

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Wilayah Penelitian

Puskesmas Mantrijeron merupakan Puskesmas dengan akreditasi paripurna yang terletak di Jl. DI Panjaitan No. 82 Yogyakarta, Mantrijeron, Kota Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Puskesmas Mantrijeron mempunyai tiga wilayah kerja yang luasnya 2.61 km² meliputi Kelurahan Gedongkiwo, Kelurahan Suryodiningratan, dan Kelurahan Mantrijeron. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Kelurahan Suryodiningratan yaitu di Wilayah Minggiran RW. 14, RW. 15, RW. 16, RW. 17, di Wilayah Suryodiningratan RW. 09, RW. 10, RW. 11, RW. 13, di Wilayah Kumendaman RW. 08 dan Pugeran RW. 01.

Program yang dilakukan Puskesmas dalam pengendalian Diabetes Melitus Tipe 2 (DM Tipe 2) diantaranya adalah Posyandu lansia dan Posbindu PTM. Posyandu lansia dilaksanakan aktif oleh setiap RW satu bulan sekali, sedangkan untuk Posbindu PTM hanya aktif di beberapa RW saja. Kegiatan posyandu lansia menggunakan sistem 5 meja. Upaya preventif yang dilakukan dalam pengendalian DM Tipe 2 berupa penyuluhan terhadap semua lansia. *Screening* selanjutnya dilakukan untuk mengetahui lansia yang beresiko. Lansia yang mempunyai GDS 140 – 200 mg/dl akan dilakukan pemantauan, sedangkan lansia yang mempunyai GDS di atas 200 mg/dl akan dirujuk.

B. Hasil Penelitian

1. Gambaran Karakteristik Demografi Lansia Diabetes Melitus Tipe 2 (DM Tipe 2)

Karakteristik demografi pada penelitian ini terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4. 1 Gambaran karakteristik demografi lansia DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron

No	Karakteristik	Frekuensi (N)	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	18	40,9
	Perempuan	26	59,1
	Total	44	100
2	Usia		
	Lansia (60-74)	38	86,4
	Lansia Tua (75-90)	6	13,6
	Total	44	100
3	Pekerjaan		
	Tidak Bekerja	28	63,6
	Buruh	6	13,6
	Wiraswasta	10	22,7
	Total	44	100
4	Pendidikan		
	SD	15	34,1
	SMP	10	22,7
	SMA	12	27,3
	D3	3	6,8
	S1	3	6,8
	S2	1	2,3
	Total	44	100

Sumber : data primer, 2018

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas lansia DM Tipe 2 adalah perempuan yaitu sebanyak 26 responden (59,1%) terjadi di usia rata-rata 60 – 74 tahun yaitu sebanyak 38 responden (86,4%). Pendidikan responden beragam yaitu SD = 15 responden (34,1%), SMP = 10 responden (22,7%), SMA = 12 responden (27,3%), D3 = 3 responden

(6,8%), S1 = 3 responden (6,8 %), S2 = 1 responden (2,3%). Sebagian besar responden tidak bekerja.

2. Gambaran Dukungan Keluarga

Tabel 4. 2 Gambaran dukungan keluarga pada lansia DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron

Kategori	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Cukup	17	38,6
Baik	27	61,4
Total	44	100

Sumber : data primer, 2018

Tabel 4.2 menunjukkan 27 responden (61,4%) mendapatkan dukungan keluarga yang baik, sedangkan sisanya yaitu 17 responden (38,6%) mendapatkan dukungan keluarga yang cukup.

3. Gambaran Kepatuhan Diet

Tabel 4.3 Gambaran kepatuhan diet pada lansia DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron

Kategori	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Kurang	2	4,5
Cukup	18	40,9
Baik	24	54,5
Total	44	100

Sumber : data primer, 2018

Tabel 4.3 menunjukkan 24 responden (54,5%) mempunyai kepatuhan diet yang baik, 18 responden (40,9%) mempunyai kepatuhan diet yang cukup, dan 2 responden (4,5%) mempunyai kepatuhan diet yang kurang.

4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Lansia DM Tipe 2

Tabel 4. 4 Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan diet pada lansia DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron

Variabel bebas / Variabel terikat	Kepatuhan Diet			Total	P
	Kurang	Cukup	Baik		
Dukungan keluarga Cukup	1	12	4	16	0,001
Dukungan keluarga Baik	1	6	20	27	
Total	2	18	24	44	

Sumber : data primer, 2018

Tabel 4.4 menunjukkan responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik, 20 responden memiliki kepatuhan yang baik pula, 6 responden memiliki kepatuhan cukup, dan 1 responden memiliki kepatuhan kurang. Responden yang mendapatkan dukungan keluarga cukup, 4 responden memiliki kepatuhan baik, 12 responden memiliki kepatuhan cukup, dan 1 responden memiliki kepatuhan kurang. Hasil analisa data menggunakan *somers' d* didapatkan hasil $p = 0,001$ ($p < 0,05$) yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Demografi Lansia DM Tipe 2

a. Usia

Karakteristik demografi lansia DM Tipe 2 berdasarkan usia Tabel 4.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar lansia berusia 60 – 74 tahun yaitu sebanyak 38 responden (86,4%), sedangkan lansia tua usia 75 – 90 tahun sebanyak 6 responden (13,6%). Hasil penelitian Pudyasti (2017) juga didapatkan hasil yang

serupa, sebagian besar lansia DM Tipe 2 adalah usia 60 – 70 tahun (80,0%). Penelitian Rockwood *et al* (2000) menyatakan penyebab mengapa kejadian diabetes menurun di usia yang sangat tua masih belum jelas. Penjelasan yang paling masuk akal adalah penderita DM Tipe 2 pada kelompok usia sangat tua mempunyai risiko kematian yang tinggi (RR 1,87, 95% CI 1.28–1.94). Insiden menurunnya penderita diabetes melitus dengan usia, dari 9,5 untuk kelompok usia 65-74 tahun, hingga 7,9 untuk usia 75-84 tahun dan kemudian 3,1 untuk usia 85 tahun dan lebih tua.

b. Jenis Kelamin

Karakteristik demografi lansia DM Tipe 2 berdasarkan jenis kelamin pada tabel 4.1 menunjukkan mayoritas lansia adalah perempuan berjumlah 26 orang (59,1%) dan laki – laki berjumlah 18 orang (40,9%). Multiparitas dapat meningkatkan risiko obesitas seorang wanita dan menghasilkan DM Tipe 2. Berat badan gestasional yang lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan risiko penambahan berat badan, dan risiko terjadinya obesitas setelah kehamilan (Chivese,T. *et al*, 2016). Epidemio DM Tipe 2 telah dikaitkan dengan meningkatnya tingkat risiko yang dapat diubah: kelebihan berat badan dan obesitas dan didorong oleh perubahan gaya hidup, pola makan yang buruk, aktivitas fisik; merokok; dan peningkatan konsumsi minuman manis. Peningkatan BMI dikaitkan dengan peningkatan risiko mengembangkan DM Tipe 2 atau GDM. DM Tipe 2 lebih

berisiko pada seseorang dengan obesitas dan kelebihan berat badan dibandingkan mereka yang mempunyai berat badan normal dengan perbandingan 7,19 dan 2,99 (Al-Rifai & Aziz, 2018).

c. Pekerjaan

Karakteristik demografi lansia DM Tipe 2 berdasarkan pekerjaan pada tabel 4.1 diketahui mayoritas lansia sudah tidak bekerja yaitu sejumlah 28 responden (63,6%). Pekerjaan seseorang mempengaruhi aktivitas fisiknya. Kelompok yang tidak bekerja cenderung kurang melakukan aktivitas fisik sehingga tidak terjadi pergerakan anggota-anggota tubuh, hal ini yang mengakibatkan kelompok yang tidak bekerja dapat lebih mudah terkena penyakit DM (palimbunga, 2018). Penelitian Anani (2012) menunjukkan aktivitas fisik terbukti dapat meningkatkan sensitivitas insulin, memperbaiki profil lipid dan mengurangi kadar lemak perut sehingga dapat mengurangi risiko penyakit DM Tipe 2.

Hasil penelitian Mara (2018) didapatkan tingkat prevalensi diabetes melitus pada pensiunan lebih tinggi dibanding perwira yang masih dalam jabatan di perwira militer cina (25,0% vs 5,3%). Tingkat prevalensi penyakit kronis lebih tinggi di perwira militer pensiunan dari pada mereka yang masih aktif sebagai pegawai militer. Struktur usia menjadi penyebab utama perbedaan ini, namun perubahan gaya hidup setelah pensiun juga berkontribusi pada peningkatan ini.

d. Pendidikan

Karakteristik demografi lansia DM Tipe 2 berdasarkan tingkat pendidikan pada tabel 4.1 diketahui sebagian besar lansia adalah berpendidikan SD sejumlah 15 responden (34,1%), meskipun secara statistik jumlahnya tidak jauh berbeda dengan tingkat pendidikan lain. Damayanti (2015) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi memperkecil risiko terkena diabetes melitus, sebaliknya tingkat pendidikan yang rendah memperbesar resiko untuk terkena diabetes melitus karena orang yang tingkat berpendidikan tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan dalam mengelola kesehatan, sedangkan orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah biasanya kurang pengetahuan.

Hasil ini berbeda dengan penelitian Palimbunga (2018) menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian DM Tipe 2. Hasil ini dikarenakan pada responden dengan tingkat pendidikan rendah maupun tinggi juga memiliki faktor risiko lainnya yang mempengaruhi responden itu dapat mengidap penyakit DM. Tingkat pendidikan bukanlah merupakan satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi kejadian DM. Faktor-faktor risiko lain yang telah dimiliki responden itu sendiri juga dapat mendukung terjadinya seseorang mengidap penyakit DM diantaranya riwayat keluarga, umur ≥ 45 tahun dan juga pekerjaan yang dimilikinya.

2. Gambaran Dukungan Keluarga

Tabel 4.2 menunjukkan dukungan keluarga mayoritas lansia dalam kategori baik sebanyak 27 responden (61,4%) yang terdiri dari 13 laki – laki dan 14 perempuan. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga telah menjalankan fungsi keluarga dalam pemeliharaan kesehatan dengan baik. Dukungan keluarga yang optimal dapat diberikan oleh keluarga yang telah memahami tugas kesehatan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan (Susanti & Sulistyarini, 2013). Friedman, Bowden & Jones (2010) membagi tugas keluarga dalam fungsi pemeliharaan kesehatan menjadi lima. Tugas yang pertama adalah mengenal gangguan perkembangan kesehatan anggota keluarganya. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat dapat dilakukan setelah keluarga mampu mengenal gangguan kesehatan yang dialami. Tugas ketiga yaitu memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit. Tugas keempat yaitu menciptakan dan mempertahankan suasana rumah yang sehat. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat adalah tugas keluarga yang kelima.

Menurut Setiadi (2008) mengenal masalah kesehatan keluarga yaitu sejauh mana keluarga, mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan keluarga yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Mengambil sebuah keputusan kesehatan keluarga merupakan

langkah sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, atau mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Zulfitri (2014) menyebutkan Kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga tidak lepas dari partisipasi petugas kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan mengenai cara perawatan anggota keluarga di rumah. Kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga mengenai lingkungan yang mendukung kesehatan keluarga tapi juga jenis pekerjaan yang dijalani anggota keluarga. Keseimbangan antara pekerjaan dan rumah tangga membantu keluarga dalam mengatasi dan menciptakan lingkungan yang sehat bagi seluruh anggota keluarga. Tidak semua masyarakat mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada. Salah satu faktor penghambat kurangnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat adalah sulitnya transportasi untuk mencapai pelayanan kesehatan.

Anggota keluarga adalah sumber dukungan yang paling signifikan. Bukti korelasional telah menunjukkan pentingnya dukungan keluarga, beberapa studi intervensi telah menargetkan dukungan keluarga sebagai sarana manajemen diabetes pada orang dewasa. Beberapa penelitian yang telah menyertakan dukungan keluarga, hasilnya menjanjikan meskipun agak tidak konsisten (Miller & Dimatteo, 2013). Anggota keluarga dapat memberikan berbagai

jenis dukungan (dukungan emosional, informasi, penghargaan dan instrumental) yang sangat terkait erat kaitannya dengan kepatuhan dalam perawatan di seluruh penyakit kronis (Tabasi, 2014). Pratiwi (2009) menyatakan bahwa dukungan keluarga seperti emosi, informasi, motivasi, perhatian dan nasihat sangat diperlukan untuk keberhasilan terapi.

3. Gambaran Kepatuhan Diet

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa kepatuhan diet mayoritas lansia dalam kategori baik yaitu sebanyak 24 responden (54,5%). Hasil ini menunjukkan sebagian besar lansia sudah mentaati petunjuk – petunjuk yang diberikan oleh tim kesehatan. Hasil penelitian yang sama juga dilakukan oleh Senuk, Supit, & Onibala (2013) yang menemukan tingkat kepatuhan sebesar 53,6 %. Kepatuhan adalah elemen kunci yang mempengaruhi semua aspek perawatan kesehatan. Tingkat kepatuhan pasien terhadap perawatan diri adalah sejauh mana pasien melakukan serangkaian aktivitas harian yang direkomendasikan oleh profesional perawatan kesehatan sebagai cara mengelola diabetes mereka contohnya seperti diet, olahraga, minum obat, pemantauan glukosa darah, perawatan kaki, serta waktu, dan integrasi semua kegiatan ini (Mokabel et al, 2017).

Hasil penelitian Yulia (2015) menunjukkan faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan diet DM Tipe 2 adalah tingkat pendidikan ($p = 0,046$), pengetahuan ($p = 0,028$), persepsi ($p = 0,013$), motivasi diri ($p = 0,035$), lama menderita DM Tipe 2 ($p =$

0,041), dukungan keluarga ($p = 0,001$) dan dukungan dari tim kesehatan ($p = 0,021$). Faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kepatuhan adalah dukungan keluarga ($OR=45,915$). Hasil tersebut disebabkan mayoritas responden dalam kategori lansia dimana lansia fungsi tubuhnya sudah mengalami penurunan, sehingga keluarga merasa sangat perlu untuk memberikan dukungan positif terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit DM tipe 2, baik dukungan informasional, emosional, instrumental, dan penghargaan/penilaian.

Ketidakpatuhan dapat terjadi karena berbagai alasan, termasuk kendala keuangan yang terkait dengan pengobatan, efek samping obat, kesulitan dalam mengelola rejimen pengobatan yang kompleks, melek kesehatan pasien yang tidak memadai, dan kurangnya dukungan keluarga. Risiko kesehatan yang signifikan dalam perawatan banyak penyakit kronis juga dikaitkan dengan ketidakpatuhan. Ketidakpatuhan pasien DM Tipe 2 dikaitkan dengan kontrol glikemik yang buruk dan komplikasi kesehatan jangka panjang, seperti retinopati, neuropati, dan penyakit ginjal (Miller & Dimatteo, 2013).

4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Diet Lansia DM Tipe 2

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui hasil analisa data menggunakan *somer's d* menghasilkan $p = 0,001$ ($p < 0,05$) yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet lansia DM Tipe 2. Hasil tabulasi silang dari 27

responden dengan dukungan keluarga baik terdapat 20 responden yang memiliki kepatuhan yang baik pula, sedangkan dari 16 responden dengan dukungan keluarga cukup terdapat 12 responden memiliki kepatuhan yang cukup. Hasil ini menunjukkan bahwa semakin baik dukungan keluarga semakin baik pula kepatuhan diet diabetes pada lansia DM Tipe 2. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Pudyasti (2017) dengan judul yang sama dimana terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan diet. Pratiwi (2009) secara umum menyimpulkan bahwa orang – orang yang merasa menerima motivasi, perhatian dan pertolongan yang dibutuhkan dari seseorang atau kelompok orang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis dari pada pasien yang kurang merasa mendapat dukungan keluarga. Dukungan keluarga dapat membuat penderita merasa senang dan tenang sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri untuk mengelola penyakitnya dengan lebih baik. Hasil ini juga dipengaruhi oleh pekerjaan pasien berdasarkan karakteristik demografi penderita diketahui paling banyak pasien DM Tipe 2 tidak bekerja, sehingga lebih banyak waktu luang untuk menerima dukungan dari keluarga. Keadaan tersebut sangat mempengaruhi kepatuhan seseorang, karena mereka lebih termotivasi untuk menjalankan diet (Senuk, Supit, & Onibala, 2013).

Hubungan antara manajemen penyakit dan dukungan keluarga telah diteliti secara luas dalam ilmu sosial dan perilaku. Mekanisme yang tepat dimana dukungan keluarga berkontribusi terhadap hasil

kesehatan belum sepenuhnya dipahami. Penelitian memang menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat bermanfaat bagi kesehatan pasien dengan menyangga stres, mengubah keadaan afektif, meningkatkan *self-efficacy*, dan mempengaruhi perubahan perilaku kesehatan negatif. Dukungan instrumental dan emosional yang diterima oleh keluarga dan teman-teman memiliki pengaruh positif pada langkah-langkah global manajemen penyakit pada pasien dengan diabetes. Tinjauan meta-analitik dari 122 studi empiris menemukan bahwa kepatuhan adalah 27% lebih tinggi ketika pasien memiliki dukungan instrumental yang tersedia bagi mereka (Miller & Dimatteo, 2013).

D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan

Penelitian ini dilakukan khusus pada lansia sehingga menjadi kelebihan pada penelitian ini.

2. Kelemahan

Pengambilan data pada penelitian dilakukan dengan cara *door to door*, sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama.