalah sumber gizi penting bagi tubuh manusia yang berfungsi penting dalam menunjang keberadaan setiap sel tubuh dan memperkuat kekebalan tubuh. Menurut Putra (2013) fungsi protein sebagai zat pembangun, zat pengatur berbagai sistem dalam tubuh dan sebagai bahan bakar ketika karbohidrat dan lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan energi. Adapun makanan yang menjadi sumber protein adalah daging, susu, ikan, kacang polong-polongan, telur,

kentang, tumbuhan berbiji dan jagung. Setiap orang disarankan mengkonsumsi 0,8 gram protein per kilogram berat badan.

3) Lemak

Lemak adalah sumber energi selain diperoleh dari karbohidrat dan protein. Lemak terbentuk dari 95% asam lemak dan gliserol. Menurut Beck (2012) lemak berfungsi sebagai sumber energi, membangun jaringan tubuh, lemak sebagai perlindungan, sebagai penyekatan (isolasi) dan menimbulkan rasa lapar serta sebagai sumber vitamin yang larut dalam lemak. Lemak menjadi sumber cadangan pertama yang di gunakan untuk memperoleh energi setelah protein. Lemak baik sangat penting untuk tubuh karena dengan mengkonsumsi lemak baik akan membuat tubuh kita semakin sehat. Saat mengkonsumsi lemak perhatikan jumlah yang cukup untuk tubuh agar tidak merugikan tubuh. satu gram lemak yang kita konsumsi setara dengan 9 kalori sehingga kandungan kalori lebih banyak dari karbohidrat dan protein.

Sedangkan menurut Kemenkes RI (2014), dalam pelaksanaan diet perlu diperhatikan makanan yang sesuai sebagai berikut:

Tabel 2.3 Makanan dalam Pelaksanaan Diet

BAHAN MAKANAN	DIANJURKAN	DIBATASI	DIHINDARI
KARBOHIDRAT		Semua sumber karbohidrat dibatasi: nasi, bubur, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, pasta, jagung, talas, havermout, sereal, ketan, makaroni	
SUMBER PROTEIN HEWANI	Ayam tanpa kulit, ikan, telur rendah kolesterol atau putih telur, daging tidak berlemak	hewani tinggi lemak jenuh (kornet, sosis, sarden, otak, jeroan, kuning telur)	Keju, abon, dendeng, susu full cream,
SUMBER PROTEIN NABATI	tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang kedelai		
SAYURAN	Sayur tinggi serat: kangkung, daun kacang, oyong, ketimun, tomat, labu air, kembang kol, lobak, sawi, selada, seledri, terong	b a y a m , b u n c i s , d a u n melinjo, labu siam, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang, pare, wortel, daun katuk	
BUAH-BUAHAN	jeruk, apel, pepaya, jambu air, salak, belimbing (sesuai kebutuhan)	nanas, anggur, mangga, sirsak, pisang, alpukat, sawo, semangka, nangka masak	Buah-buahan yang manis dan diawetkan: durian, nangka, alpukat, kurma, manisan buah
MINUMAN			M i n u m a n y a n g mengandung alkohol, susu kental manis, soft drink, es krim, yoghurt, susu
LAIN-LAIN		makanan yang digoreng dan yang menggunakan santan kental, kecap, saus tiram	Gula pasir, gula merah, gula batu, madu, Makanan/ minuman yang manis: cake, kue-kue manis, dodol, tarcis, sirup, s e l a i m a n i s , c o k l a t , permen, tape, mayonaise,

2.2.3. Tujuan Diet Diabetes Melitus

Tujuan diet diabetes melitus antara lain (Beck, 2012):

- a. Memulihkan dan mempertahankan kadar gula darah dalam kisaran nilai yang normal mencegah adanya terjadinya glikosuria beserta gejala-gejalanya.
- b. Mengurangi besarnya perubahan kadar glukosa darah postprandial. Hal ini untuk menormalisasikan kadar glukosa darah dan membantu mencegah terjadinya komplikasi lanjut yang mencakup penyakit mikrovaskuler.
- c. Memberikan semua jenis nutrient yang memadai sehingga memungkinkan pertumbuhan normal dan perbaikan jaringan dalam tubuh.
- d. Memulihkan dan mempertahankan berat badan yang normal.

2.2.4. Syarat Diet Diabetes Melitus

Menurut Kemenkes RI (2011) syarat diet diabetes melitus antara lain:

- a. Kepatuhan energi ditentukan dengan melakukan perhitungan kebutuhan untuk metabolisme basal sebesar 25-30 kkal/kg BB normal, ditambah kebutuhan untuk aktivitas fisik dan keadaan khusus misalnya pada ibu hamil atau menyusui dan adanya komplikasi. Makanan di bagi menjadi tiga porsi besar yaitu makan pagi (20%), makan siang (30%) dan sore (25%), serta 2-3 porsi kecil untuk makanan selingan masing-masing 10-15% (Almatsier, 2010).
- b. Kebutuhan protein 10-15 % dari kebutuhan energi total
- c. Kebutuhan energi lemak 20-25% dari kebutuhan energi total (<10% dari lemak jenuh, <10% dari lemak tidak jenuh ganda, sisanya dari lemak tidak jenuh tunggal). Kolesterol makanan dibatasi maksimal 300 mg/hari
- d. Kebutuhan karbohidrat 60-70% dari kebutuhan energi total

- e. Penggunaan gula murni tidak diperbolehkan sedangkan apabila kadar gula sudah pada klien DM tipe 2 sudah terkendali maka diperbolehkan mengkonsumsi gula murni sampai 5% dari kebutuhan energi total
- f. Serat yang di anjurkan 25 gr/hari

2.2.5. Tipe Diet Diabetes Melitus

Menurut Beck (2012) jenis diet diabetes melitus antara lain:

- a. Diet rendah kalori

Diet rendah kalori dilakukan pada klien yang mengalami kelebihan berat badan. Klien diabetes melitus yang menjalani diet rendah kalori harus sadar untuk melakukan penurunan berat badan dan jika sudah turun maka perlu dipertahankan.

- b. Diet bebas gula

Diet bebas gula berguna untuk pasien diabetes melitus yang lanjut usia dan tidak perlu mendapatkan suntikan insulin. Diet bebas gula diterapkan berdasarkan dua prinsip yaitu :

- 1) Tidak mengkonsumsi gula dan makanan yang mengandung gula
- 2) Mengkonsumsi makanan sumber hidratarang sebagai bagian dari keseluruhan hidangan secara teratur.

- c. Sistem penukaran hidratarang

Sistem penukaran hidratarang dilakukan pada klien diabetes melitus dengan pemberian suntikan insulin atau obat-obat hipoglikemik oral dengan dosis tinggi. Sedangkan menurut Almatier (2010) Jenis diet yang di berikan kepada

klien DM dapat dilakukan menurut kandungan energy, protein, lemak dan karbohidrat sebagai berikut:

Tabel 2.4. jenis diet diabetes melitus menurut kandungan energi, protein, lemak dan karbohidrat

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
VI	2100	62	53	319
VII	2300	73	59	369
VIII	2500	80	62	396

Contoh menu sehari dalam pelaksanaan diet diabetes melitus dengan 1900kkal sebagai berikut (Jauhari, 2013):

Waktu	Bahan Makanan	Penukar	Urt	Menu
Pagi	Nasi	1 ½ Porsi	1 gelas	Nasi
	Telur ayam	1 Porsi	1 butir	Telur dadar
	Tempe	1 Porsi	2 potong daging	Oseng- oseng tempe
	Sayuran	-	-	Sopp oyong tomat
	Minyak	2 Porsi	1 sendok makan	
Pukul 10.00	Buah	1 Porsi	1 Potong sedang	Pepaya
Siang	Nasi	2 porsi	1 ½ gelas	Nasi
	Ikan	1 porsi	1 potong sedang	Pepes ikan
	Tempe	1 porsi	2 Potong sedang	Tempe goreng
	Sayuran B	1 porsi	1 gelas	Lalapan kacang
	Buah	1 porsi	¼ buah sedang	panjang, kol
	Minyak	2 porsi	1 sendok makan	Nanas
Pukul 16.00	Buah	1 porsi	1 buah	Pisang
Malam	Nasi	2 porsi	1½ gelas	Nasi
	Ayam tanpa kulit	1 porsi	1 potong sedang	Ayam bakar bumbu
	Tahu	1 porsi	1 buah besar	kecap
	Sayuran B	1 porsi	1 gelas	Tahu bacem
	Buah	1 porsi	1 potong sedang	Sup buncis, wortel
	Minyak	2 porsi	1 sendok makan	Pepaya

2.3. Faktor Keberhasilan Diet Diabetes melitus

2.3.1. Definisi Keberhasilan

Keberhasilan merupakan hasil dari suatu usaha kegiatan yang telah dikerjakan, diciptakan secara individual maupun kelompok (Djamarah, 2006). Dalam meraih keberhasilan perlu usaha untuk mencapainya. Dalam meraih keberhasilan diet seseorang dapat memilih apa yang akan menjadi kegiatannya sebagai sarana menuju dan meraih keberhasilan. Pelaksanaan diet diabetes melitus sesuai dengan aturan akan mencapai keberhasilan.

2.3.2. Faktor Keberhasilan Diet

Kepatuhan merupakan kemauan individu untuk melaksanakan perintah sesuai saran dari orang yang berwenang. Orang yang berwenang dalam hal ini adalah dokter, perawat dan petugas kesehatan lainnya. Kepatuhan menjadi faktor utama keberhasilan diet pada klien diabetes melitus. Dalam ketercapaian keberhasilan diet dipengaruhi oleh beberapa faktor. faktor yang mempengaruhinya adalah faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan dan keluarga serta faktor social ekonomi.

Dalam ketercapaian keberhasilan diet diabetes melitus tidak sepenuhnya berfokus pada klien sehingga dalam pelaksanaan intervensi perlu memperhatikan faktor lainnya. Perlu peningkatan faktor lingkungan dan keluarga karena faktor tersebut berpengaruh dalam kepatuhan pasien dalam pencapaian keberhasilan diet.

Hal-hal yang perlu difahami dalam meningkatkan kepatuhan klien guna ketercapaian keberhasilan diet antara lain (BPOM-RI, 2006):

- a. Pasien butuh dukungan , bukan disalahkan

- b. Akibat ketidakpatuhan terhadap terapi jangka panjang adalah tidak tercapainya tujuan terapi dan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan
- c. Meningkatkan kepatuhan pasien berguna untuk keamanan penggunaan obat.
- d. Kepatuhan merupakan faktor penentu yang cukup penting untuk mencapai efektifitas dalam sistem kesehatan.
- e. Memperbaiki kepatuhan dapat merupakan intervensi terbaik dalam penanganan secara efektif suatu penyakit kronis.
- f. Sistem kesehatan harus terus berkembang untuk menghadapi berbagai tantangan baru
- g. Penyelesaian masalah ketidakpatuhan dapat dilakukan dengan pendekatan secara multidisiplin

Faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap perilaku kepatuhan pada klien diabetes melitus guna ketercapaian keberhasilan diet diabetes melitus antara lain (BPOM-RI, 2006):

- 1) Karakteristik dari penyakit dan pengobatannya
Semakin banyak macam pengobatan yang diberikan maka semakin kecil kemungkinan pasien akan mematuhi. Indikator dari kompleksitas dari suatu pengobatan adalah frekuensi minum obat dalam sehari. Klien yang mengkonsumsi obat lebih sering artinya frekuensi lebih sering dalam sehari akan membuat klien tidak patuh karena merasa bosan. Sehingga lebih patuh pada pasien yang mengkonsumsi obat satu kali sehari dibandingkan tiga kali sehari. Lamanya penyakit juga mempengaruhi kepatuhan klien dalam

mengonsumsi obat dan diet. Makin lama klien mengidap penyakit diabetes melitus maka makin kecil pasien tersebut dalam pelaksanaan terapi.

2) Faktor intra-personal

Terdapat tujuh faktor penting faktor intra-personal yang berhubungan dengan kepatuhan klien dalam ketercapaian keberhasilan pengobatan antara lain :

a) Umur

Umur mempengaruhi kepatuhan dalam penerapan terapi non-farmakologi berupa aktivitas fisik. Klien yang lebih muda akan mengeluarkan kalori lebih banyak daripada klien yang lebih tua.

b) Jenis Kelamin

c) Penghargaan terhadap Diri Sendiri

d) Disiplin Diri

e) Stress

f) Depresi

g) Penyalahgunaan Alkohol

3) Faktor inter-personal

Dua hal penting dalam faktor inter-personal antara lain:

a) Kualitas hubungan antara pasien dengan petugas kesehatan

b) Kualitas hubungan antara pasien dengan keluarga

4) Faktor lingkungan

Dua faktor lingkungan yang mempengaruhi yaitu :

a) Sistem lingkungan

Sistem lingkungan sangat berpengaruh, adanya perubahan sistem dilingkungan memerlukan penyesuaian. Lingkungan yang berpengaruh adalah lingkungan rumah, lingkungan kerja, lingkungan kerja dan sebagainya yang berhubungan dengan kebutuhan dan prioritas setiap anggota masyarakat yang berbeda-beda. Sistem ekonomi, politik, budaya, ekologi dan geografi serta sistem kesehatan dapat mempengaruhi kepatuhan pasien. Sistem budaya pada zaman modern seperti saat ini merubah masyarakat cenderung lebih suka memakan makanan cepat saji. Lemak jenuh tinggi menjadi salah satu kandungan makanan cepat saji selain itu terkandung garam dan kalori yang tinggi yang tersedia murah dan mudah di dapatkan. Kemajuan zaman pula menyebabkan perubahan pada sistem transportasi sehingga mengurangi aktivitas fisik sehingga memicu obesitas.

b) Situasi dengan resiko tinggi

Situasi dengan resiko tinggi adalah setiap situasi yang mengalami perubahan dan memerlukan penyesuaian maka menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan. Situasi lingkungan menjadi faktor yang banyak membuat klien DM melanggar

aturan diet. Pelanggaran tersebut terjadi saat pesta budaya berlangsung di lingkungan tersebut.

2.3.3. Indikator Tingkat Keberhasilan diet

Indikator tingkat keberhasilan diet antara lain :

a. Pengukuran Antropometri

Pengukuran antropometri merupakan hasil pengukuran fisik pada individu (Cornelia,2013). Pengukuran tersebut meliputi pengukuran tinggi badan atau panjang badan, berat badan, tinggi lutut, lingkar lengan atas, tebal lemak, lingkar pinggang, lingkar panggul dan sebagainya. Mengaitkan dua ukuran dapat menjadi indeks yang akan memberi informasi mengenai kondisi status gizi seperti indeks masa tubuh (IMT), Berat badan dan Tinggi Badan. Perhitungan IMT sebagai berikut (PERKENI,2015):

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (dalam Kg)}}{[\text{Tinggi Badan (dalam m)}]^2}$$

Kategori IMT dan Status Gizi:

$\text{IMT} < 18,8 \text{ kg/m}^2$ = BB Kurang/ *Underweight*

$\text{IMT} 18,5\text{-}22,9 \text{ kg/m}^2$ = Normal

$\text{IMT} 23,0\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$ = BB lebih dengan resiko

$\text{IMT} 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ = Obesitas I

$\text{IMT} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ = Obesitas II

h. Pemeriksaan glukosa darah

Keberhasilan terapi diet dapat dilihat dari kontrol kadar glukosa darah melalui pemeriksaan gula darah. Pemeriksaan glukosa darah sewaktu

dengan nilai normal < 200 mg/dl dikatakan terkontrol atau berhasil dan > 200 mg/dl dikatakan tidak terkontrol atau tidak berhasil (PERKENI, 2015).

2.4. Peran Keluarga

2.4.1. Definisi Peran keluarga

Peran adalah tingkah laku interpersonal, sifat dan kegiatan yang memiliki hubungan dengan individu dalam posisi tertentu (Ali, 2009). Peran adalah sekelompok tingkah laku yang berhubungan dengan suatu posisi atau status sosial dalam masyarakat (Brink,1998). Setiap anggota keluarga memiliki peran dan kewajiban untuk menjalankan perannya masing-masing. Seorang ayah berperan menjadi kepala keluarga dan mencari nafkah, sedangkan seorang ibu memiliki peran sebagai ibu rumah tangga dan beberapa keluarga ibu mencari nafkah tambahan. merupakan bagian dari keluarga. Peran dalam anggota keluarga dijalankan untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga (Anggraini, 2016). Keluarga merupakan bagian terpenting dari setiap individu. Keluarga merupakan adanya keterikatan aturan dan emosional pada dua orang atau lebih yang hidup bersama didalamnya dengan peran masing-masing (Friedman, 1998).

2.4.2. Klasifikasi Peran Keluarga

Menurut Friedman (1998) mengklasifikasikan peran keluarga menjadi 2 yaitu peran formal dan peran informal antara lain:

a. Peran formal

peran formal dalam keluarga terkait dengan posisi peran terkait. Peran yang dibagi lebih bersifat homogen dan keluarga melakukan pembagian peran secara merata. Kepada para anggota, peran formal dibagi menjadi dua yaitu:

1) Peran parental

a) Peran sebagai provider (penyedia)

Peran ini merupakan seperangkat tingkah laku yang dimiliki oleh sebuah keluarga untuk menyediakan semua keperluan dan kebutuhan berupa fasilitas tempat tinggal, menyediakan obat dan kebutuhan keluarga.

b) Peran sebagai pengatur rumah tangga

c) Peran perawatan dan perawat

Peran yang dijalankan untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga saat sehat dan sakit.

d) Peran sosialisasi

Peran yang dijalankan untuk mengajarkan bersosialisasi dengan teman, masyarakat dan lingkungan sekitar.

e) Peran rekreasi

Peran yang dijalankan dan diharapkan untuk dapat memenuhi kebutuhan keluarganya

f) Peran persaudaraan

Peran yang dijalankan oleh keluarga untuk memelihara keeratan dari masing-masing anggota keluarga parenteral dan maternal

g) Peran terapeutik

Peran yang dijalankan untuk memenuhi kebutuhan afektif dari pasangan

h) Peran seksual

2) Peran perkawinan

Peran perkawinan merupakan suatu peran dimana pasangan membutuhkan untuk memelihara hubungan perkawinan yang kokoh. Tugas perkembangan keluarga yang vital adalah menjaga suatu hubungan perkawinan, karena keluarga berkembang dalam siklus kehidupan keluarga.

b. Peran Informal

1) *Insiator Contributor*

Insiator contributor adalah memiliki dan memberikan atau cara yang dapat mengingat masalah dan tujuan. Peran ini sebagai suatu penggerak atau tindakan.

2) Peran pendamai

Peran pendamai merupakan suatu peran yang data mengambil hati seseorang dan selalu mencoba menyenangkan perasaan orang disekitarnya.

3) Perawat keluarga

Perawat keluarga adalah anggota yang diperlukan untuk mengasuh dan merawat anggota lainnya yang membutuhkan.

4) koordinator keluarga

koordinator keluarga merupakan peran yang dapat mengatur dan merencanakan aktivitas keluarga, dengan demikian dapat meningkatkan kohesivitas dan melawan perpecahan yang ada dalam keluarga.

2.4.3. Diagnosa Keperawatan Peran Keluarga

Menurut *NANDA International* (2016) Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan, atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Dalam keperawatan pentingnya menentukan diagnosa keperawatan sebagai penentuan masalah. Oleh karena itu perlu di tentukan diagnosa keperawatan peran keluarga antara lain:

a. Ketegangan Peran Pemberi Asuhan

1) Definisi

Ketegangan peran pemberi asuhan adalah kesulitan dalam melakukan peran pemberi asuhan keluarga atau orang terdekat.

2) Batasan Karakteristik

Batasan karakteristik adalah bagian dari data atau kesimpulan yang digunakan untuk mengamati dan mengelompokkan sebagai manifestasi dari diagnosis misalnya tanda atau gejala.

a) Aktivitas Memberi Asuhan

(1) Kesulitan melakukan tugas yang di perlukan

(2) Kesulitan menyelesaikan tugas yang diperlukan

(3) Ketakutan tentang kemampuan member asuhan di masa depan

- (4) Ketakutan tentang kemungkinan rawat inap bagi penerima asuhan
 - (5) Ketakutan tentang kesehatan pemberi asuhan di masa depan
 - (6) Ketakutan tentang kesejahteraan penerima asuhan bila tidak mampu member asuhan
 - (7) Perubahan maladaptif dalam aktivitas member asuhan
 - (8) Terlalu focus pada rutinitas asuhan
- b) Status Kesehatan Pemberi Asuhan : Fisiologis
- (1) Diabetes melitus
 - (2) Gangguan gastrointestinal
 - (3) Hipertensi
 - (4) Keletihan
 - (5) kardiovaskular
 - (6) Perubahan berat badan
 - (7) Ruam
 - (8) Sakit kepala
- c) Status Kesehatan Pemberi Asuhan: Emosi
- (1) Depresi
 - (2) Frustrasi
 - (3) Gangguan tidur
 - (4) Gugup
 - (5) Kurang waktu untuk memenuhi kebutuhan personal
 - (6) Marah

- (7) Peningkatan kelabilan emosi
 - (8) Somatisasi
 - (9) Strategi koping tidak efektif
 - (10) Stresor
 - (11) Tidak sabar
 - d) Status Kesehatan Pemberi Asuhan: Sosio Ekonomi
 - (1) Isolasi sosial
 - (2) Menolak pengembangan karier
 - (3) Perubahan dalam aktivitas waktu senggang
 - (4) Produktivitas kerja rendah
 - e) Hubungan Pemberi Asuhan-Penerima Asuhan
 - (1) Berduka terkait perubahan hubungan dengan penerima asuhan
 - (2) Kesulitan mengamati pemberi asuhan mengalami proses penyakit
 - (3) Ketidakpastian terkait perubahan hubungan dengan penerima asuhan
 - f) Proses Keluarga
 - (1) Khawatiran tentang anggota keluarga
 - (2) Konflik keluarga
- 3) Faktor yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan merupakan komponen integral dari semua diagnosis keperawatan yang berfokus pada masalah.

- a) Status Kesehatan Penerima Asuhan

- (1) Gangguan fungsi kognitif
 - (2) Keparahan penyakit
 - (3) Ketergantungan
 - (4) Ketidakstabilan kondisi kesehatan
 - (5) Ko-dependensi
 - (6) Masalah perilaku
 - (7) Masalah psikiatrik
 - (8) Peningkatan kebutuhan asuhan
 - (9) Penyakit kronik
 - (10) Penyalahgunaan zat
 - (11) Proses penyakit yang tidak dapat diduga
- b) Status Kesehatan Pemberi Asuhan
- (1) Gangguan fungsi kognitif
 - (2) Harapan tidak realistis terhadap diri sendiri
 - (3) Ketidakmampuan memenuhi harapan individu
 - (4) Ketidakmampuan memenuhi harapan orang lain
 - (5) Ko-dependensi
 - (6) Masalah fisik
 - (7) Penyalahgunaan zat
 - (8) Strategi koping tidak efektif
- c) Hubungan Pemberi Asuhan-Penerima Asuhan
- (1) Harapan penerima asuhan tidak realistis
 - (2) Hubungan dengan kekerasan

- (3) Hubungan dengan penganiayaan
- (4) Kondisi penerima asuhan menghambat komunikasi
- (5) Pola hubungan tidak efektif
- d) Hubungan Pemberi Asuhan-Penerima Asuhan
 - (1) Harapan penerima asuhan tidak realistik
 - (2) Hubungan dengan kekerasan
 - (3) Hubungan dengan penganiayaan
 - (4) Kondisi penerima asuhan menghambat komunikasi
 - (5) Pola hubungan tidak efektif
- e) Aktivitas Memberi Asuhan
 - (1) Aktivitas pemberi asuhan berlebihan
 - (2) Durasi perawatan
 - (3) Kompleksitas aktivitas asuhan
 - (4) Orang terdekat yang memerlukan asuhan baru saja pulang dari perawatan
 - (5) Perubahan dalam sifat aktivitas asuhan
 - (6) Situasi asuhan yang tidak dapat diduga
 - (7) Tanggung jawab asuhan 24 jam penuh
- f) Proses Keluarga
 - (1) Pola disfungsi keluarga
 - (2) Pola koping keluarga efektif
- g) Sumber Daya
 - (1) Kesulitan mengakses bantuan

- (2) Kesulitan mengakses dukungan
 - (3) Kesulitan mengakses dukungan komunitas
 - (4) Krisis finansial (misalnya hutang, ketidak cukupan finansial)
 - (5) Kurang asisten
 - (6) Kurang dukungan sosial
 - (7) Kurang energi
 - (8) Kurang kegembiraan emosi
 - (9) Kurang lingkungan fisik untuk memberi asuhan
 - (10) Kurang pengetahuan tentang sumber komunitas
 - (11) Kurang peralatan untuk memberi asuhan
 - (12) Kurang privasi pemberi asuhan
 - (13) Kurang sumber komunitas (misalnya rekreasi, dukungan sosial, waktu senggang)
 - (14) Kurang transportasi
 - (15) Kurang waktu
 - (16) Pemberi asuhan belum siap secara perkembangan untuk mengemban peran sebagai pemebri asuhan
 - (17) Tidak berpengalaman memberi asuhan
- h) Sosio Ekonomi
- (1) Benturan komitmen peran
 - (2) Isolasi sosial
 - (3) Kurang rekreasi
 - (4) Penghindaran oleh orang lain

b. Risiko ketegangan peran pemberi asuhan

1) Definisi

Risiko ketegangan peran pemberi asuhan adalah rentan terhadap kesulitan melakukan peran pemberi asuhan keluarga/orang terdekat, yang dapat mengganggu kesehatan.

2) Faktor Risiko

Faktor risiko adalah pengaruh yang meningkatkan kerentanan individu, keluarga, kelompok atau masyarakat pada kondisi yang tidak sehat (misalnya lingkungan, psikologis, dan genetik). Faktor risiko dari risiko ketegangan peran pemberi asuhan antara lain:

- a) Adanya penganiayaan (semisal fisik, psikologis, seksual)
- b) Adaptasi keluarga tak-efektif
- c) Aktivitas pemberi asuhan berlebihan
- d) Beratnya penyakit penerima asuhan
- e) Gangguan fungsi kognitif pada pemberi asuhan
- f) Gangguan kesehatan pemberi asuhan
- g) Gangguan kongenital
- h) Gangguan psikologis pada pemberi asuhan
- i) Gangguan psikologis pada penerima asuhan
- j) Isolasi keluarga
- k) Isolasi pemberi asuhan
- l) Keterlambatan perkembangan pemberi asuhan
- m) Keterlambatan perkembangan

- n) Ketidakstabilan kesehatan penerima asuhan
- o) Ko-dependensi
- p) Kompetensi peran dan komitmen pemberi asuhan
- q) Kompleksitas tugas pemberi asuhan
- r) Kurang rekreasi pemberi asuhan
- s) Kurang waktu luang untuk pemberi asuhan
- t) Lingkungan fisik tidak adekuat untuk pemberian asuhan
- u) Paparan pada kekerasan
- v) Pasangan sebagai pemberi asuhan
- w) Pemberi asuhan tidak siap secara perkembangan untuk peran pemberi asuhan
- x) Pemberi asuhan wanita
- y) Penerima asuhan menunjukkan perilaku kacau
- z) Penerima asuhan menunjukkan perilaku menyimpang
- aa) Penerima asuhan pulang ke rumah dengan kebutuhan signifikan
- bb) Penyalahgunaan zat
- cc) Perkembangan penyakit yang tidak terduga
- dd) Perpanjangan durasi perlunya pemberian asuhan
- ee) Pola disfungsi keluarga sebelum situasi pemberian asuhan
- ff) Pola hubungan tidak efektif antara pemberi asuhan dan penerima asuhan
- gg) Pola koping pemberi asuhan tidak efektif

- hh) Prematuritas
 - ii) Stresor
 - jj) Tidak pengalaman dengan pemberian asuhan
- c. Disfungsi Proses Keluarga

1) Definisi

Disfungsi proses keluarga merupakan organisasi yang bermasalah dan terjadi lama (kronik) baik dari fungsi psikososial, spiritual, dan fisiologis unit keluarga yang menimbulkan konflik, menyangkal masalah, keengganan untuk berubah, ketidakefektifan pemecahan masalah, dan serangkaian krisis yang tidak berujung.

2) Batasan Karakteristik

a) Perilaku

- (1) Agitasi
- (2) Berbohong
- (3) Berduka tidak tuntas
- (4) Defisiensi pengetahuan tentang penyalahgunaan zat
- (5) Ekspresi marah tidak tepat
- (6) Gangguan konsentrasi
- (7) Gangguan performa akademik pada anak
- (8) Imaturitas
- (9) Isolasi sosial
- (10) Kegagalan menyelesaikan tugas perkembangan
- (11) Kekacauan

- (12) Kesulitan berhubungan dekat
- (13) Kesulitan bersenang-senang
- (14) Kesulitan dengan transisi siklus hidup
- (15) Ketagihan nikotin
- (16) Keterampilan komunikasi tidak efektif
- (17) Ketergantungan
- (18) Ketidakefektifan keterampilan pemecahan masalah
- (19) Gagal untuk adaptasi dengan adanya perubahan
- (20) Ketidakmampuan berespons secara konstruktif terhadap peristiwa traumatic
- (21) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan emosi anggota keluarga
- (22) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga
- (23) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan spiritual anggota keluarga
- (24) Ketidakmampuan menerima bantuan
- (25) Ketidakmampuan menerima perasaan dengan rentang luas
- (26) Ketidakmampuan mengekspresikan perasaan dengan rentang luas
- (27) Ketidakmampuan untuk menerima bantuan dengan tepat
- (28) Komunikasi mengendalikan
- (29) Komunikasi paradoks

- (30) Manipulasi
- (31) Memungkinkan untuk mempertahankan pola minum alkohol
- (32) Mencari penguatan
- (33) Mencari persetujuan
- (34) Menghakimi diri sendiri secara keras
- (35) Menghindari konflik
- (36) Mengkritik
- (37) Menyalahkan
- (38) Menyalahkan diri sendiri
- (39) Menyangkal masalah
- (40) Orientasi terhadap peredaan ketegangan, bukan pencapaian tujuan
- (41) Penganiayaan verbal pada anak
- (42) Penganiayaan verbal pada orang tua
- (43) Penganiayaan verbal pada pasangan
- (44) Peningkaran janji
- (45) Peningkatan konflik
- (46) Penolakan untuk mencari bantuan
- (47) Penurunan kontak fisik
- (48) Penyalahgunaan zat
- (49) Perebutan kekuasaan
- (50) Perilaku tidak percaya
- (51) Peristiwa khusus dipusatkan pada penyalahgunaan zat

(52) Pola komunikasi kontradiksi

(53) Rasionalisasi

(54) Stres terkait penyakit fisik

b) Perasaan

(1) Ansietas

(2) Bermusuhan

(3) Bingung antara cinta dan kasihan

(4) Depresi

(5) Distres

(6) Frustrasi

(7) Harga diri rendah

(8) Isolasi emosi

(9) Kegagalan

(10) Kehilangan identitas

(11) Kendali emosi orang lain

(12) Keputusan

(13) Kerentanan

(14) Kesepian

(15) Ketakutan

(16) Ketegangan

(17) Ketidakberdayaan

(18) Ketidakpuasan

(19) Konfusi

- (20) Marah
- (21) Menekan emosi
- (22) Menyimpan dendam
- (23) Merasa berbeda dari orang lain
- (24) Merasa malu
- (25) Merasa tidak berharga
- (26) Merasa tidak dicintai
- (27) *Mood* selalu berubah
- (28) Penelantaran
- (29) Penolakan
- (30) Perasaan tidak dicintai
- (31) Perasaan tidak dimengerti
- (32) Rasa bersalah
- (33) Rasa malu
- (34) Rasa tidak bahagia
- (35) Sakit hati
- (36) Tanggung jawab atas alkoholik
- (37) Tidak aman
- (39) Tidak percaya

c) Peran dan hubungan

- (1) Disfungsi keintiman
- (2) Gangguan dinamika keluarga
- (3) Gangguan peran keluarga

- (4) Gangguan ritual keluarga
- (5) Hubungan keluarga yang triangulasi
- (6) Tidak penghargaan terhadap otonomi yang ditunjukkan dalam respek terhadap invidual serta keluarga
- (7) Keluarga tidak menunjukkan respek terhadap individualitas anggotanya
- (8) Ketidakefektifan komuniasi dengan pasangan
- (9) Ketidakkonsitenan menjadi orang tua
- (10) Konflik antar pasangan
- (11) Kurang keterampilan berhubungan
- (12) Kurang persatuan keluarga
- (13) Masalah ekonomi
- (14) Masalah keluarga kronik
- (15) Mengabaikan kewajiban terhadap anggota keluarga
- (16) Pemburukan hubungan keluarga
- (17) Penolakan keluarga
- (18) Penurunan kemampuan anggota keluarga untuk saling berhubungan dalam pertumbuhan dan kematangan bersama
- (19) Persepsi buruk tentang dukungan orang tua
- (20) Perubahan pada fungsi peran
- (21) Pola penolakan
- (22) Sistem komunikasi tertutup

- 3) Faktor yang berhubungan
 - a) Faktor biokimia
 - b) Kepribadian adiktif
 - c) Ketidakadekuatan keterampilan coping
 - d) Kurang keterampilan pemecahan masalah
 - e) Penyalahgunaan zat
 - f) Predisposisi genetic untuk penyalahgunaan zat
 - g) Riwayat penyalahgunaan zat dalam keluarga
 - h) Riwayat resistensi terhadap terapi pada keluarga

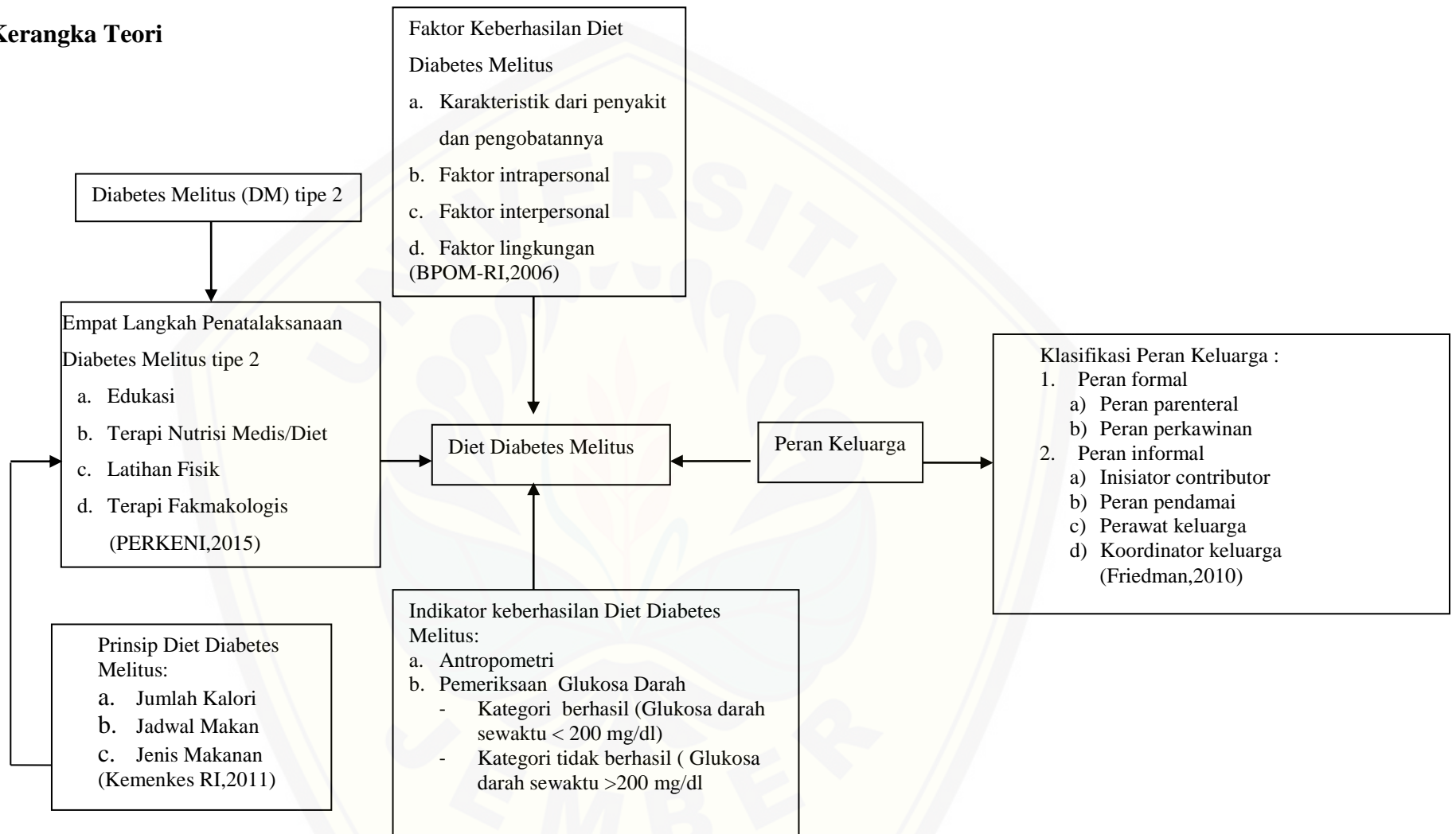
2.5. Keterkaitan Pelaksanaan Peran Keluarga terhadap Tingkat Keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2

Diet adalah memilih makanan yang sesuai untuk dimakan seseorang. Diet seimbang adalah diet yang memberikan semua nutrient dalam jumlah yang memadai tidak berlebihan dan terlampau banyak dan tidak terlalu sedikit (Beck, 2012). Diet diabetes melitus merupakan pengaturan makanan bagi diabetisi yang bertujuan menjaga dan memelihara tingkat kesehatan optimal sehingga klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa. Dalam pelaksanaan diet tidak hanya klien diabetes melitus yang terlibat namun juga keluarga guna ketercapaian pelaksanaan diet. Keluarga merupakan *supportsystem* utama bagi anggota keluarga yang sehat dan sakit, sehingga keluarga berperan menjadi *provider* dan perawat keluarga (Friedman, 1998). Perlu keterlibatan keluarga dalam membantu klien DM tipe 2 menjalani diet karena keluarga di pandang menjadi komponen penting dalam

penanganan penyakit DM khususnya pelaksanaan diet (Smeltzer & Bare, 2001).
Sehingga ada keterkaitan antara pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien DM tipe 2.

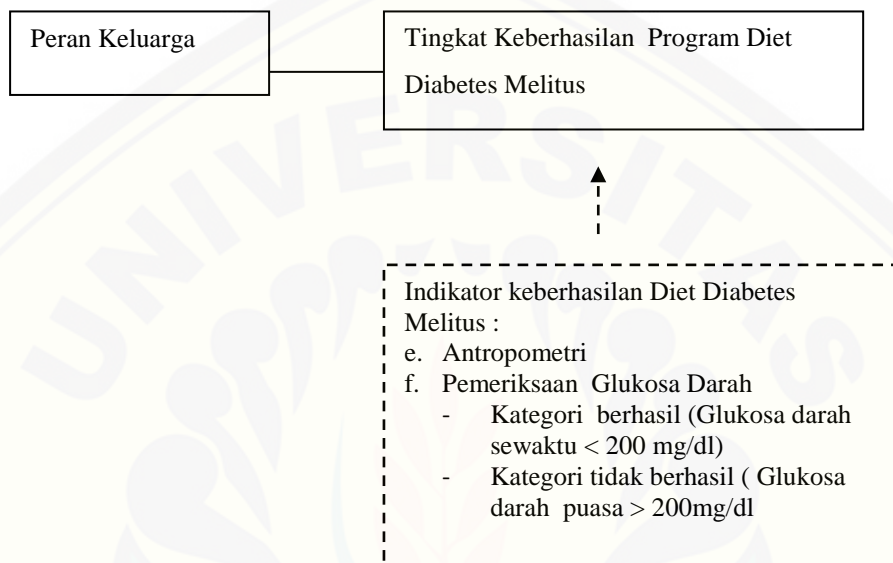


2.6. Kerangka Teori



BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

3.1. Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien

3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan sebuah jawaban sementara dalam penelitian sampai terbukti melalui pengumpulan data (Arikunto, 2010). Penelitian ini mengambil Hipotesis Alternatif (H_a) yaitu ada hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2 di Wilayah X Nilai $\alpha = 0,05$, H_a diterima jika $P < \alpha$.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *non experimental* dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian *non experimental* adalah suatu penelitian yang dilakukan untuk membuktikan suatu hal tanpa melibatkan kelompok kontrol. Penelitian ini menggunakan pendekatan secara *cross sectional*. Pendekatan tersebut hanya melakukan observasi dan pengukuran variabel secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan (Notoatmojo, 2012). Peneliti akan mengidentifikasi variabel independen pelaksanaan peran keluarga dan variabel dependen tingkat keberhasilan program diet pada klien diabetes melitus tipe 2. Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui hubungan antara pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan program diet klien diabetes melitus tipe 2.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan subjek dalam penelitian (Arikunto, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah klien DM tipe 2 yang terdata dan berada dalam wilayah kerja Puskesmas Kaliwates meliputi Kelurahan Tegal Besar, Kelurahan Kaliwates dan Kelurahan Kebonagung. Populasi sebesar 61 orang yang di jadikan sebagai populasi penelitian.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah wakil dari populasi yang diteliti yang bersifat objektif (Arikunto, 2010). Sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang memiliki populasi karakteristik hampir sama dengan populasi dan dapat mewakili populasi (Notoadmodjo, 2012). Penetapan sampel penelitian ini akan mewakili populasi yang ada supaya peneliti memperoleh hasil dan kesimpulan penelitian yang menggambarkan keadaan populasi penelitian. Penetapan sampel setelah dilakukan penilaian inklusi dan eksklusi sehingga di ketahui sampel penelitian sebesar 61 responden.

4.2.3 Teknik Penentuan Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *Non probability sampling*. *Non probability sampling* adalah penetapan sampel yang tidak memberikan kesempatan/peluang yang sama untuk setiap unsur anggota populasi yang di pilih menjadi sampel (Sugiyono, 2010). Teknik yang dipakai adalah *Total Sampling*

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Sampel pada penelitian ini merupakan keluarga dengan usia dewasa akhir dan lanjut usia. Telah ditetapkan kriteria sampel pada penelitian sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria yang harus ada pada setiap anggota populasi yang menjadi sampel (Notoatmodjo, 2012). kriteria inklusi dalam penelitian ini terdiri atas:

- 1) Responden yang positif terdiagnosa diabetes melitus tipe 2 selama > 6 bulan

- 2) Responden berusia ≥ 40 tahun
- 3) Responden komposmentis dan masih bisa beraktifitas
- 4) Responden memiliki kemampuan membaca dan mampu berbahasa Indonesia
(boleh untuk klien buta aksara yang dituliskan oleh peneliti dan dijawab secara verbal oleh responden)
- 5) Responden terdata dalam data Puskesmas Kaliwates dan berdomisili wilayah kerja Puskesmas Kaliwates.
- 6) Responden tinggal bersama keluarga

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini kriteria eksklusi sebagai berikut:

- 1) Responden tidak mengisi lembar pernyataan kuesioner dengan lengkap
- 2) Responden yang mengundurkan diri saat penelitian berlangsung
- 3) Responden tidak mau mengikuti prosedur penelitian dari awal sampai selesai
- 4) Responden tidak tinggal dengan bersama keluarga

4.3. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian merupakan penjelasan mengenai lokasi penelitian tersebut akan dilakukan dan lokasi penelitian menjadi pembatas ruang lingkup penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012). Lokasi penelitian di lakukan di wilayah kerja Puskemas Kaliwates Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember. Wilayah

tersebut meliputi Kelurahan Tegal Besar, Keluarga Kaliwates, dan Keluarga Kebonagung.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan September 2017 sampai bulan Januari 2018. Waktu penelitian terhitung mulai dari pembuatan proposal lalu dilanjutkan dengan penyusunan laporan dan diakhiri dengan publikasi penelitian. Seminar proposal dilaksanakan pada bulan November 2017 dilanjutkan dengan uji validitas dan reabilitas bulan November sampai bulan Desember 2017. Pelaksanaan penelitian pada bulan Desember 2017 dilanjutkan pembuatan laporan serta presentasi hasil pada bulan Desember 2017 sampai bulan Januari 2018.

4.5. Definisi Operasional

Tabel 4.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
1.	Variable bebas: Pelaksanaan Peran Keluarga	Persepsi klien DM tipe 2 mengenai keluarganya dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sesuai posisi dalam keluarga	a. Peran formal 1. Peran parenteral 2. Peran perkawinan b. Peran informal 1. Pengharmonisan 2. Inisiator-kontributor 3. Pendamai 4. Perawat keluarga 5. Koordinator keluarga	Kuisioner	Ordinal	Diaktegorikan berdasarkan: 0 = tidak pernah 1= kadang-kadang 2= sering 3= selalu 0-15= kurang aktif 16-30= cukup aktif 31-40= aktif
2.	Variabel terikat: Tingkat keberhasilan program diet diabetes melitus	Kemampuan untuk melaksanakan program diet diabetes melitus yang telah di rencanakan	a. Jumlah Kalori b. Jadwal Makan c. Jenis Makanan	Kuisioner	Ordinal	Diaktegorikan berdasarkan: A dan B = Diet Sehat C dan D = Diet Kurang Sehat E dan F = Diet Tidak Sehat A = 20 B = 16 C = 12 D = 8 E = 4 F = 0 untuk kategori pertanyaan persepsi berat badan 1 = 5 2 = 10

3 = 15

4 = 20

untuk kategori pertanyaan persepsi diet
dengan rentang

0 = 0

1 = 2

2 = 4

3 = 6

4 = 8

5 = 10

6 = 12

7 = 14

8 = 16

9 = 18

10 = 20

0-120= tidak berhasil

122-240= cukup berhasil

242-320= kurang berhasil

322-460= berhasil

4.6. Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Jenis sumber pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini guna memperoleh data pada kedua variabel sebagai berikut:

a. Data primer

Data primer adalah sumber data pertama yang diperoleh dari perorangan berupa hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilaksanakan oleh peneliti (Notoatmojo, 2012). Kuesioner pertanyaan menjadi data primer dalam penelitian ini, yang dilakukan pengisian oleh responden, sesuai dengan aturan yang tertera pada kuesioner penelitian.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapatkan dari perorangan yang memiliki informasi yang sesuai, badan, atau instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Dalam penelitian ini data sekunder yang digunakan adalah data jumlah klien DM tipe 2 yang di peroleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Kaliwates. Data yang diperoleh kemudian digunakan untuk menentukan populasi dan sampel penelitian.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan kegiatan yang digunakan untuk menjangkau data guna melengkapi data dalam penelitian (Sugiyono, 2010). Teknik pengumpulan data yang dilaksanakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. Peneliti mendapatkan ijin dari Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Jember melakukan koordinasi dengan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember kemudian memberikan surat pengantar ke

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Surat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember di arahkan ke Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk mendapatkan data jumlah klien diabetes melitus tipe 2 se- Kabupaten Jember.

- b. Menentukan wilayah berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
- c. Melakukan studi pendahuluan atau pengambilan data sampel sesuai data.
- d. Peneliti memilih responden berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan.
- e. Peneliti lantas mengajukan lembar persetujuan (informed consent) yang ditandatangani untuk lanjut sebagai responden.
- f. Peneliti memberikan penjelasan maksud serta tujuan kepada responden serta menjelaskan cara pengisian kuesioner.
- g. Peneliti membagikan kuesioner kepada responden untuk di isi oleh responden.
- h. Peneliti melakukan pengolahan dan analisis data.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

- a. Instrumen karakteristik responden

Instrumen karakteristik responden adalah kuesioner yang berisi data responden terdiri dari inisial, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, berat badan, tinggi badan dan hasil pemeriksaan gula darah terakhir klien.

- b. Instrumen peran keluarga

Instrumen peran keluarga alat yang digunakan adalah kuesioner yang mengadopsi dari Anggraini (2016) dalam penelitian yang berjudul

hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan *activity daily living (ADL)* pada anak tunagrahita. Kuesioner tentang peran keluarga berjumlah 12 poin yang dinilai. Item pertanyaan tersebut terdiri pernyataan positif (*favourable*) berjumlah 8 pertanyaan dan pertanyaan negatif (*unfavourable*) berjumlah 4 pertanyaan. Jawaban yang disediakan akan dinilai berdasarkan skala Likert, yaitu skala 1-4. pada item *favourable* nilai jawaban selalu = 3, sering = 2, kadang-kadang = 1, tidak pernah = 0. sedangkan item *unfavourable* nilai jawaban selalu = 0, sering = 1, kadang-kadang = 2, tidak pernah = 3.

c. Instrumen Tingkat Keberhasilan Program Diet

Instrumen peran keluarga alat yang digunakan adalah kuesioner yang mengadopsi dari *National Institute for Health Research (2015)* dengan judul “*UK Diabetes and Diet Questionnaire*”. Kuesioner tentang tingkat keberhasilan program diet terdiri dari 23 poin yang dinilai. Item pertanyaan tersebut terdiri pernyataan positif (*favourable*) berjumlah 10 pertanyaan dan pertanyaan negatif (*unfavourable*) berjumlah 13 pertanyaan. jawaban yang disediakan akan dinilai berdasarkan skala Likert, yaitu skala 0-5. pada item *favourable* nilai jawaban 3x sehari= 20, 1-2x sehari =16, 5-6x seminggu= 12, 2-4x seminggu = 8, 1x seminggu= 4, tidak pernah atau jarang= 0. sedangkan item *unfavourable* nilai jawaban 3x sehari= 0, 1-2x sehari =4, 5-6x seminggu= 8, 2-4x seminggu = 12, 1x seminggu= 16, tidak pernah atau jarang= 20.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner Pelaksanaan Peran Keluarga Sebelum dan Sesudah Uji Validitas dan Reabilitas

A. Sebelem Melakukan Uji Validitas dan Reabilitas

Variabel Butir	Indikator	Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Peran Keluarga	Peran sebagai provider	1, 2,3,	4,5	5
	Peran sebagai pengatur rumah tangga	6	7,8,9	4
	Peran perawatan dan perawat keluarga	12,13,14,15, 16,17	10,11	8
	Peran sosialisasi	18,19	-	2
	Peran persaudaraan	21	20	2
	Peran terapeutik	22	23	2
	Peran perkawinan	24,27	25,26	4
	Peran seksual	29	28	2
	Peran Inisiator kontributor	31	30	2
	Peran pendamai	32,33,34	35	4
	Peran koordinator keluarga	37,38	36	3
	Peran Rekreasi	40	39	2
	JUMLAH		25	15

B. Sesudah Melakukan Uji Validitas dan Reabilitas

Variabel Butir	Indikator	Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Peran Keluarga	Peran sebagai provider	2	-	1
	Peran sebagai pengatur rumah tangga	-	9	1
	Peran perawatan dan perawat keluarga	17	-	1
	Peran sosialisasi	19	-	1
	Peran persaudaraan	-	20	1
	Peran terapeutik	22	-	1
	Peran perkawinan	-	26	1
	Peran seksual	29	-	1
	Peran Inisiator kontributor	31	-	1
	Peran pendamai	32	-	1
	Peran koordinator keluarga	-	36	1
	Peran Rekreasi	40	-	1
JUMLAH		8	4	12

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner Tingkat Keberhasilan Program Diet DM tipe 2

Variabel Butir	Indikator	Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan	
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>		
Tingkat Keberhasilan Diet	Sayur	1	-	1	
	Buah	2	-	1	
	Biskuit dan <i>cake</i>	-	3	1	
	Permen	-	4	1	
	Minuman Manis	-	5	1	
	Makanan Berlemak	-	6	1	
	Olahan Daging	-	7	1	
	Makanan Ringan Gurih	-	8,9	2	
	<i>Fast Foods</i>	-	10	1	
	Pudding	-	11	1	
	Ikan	12	-	1	
	Makanan Selingan	13	-	1	
	Sarapan	14	-	1	
	Makan Selingan Tinggi Lemak	-	15	1	
	Frekuensi Konsumsi Roti	17	16	2	
	Frekuensi Konsumsi Sereal	-	18,19	2	
	Konsumsi Susu	20	-	1	
	Persepsi	21,22,23	-	3	
	JUMLAH		10	13	23

4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

a. Uji Validitas

Kuesioner yang telah dibuat dalam penelitian belum tentu penggunaannya secara langsung untuk pengumpulan data, sehingga peneliti perlu melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner yang telah dibuat. Uji validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Untuk kuesioner pelaksanaan peran keluarga yang mengadopsi dari penelitian yang dilakukan oleh Anggraini (2016). Dalam penelitian peneliti menggunakan uji validitas berupa membandingkan nilai r tabel dan nilai r hitung. Keputusan uji valid bila r hitung $>$ r tabel dan tidak valid bila r hitung $<$ r tabel. Nilai r tabel dilihat dengan tabel r dengan menggunakan rumus $df = n - 2$. Peneliti telah melaksanakan uji validitas di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember kepada 20 responden. Peneliti melakukan uji validitas pada tanggal 02 Desember 2017 pukul 06.00 WIB sampai selesai. Pada tingkat kemaknaan 5%, didapatkan angka r tabel yaitu 0,468. Keputusan uji bila r hitung $>$ 0,468 dinyatakan variabel valid dan r hitung $<$ 0,468 dinyatakan tidak valid. Berdasarkan hasil uji validitas yang dilakukan dari 40 pertanyaan terdapat 12 pertanyaan valid untuk pelaksanaan peran keluarga dengan hasil validitas sebesar 0,756. Dari 40 pertanyaan terdapat 13 pertanyaan valid untuk tingkat keberhasilan program diet dengan hasil validitas sebesar 0,819 namun karena 13 pertanyaan tidak sesuai dengan indikator yang ada sehingga peneliti menggunakan kuesioner yang telah di validitas oleh

England et al (2016) dengan *test-retest and reative validation*. Responden sebanyak 102 orang dengan laki-laki 50 orang dan perempuan 52 orang. Total test 1 25,5 dengan SD 10,5 dan total test 2 27,0 dengan SD 10,9 $p = 0,757$. Total skor *Pearson's correlation* sebesar 0,90 (0,89 untuk perempuan dan 0,90 untuk laki-laki).

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu gambaran yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo,2012). Rumus *Cronbach's Alpha* menjadi pernyataan hasil uji valid yang telah dilaksanakan dengan ketentuan reliabel bila $r_{alpha} > r_{tabel}$ dan $r_{alpha} > r_{tabel}$. Nilai r_{alpha} berdasarkan uji reabilitas adalah 0,913 untuk skor pelaksanaan peran keluarga dan 0,922 untuk skor tingkat keberhasilan program diet.

4.7. Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Editing adalah memeriksa daftar pertanyaan yang sudah diserahkan oleh para pengumpul data. Peneliti melakukan pemeriksaan daftar pertanyaan tersebut meliputi kelengkapan dari jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Setiadi, 2007). Lembar kuesioner tentang peran keluarga dan tingkat keberhasilan diet diabetes melitus apabila terdapat kesalahan dalam pengumpulan data, maka peneliti perlu melakukan *editing*.

4.7.2 Coding

Coding adalah tanda atau klasifikasi jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori tertentu (Setiadi, 2007). Pemberian kode pada penelitian ini terdiri dari :

a. Variabel pelaksanaan peran keluarga dikategorikan menjadi 3 yaitu :

- 1) 4 = pelaksanaan peran keluarga sangat aktif
- 2) 3 = pelaksanaan peran keluarga aktif
- 3) 2 = pelaksanaan peran keluarga cukup aktif
- 4) 1 = pelaksanaan peran keluarga kurang aktif

b. Variabel tingkat keberhasilan diet diabetes melitus dikategorikan menjadi 2 yaitu :

- 1) 4 = berhasil
- 2) 3 = cukup berhasil
- 3) 2 = kurang berhasil
- 4) 1 = tidak berhasil

4.7.3 Processing/Entry

Entry merupakan proses kegiatan mendata jawaban-jawaban dari responden yang berbentuk kode ke dalam table melalui program pengolahan komputer melalui SPSS (Notoatmodjo, 2012). Data-data tersebut dimasukkan ke dalam program computer yang berdasarkan hasil pengkodean yang telah dilakukan pada masing-masing variabel yaitu variable pelaksanaan peran keluarga dan variabel tingkat keberhasilan diet diabetes mellitus.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning adalah suatu teknik pembersihan data, yang melihat variabel apakah data sudah benar atau belum (Setiadi, 2007). Peneliti melakukan pemeriksaan kembali karena dikhawatirkan terdapat data yang belum di *entry*. Peneliti mendapatkan hasil *cleaning* bahwa tidak ada kesalahan sehingga seluruh data dapat digunakan.

4.8. Analisa Data

4.8.1 Analisa Deskriptif

Analisis deskriptif menjelaskan atau mendeskripsikan dengan menggambarkan distribusi data dari karakteristik setiap variabel penelitian. Jenis data numerik digunakan nilai mean, median, dan standar deviasi sedangkan jenis data kategorik menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran presentase atau proporsi. Analisis deskriptif pada penelitian ini dilakukan pada karakteristik responden yang terdiri dari inisial, umur, IMT, dan pemeriksaan gula darah terakhir yang disajikan dalam bentuk rerata. Jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan yang disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan tabulasi silang karakteristik responden dengan tingkat keberhasilan diet.

4.8.2 Analisa Inferensial

Analisis inferensial digunakan untuk dua variabel yang dicurigai memiliki hubungan atau berkorelasi. Analisis inferensial dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen pelaksanaan peran keluarga dan variabel dependen tingkat keberhasilan diet pada klien diabetes melitus sehingga peneliti dapat mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara kedua variabel dengan menggunakan uji statistik. Skala pengukuran dari penelitian ini adalah skala

ordinal yang dikelompokkan ke dalam kategori tertentu dengan uji statistik yang digunakan adalah uji *Spearman Range* (Sugiyono,2010). Dasar pengambilan keputusan adalah jika *p value* < 0,05 maka H_a diterima dan jika *p value* > 0,05 maka H_a ditolak (Dahlan, 2011).

Tabel 4.3 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai *p*, dan arah korelasi

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi	0,00-0,199	Sangat lemah
		0,20-0,399	Lemah
		0,40-0,599	Sedang
		0,60-0,799	Kuat
		0,80-1,000	Sangat Kuat
2.	Nilai <i>p</i>	$P < 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna antara pelaksanaan peran keluarga dan tingkat keberhasilan diet diabetes melitus Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara pelaksanaan peran keluarga dan tingkat keberhasilan diet diabetes mellitus
		$P > 0,05$	
3.	Arah korelasi	+ (positif)	Jika Searah, maka nilai variabel yang besar semakin besar juga nilai variabel lainnya
		- (negatif)	Berlawanan arah. Nilai suatu variabel yang besar semakin kecil nilai variabel lainnya.

Sumber: Dahlan (2011)

4.9. Etika Penelitian

Kode etik penelitian merupakan suatu landasan etika yang berlaku pada setiap kegiatan penelitian, adanya keterlibatan antara pihak peneliti, pihak yang diteliti dan masyarakat yang akan mendapatkan hasil dan akibat dari penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012).

4.9.1 Prinsip manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan penderitaan pada responden .

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi responden penelitian telah terhindar dari kondisi yang dapat merugikan responden dalam bentuk apapun.

c. Risiko (*benefits ratio*)

Adanya perhatian dari peneliti terhadap kerugian dan keuntungan yang memberikan akibat kepada responden

Prinsip manfaat yang dilakukan pada penelitian ini yaitu peneliti memberikan informasi tentang tujuan dan manfaat penelitian ini sebelum calon responden bersedia menjadi responden.

4.9.2 Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect for human dignity*)

a. Hak untuk ikut atau tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Responden dalam penelitian ini memiliki hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi responden atau tidak tanpa adanya sanksi dalam bentuk apapun kepada responden.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang akan diberikan (*right to full disclosure*). Peneliti memberikan penjelasan kepada responden secara rinci dan bertanggung jawab mengenai tujuan dan manfaat penelitian sehingga responden dapat memahami perlakuan yang diberikan.

c. *Informed consent*

Responden dalam penelitian ini mendapat informasi selengkap-lengkapannya dari peneliti mengenai tujuan dan manfaat dari penelitian serta memiliki hak untuk ikut serta menjadi responden atau tidak menginginkan untuk menjadi responden, dengan memberikan lembar persetujuan subjek (*Informed Consent*) untuk ditanda tangani.

4.9.3 Anonimitas

Peneliti memberikan hak kepada responden untuk memberikan nama inisial selama penelitian. Dalam penelitian ini untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti menggunakan *anonymity* pada saat proses pendokumentasian hasil penelitian. Angket penelitian yang telah diisi hanya diketahui oleh pihak yang berkepentingan terhadap penelitian seperti peneliti dan akademisi.

4.9.4 Prinsip keadilan (*right to justice*)

Prinsip keadilan pada penelitian ini yaitu dengan menjaga kerahasiaannya (*right to privacy*). Peneliti tidak mencantumkan nama responden untuk menjaga kerahasiaan dari informasi yang didapatkan dalam penelitian ini.

4.9.5 Prinsip kejujuran (*Veracity*)

Pada prinsip kejujuran, responden akan meyakini tugas-tugas peneliti yang dilaksanakan sehingga tidak menimbulkan rasa cemas dan curiga bahwa seseorang peneliti akan menipu responden. Aplikasi penelitian ini berupa peneliti memberikan informasi yang jujur sesuai dengan penelitian yang akan dilakukan.

BAB 6. PENUTUP

6.1. Simpulan

Berdasarkan Hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan diet pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Karakteristik responden pada penelitian ini mayoritas klien berusia 45 tahun, mayoritas IMT klien yaitu BB dengan resiko dan obesitas dengan nilai IMT $23- \geq 30 \text{ kg/m}^2$, hasil pemeriksaan gula darah terakhir klien mayoritas $< 200 \text{ gr/dl}$, mayoritas klien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 24 orang (58,5%) dan pendidikan terakhir klien mayoritas SLTA/SMA sebanyak 14 orang (34,1%) serta pekerjaan klien mayoritas bekerja sebagai PNS sebanyak 15 orang (36,6%).
- b. Pelaksanaan peran keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates cukup aktif sebanyak 40 orang (97,6%).
- c. Tingkat keberhasilan diet klien DM tipe 2 mayoritas berhasil sebanyak 36 orang (87,8%).
- d. Tidak ada hubungan antara pelaksanaan peran keluarga dengan tingkat keberhasilan diet pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember.

6.2. Saran

Saran untuk hasil penelitian ini antara lain sebagai berikut:

6.2.1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan dan wawasan penatalaksanaan DM terhadap peningkatan kualitas hidup klien DM tipe 2. Perlu dilanjutkan penelitian dengan mengkaji klien yang mengikuti komunitas atau group (misalnya prolanis) dengan yang tidak mengikuti group tersebut terhadap kepatuhan diet.

6.2.2. Bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi tambahan referensi bagi perawat yang bergerak dibidang pendidikan khususnya bidang keperawatan komunitas dan medikal bedah. Hasil penelitian ini juga dapat menjadi bahan pada penyampaian materi perkuliahan keperawatan komunitas khususnya keperawatan keluarga dan keperawatan medikal bedah terkait DM tipe 2.

6.2.3. Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien DM terutama untuk penatalaksanaan DM, selain itu tenaga kesehatan juga dapat berbagi informasi khususnya pendidikan kesehatan bagi klien DM tipe 2 untuk meningkatkan kualitas hidup klien DM dan keluarga.

6.2.4. Bagi Masyarakat

Saran penelitian bagi masyarakat diantaranya sebagai berikut :

- a. Masyarakat diharapkan lebih memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan seperti posyandu lansia guna memperoleh kemudahan informasi kesehatan
- b. Masyarakat dapat memanfaatkan program-program yang di selenggarakan oleh puskesmas seperti prolanis yang diadakan setiap hari sabtu dalam setiap minggunya.
- c. Masyarakat juga dapat memodifikasi gaya hidup selain melakukan pengaturan makanan juga dapat meningkatkan aktivitas fisik dengan rutin berolahraga, mengontrol gula darah secara teratur untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnyani, Ida Ayu Putu Surya., Desak Made Widyanthari, dan Kadek Saputra. 2015. Hubungan Health Locus Of Control dengan kepatuhan penatalaksanaan diet Dm Tipe 2 di Paguyuban Dm Puskesmas 3 Denpasar Utara. *COPING Ners Journal* 3(3): 76-84.
- Ali, Zaidin. 2009. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Almatsier, Sunita. 2010. *Penuntun Diet Edisi Baru*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- American Diabetes Association. 2017. *Diabetes Care Standards of Medical Care In Diabetes-2017*. The journal of clinical and applied research and education volume 40-www.diabetes.org/diabetescare.
- Anani, Sri. 2012. Hubungan Antara Perilaku Pengendalian Diabetes dan Kadar Glukosa Darah Pasien Rawat Jalan Diabetes Melitus (Studi Kasus di RSUD Arjawingaan Kabupaten Cirebon). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Volume 1 nomor 2 : 466-478.
- Anggraini, Ditta. 2016. Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Activity Daily Living (ADL) pada Anak Tunagrahita di SLB-C TPA Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Anna, Lusia Kus. 2017. *Pentingnya Gaya Hidup Sehat Belum Disadari*. <http://lifestyle.kompas.com/read/2017/06/19/171500820/pentingnya.gaya.hidup.sehat.belum.disadari> [diakses pada 3 Oktober 2017].
- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayu, Mila Dewi K. 2016. Hubungan Kepatuhan Diet dengan Kadar Glukosa Darah Sewaktu pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Klinik Pratama Gracia Ungaran Kabupaten Semarang. *Skripsi*. Ungaran: Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Ayuningtyas, Ela P. 2012. Peran Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Diet Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sleman. *Skripsi*. Yogyakarta: PSIK-Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah.
- Badan Pusat Statistik. 2015. *Angka Harapan Hidup Penduduk Beberapa Negara (tahun 1995-2015)*. <https://www.bps.go.id/linkTabelStatis/view/id/1517> [diakses pada 16 April 2017].

- Baughman, Diane C. 2000. *Keperawatan Medikal-Bedah: Buku saku untuk Brunner dan Suddarth*. Alih bahasa Asih, Yasmin. Jakarta: EGC.
- Beck, Mary E. 2012. *Nutrition and Diabetetics for Nurses*. Terjemahan oleh Hartono, Andri. *Ilmu Gizi dan Diet*. Yogyakarta: ANDI OFSET.
- B POM RI. 2006. *Kepatuhan Pasien: Faktor Penting dalam Keberhasilan Diet*. Jakarta: Info POM BPOM RI.
- Brink, Pamela J. 1998. *Langkah Dasar dalam Perencanaan Riset Keperawatan dari Pertanyaan sampai Proposal*. Jakarta: EGC.
- Cahyono, Suharjo. 2008. *Gaya Hidup dan Penyakit Modern*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Chalik, Raimundus. 2016. *Anatomi Tubuh Manusia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Chaterin, 2006. *Diabetes Penemuan Baru Memerangi Diabetes Melalui Diet Golongan Darah*. Jogjakarta: B-Frist.
- Cornelia, Sumedi., dkk. 2013. *Konseling gizi*. Jakarta: Penebar Plus.
- Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Dahlan, Sopiudin. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kab. Jember. 2017. *Laporan PTM 2017*. Jember: Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Djamarah, S Bahri dan Zain, Aswan. 2006. *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Dolongseda, F., Masi dan Bataha, Y. 2017. Hubungan Pola Aktivitas Fisik dan Pola Makan dengan Kadar Gula Darah pada Pasien DM Tipe II Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Pancara Kasih GMIM Manado. *E-Journal Keperawatan (e-Kp) Volume 5 Nomor 1*.
- England, Clare Y., Thompson, Janice L., Jago, Russ., Cooper, A.R dan Andrews, Rob C. 2016. Development of a brief, reliable and valid diet assesment tool of impaired glucose tolerance and diabetes: the UK diabetes and Diet Questionnaire. *Public Health Nutrition*. Volume 20 nomer 2, 191-199.
- Ernawati. 2013. *Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

- Fitriyani. 2012. Faktor Risiko DM Tipe 2 di Puskesmas Kecamatan Citangkil dan Puskesmas Kecamatan Pulo Merak Kota Cilegon. *Skripsi*. Depok : Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Sarjana Reguler Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Handajani, A., Roosihermatie B., dan Maryani, H. 2009. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pola Kematian pada Penyakit Degeneratif di Indonesia*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 13 No. 1 Januari 2010: 42–53.
- Herdman, T. Heather. 2015. *NANDA Internasional Inc. nursing diagnoses: definitions dan classification 2015-2017* Ed. 10. Jakarta: EGC.
- Heryati., Gustina dan Suratun. 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus pada Pasien DM. *JKep*. Vol. 2 No 3 November 2014 halaman 97-107.
- Hidayah, Nurul. 2011. *Skripsi*. Kesiapan Psikologis Masyarakat Pedesaan dan Perkotaan Menghadapi Diversifikasi Pangan Pokok. Yogyakarta: Fakultas Univeristas Ahmad Dahlan.
- Hurlock, Elizabeth. 1996. *Psikologi Perkembangan: Suatu Kehidupan Sepanjang Rentang Kehidupan Edisi Kelima*. Jakarta: Erlangga.
- Indrayana, Sandhi. 2016. *Pengaruh Diabetes Self Management Education And Support (SME/S) Terhadap Efikasi Diri Klien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember*. *Skripsi*. Jember: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- International Diabetes Foundation. 2017. *Managing type 2 diabetes in primary care*. <https://www.idf.org/news/52:managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html> [diakses pada 26 September 2017].
- International Menopause Society .2012. *Understanding Weight gain at Menopause*. UK: IMS.
- Ismansyah., Rini Ernawati., dan Arina Kusumastuti. 2012. Faktor-faktor yang berhubungan dengan lama hari rawat rasien diabetes melitus Tipe 2. *Husada Mahakam* 3: 154-162.
- Isselbacher, Kurt J. 2000. *Horrison's Principles of internal Mediciane*. Alih bahasa Asdie, Ahmad. Horrison Prinsip Prinsip Ilmu Penyakit Dalam Vol 5. Jakarta: EGC.
- Jauhari, Ahmad dan Nita. 2013. *Nutris dan Keperawatan*. Yogyakarta: Jaya Ilmu

- Joslin Diabetes Center. 2017. *How Do I Get Support from Family and Friends?*. [http://www.joslin.org/info/how do i get support from family and friends.html](http://www.joslin.org/info/how_do_i_get_support_from_family_and_friends.html) [diakses pada 2 Oktober 2017].
- Kemenkes RI. 2011. *Diet Diabetes Melitus*. Jakarta: Kemenkes RI-Direktorat Bina Gizi dan Subdit Bina Gizi Klinik.
- Kemenkes RI. 2014. *Infodatin : Situasi dan Analisa DIABETES*. [Serial Online] <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf> [Diakses pada 13 Maret 2017].
- Kemenkes RI. 2016. *Infodatin: Situasi Lanjut Usia (Lansia) di Indonesia*. <https://www.google.co.id/pusdatin%2Finfodatin%2Finfodatin%2520lansia%25202016.pdf> [Diakses pada 13 Maret 2017].
- Kusumawati, Idha. 2015. Kepatuhan Menjalani Diet Ditinjau dari Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Lingga, L. 2012. *Bebas Diabetes Tipe 2 Tanpa Obat*. Jakarta: Agro Media Pustaka.
- Lubis, Juniyanti Puspita Sari. 2012. Perilaku Penderita Diabetes Mellitus (Dm) rawat jalan di rumah sakit umum daerah Rantauprapat Kabupaten Labuhanbatu dalam pengaturan pola makan tahun 2011. *Skripsi*. Sumatera Utara: Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Sumatera Utara.
- Miller, Tricia A dan DiMatteo, M Robin. 2013. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2013.No 6: 421–426.
- Mufidah, Nur Lailatul. 2012. Pola Konsumsi Masyarakat Perkotaan: Studi Deskriptif Pemanfaatan Foodcourt oleh Keluarga. *BioKultur*. Vol.I/No.2/Juli- Desember 2012, hal. 157.
- Muliartha, I Putu B., dan Sudhana, I Wayan. 2015. Gambaran Pola Makan Terhadap Tingkat Glukosa Darah pada Penderita Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Karangasem I. *Skripsi*. Bali: Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Mulyani, Risya. 2016. Hubungan Kepatuhan dengan Keberhasilan Terapi Berbasis Kombinasi Insulin dan Obat Diabetik Oral pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Daerah Ulin Banjarmasin. *Prosiding Rakernas dan Pertemuan Ilmiah Tahunan Ikatan Apoteker Indonesia 2016*. e-ISSN : 2541-0474.
- Mumpuni., Wulandari. 2011. *Cara Jitu Mengatasi Dislipidemia*. Yogyakarta: Andi.
- National Institute for Health Research. 2015. *UK Diabetes and Diet Questionnaire*. The University of Bristol Version 1.91 25.09.2015

- Niven, N. 2002. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur, Abidah., Marissa, N dan Yasir. 2015. Konsumsi Zat Gizi Makro Rumah tangga Daerah Perkotaan dan Perdesaan di Provinsi Aceh Tahun 2012. *SEL*. Vol 2 No.1:35-42.
- Nur, Abidah., V.Wilya, dan R. Ramadhan. 2016. Kebiasaan aktivitas fisik pasien Diabetes Mellitus terhadap kadar gula darah di rumah sakit umum dr. Fauziah Bireuen. *Loka Litbang Biomedis Aceh* 3(2): 41-48.
- Odegard, Andrew O, et al. 2012. Western-Style Fast Food Intake and Cardiometabolic Risk in an Eastern Country. *DOI*: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.084004.
- Partic, Li. 2014. *Perisai Segala Penyakit*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- PERKENI. 2015. *Konsesnsus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus tipe 2 di Indonesia 2015*. Jakarta: PB.PERKENI.
- Prantika, Lies. 2015. Hubungan Peran Keluarga dengan Kadar Glukosa Pada Lanisa Penderita Diabettes Mleitus Di Posyandu Desa Rowotengah Kec. Sumberbaru Kab. Jember. *Skripsi*. Jember: Universitas Muhammadiyah Jember.
- Price, S dan Wilson, L, 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Purba, Martalena. 2010. Dukungan Keluarga dan Jadwal Makan Sebelum Edukasi Berhubungan dengan Kepatuhan Jadwal Makan Pasien Diabetes (DM) tiep 2 Rawat Jalan yang mendapat konseling gizi di RSUD Kota Yogyakarta. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. Vol 7 No 2: 74-79.
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI. 2014. *Infodatin : Situasi dan Analisa DIABETES*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf> [Diakses pada 13 Maret 2017].
- Putra, Sitiatava. 2013. *Pengantar Ilmu Gizi dan Gizi*. Jogjakarta: D-Medika.
- Ramayulis, Rita. 2016. *Diet Untuk Penyakit Komplikasi*. Jakarta: Penebar Plus.

- Rifki, N. (2009). *Penatalaksanaan diabetes dengan pendekatan keluarga dalam penatalaksanaan diabetes melitus terpadu, edisi kelima*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Rondhianto. 2013. Faktor yang Berhubungan dengan Hambatan Diet Diabetes Mellitus Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Wonosari Kabupaten Bondowoso. *Jurnal IKESMA*. Volume 9 Nomor 1.
- Safitri, Inda Nofriani. 2013. Kepatuhan penderita Diabetes Mellitus tipe 2 ditinjau dari Locus Of Control. *JIPT* 01(2): 1-18.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, Suzanne C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2010. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sumangkut, Sartika., W. Supit., dan F. Onibala. 2013. Hubungan pola makan dengan kejadian penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Interna Blu.Rsup. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *ejournal keperawatan (e-Kp)* 1: 1-6.
- Tjokroprawiro, Askandar. 2000. *Diabetes Mellitus, Kalsifikasi, Doagnosis dan Terapi*. Edisi ketiga. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Toruan, Phaidon. 2012. *Fast-Loss Not Weight-Loss for Diabetes: Sakit Tapi Sehat*. Jakarta: Transmedia.
- Trilestari, Herni. 2016. Hubungan Perilaku Diet dengan Tingkat Kadar Gula Darah Sewaktu pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II di Ambarketawang Yogyakarta. *Skripsi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Vaccaro, A Joan., Exebio, Joel C., Zarini, Gustavo G. dan Huffaman, Fatma G. 2014. The Role of Family/ Friend sosial Support in Diabetes Self-Management of Minorities with Type 2 Diabetes. *World Journal of Nutrition and Health* vol.2 No 1,1-9.
- Watanabe K, Kurose T, dkk. 2010. The role of family nutritional support in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. *Intern Med*. 2010;49(11):983-9.
- Wiardani, Ni Komang. 2016. Pola Makan dan Obesitas sebagai Faktor Resiko Diabetes Mellitus tipe-2 di Rumah Sakit Sanglah Denpasar. *Tesis*. Yogyakarta: Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada.

Widyasari, Nina. 2017. *Hubungan Karakteristik Resonden dengan Risiko DM dan Dislipidemia Kelurahan Tanah Kalikedinding*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Williams dan Wilkins. 2007. *Diabetes Mellitus: a Guide to Patient Care*. Serial Online. <https://books.google.co.id/books?id=fiAclxvKblkCdanprintsec>. [Diakses pada 15 September 2017].

World Health Organization. 2016. *Global Report on DIABETES*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257eng.pdf>. [Diakses pada 15 September 2017].





LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Informed

SURAT PERMOHONAN

Sehubungan dengan penelitian yang akan kami lakukan, kami membuat lembar permohonan untuk para responden yang akan dilibatkan dalam penelitian ini.

Judul Penelitian : Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember

Nama Peneliti : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM : 142310101142

E-mail : dinarizzati60@gmail.com

Pekerjaan : Mahasiswa

Institusi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Dalam hal ini, penelitian yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui apakah ada Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

Lampiran B. Lembar *Consent*

SURAT PERSETUJUAN

Setelah saya membaca dan memahami isi dari penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya bersedia untuk turut serta berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, yaitu :

Nama Peneliti : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
E-mail : dinarizzati60@gmail.com
Pekerjaan : Mahasiswa
Institusi : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Judul Penelitian : Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga, sehingga saya bersedia menjadi responden.

Jember,...../...../2017

Responden

Peneliti

(.....)
Nama terang dan tanda tangan

Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM 142310101142

Lampiran C. Lembar Kuesioner Pelaksanaan Peran Keluarga

Kode Responden:



Kuisisioner Pelaksanaan Peran Keluarga

Petunjuk Pengisian Kuisisioner:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.
2. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda *cek list* (✓) pada kotak

SL, SR, KD, TP sesuai dengan pilihan jawaban anda.

Keterangan:

SL: Selalu, SR: Sering, KD: Kadang-kadang, TP: Tidak Pernah

3. Dalam kuisisioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
4. Pertanyaan ini merupakan pertanyaan yang bapak atau ibu ketahui dan hanya perlu memberikan jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

A. Karakteristik Responden

1. Nama (inisial) :
2. Umur Responden :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir : SD S1/D3
 SMP Tidak Sekolah
 SMA
5. Pekerjaan : PNS Buruh
 Swasta Tidak Bekerja
 Petani Lainnya

B. Kuesioner Pelaksanaan Peran Keluarga

Pada bagian ini, Bapak/Ibu akan menemukan 12 item pertanyaan tentang Pelaksanaan Peran Keluarga.

Petunjuk :

Jawablah pertanyaan berikut dengan cara mencentang (✓) angka pada kolom jawaban sesuai yang anda alami dalam keseharian anda.

Pertanyaan	Jawaban			
	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
Peran sebagai <i>provider</i> (penyedia)				
1. Keluarga menyediakan makanan				
Peran sebagai pengatur rumah tangga				
2. Keluarga tidak dapat mengatur rumah tangga dengan baik sehingga timbul masalah				
Peran perawatan dan perawat keluarga				
3. Keluarga membawa anda ketempat pelayanan kesehatan saat sakit				

Peran sosialisasi	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
4. Keluarga memperbolehkan anda untuk mengikuti kegiatan di masyarakat seperti pengajian				
Peran persaudaraan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
5. Keluarga mengabaikan anda dan memiliki konflik dengan anggota				
Peran terapeutik	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
6. Keluarga berkomunikasi dengan baik dengan anda				
Peran perkawinan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
7. pasangan anda mengabaikan hubungan perkawinan ini				
Peran Seksual	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
8. menurut anda apakah ada masalah pemenuhan hasrat seksual dengan pasangan ketika anda sakit				
Peran Inisiator-kontributor	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
9. Keluarga anda melakukan tindakan untuk mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru untuk perkembangan anggota keluarga				

Peran pendamai (<i>Compomiser</i>)	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
10. Keluarga anda bermusyawarah dengan anggota keluarga yang lain saat terjadi konflik				
Peran koordinator keluarga	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
11. Keluarga tidak peduli dengan masalah yang anda alami				
Peran Rekreasi	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak Pernah
12. keluarga mengajak anda pergi ke tempat wisata atau taman rekreasi				

Lampiran D. Lembar Kuesioner Tingkat keberhasilan diet

Kode Responden:



Kuisisioner Tingkat Keberhasilan Program Diet

Petunjuk Pengisian Kuisisioner:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.
2. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda *check list* (\checkmark) pada kotak
3. Dalam kuisisioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
4. Pertanyaan ini merupakan pertanyaan yang bapak atau ibu ketahui dan hanya perlu memberikan jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

A. Karakteristik Responden

1. Nama (inisial) :
2. Umur Responden :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir : SD S1/D3
 SMP Tidak Sekolah

5. Pekerjaan : SMA PNS Buruh
 Swasta Tidak Bekerja
 Petani Lainnya
6. Berat badan/Tinggi badan :Kg/.....Cm
7. Hasil pemeriksaan gula darah terakhir :mg/dl

B.Kuesioner Tingkat Keberhasilan Program Diet

Pada bagian ini, Bapak/Ibu akan menemukan 23 item pertanyaan tentang tingkat keberhasilan program diet.

Petunjuk :

Jawablah pertanyaan berikut dengan cara mencentang (√) angka pada kolom jawaban sesuai yang anda alami dalam keseharian anda.

No Pertanyaan	Per Minggu						Skor
	Tidak pernah atau sangat jarang	1x se-minggu	2-4x se-minggu	5-6x se-minggu	1-2x sehari	3x/ lebih sehari	
1. Seberapa sering anda makan sayur ?	F	E	D	C	B	A	
2. Seberapa sering anda makan buah?	F	E	D	C	B	A	
3. Seberapa sering anda makan kue, kue manis, donat atau biscuit?	A	B	C	D	E	F	
4. Seberapa sering anda makan permen ?	A	B	C	D	E	F	
5. Seberapa sering anda minum-minuman manis? Seperti minuman bersoda,	A	B	C	D	E	F	

	squash, jus buah, kopi, teh,							
6	Seberapa sering anda mengkonsumsi makanan dengan kandungan minyak yang tinggi lemak seperti gorengan							
		sangat jarang	1x/ < 1x se-minggu	1x se-minggu	2-5x se-minggu	Setiap hari	2x/ lebih sehari	
7	Seberapa sering anda makan daging olahan? Misalnya cornet, daging olahan dalam makanan siap saji atau dimakan sebagai camilan, daging olahan termasuk seperti sosis, bakso	A	B	C	D	E	F	
8	Seberapa sering anda makan makanan gurih seperti keripik, keripik jagung, kacang asin contohnya happy tos	A	B	C	D	E	F	
9	Seberapa sering anda makan kue yang gurih? Seperti pai, pastel, risoles, lumpia,	A	B	C	D	E	F	
10	Seberapa sering anda makan makanan cepat saji yang di beli dari	A	B	C	D	E	F	

	rumah makan? Seperti ayam goreng, nasi goreng,							
11	Seberapa sering anda mengkonsumsi makanan penutup seperti puding, buah setelah makan?	A	B	C	D	E	F	
12	Seberapa sering anda makan ikan ? seperti sarden	Selalu	>1x se- minggu	1x se- minggu	2x / > se-minggu			
		Tidak pernah atau sangat jarang	Kurang dari semingg u sekali	1x se- minggu	2-4x se- minggu	5-6x se- minggu	Setiap hari	
13	Seberapa sering anda makan tiga kali sehari atau lebih termasuk makanan selingan dalam sehari? (makanan selingan berat)	F	E	D	C	B	A	
14	Seberapa sering anda sarapan dalam waktu sekitar 2 jam setelah bangun tidur?	F	E	D	C	B	A	
15	Seberapa sering anda mengkonsumsi makanan tinggi lemak atau tinggi gula di sela-sela jam makan?	A	B	C	D	E	F	

	Seperti biskuit, coklat, kue, keripik, kacang-kacangan dan keju							
16	Seberapa sering anda makan roti? (makan 1 iris roti)	Tidak pernah atau sangat jarang	1x seminggu/ < 1x seminggu	2-6 kali seminggu	1-2 kali sehari	3-4 kali sehari	> 4 kali sehari	
17	Jika anda sering makan roti, anda memilih roti serat tinggi atau rendah? -roti yang mengandung serta tinggi meliputi roti gandum, - jika anda mengikuti diet bebas gula termasuk roti bebas gula dengan tinggi serat	Setiap waktu	Sebagian besar waktu	Separuh waktu	Kurang dari separuh waktu	Tidak pernah	Saya tidak makan roti	
18	Seberapa sering anda sarapan semangkuk sereal bubur atau mie?	Tidak pernah atau sangat jarang	<1x seminggu	1x seminggu	2-5x seminggu	Setiap hari/ hampir setiap hari	2x sehari	
19	Jika anda sarapan sereal, seberapa sering anda memilih makan sereal yang tinggi serat	Setiap waktu	Sebagian besar waktu	sekitar separuh waktu	Kurang dari separuh waktu	Tidak pernah	Saya tidak makan sereal	
20	Apa jenis susu yang	Lemak	Semi	Skim	Kadang	Soya	Tidak	

	biasa anda konsumsi?	penuh (sapi, kambing atau domba)	skim		penuh lemak, kadang semi skim atau semi skim	atau non susu	menggunakan	
21	Apakah anda khawatir dengan berat badan anda?	Saya tidak peduli terhadap berat badan saya	Saya sedikit peduli terhadap berat badan saya	Saya cukup memperhatikan berat badan	Saya sangat perhatian terhadap berat badan saya			

21. seberapa penting anda mengubah diet anda?

Sama sekali tidak penting ←————→ sangat penting

22. seberapa yakin anda bisa mengubah diet anda?

Sama sekali tidak percaya diri ←————→ sangat percaya diri

Lampiran E. Dokumentasi Penelitian




Gambar 1. Kegiatan Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates
Kabupaten Jember



Gambar 2. Kegiatan Penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kaliwates
Kabupaten Jember

Lampiran F. Surat Izin Studi Pendahuluan

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

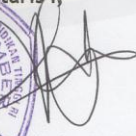
Nomor : 3677/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 09 October 2017
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan


Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
N I M : 142310101142
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Hubungan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2
lokasi : 1. Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember
2. Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember
3. Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember
4. Puskesmas Karang Duren Jember
waktu : satu bulan
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua
Sekretaris I,

Ns. Wantiyah, M. Kep
NIP. 19810712 200604 2 001



Lampiran G. Surat Izin Studi Pendahuluan

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -
T E M P A T

SURAT REKOMENDASI
Nomor : 072/3950/314/2017

Tentang
STUDI PENDAHULUAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 09 Oktober 2017 Nomor : 3677/UN25.1.14/SP/2017 perihal Studi Pendahuluan

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani / 142310101142
Instansi : Program Studi Ilmu keperawatan Universitas Jember
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan untuk penyusunan skripsi dengan judul : "Hubungan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2".
Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Sumbersari, Jenggawah, Karang Duren dan Kaliwates
Waktu Kegiatan : Oktober s/d November 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 16-10-2017
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER
Kabid. Kajian Strategis dan Politis


ACHMAD DAVID F., S.Sos
Penata Tk. I
NIP. 19690912 199602 1 001

Tembusan :
Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Univ. Jember;
2. Yang Bersangkutan.

Lampiran H. Surat Izin Studi Pendahuluan



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 17 Oktober 2017

Nomor : 440 /45971 /311/ 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Jenggawah
3. Plt. Kepala Puskesmas Sumberari
4. Plt. Kepala Puskesmas Karang Duren
5. Plt. Kepala Puskesmas Kaliwates

di -

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/3950/314/2016, Tanggal 16 Oktober 2017, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan Tentang :
➢ Hubungan Peran keluarga dengan Tingkat Keberhasilan program Diet pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2
Waktu Pelaksanaan : 17 Oktober 2017 s/d 17 November 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**



dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran I. Surat Selesi Studi Pendahuluan

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS KALIWATES
Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 199 Telp. (0331) 321301
Jember
Kode Pos. 68132

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 800 / 308 / 311.03 / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Lilik Lailiyah, M. Kes
Jabatan : Plt. Kepala UPT Puskesmas Kaliwates
Alamat : Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 199 Jember

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember

Bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan Studi Pendahuluan tentang "Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2" di UPT Puskesmas Kaliwates Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, terhitung sejak 17 Oktober s/d 17 November 2017 dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 24 Oktober 2017
Plt. Kepala UPT Puskesmas Kaliwates


dr. Lilik Lailiyah, M. Kes
NIP. 196510281996022001

Lampiran J. Surat Ijin Validitas dan Reabilitas



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 4610/UN25.1.14/SP/2017 Jember, 27 November 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

N I M : 142310101142

keperluan : Ijin Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas

judul penelitian : Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2

lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua
Sekretaris I,

Ns. Wantiyah, M.Kep
NIP. 19810712 200604 2 001

Lampiran K. Surat Ijin Validitas dan Reabilitas



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/4505/415/2017

Tentang

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 27 November 2017 Nomor : 4610/UN25.1.14/SP/2017 perihal Uji Validitas dan Reliabilitas

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani / 142310101142
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37Jember
 Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2".
 Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Desember 2017 s/d Januari 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 04-12-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik

ACHMAD DAVID W. S.Sos

NIP. 1969093198906821001

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Univ. Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

Lampiran L. Surat Ijin Validitas dan Reabilitas



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 6 Desember 2017

Nomor : 440 / 53686 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada :
Yth. Sdr 1. Plt. Kepala Puskesmas Kaliwates

di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4505/314/2016, Tanggal 4 Desember 2017, Perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas Tentang :
➤ Hubungan Pelaksanaan peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet Pada Klien Diabetus Melitus (DM) Tipe 2
Waktu Pelaksanaan : 6 Desember 2017 s/d 31 Januari 2018

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Uji Validitas dan Reliabilitas ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**



dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran M. Surat Selesai Validitas dan Reabilitas



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS KALIWATES**

Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 199 Telp. (0331) 321301
Jember

Kode Pos. 68132

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 800 / 010 / 311.03 / 2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. Liliek Farida
Jabatan : Plt. Kepala UPT Puskesmas Kaliwates
Alamat : Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 199 Jember

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember

Bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan Hasil Uji Validitas dan Reabilitas tentang "Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember", terhitung sejak 11 Desember 2017 s/d 31 Januari 2018 dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 16 Januari 2018

Plt. Kepala UPT Puskesmas Kaliwates
Kabupaten Jember



dr. Liliek Farida

NIP. 19720506 201202 2 007

Lampiran N. Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 4616/UN25.1.14/LT/2017

Jember, 04 December 2017

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

N I M : 142310101142

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2

lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua
Sekretaris I



Ms. Wantiyah, M.Kep
NIP. 19810712 200604 2 001

Lampiran O. Surat Ijin Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
 LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id-pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 7116/UN25.3.1/LT/2017

5 Desember 2017

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Kabupaten Jember

Di

Jember

Memperhatikan surat dari Sekretaris II Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember nomor 4616/UN25.1.14/LT/2017 tanggal 4 Desember 2017 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian mahasiswa,

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
 NIM : 142310101142
 Fakultas : PSIK
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Alamat : Jl. Tidar Perum Greenland GN/23 Jember
 Judul Penelitian : "Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet Pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember"
 Lokasi Penelitian : Puskesmas Wilayah Kerja Kaliwates-Jember
 Lama Penelitian : 1 Bulan (8 Desember 2017-8 Januari 2018)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



Dr. Susanto, M.Pd.
 NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth

1. Kepala Puskesmas Kaliwates Kab. Jember;
2. Ketua PSIK Univ Jember;
3. Mahasiswa ybs;
4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173

Lampiran P. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 11 Desember 2017

Nomor : 440 / 54409 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Kaliwates

di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4571/314/2016, Tanggal 8 Desember 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
➤ Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga Dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet Pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan : 11 Desember 2017 s/d 31 Januari 2018

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. SITI NURUL OOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran Q. Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS KALIWATES**

Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 199 Telp. (0331) 321301
Jember

Kode Pos. 68132

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 800 / 008 / 311.03 / 2018

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. Liliek Farida
Jabatan : Plt. Kepala UPT Puskesmas Kaliwates
Alamat : Jl. Jend. Basuki Rachmat No. 199 Jember

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember

Bahwa yang bersangkutan telah melaksanakan Penelitian tentang "Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Tingkat Keberhasilan Program Diet pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Kaliwates Kabupaten Jember", terhitung sejak 11 Desember 2017 s/d 31 Januari 2018 dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 16 Januari 2018
Plt. Kepala UPT Puskesmas Kaliwates

Kabupaten Jember

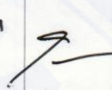


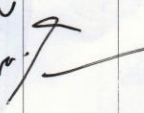
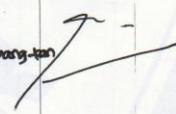


dr. Liliek Farida

Lampiran R. Lembar Bimbingan DPU

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani
NIM : 142310101142
Dosen Pembimbing Utama : Hanny Rasni, M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
13/17/09	Konsultasi Judul	Perlu pertimbangan variabelnya	
18 September 2019	Konsultasi Judul	ACC Judul	
20 September 2019	Konsultasi Bab 1	10 log di kelas Skripsi + BB I, II, III	
6 Oktober 2019	Konsultasi Bab 1-3, Kuesioner	Kelesihan di bab 1 - BB IV x lagi ya	
12 Oktober 2019	Konsultasi Bab 1-4 dan Hasil studi pendahuluan, Kuesioner	Perbaiki lagi untuk Kuesioner, Pertimbangan teknik penelitian	

19/oktober 2013	Konsultasi Bab 1-4 dan lampiran -lampiran	Perbaiki kuesioner sesuaikan di Indonesia, tambah Diagnosa keperawatan	
23 oktober 2013	Konsul Bab 1-4 dan lampiran -lampiran	ACC / sen, no. 24 w/7	
27 November 2013	Konsul Revisi Sempro	ACC	
29 Desember 2013	Konsul Hasil Validitas	ACC	
11 Januari 2013	Konsul tabulasi data. dan Pembahasan	Diperbaiki lagi perususan dan diperdalam isinya	
15 Januari 2013	Konsul Pembahasan	di tambah dengan Yang PRO & Kontra	
17 Januari 2013	Konsul bab 1-6 dan lampiran	ACC.	







Lampiran S. Lembar Bimbingan DPA




**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

NAMA : Dinar Izzati Silvia Putri Ivani

NIM : 142310101142

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Jon Hafan S, M.Kep.,S.Kep.MB

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
25 September 2017	Konsultasi Bab I,	Perhatikan sistematiknya. Kalimat induktif, deduktif	
5 September 2017	Konsultasi Bab 1	Perhatikan penyusunan Kalimat, penulisan, sumber, harus ada di setiap paragraf	
16 Oktober 2017	Konsultasi Bab 1-4 dan Hasil studi Pendahuluan	Teknik penulisan d disesuaikan lagi, what jumlah yang ada, a	
30 Oktober 2017	Konsultasi bab 1-4 dan Kuesioner Penelitian, lampiran	Revisi Perbaiki lagi, dan sesuaikan yang dengan yang ada, Perhatikan sistematika,	
8 November 2017	Konsultasi bab 1-4 dan kuesioner Penelitian, lampiran	Acc 	

6	18 Januari 2018	Konsul Hasil Pembahasan	Revisi Pembahasan	
7	19 Januari 2018	Konsul pembahasan	Revisi Pembahasan	
8	22 Januari 2018	Konsul Skripsi Bab 1 - 6 lampiran	Revisi Skripsi	

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

stwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,756	40

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	1,95	1,191	20
p2	2,50	,946	20
p3	2,65	,875	20
p4	,10	,447	20
p5	2,45	1,146	20
p6	,30	,923	20
p7	2,70	,733	20
p8	1,05	1,234	20
p9	1,90	1,252	20
p10	2,80	,696	20
p11	,40	,883	20
p12	2,95	,224	20
p13	,65	1,226	20
p14	2,90	,308	20
p15	2,55	,945	20
p16	1,10	,968	20
p17	2,40	1,046	20
p18	,40	,995	20
p19	2,65	,813	20
p20	2,80	,696	20
p21	,15	,671	20
p22	2,85	,671	20
p23	,05	,224	20
p24	,00	,000	20
p25	,00	,000	20
p26	1,70	1,261	20
p27	2,70	,733	20
p28	,40	,883	20
p29	2,80	,696	20
p30	1,85	,745	20
p31	1,70	1,261	20
p32	2,50	,946	20
p33	2,70	,733	20
p34	1,95	1,191	20
p35	2,70	,733	20
p36	2,50	,946	20
p37	2,65	,875	20
p38	2,70	,733	20
p39	2,55	,945	20
p40	2,80	,696	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	72,50	104,789	,404	,742
p2	71,95	102,366	,668	,730
p3	71,80	112,484	,151	,755
p4	74,35	117,397	-,160	,762
p5	72,00	110,632	,170	,756
p6	74,15	122,239	-,345	,778
p7	71,75	109,566	,388	,746
p8	73,40	109,516	,194	,755
p9	72,55	101,734	,505	,735
p10	71,65	118,661	-,204	,767
p11	74,05	118,892	-,188	,770
p12	71,50	115,737	,055	,756
p13	73,80	120,800	-,232	,780
p14	71,55	115,208	,113	,756
p15	71,90	107,358	,399	,743
p16	73,35	123,924	-,409	,782
p17	72,05	101,524	,637	,729
p18	74,05	118,682	-,167	,771
p19	71,80	106,063	,557	,738
p20	71,65	107,187	,582	,739
p21	74,30	125,484	-,658	,781
p22	71,60	107,516	,581	,740
p23	74,40	117,200	-,248	,760
p24	74,45	116,050	,000	,757
p25	74,45	116,050	,000	,757
p26	72,75	97,566	,678	,722
p27	71,75	109,566	,388	,746
p28	74,05	118,892	-,188	,770
p29	71,65	107,187	,582	,739
p30	72,60	117,305	-,112	,764
p31	72,75	97,566	,678	,722
p32	71,95	102,366	,668	,730
p33	71,75	109,566	,388	,746
p34	72,50	104,789	,404	,742
p35	71,75	109,566	,388	,746
p36	71,95	102,366	,668	,730
p37	71,80	112,484	,151	,755
p38	71,75	109,566	,388	,746
p39	71,90	107,358	,399	,743
p40	71,65	107,187	,582	,739

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
74,45	116,050	10,773	40

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,913	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p2	2,50	,946	20
p9	1,90	1,252	20
p17	2,40	1,046	20
p19	2,65	,813	20
p20	2,80	,696	20
p22	2,85	,671	20
p26	1,70	1,261	20
p29	2,80	,696	20
p31	1,70	1,261	20
p32	2,50	,946	20
p34	1,95	1,191	20
p36	2,50	,946	20
p40	2,80	,696	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p2	28,55	66,261	,796	,900
p9	29,15	68,239	,464	,916
p17	28,65	68,029	,596	,908
p19	28,40	70,042	,641	,906
p20	28,25	70,092	,759	,904
p22	28,20	70,063	,793	,903
p26	29,35	65,082	,627	,908
p29	28,25	70,092	,759	,904
p31	29,35	65,082	,627	,908
p32	28,55	66,261	,796	,900
p34	29,10	70,516	,374	,919
p36	28,55	66,261	,796	,900
p40	28,25	70,092	,759	,904

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
31,05	79,418	8,912	13

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,919	12

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p2	2,50	,946	20
p9	1,90	1,252	20
p17	2,40	1,046	20
p19	2,65	,813	20
p20	2,80	,696	20
p22	2,85	,671	20
p26	1,70	1,261	20
p29	2,80	,696	20
p31	1,70	1,261	20
p32	2,50	,946	20
p36	2,50	,946	20
p40	2,80	,696	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p2	26,60	58,042	,803	,907
p9	27,20	59,747	,475	,925
p17	26,70	60,116	,574	,917
p19	26,45	61,839	,627	,914
p20	26,30	61,695	,763	,911
p22	26,25	61,776	,786	,911
p26	27,40	56,779	,639	,916
p29	26,30	61,695	,763	,911
p31	27,40	56,779	,639	,916
p32	26,60	58,042	,803	,907
p36	26,60	58,042	,803	,907
p40	26,30	61,695	,763	,911

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,10	70,516	8,397	12

Reliability tingkat keberhasilan diet**Scale: ALL VARIABLES****Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

stwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,819	40

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	2,50	,946	20
p2	2,70	,733	20
p3	1,05	1,234	20
p4	1,90	1,252	20
p5	2,80	,696	20
p6	,40	,883	20
p7	2,95	,224	20
p8	,65	1,226	20
p9	2,90	,308	20
p10	2,55	,945	20
p11	1,10	,968	20
p12	2,40	1,046	20
p13	,40	,995	20
p14	2,65	,813	20
p15	2,80	,696	20
p16	,15	,671	20
p17	2,85	,671	20
p18	,05	,224	20
p19	,00	,000	20
p20	,00	,000	20
p21	1,70	1,261	20
p22	2,70	,733	20
p23	,40	,883	20
p24	2,80	,696	20
p25	1,85	,745	20
p26	1,70	1,261	20
p27	2,50	,946	20
p28	2,70	,733	20
p29	1,95	1,191	20
p30	2,70	,733	20
p31	2,50	,946	20
p32	2,65	,875	20
p33	2,70	,733	20
p34	2,55	,945	20
p35	2,80	,696	20
p36	2,90	,308	20
p37	2,65	,813	20
p38	1,70	1,261	20
p39	2,70	,733	20
p40	2,95	,224	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	77,40	128,358	,663	,803
p2	77,20	135,642	,427	,812
p3	78,85	135,713	,216	,820
p4	78,00	126,316	,553	,805
p5	77,10	145,463	-,148	,826
p6	79,50	146,158	-,163	,829
p7	76,95	143,103	,058	,820
p8	79,25	147,145	-,174	,835
p9	77,00	142,105	,172	,819
p10	77,35	133,397	,420	,811
p11	78,80	152,379	-,412	,838
p12	77,50	128,474	,586	,804
p13	79,50	147,105	-,192	,832
p14	77,25	131,882	,585	,807
p15	77,10	133,779	,572	,809
p16	79,75	153,671	-,641	,837
p17	77,05	134,155	,570	,809
p18	79,85	144,661	-,232	,822
p19	79,90	143,463	,000	,820
p20	79,90	143,463	,000	,820
p21	78,20	121,537	,732	,796
p22	77,20	135,642	,427	,812
p23	79,50	146,158	-,163	,829
p24	77,10	133,779	,572	,809
p25	78,05	144,997	-,116	,826
p26	78,20	121,537	,732	,796
p27	77,40	128,358	,663	,803
p28	77,20	135,642	,427	,812
p29	77,95	134,050	,290	,816
p30	77,20	135,642	,427	,812
p31	77,40	128,358	,663	,803
p32	77,25	141,250	,070	,822
p33	77,20	135,642	,427	,812
p34	77,35	133,397	,420	,811
p35	77,10	133,779	,572	,809
p36	77,00	142,105	,172	,819
p37	77,25	131,882	,585	,807
p38	78,20	121,537	,732	,796
p39	77,20	135,642	,427	,812
p40	76,95	143,103	,058	,820

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
79,90	143,463	11,978	40

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

twice deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,918	14

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	2,50	,946	20
p4	1,90	1,252	20
p12	2,40	1,046	20
p14	2,65	,813	20
p15	2,80	,696	20
p17	1,90	1,252	20
p21	1,70	1,261	20
p22	2,70	,733	20
p24	2,80	,696	20
p26	1,70	1,261	20
p27	2,50	,946	20
p31	2,50	,946	20
p35	2,80	,696	20
p38	1,70	1,261	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	30,05	82,682	,774	,907
p4	30,65	82,239	,576	,915
p12	30,15	85,082	,555	,915
p14	29,90	87,779	,555	,915
p15	29,75	87,882	,654	,913
p17	30,65	82,239	,576	,915
p21	30,85	78,450	,755	,907
p22	29,85	92,661	,262	,922
p24	29,75	87,882	,654	,913
p26	30,85	78,450	,755	,907
p27	30,05	82,682	,774	,907
p31	30,05	82,682	,774	,907
p35	29,75	87,882	,654	,913
p38	30,85	78,450	,755	,907

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
32,55	96,892	9,843	14

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,922	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
p1	2,50	,946	20
p4	1,90	1,252	20
p12	2,40	1,046	20
p14	2,65	,813	20
p15	2,80	,696	20
p17	1,90	1,252	20
p21	1,70	1,261	20
p24	2,80	,696	20
p26	1,70	1,261	20
p27	2,50	,946	20
p31	2,50	,946	20
p35	2,80	,696	20
p38	1,70	1,261	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	27,35	78,766	,774	,912
p4	27,95	78,155	,584	,920
p12	27,45	81,313	,543	,920
p14	27,20	83,326	,585	,919
p15	27,05	83,524	,680	,917
p17	27,95	78,155	,584	,920
p21	28,15	75,082	,732	,914
p24	27,05	83,524	,680	,917
p26	28,15	75,082	,732	,914
p27	27,35	78,766	,774	,912
p31	27,35	78,766	,774	,912
p35	27,05	83,524	,680	,917

p38	28,15	75,082	,732	,914
-----	-------	--------	------	------

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
29,85	92,661	9,626	13

Penelitian

Statistics

Umur

N	Valid	41
	Missing	0
Mean		58.44
Median		57.00
Mode		45 ^a
Std. Deviation		9.495
Minimum		40
Maximum		79

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
40	1	2.4	2.4	2.4
45	3	7.3	7.3	9.8
47	1	2.4	2.4	12.2
48	2	4.9	4.9	17.1
50	2	4.9	4.9	22.0
51	3	7.3	7.3	29.3
52	1	2.4	2.4	31.7
53	1	2.4	2.4	34.1
54	1	2.4	2.4	36.6
55	2	4.9	4.9	41.5
56	3	7.3	7.3	48.8
57	1	2.4	2.4	51.2
58	1	2.4	2.4	53.7
Valid 60	2	4.9	4.9	58.5
61	1	2.4	2.4	61.0
62	3	7.3	7.3	68.3
63	1	2.4	2.4	70.7
66	2	4.9	4.9	75.6
67	1	2.4	2.4	78.0
68	2	4.9	4.9	82.9
69	1	2.4	2.4	85.4
70	3	7.3	7.3	92.7
73	1	2.4	2.4	95.1
77	1	2.4	2.4	97.6
79	1	2.4	2.4	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		Pendidikan Terakhir	Pekerjaan Sebelum
N	Valid	41	41
	Missing	0	0
Mean		3.32	3.71
Median		4.00	4.00
Mode		4	5
Std. Deviation		1.213	1.470
Minimum		1	1
Maximum		5	6

Frequency Table

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	24	58,5	58,5	58,5
	perempuan	17	41,5	41,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	3	7.3	7.3	7.3
	SD	9	22.0	22.0	29.3
	SMP	8	19.5	19.5	48.8
	SMA	14	34.1	34.1	82.9
	S1/D3	7	17.1	17.1	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Pekerjaan Sebelum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	5	12.2	12.2	12.2
	Buruh	6	14.6	14.6	26.8
	Petani	2	4.9	4.9	31.7
	Swasta	12	29.3	29.3	61.0
	PNS	15	36.6	36.6	97.6
	Lainnya	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Frequencies

		Statistics	
		Berat Badan	Tinggi Badan
N	Valid	41	41
	Missing	0	0
Mean		63.98	156.39
Median		67.00	158.00
Mode		56 ^a	160
Std. Deviation		8.985	7.463
Minimum		46	143
Maximum		78	170

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

		Berat Badan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	46	1	2.4	2.4	2.4
	50	4	9.8	9.8	12.2
	54	1	2.4	2.4	14.6
	56	7	17.1	17.1	31.7
	59	1	2.4	2.4	34.1
	60	2	4.9	4.9	39.0
	64	2	4.9	4.9	43.9
	65	2	4.9	4.9	48.8
	67	7	17.1	17.1	65.9
	68	3	7.3	7.3	73.2
	69	2	4.9	4.9	78.0
	70	1	2.4	2.4	80.5
	71	1	2.4	2.4	82.9
	76	2	4.9	4.9	87.8
	78	5	12.2	12.2	100.0
	Total		41	100.0	100.0

Tinggi Badan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
143	1	2.4	2.4	2.4
145	1	2.4	2.4	4.9
146	1	2.4	2.4	7.3
147	3	7.3	7.3	14.6
148	1	2.4	2.4	17.1
149	4	9.8	9.8	26.8
150	3	7.3	7.3	34.1
151	1	2.4	2.4	36.6
152	1	2.4	2.4	39.0
154	1	2.4	2.4	41.5
155	1	2.4	2.4	43.9
Valid 156	2	4.9	4.9	48.8
158	1	2.4	2.4	51.2
159	1	2.4	2.4	53.7
160	7	17.1	17.1	70.7
162	1	2.4	2.4	73.2
163	1	2.4	2.4	75.6
164	3	7.3	7.3	82.9
165	4	9.8	9.8	92.7
167	1	2.4	2.4	95.1
168	1	2.4	2.4	97.6
170	1	2.4	2.4	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Statistics

	Gula Darah	IMT
N Valid	41	41
Missing	0	0
Mean	203,44	26,20
Median	190,00	26,47
Mode	195	30
Std. Deviation	76,401	3,297
Minimum	105	18
Maximum	526	34

Gula Darah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
105	1	2,4	2,4	2,4
117	1	2,4	2,4	4,9
118	1	2,4	2,4	7,3
126	1	2,4	2,4	9,8
130	2	4,9	4,9	14,6
150	1	2,4	2,4	17,1
159	1	2,4	2,4	19,5
160	1	2,4	2,4	22,0
163	1	2,4	2,4	24,4
164	2	4,9	4,9	29,3
167	1	2,4	2,4	31,7
175	1	2,4	2,4	34,1
178	1	2,4	2,4	36,6
185	2	4,9	4,9	41,5
187	1	2,4	2,4	43,9
189	2	4,9	4,9	48,8
Valid 190	1	2,4	2,4	51,2
193	1	2,4	2,4	53,7
195	3	7,3	7,3	61,0
197	2	4,9	4,9	65,9
198	1	2,4	2,4	68,3
210	1	2,4	2,4	70,7
215	1	2,4	2,4	73,2
216	1	2,4	2,4	75,6
225	1	2,4	2,4	78,0
230	1	2,4	2,4	80,5
243	1	2,4	2,4	82,9
245	1	2,4	2,4	85,4
250	2	4,9	4,9	90,2
295	1	2,4	2,4	92,7
350	1	2,4	2,4	95,1
385	1	2,4	2,4	97,6
526	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

IMT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18	1	2,4	2,4	2,4
20	1	2,4	2,4	4,9
20	1	2,4	2,4	7,3
21	1	2,4	2,4	9,8
22	1	2,4	2,4	12,2
23	2	4,9	4,9	17,1
24	1	2,4	2,4	19,5
24	1	2,4	2,4	22,0
24	1	2,4	2,4	24,4
25	1	2,4	2,4	26,8
25	1	2,4	2,4	29,3
25	1	2,4	2,4	31,7
25	1	2,4	2,4	34,1
25	1	2,4	2,4	36,6
25	1	2,4	2,4	39,0
26	1	2,4	2,4	41,5
26	1	2,4	2,4	43,9
26	1	2,4	2,4	46,3
26	1	2,4	2,4	48,8
Valid 26	1	2,4	2,4	51,2
27	1	2,4	2,4	53,7
27	1	2,4	2,4	56,1
27	1	2,4	2,4	58,5
27	1	2,4	2,4	61,0
27	1	2,4	2,4	63,4
27	1	2,4	2,4	65,9
28	1	2,4	2,4	68,3
28	1	2,4	2,4	70,7
28	1	2,4	2,4	73,2
28	1	2,4	2,4	75,6
28	1	2,4	2,4	78,0
29	1	2,4	2,4	80,5
29	1	2,4	2,4	82,9
30	1	2,4	2,4	85,4
30	1	2,4	2,4	87,8
30	3	7,3	7,3	95,1
31	1	2,4	2,4	97,6
34	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Keberhasilan diet	41	100,0%	0	0,0%	41	100,0%

Jenis Kelamin * Keberhasilan diet Crosstabulation

			Keberhasilan diet		Total
			cukup berhasil	berhasil	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	% within Jenis Kelamin	8,3%	91,7%	100,0%
		% within Keberhasilan diet	40,0%	61,1%	58,5%
		% of Total	4,9%	53,7%	58,5%
	perempuan	% within Jenis Kelamin	17,6%	82,4%	100,0%
		% within Keberhasilan diet	60,0%	38,9%	41,5%
		% of Total	7,3%	34,1%	41,5%
Total	% within Jenis Kelamin	12,2%	87,8%	100,0%	
	% within Keberhasilan diet	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	12,2%	87,8%	100,0%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	rcent	N	rcent	N	rcent
Pendidikan Terakhir * Keberhasilan diet	41	100,0%	0	0,0%	41	100,0%

Pendidikan Terakhir * Keberhasilan diet Crosstabulation

			Keberhasilan diet		total
			cukup berhasil	Berhasil	
Tidak Sekolah	% within Pendidikan Terakhir			100,0%	
	% within Keberhasilan diet			8,3%	
	% of Total			7,3%	
SD	% within Pendidikan Terakhir		11,1%	88,9%	
	% within Keberhasilan diet		20,0%	22,2%	
	% of Total		2,4%	19,5%	
Pendidikan Terakhir SMP	% within Pendidikan Terakhir		25,0%	75,0%	
	% within Keberhasilan diet		40,0%	16,7%	
	% of Total		4,9%	14,6%	
SMA	% within Pendidikan Terakhir		7,1%	92,9%	
	% within Keberhasilan diet		20,0%	36,1%	
	% of Total		2,4%	31,7%	
S1/D3	% within Pendidikan Terakhir		14,3%	85,7%	
	% within Keberhasilan diet		20,0%	16,7%	
	% of Total		2,4%	14,6%	
Total	% within Pendidikan Terakhir		12,2%	87,8%	
	% within Keberhasilan diet		100,0%	100,0%	
	% of Total		12,2%	87,8%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	rcent	N	rcent	N	rcent
Sebelum * Keberhasilan diet	41	100,0%	0	0,0%	41	100,0%

Pekerjaan Sebelum * Keberhasilan diet Crosstabulation

			Keberhasilan diet		Total
			cukup berhasil	berhasil	
Tidak Bekerja	% within Pekerjaan Sebelum			100,0%	
	% within Keberhasilan diet			13,9%	
	% of Total			12,2%	
Buruh	% within Pekerjaan Sebelum		16,7%	83,3%	
	% within Keberhasilan diet		20,0%	13,9%	
	% of Total		2,4%	12,2%	
Petani	% within Pekerjaan Sebelum			100,0%	
	% within Keberhasilan diet			5,6%	
	% of Total			4,9%	
Pekerjaan Sebelum	% within Pekerjaan Sebelum		25,0%	75,0%	
	% within Keberhasilan diet		60,0%	25,0%	
	% of Total		7,3%	22,0%	
PNS	% within Pekerjaan Sebelum			100,0%	
	% within Keberhasilan diet			41,7%	
	% of Total			36,6%	
Lainnya	% within Pekerjaan Sebelum		100,0%		
	% within Keberhasilan diet		20,0%		
	% of Total		2,4%		
Total	% within Pekerjaan Sebelum		12,2%	87,8%	
	% within Keberhasilan diet		100,0%	100,0%	
	% of Total		12,2%	87,8%	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	rcent	N	rcent	N	rcent
Keberhasilan diet	41	100,0%	0	0,0%	41	100,0%

massa * Keberhasilan diet Crosstabulation

		Keberhasilan diet		total
		cukup berhasil	berhasil	
1	% within massa	100,0%		100,0%
	% within Keberhasilan diet	20,0%		2,4%
	% of Total	2,4%		2,4%
2	% within massa		100,0%	100,0%
	% within Keberhasilan diet		11,1%	9,8%
	% of Total		9,8%	9,8%
3	% within massa	25,0%	75,0%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	40,0%	16,7%	19,5%
	% of Total	4,9%	14,6%	19,5%
4	% within massa	4,3%	95,7%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	20,0%	61,1%	56,1%
	% of Total	2,4%	53,7%	56,1%
5	% within massa	20,0%	80,0%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	20,0%	11,1%	12,2%
	% of Total	2,4%	9,8%	12,2%
Total	% within massa	12,2%	87,8%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	12,2%	87,8%	100,0%

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GD * Keberhasilan diet	31	60,8%	20	39,2%	51	100,0%

GD * Keberhasilan diet Crosstabulation

		Keberhasilan diet		total
		cukup berhasil	berhasil	
terkontrol	% within GD	22,7%	77,3%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	100,0%	65,4%	71,0%
	% of Total	16,1%	54,8%	71,0%
tidakterkontrol	% within GD		100,0%	100,0%
	% within Keberhasilan diet		34,6%	29,0%
	% of Total		29,0%	29,0%
Total	% within GD	16,1%	83,9%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	16,1%	83,9%	100,0%

Crosstabs

usia * Keberhasilan diet Crosstabulation

		Keberhasilan diet		total
		cukup berhasil	berhasil	
1	% within usia	8,3%	91,7%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	40,0%	61,1%	58,5%
	% of Total	4,9%	53,7%	58,5%
2 Usia	% within usia	17,6%	82,4%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	60,0%	38,9%	41,5%
	% of Total	7,3%	34,1%	41,5%
Total	% within usia	12,2%	87,8%	100,0%
	% within Keberhasilan diet	100,0%	100,0%	100,0%
		12,2%	87,8%	100,0%

Statistics

Peran Keluarga

N	Valid	41
	Missing	0
Mean		1.98
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.156
Minimum		1
Maximum		2

Provider

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdkprnh	1	2,4	2,4	2,4
	kadang	14	34,1	34,1	36,6
	sering	15	36,6	36,6	73,2
	selalu	11	26,8	26,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

RT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	14,6	14,6	14,6
	1	14	34,1	34,1	48,8
	2	12	29,3	29,3	78,0
	3	9	22,0	22,0	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Perawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	4,9	4,9	4,9
	1	8	19,5	19,5	24,4
	2	14	34,1	34,1	58,5
	3	17	41,5	41,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Social

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	6	14,6	14,6	14,6
1	19	46,3	46,3	61,0
Valid 2	8	19,5	19,5	80,5
3	8	19,5	19,5	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Saudara

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	11	26,8	26,8	26,8
1	18	43,9	43,9	70,7
Valid 2	6	14,6	14,6	85,4
3	6	14,6	14,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Terapue

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	2	4,9	4,9	4,9
1	13	31,7	31,7	36,6
Valid 2	6	14,6	14,6	51,2
3	20	48,8	48,8	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	6	14,6	14,6	14,6
1	18	43,9	43,9	58,5
Valid 2	11	26,8	26,8	85,4
3	6	14,6	14,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Seks

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	3	7,3	7,3	7,3
1	16	39,0	39,0	46,3
Valid 2	9	22,0	22,0	68,3
3	13	31,7	31,7	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Inisiator

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	2	4,9	4,9	4,9
1	18	43,9	43,9	48,8
Valid 2	11	26,8	26,8	75,6
3	10	24,4	24,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Pendamai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	8	19,5	19,5	19,5
Valid 1	18	43,9	43,9	63,4
Valid 2	9	22,0	22,0	85,4
Valid 3	6	14,6	14,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Koord

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	9	22,0	22,0	22,0
Valid 1	14	34,1	34,1	56,1
Valid 2	11	26,8	26,8	82,9
Valid 3	7	17,1	17,1	100,0
Total	41	100,0	100,0	

rekreasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	8	19,5	19,5	19,5
Valid 1	9	22,0	22,0	41,5
Valid 2	12	29,3	29,3	70,7
Valid 3	12	29,3	29,3	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Peran Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Kurang Aktif	1	2,4	2,4	2,4
Valid Cukup Aktif	40	97,6	97,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Statistics

Keberhasilan diet

N	Valid	41
	Missing	0

Keberhasilan diet

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cukup berhasil	5	12,2	12,2	12,2
Valid Berhasil	36	87,8	87,8	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Nonparametric Correlations

Correlations			Peran Keluarga	Keberhasilan Diet
Spearman's rho	Peran Keluarga	Correlation Coefficient	1,000	-,022
		Sig. (2-tailed)	.	,891
	Keberhasilan Diet	N	41	41
		Correlation Coefficient	-,022	1,000
		Sig. (2-tailed)	,891	.
		N	41	41

