

Hubungan Antara Sikap, Perilaku dan Partisipasi Keluarga Terhadap Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan Januari-Juli 2008

Nidya A. Rinto; Sunarto; Ika Fidianingsih

Abstrak

Latar Belakang Masalah: Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit menahun yang dewasa ini prevalensinya makin meningkat. Diabetes melitus tipe 2 merupakan jenis diabetes melitus yang paling sering ditemukan di praktek, diperkirakan sekitar 90% dan semua penderita diabetes melitus di Indonesia. DM adalah penyakit selama hidup, maka pengawasan dan pemantauan dalam penatalaksanaan DM pada setiap saat menjadi penting. Oleh karena itu maka penatalaksanaan penderita DM tidak dapat sepenuhnya diletakkan pada pundak dokter dan klinis saja.

Tujuan: Berdasar latar belakang tersebut maka penulis ingin memberikan gambaran dari sikap, perilaku dan partisipasi keluarga penderita Diabetes Melitus tipe 2 terhadap penatalaksanaan kadar gula darah penderita Diabetes Melitus tipe 2.

Metodologi: Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif-analitik dan menggunakan rancangan dengan pendekatan cross-sectional. Populasi penelitian adalah pasien DM Tipe 2 RS PKU Muhammadiyah dari bulan januari – juli sebanyak 70 orang. Jumlah responden dalam penelitian sebanyak 35 orang. Pengumpulan data dengan kuesioner dan rekam medik. Analisis data menggunakan uji statistik Chi-Square dengan taraf signifikan $p < 0.05$.

Hasil Penelitian: Uji Chi-Square test yang digunakan untuk menguji adakah hubungan antara sikap, perilaku dan partisipasi keluarga terhadap kadar gula darah penderita DM tipe 2 memberikan hasil $P > 0,05$ sehingga menyatakan tidak ada hubungan antara sikap, perilaku dan partisipasi keluarga terhadap kadar gula darah penderita DM tipe 2.

Kesimpulan: Masih cukup besar persentase tingkat kadar gula darah penderita DM tipe 2 yang dikatakan buruk (54,3 %) dibandingkan dengan tingkat kadar gula darah penderita DM tipe 2 yang baik (45,7 %).

Pendahuluan

Diabetes mellitus (DM) merupakan kumpulan gejala yang timbul pada seseorang akibat tubuh mengalami gangguan dalam mengontrol kadar gula darah. Gangguan

tersebut dapat disebabkan oleh sekresi hormon insulin tidak adekuat atau fungsi insulin terganggu (resistensi insulin) atau justru gabungan dari keduanya. Diabetes melitus tipe 2 merupakan jenis diabetes melitus yang paling sering ditemukan di praktek, diperkirakan sekitar 90% dan semua penderita diabetes melitus di Indonesia (Soegondo, 2005).

Menurut survei yang dilakukan oleh WHO, Indonesia menempati urutan ke-4 dengan jumlah penderita diabetes terbesar setelah India, Cina, dan Amerika Serikat. Untuk Indonesia, WHO memprediksi kenaikan jumlah penderita dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Badan Pusat Statistik Indonesia (2003) memperkirakan, jumlah penduduk Indonesia yang berusia di atas 20 tahun sebanyak 133 juta jiwa. Dengan prevalensi penderita diabetes pada daerah urban sebesar 14,7% dan daerah rural sebesar 7,2%, diperkirakan pada tahun 2003 terdapat penderita diabetes sebesar 8,2 juta di daerah urban dan 5,5 juta di daerah rural.

Selanjutnya berdasarkan pola pertambahan penduduk, diperkirakan pada tahun 2030, jumlah penduduk yang berusia di atas 20 tahun sekitar 194 juta. Dengan asumsi prevalensi diabetes pada urban (14,7%) dan rural (7,2%) diperkirakan terdapat 12 juta penderita diabetes di daerah urban dan 8,1 juta di daerah rural (Anonim, 2006^a). Sedangkan dari data Depkes, jumlah pasien diabetes rawat inap maupun rawat jalan di rumah sakit menempati urutan pertama dari seluruh penyakit endokrin (Depkes RI, 2005). Jumlahnya meningkat seiring dengan bentuk gaya hidup, pola konsumsi makanan yang tidak sehat termasuk diantaranya kurangnya aktivitas fisik dan konsumsi *junk food*, dan lain-lain (Wardani et al, 2007).

Soewondo (2005), menyatakan bahwa stres – stres yang dialami penderita baik fisik maupun mental berhubungan dengan sakitnya dan secara tidak disadari atau tidak langsung dirasakan oleh orang tua dan keluarga penderita, maka akan timbul suatu kesalahan – kesalahan sikap keluarga dan penderita.

Lingkungan yang mempengaruhi perilaku tidak hanya terbatas pada lingkungan fisik saja, tetapi juga lingkungan psikologis, sosial, ekonomi dan budaya. Hal ini selanjutnya akan mempengaruhi cara hidup sehat manusia. Sehingga peran keluarga seperti sikap, perilaku dan partisipasi keluarga dipandang sebagai naluri untuk

melindungi anggota keluarga yang sakit. Ada semacam hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya bahwa peran serta keluarga sangat penting bagi setiap aspek perawatan kesehatan anggota keluarga mulai dari segi strategi pencegahan sampai fase rehabilitasi (Sundari dan Setyawati, 2006).

Mengingat DM adalah penyakit selama hidup, maka pengawasan dan pemantauan dalam penatalaksanaan DM pada setiap saat menjadi penting. Oleh karena itu maka penatalaksanaan penderita DM tidak dapat sepenuhnya diletakkan pada pundak dokter dan klinis saja. Dalam hal ini partisipasi penderita DM dan keluarganya sangat diperlukan khususnya dalam orientasinya pada upaya mengembalikan penderita DM ke dalam situasi sehat atau paling tidak mendekati normal (Waspadji, 2005).

Tujuan pelaksanaan DM meliputi enam hal, yaitu :

- Memperpanjang hidup penderita dan menghilangkan gejala penyakit.
- Mengusahakan penderita DM hidup bermasyarakat senormal mungkin.
- Mengusahakan dan Mempertahankan status metabolisme yang baik.
- Mencegah komplikasi DM.
- Menghilangkan faktor resiko lain.
- Skrining adanya komorbid (Asdie, 2000).

Upaya untuk mencapai tujuan tersebut adalah dengan kombinasi antara pengaturan diet, olah raga, obat anti diabetik, penilaian kontrol, dan pendidikan. Keberhasilan penatalaksanaan DM juga ditentukan oleh peranan aktif dari penderita DM sendiri, keluarganya dan masyarakatnya dalam pengontrolan DM, pencegahan komplikasi akut maupun kronik serta pembiayaannya. Berdasarkan pertimbangan di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang hubungan antara sikap, perilaku dan partisipasi keluarga penderita Diabetes melitus tipe 2 terhadap kadar gula darah.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif-analitik dan menggunakan rancangan dengan pendekatan cross-sectional. Penelitian ini dilaksanakan di Poliklinik RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bulan Januari – Juli 2008. Subyek yang diteliti adalah semua penderita DM Tipe 2 yang memeriksakan diri pada poliklinik Penyakit Dalam RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dari Januari 2008 – Juli 2008 dan sampel yang diperoleh berjumlah 35 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Variabel penelitian yaitu :

1. Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah sikap, perilaku dan partisipasi keluarga menurut pasien

2. Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kadar gula darah sewaktu menggunakan sampel darah kapiler penderita DM tipe 2.

Cara pengumpulan data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan dengan metode kuesioner dan wawancara yang dilakukan terhadap penderita DM tipe 2. Kuesioner ini berisi sejumlah pertanyaan untuk mendapatkan data mengenai sikap, perilaku, dan partisipasi keluarga pasien terhadap penderita DM tipe 2. Data sekunder dilakukan dengan cara mengutip dari status penderita pada catatan medik penderita di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk mendapatkan variabel kadar gula darah sewaktu penderita DM tipe 2. Kadar gula darah sewaktu penderita DM tipe 2 selama tiga bulan terakhir kontrol diambil kemudian dihitung reratanya. Untuk menganalisa hubungan antara sikap, perilaku dan partisipasi keluarga terhadap kadar gula darah penderita DM tipe 2 digunakan uji Chi-Square dengan $\alpha = 0,05$ dan tingkat kepercayaan 95%.

Hasil Penelitian

Karakteristik Responden

Jenis Kelamin. Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa sebaran penderita DM Tipe 2 berdasarkan jenis kelamin adalah 48,6% atau 17 orang adalah laki – laki dan 51,4% atau 18 orang adalah perempuan.

Tabel 1. Distribusi pasien DM berdasarkan jenis kelamin (n=35)

Jenis Kelamin	Persentase
Laki-laki	48,6
Perempuan	51,4
Jumlah	100

Umur. Tabel 2 menunjukkan bahwa penderita DM Tipe 2 yang berusia ≤ 50 tahun sebanyak 13 orang (37,2%), berusia antara 51-60 tahun sebanyak 11 orang (31,4%) dan yang berusia ≥ 61 tahun sebanyak 11 orang (31,4%).

Tabel 2. Distribusi pasien DM berdasarkan umur (n=35)

Usia (tahun)	Persentase
≤ 50	37,2
51 – 60	31,4
≥ 61	31,4
Jumlah	100

Tingkat Pendidikan. Tabel 3 menunjukkan bahwa distribusi tingkat pendidikan penderita DM tipe 2 terbanyak adalah SMA yaitu sebanyak 14 orang (40%), kemudian diikuti dengan penderita dengan tingkat pendidikan SD sebanyak 8 orang (22,9%), Penderita DM tipe 2 yang tidak sekolah sebanyak 7 orang (20%), penderita DM tipe 2 dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi sebanyak 5 orang (14,2%), dan

penderita DM tipe 2 dengan tingkat pendidikan SMP sebanyak 1 orang (2,9%).

Tabel 3. Distribusi penderita DM tipe 2 berdasarkan Tingkat Pendidikan (n=35)

Jenjang Pendidikan	Persentase
Tidak Sekolah	20
SD	22,9
SMP	2,9
SMA	40
Perguruan Tinggi	14,2
Jumlah	100

Gambaran Sikap, Perilaku dan Partisipasi Keluarga terhadap Kadar Gula Darah Penderita DM tipe 2

Sikap. Tabel 4 menunjukkan bahwa keluarga penderita DM tipe 2 dengan sikap baik ada 23 keluarga (65,7%) dan dengan sikap kurang ada 12 keluarga (34,3%). Data mengenai sikap dikategorikan berdasarkan nilai median antara nilai minimum dan nilai maksimum pada data yang diperoleh. Dari data diperoleh nilai minimum 32 dan nilai maksimum 61, jadi nilai mediannya adalah 46,5, sehingga dapat dikategorikan sebagai berikut :

- Baik : > nilai median (47-61) dan
- Kurang : < nilai median (32-46)

Hasil sikap keluarga terhadap penderita DM tipe 2 dari data diatas diperoleh gambaran bahwa sebagian besar cukup baik karena 65,7% responden keluarga yang mempunyai sikap baik namun demikian sikap keluarga masih perlu ditingkatkan lagi.

Tabel 4. Distribusi Derajat sikap keluarga penderita DM tipe 2 (n=35)

Derajat Sikap Keluarga	Persentase
Baik	65,7
Kurang	34,3
Jumlah	100

Perilaku. Tabel 5 menunjukkan bahwa keluarga penderita DM tipe 2 dengan perilaku baik ada 18 keluarga (51,4%) dan dengan perilaku kurang ada 17 keluarga (48,6%). Data mengenai perilaku dikategorikan berdasarkan nilai median antara nilai minimum dan nilai maksimum pada data yang diperoleh. Dari data diperoleh nilai minimum 19 dan nilai maksimum 32, jadi nilai mediannya adalah 25,5, sehingga dapat dikategorikan sebagai berikut :

- Baik : > nilai median (26-32)
- Kurang : < nilai median (19-25)

Maka hasil perilaku keluarga terhadap penderita DM tipe 2 dari data diatas diperoleh gambaran bahwa sebagian besar cukup baik karena 51,8% responden keluarga yang mempunyai perilaku baik namun demikian perilaku keluarga masih perlu ditingkatkan lagi.

Tabel 5. Distribusi Derajat perilaku keluarga penderita DM tipe 2 (n=35)

Derajat Perilaku Keluarga	Persentase
Baik	51,4
Kurang	48,6
Jumlah	100

Partisipasi. Tabel 5 menunjukkan bahwa keluarga penderita DM tipe 2 dengan partisipasi baik ada 19 keluarga (54,3%) dan dengan partisipasi kurang ada 16 keluarga (45,7%). Data mengenai partisipasi dikategorikan berdasarkan nilai median antara nilai minimum dan nilai maksimum pada data yang diperoleh. Dari data diperoleh nilai minimum 30 dan nilai maksimum 42, jadi nilai mediannya adalah 36, sehingga dapat dikategorikan sebagai berikut :

- Baik : > nilai median (37-42)
- Kurang : < nilai median (30-36)

Maka hasil partisipasi keluarga terhadap penderita DM tipe 2 dari data diatas diperoleh gambaran bahwa sebagian besar cukup baik karena 54,3% responden keluarga yang mempunyai partisipasi baik namun demikian partisipasi keluarga masih perlu ditingkatkan.

Tabel 6. Distribusi Derajat partisipasi keluarga penderita DM tipe 2 (n=35)

Derajat Partisipasi Keluarga	Persentase
Baik	54,3
Kurang	45,7
Jumlah	100

Kadar Gula Darah. Kadar gula darah penderita DM tipe 2 tiga bulan kontrol terakhir di RS PKU Muhammadiyah diambil kemudian dirata – rata sehingga dari tabel 7 dapat dilihat bahwa penderita DM tipe 2 dengan kadar gula darah baik ada 16 orang (45,7%) dan penderita DM tipe 2 dengan kadar gula darah buruk 19 orang (54,3%). Adapun pengkategorian ini berdasarkan kriteria pengendalian DM dari PERKENI 2002 dimana kadar gula darah sewaktu 70 mg/dl - 140mg/dl dikatakan baik dan bila > 140 mg/dl dikatakan buruk.

Tabel 7. Distribusi Derajat kadar gula darah penderita DM tipe 2 (n=35)

Kadar Gula Darah Penderita	Persentase
Baik	45,7
Buruk	54,3
Jumlah	100

Hubungan antara sikap keluarga dengan kadar gula darah

Setelah dilakukan analisis data menggunakan uji statistik *chi square* dengan taraf signifikansi 5% didapatkan hasil $\chi^2 (3,157) < \chi^2_{tabel} (3,841)$ dan $\alpha (0,076) > 0,05$. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara sikap keluarga dengan kadar gula darah pasien. Hasil dari tabel.8 hubungan antara sikap keluarga dengan

kadar gula darah penderita DM tipe 2 didapatkan hasil sebagai berikut : sebanyak 13 keluarga DM tipe 2 (37,1%) mempunyai sikap baik dan kadar gula darahnya baik, 10 keluarga (28,6%) mempunyai sikap yang baik namun kadar gula darahnya buruk, 3 keluarga (8,6%) mempunyai sikap kurang namun kadar gula darahnya baik, dan 9 keluarga (25,7%) mempunyai sikap yang kurang dan kadar gula darahnya buruk.

Tabel 8. Hubungan antara sikap keluarga dengan kadar gula darah penderita DM tipe 2 (n=35)

Sikap Keluarga	% Kadar Gula Darah		% Total
	Baik	Buruk	
Baik	37,1	28,6	65,7
Kurang	8,6	25,7	34,3
Jumlah	45,7	54,3	100

Hubungan antara perilaku keluarga dengan kadar gula darah

Setelah dilakukan analisis data menggunakan uji statistik *chi square* dengan taraf signifikansi 5% didapatkan hasil $\chi^2 (1,446) < \chi^2_{tabel} (3,481)$ dan $\alpha (0,229) > 0,05$. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku keluarga dengan kadar gula darah pasien. Hasil dari tabel.9 hubungan antara perilaku keluarga dengan kadar gula darah penderita DM tipe 2 didapatkan hasil sebagai berikut : sebanyak 10 keluarga DM tipe 2 (28,6%) mempunyai perilaku baik dan kadar gula darahnya baik, 8 keluarga (22,9%) mempunyai perilaku yang baik namun kadar gula darahnya buruk, 6 keluarga (17,1%) mempunyai perilaku kurang namun kadar gula darahnya baik, dan 11 keluarga (31,4%) mempunyai perilaku yang kurang dan kadar gula darahnya buruk.

Tabel 9. Hubungan antara perilaku keluarga dengan kadar gula darah penderita DM tipe (n=35)

Perilaku Keluarga	% Kadar Gula Darah		% Total
	Baik	Buruk	
Baik	28,6	22,9	51,5
Kurang	17,1	31,4	48,5
Jumlah	45,7	54,3	100

Hubungan antara partisipasi keluarga dengan kadar gula darah

Setelah dilakukan analisis data menggunakan uji statistik *chi square* dengan taraf signifikansi 5% didapatkan hasil $\chi^2 (2,485) < \chi^2_{tabel} (3,481)$ dan $\alpha (0,115) > 0,05$. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa tidak ada hubungan antara partisipasi keluarga dengan kadar gula darah pasien. Hasil dari Tabel 10 hubungan antara partisipasi keluarga dengan kadar gula darah penderita DM tipe 2 didapatkan hasil sebagai berikut : sebanyak 11 keluarga DM tipe 2 (31,4%) mempunyai partisipasi baik dan kadar gula darahnya baik, 8 keluarga (22,9%) mempunyai partisipasi yang baik namun kadar gula darahnya buruk, 5 keluarga (14,3%) mempunyai partisipasi kurang namun kadar gula darahnya baik, dan 11 keluarga (31,4%)

mempunyai partisipasi yang kurang dan kadar gula darahnya buruk.

Tabel 10. Hubungan antara partisipasi keluarga dengan kadar gula darah penderita DM tipe 2 (n=35)

Partisipasi Keluarga	Kadar Gula Darah		Total
	Baik	Buruk	
Baik	31,4	22,9	54,3
Kurang	14,3	31,4	45,7
Jumlah	45,7	54,3	100

Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan uji statistik *chi square* yang menghubungkan antara Sikap, Perilaku dan Partisipasi keluarga penderita DM tipe 2 terhadap kadar gula darah, ternyata masing – masing memberikan hasil yang tidak bermakna. Pada tabel 8 diperoleh $X^2 = 3,157$ dan $p > 0,05$, pada tabel 9 diperoleh $X^2 = 1,446$ dan $p > 0,05$ dan pada tabel 10 diperoleh $X^2 = 2,485$ dan $p > 0,05$. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pengendalian kadar gula darah penderita DM tipe 2 tidak dapat diprediksi berdasarkan sikap, perilaku, maupun partisipasi keluarga penderita DM tipe 2 atau dengan kata lain keluarga penderita DM tipe 2 tidak memberikan kontribusi yang nyata dalam menentukan kondisi kadar gula darah penderita DM, sebagai salah satu upaya preventif untuk mencegah terjadinya komplikasi pada penderita DM.

Menurut Tjokroprawiro (2001) kepribadian atau motivasi penderita untuk mentaati diet, terapi dan latihan gerak badan dari dokter yang merawatnya dan sadar semua itu untuk kepentingan dirinya sendiri merupakan faktor kunci untuk menilai keterawatan penderita DM. Apabila penderita mempunyai motivasi yang baik, maka dapat diyakini kalau hasil pengukuran glukosa darah menggambarkan keadaan sebenarnya. Keluarga sebagai salah satu lingkungan sosial terdekat dengan penderita DM merupakan satu faktor yang potensial untuk mempengaruhi dan membentuk motivasi yang sehat bagi penderita DM dalam menjalankan penatalaksanaan DM untuk pengendalian kadar gula darah penderita, sehingga faktor sikap, perilaku dan partisipasi keluarga penderita DM merupakan faktor penting untuk menentukan keberhasilan penatalaksanaan DM.

American Diabetes Association (ADA, 2006) mengatakan bahwa perencanaan pengelolaan diabetes harus dibicarakan sebagai terapeutic individual antara pasien dan keluarganya dan pasien harus menerima perawatan medis secara terkoordinasi dan integrasi dari tim kesehatan, sehingga keluarga menyadari pentingnya keikutsertaan dalam perawatan penderita diabetes mellitus agar kadar gula darah penderita dapat terkontrol dengan baik.

Untuk mempertahankan kadar gula darah penderita dalam batas normal pada prinsipnya diletakkan pada tatalaksana pengaturan diet, olah raga, obat anti diabetik,

penilaian kontrol dan edukasi. Di lihat dari hasil penelitian ini dapat dilihat bahwa sebagian besar penderita DM tipe 2 kadar gula darahnya masih dikatakan buruk dengan persentase 54,3 % yang dapat memberikan arti bahwa tatalaksana penderita DM yang bertumpu pada peran serta keluarga belum berjalan dengan semestinya.

Faktor – faktor yang mempengaruhi masih tingginya kadar gula darah pada pasien DM yang menjalani terapi DM adalah usia, kurangnya ketaatan terhadap aktifitas fisik atau olah raga, pengertian pasien DM terhadap penyakit yang dideritanya dan masih kurangnya peran serta anggota keluarga pasien dalam memandu pengobatan, diet, latihan jasmani dan pengisian waktu luang yang positif bagi kesehatan keluarga sehingga mempengaruhi dari penatalaksanaan DM sehingga kadar gula darah penderita kurang terkontrol dengan baik.

Namun demikian potensi keluarga sebagai dasar perawatan penderita DM masih dapat dikembangkan, dengan asumsi dari hasil penelitian diperoleh sikap keluarga dengan perilaku keluarga $p < 0,01$, perilaku keluarga dengan partisipasi $p < 0,01$, sehingga memperlihatkan hubungan yang positif antara sikap keluarga dengan perilaku keluarga maupun perilaku keluarga dengan partisipasinya. Namun demikian perlu dipertimbangkan pendapat Notoatmodjo, 2003 bahwa sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi sikap merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sehingga meski sikap positif terhadap nilai – nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam suatu tindakan yang nyata, sikap dan perilaku merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda seperti beberapa hasil penelitian tentang sikap dan perilaku sebagian dinyatakan bukti lemahnya hubungan antara sikap dengan perilaku. Untuk partisipasi keluarga dalam pemenuhan kesehatan ditentukan salah satunya oleh predisposisi keluarga untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang meliputi umur, jenis kelamin, besarnya keluarga serta hubungan keluarga dalam pelayanan kesehatan.

Menurut Ismail (2000) keadaan diatas dapat terjadi karena banyak adanya *confinding factors* yang berpengaruh dalam hubungan itu, menurutnya sikap seseorang terhadap suatu obyek distimulir oleh pola pikir individu, isu – isu sosial dan situasi kelompok sosial yang ada.

Menurut Rifki (2005) mengatakan bahwa untuk penatalaksanaan suatu penyakit diperlukan adanya kerja sama atau pendekatan yang baik antara petugas kesehatan dengan individu atau kelompok masyarakat. Petugas kesehatan diharapkan dapat membantu mereka mengikuti tahap-tahap pengenalan dan pemecahan masalah yang dihadapi secara rasional.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa masih cukup besar persentase tingkat kadar gula darah penderita DM tipe 2

yang dikatakan buruk (54,3 %) dibandingkan dengan tingkat kadar gula darah penderita DM tipe 2 yang baik (45,7 %). Selain itu, penatalaksanaan DM tipe 2 yang didasarkan pada tingkat kadar gula darah penderita DM tipe 2 tidak dapat diprediksi berdasarkan sikap, perilaku, dan partisipasi keluarga penderita DM tipe 2.

Daftar Pustaka

- American Diabetes Association, 2006. *Standards of Medical Care in Diabetes*, Diabetes Care, 2006: 29, S4-42.
- Anonim, 2006^a. Bersiap Hadapi Ledakan 2030, *Ethical Digest*, No. 6, Maret 2008.
- Asdie, A.H., 2000. *Patogenesis dan Terapi Diabetes Mellitus Tipe 2*, Edisi pertama, Penerbit Medika Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Biro Pusat Statistik, 2003. Diabetes Mellitus, <http://www.republika.co.id> (diakses 27 Maret 2008).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005. Jumlah Penderita Diabetes Indonesia Ranking ke-4 di Dunia, <http://www.depkes.go.id/index.php> (diakses 26 Maret 2008).
- Ismail, R. 2000. *Perilaku Manusia dan Kejadian Sakit* (Problem antara teori dan riset), Buletin Epidemiologi Indonesia (2-11) : 3-9, Jaringan Epidemiologi Nasional Jakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- PERKENI, 2002. *Konsensus Pengolahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*, PB. PERKENI, Jakarta, 1-50.
- Rifki, N. 2005. *Penatalaksanaan Diabetes dengan Pendekatan Keluarga*, dalam Penatalaksanaan Diabetes Terpadu, Edisi kelima, Balai Penerbit FK UI, Jakarta.
- Soegondo, S. 2005. *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*, Balai Penerbit FK UI, Jakarta.
- Soewondo, P. 2005. *Pemantauan Pengendalian Diabetes Mellitus*, dalam Penatalaksanaan Diabetes Terpadu, Edisi kelima, Balai Penerbit FK UI, Jakarta.
- Sundari, S., Setyawati, I., 2006. Peran Keluarga dalam Perawatan Penderita Diabetes Mellitus secara Mandiri di Rumah, *Journal Mutiara Medika*, 6:2, 113-121. .
- Tjokroprawiro, A. 2001. *Diabetes Mellitus Klasifikasi, Diagnosis, dan Terapi*, Edisi ketiga, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Waspadji, S. 2005. *Mekanisme Dasar dan Pengelolaannya yang Rasional*, dalam Penatalaksanaan Diabetes Terpadu, Edisi kelima, Balai Penerbit FK UI, Jakarta.
- WHO, 2000. Diabetes: the cost of diabetes, <http://www.who.int> (diakses 26 Maret 2008).
- Wardani, N, K., Hadi, H., Huriyati, E., 2007. Pola Makan dan Obesitas Sebagai Faktor Resiko DM Tipe 2 di Rumah Sakit Sanglah Denpasar, *Journal Gizi Klinik Indonesia*, 4:1, 1-10.