

# LAPORAN PENELITIAN DOSEN



## HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KEPATUHAN DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI PUSKESMAS SIRNAJAYA TAHUN 2021

### TIM PENGUSUL

#### Ketua

**Lisna Agustina, S.Kep.,Ners.,M.Kep (NIDN: 0404088405)**

#### Anggota

**Rotua Surianny S, SKM.,M.Kes (NIDN: 0315018401)**

**Rahmat Hidayat (NPM: 17.156.01.11.115)**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA**

**BEKASI**

**2021**

## HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Lisna Agustina S.Kep.,Ners.,M.Kep  
b. NIDN : 0404088405  
c. Jabatan Fungsional : Asisten Akademik (AA)  
d. Program Studi : Ilmu Keperawatan  
e. Nomor HP : 085323817966  
f. Alamat surel (e-mail) : [lisnaagustina01@gmail.com](mailto:lisnaagustina01@gmail.com)

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Rotua Surianny S, SKM.,M.Kes  
b. NIDN : 0315018401  
c. Program Studi : Ilmu Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 1 Tahun

Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.900.000,-

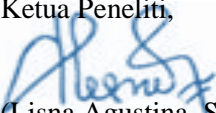
Jumlah Mahasiswa yang Terlibat : 2 Orang

Bekasi, 30 Juni 2021

Mengetahui,  
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan  
(S1)  
dan Pendidikan Profesi Ners

  
(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)  
NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,

  
(Lisna Agustina, S.Kep.,Ners.,M.Kep)  
NIDN : 0404088405

Menyetujui,  
Kepala UPPM

  
(Rotua Surianny S, SKM.,M.Kes)  
NIDN : 0315018401

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>vi</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>1</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>2</b>
A. Latar Belakang .....	2
B. Tujuan Penelitian .....	4
C. Rumusan Masalah .....	4
D. Target Luaran .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
A. Konsep Diabetes Melitus .....	5
1. Definisi .....	5
2. Penyebab Diabetes Melitus .....	5
3. Gejala Diabetes Melitus .....	6
4. Klasifikasi Diabetes Melitus.....	8
5. Komplikasi Diabetes Melitus .....	8
6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus .....	8
B. Konsep Kepatuhan Diet Diabetes Melitus .....	9
1. Definisi Kepatuhan.....	9
2. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan .....	9
3. Kepatuhan Penderita Diabetes Melitus Mengikuti Anjuran Program Diet	10
4. Definisi Diet Diabetes Melitus .....	10
5. Prinsip Diet Diabetes Melitus.....	11
6. Syarat Diet Diabetes melitus .....	11
7. Pengaturan Makanan .....	11
8. Metode Pengukuran Makanan .....	12
C. Konsep Komunikasi Terapeutik.....	15
1. Definisi Perawat .....	15
2. Definisi Komunikasi Terapeutik .....	16
3. Jenis-Jenis Komunikasi Terapeutik.....	16
4. Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	17
5. Teknik Komunikasi Terapeutik.....	18
6. Tahapan komunikasi terapeutik.....	18
7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik.....	19
8. Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik .....	20
9. Cara Mengukur Komunikasi Terapeutik .....	21
D. Kerangka Teori.....	22
E. Kerangka konsep .....	23
1. Variabel Independen (Variabel Bebas) .....	23
2. Variabel Dependen (Variabel Terikat) .....	23
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>24</b>
A. Desain Penelitian.....	24
B. Tahapan Penelitian .....	24
C. Ruang Lingkup Penelitian.....	25

1. Lokasi Penelitian .....	25
2. Waktu Penelitian .....	25
D. Populasi dan Sampel .....	25
E. Teknik Pengumpulan Data.....	27
1. Pemberian Code Data ( <i>Coding</i> ).....	27
2. Pemrosesan Data ( <i>Entering</i> ).....	27
3. Pengecekan Data ( <i>Editing</i> ).....	27
4. Pemberian Nilai ( <i>Scoring</i> ).....	27
5. Tabulasi Data ( <i>Tabulating</i> ).....	28
F. Metode Analisis Data.....	28
1. Analisis Univariat.....	28
2. Analisis Bivariat .....	28
<b>BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN .....</b>	<b>29</b>
A. Anggaran Biaya.....	29
B. Jadwal Penelitian.....	29
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>30</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	30
B. Pelaksanaan penelitian .....	30
C. Hasil Penelitian .....	31
D. Pembahasan hasil penelitian .....	33
E. Keterbatasan penelitian .....	37
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>38</b>
A. Kesimpulan .....	38
B. Saran.....	38
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>38</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>41</b>
Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti .....	41

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Pengaturan Makanan.....	11
Tabel 3. 1 Definisi Operasional .....	24
Tabel 3. 2 Waktu penelitian .....	25
Tabel 3. 3 Kriteria Responden .....	26
Tabel 3. 3 Coding Data Demografi.....	27
Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan .....	29
Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan .....	29

## DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Kerangka Teori.....	22
Skema 2. 2 Variabel Independen Dan Variabel Dependen.....	23

## RINGKASAN

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kondisi dimana kadar gula di dalam darah lebih tinggi dari pada biasa atau normalnya, tingginya kadar gula darah pada penderita DM karena gula tidak dapat memasuki sel-sel di dalam tubuh akibat tidak terdapat resisten terhadap insulin, penyakit ini bisa berkomplikasi dengan penyakit lain seperti stroke, ginjal, gangguan mata dan sebagainya, terapi dietetik merupakan salah satu pilar pengendalian Diabetes Melitus. Keterampilan komunikasi terapeutik sangat penting untuk perawatan kesehatan profesional yang bekerja dengan pasien. Keahlian komunikasi yang efektif adalah salah satu alat yang paling penting dimana para profesional kesehatan dapat mentransfer pengetahuan ke dalam implementasi, memberdayakan pasien menemukan solusi untuk tantangan kesehatan mereka, dan meningkatkan kepercayaan diri dalam merawat pasien. Metode penelitian ini adalah desain bersifat kuantitatif dengan menggunakan rancangan jenis penelitian analitik *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah penderita Diabetes yang dirawat di Puskesmas Sirnajaya, Kecamatan Serang Baru, Kabupaten Bekasi, dengan menggunakan *tekhnik Proposive sampling*. Berdasarkan hasil analisa statistik menggunakan *uji chi square test* diperoleh nilai *p value* sebesar  $0,000 \leq 0,05$ . Hal ini menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya 2021.

**Kata kunci:** Komunikasi Terapeutik, Kepatuhan diet diabetes melitus

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kondisi dimana kadar gula di dalam darah lebih tinggi dari pada biasa atau normalnya, tingginya kadar gula darah pada penderita DM karena gula tidak dapat memasuki sel-sel di dalam tubuh akibat tidak terdapat resisten terhadap insulin, penyakit ini bisa berkomplikasi dengan penyakit lain seperti stroke, ginjal, gangguan mata dan sebagainya, terapi dietetik merupakan salah satu pilar pengendalian Diabetes Melitus (Rumah, Prof and Boyoh, 2015)

Diabetes tidak hanya penyakit yang dapat menyebabkan kematian, penyakit ini juga menjadi penyebab utama kebutaan, penyakit jantung, dan gagal ginjal. Organisasi *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20 – 79 tahun di dunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin. IDF memperkirakan prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka diprediksi terus meningkat hingga mencapai 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045 (KEMENKES RI, 2020)

Menurut Info DATIN P2PTM, 2020 didapatkan hasil bahwa negara di wilayah Arab-Afrika Utara, dan Pasifik Barat menempati peringkat pertama dan ke-2 dengan prevalensi diabetes pada penduduk umur 20-79 tahun tertinggi di antara 7 regional di dunia, yaitu sebesar 12,2% dan 11,4%. Wilayah Asia Tenggara dimana Indonesia berada. Menempati peringkat ke-3 dengan prevalensi sebesar 11,3%, IDF juga memproyeksikan jumlah penderita diabetes pada umur 20-79 tahun pada beberapa negara di dunia yang telah mengidentifikasi 10 negara dengan jumlah penderita tertinggi. Cina, India, dan Amerika Serikat menempati urutan tiga teratas dengan jumlah penderita 116,4 juta, 77 juta, dan 31 juta. Indonesia berada di peringkat ke-7 di antara 10 negara dengan jumlah penderita terbanyak, yaitu sebesar 10,7 juta. Indonesia menjadi satu-satunya negara di Asia Tenggara pada daftar tersebut, sehingga dapat diperkirakan besarnya kontribusi Indonesia terhadap prevalensi kasus diabetes di Asia Tenggara (KEMENKES RI, 2020).

Hampir semua provinsi menunjukkan peningkatan prevalensi pada tahun 2013-2018, kecuali provinsi Nusa Tenggara Timur. Terdapat empat provinsi dengan prevalensi tertinggi pada tahun 2013 dan 2018, yaitu di Yogyakarta, DKI Jakarta, Sulawesi Utara. dan Kalimantan Timur. Terdapat beberapa provinsi dengan peningkatan prevalensi tertinggi sebesar 0,9% yaitu Riau. DKI Jakarta, Banten, Gorontalo, dan Papua Barat (KEMENKES RI, 2020).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2019) prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis Dokter pada penduduk semua umur menurut kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat sebesar 1,28%. Prevalensi tertinggi diabetes melitus di Jawa Barat terdapat di kota Cirebon dengan persentase 2,7% sedangkan prevalensi terendah terdapat di Sukabumi dengan prevalensi 0,53%. Sementara Prevalensi diabetes melitus di Bekasi sebesar 1,35% (Riskesdas, 2019).



Diet yang tepat dapat membantu mengontrol gula darah agar tidak melonjak tinggi. Pengaturan makanan sering menyebabkan perubahan pola makan termasuk jumlah makanan yang dikonsumsi bagi penderita DM sehingga menimbulkan dilema dalam pelaksanaan kepatuhan diet (Purwandari and Susant, 2017).

(Lopulalan, 2008), kepatuhan penderita dalam mentaati diet Diabetes Melitus sangat penting untuk menstabilkan kadar glukosa pada penderita diabetes melitus, sedangkan kepatuhan itu sendiri merupakan suatu hal yang penting untuk dapat mengembangkan kebiasaan yang dapat membantu penderita dalam mengikuti jadwal diet penderita. Didukung oleh pernyataan Almatsier (2005), yang menyatakan bahwa pasien dengan Diabetes Melitus yang patuh dalam menjalankan terapi diet secara rutin dan kadar gula darahnya terkendali, dapat mengurangi komplikasi jangka panjang maupun jangka pendek (Dewi et al, 2018)

Pasien yang tidak patuh dalam menjalankan terapi diet menyebabkan kadar gula darah yang tidak terkendali. Peran perawat dan tenaga medis lain dalam berkomunikasi sangat penting. Oleh sebab itu keterampilan komunikasi terapeutik yang baik akan membedakan antara asuhan keperawatan rata-rata dengan asuhan keperawatan yang sangat baik. Hubungan terapeutik yang baik antara pasien dan perawat akan tercapai efek terapeutik keberhasilan dalam tindakan keperawatan dan pengobatan (Nur Kumala, Wijya and Yosdimiyati, 2013)

Keterampilan komunikasi terapeutik sangat penting untuk perawatan kesehatan profesional yang bekerja dengan pasien. Keahlian komunikasi yang efektif adalah salah satu alat yang paling penting dimana para profesional kesehatan dapat mentransfer pengetahuan ke dalam implementasi, memberdayakan pasien menemukan solusi untuk tantangan kesehatan mereka, dan meningkatkan kepercayaan diri dalam merawat pasien. Sebaliknya, komunikasi yang tidak efektif menyebabkan peningkatan frekuensi kesalahan medis, menyebabkan stres, mempersulit tugas keperawatan, menghambat kontrol rasa sakit, menghambat penilaian yang benar terhadap situasi pasien dan memenuhi kebutuhan mereka, dan menurunkan kualitas perawatan pasien (Suarez, 2020).

Fenomena yang sering terjadi di beberapa Puskesmas terutama yang berkaitan dengan pelayanan perawat adalah adanya kesenjangan antara kualitas pelayanan perawat dengan tingginya tuntutan dan harapan pasien terhadap pelayanan. Mengingat tugas perawat sangat penting, seperti diagnosa, perawatan, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, serta pemulihan penyakit, maka upaya peningkatan kualitas perawat harus tetap dilakukan untuk lebih meningkatkan pelayanan terhadap pasien, terutama dalam pelayanan komunikasi yang terapeutik (Lukman Hadi, Prabowo and Indah Yulitasari, 2013).

Hasil penelitian dari 65 responden bahwa sebagian besar menyatakan komunikasi terapeutik perawat sudah baik berjumlah 36 orang 55,4% dan sebagian kecil komunikasi terapeutik perawat cukup berjumlah 24 orang 36,9% dan komunikasi terapeutik perawat kurang berjumlah 5 orang 7,7% dan dari 65 responden diabetes melitus yang menyatakan komunikasi terapeutik baik hampir seluruhnya patuh menjalankan diet yaitu 28 orang 43,1% responden

yang menyatakan komunikasi terapeutik cukup sebagian besar patuh menjalankan diet yaitu 15 orang 23,1% sedangkan responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang seluruhnya tidak patuh menjalankan diet yaitu 0 orang 0,0%. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes melitus (Kumala, 2018).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Sirnajaya, prevalensi penyakit diabetes melitus bulan juni sangat tinggi yaitu 107 Orang, namun belum ada penelitian sebelumnya yang terkait dengan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes melitus di puskesmas Sirnajaya. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepatuhan Diet Pasien DM di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021“

## **B. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya 2021.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mengetahui karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan, dan Pekerjaan Pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya 2021.
- b. Mengetahui distribusi frekuensi komunikasi terapeutik perawat di Puskesmas Sirnajaya 2021.
- c. Mengetahui distribusi frekuensi kepatuhan diet pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya 2021.
- d. Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya 2021.

## **C. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah adanya hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien DM di Puskesmas Sirnajaya 2021.

## **D. Target Luaran**

Luaran penelitian ini akan dipublikasikan dan akan diterapkan juga melalui Pengabdian Kepada Masyarakat.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Diabetes Melitus

#### 1. Definisi

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat *pancreas* tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah. Akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah atau hiperglikemia (KEMENKES RI, 2014).

Penegakan diagnosa diabetes melitus dilakukan dengan pengukuran kadar gula darah, pemeriksaan gula darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan secara enzimatik dengan menggunakan bahan plasma darah vena. Kriteria diagnosis diabetes melitus meliputi 4 hal, yaitu :

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

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal maupun kriteria diabetes melitus maka digolongkan kedalam kelompok prediabetes yang terdiri dari toleransi glukosa terganggu (TGT) dan glukosa darah puasa terganggu (GDPT). GDPT terjadi ketika hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO glukosa plasma 2 jam  $<140$  mg/dl. TGT terpenuhi jika hasil pemeriksaan glukosa plasma 2 jam setelah TTGO antara 140-199 mg/dl dan glukosa plasma puasa  $<100$  mg/dl.

#### 2. Penyebab Diabetes Melitus

Banyak hal yang dapat menyebabkan timbulnya penyakit diabetes melitus, antara lain (Nurrahmani, 2015) :

- a. Gen diabetes dalam keluarga

Gen merupakan sel pembawa sifat yang bisa diwariskan orang tua kepada turunannya. Pembawaan sifat diabetes tipe-2 memang belum dapat dipastikan, tetapi kecenderungan penurunan sifat diabetes tipe-2 diketahui lebih kuat dari pada tipe-1. Apabila kedua orang tua menderita diabetes tipe-2 anak memiliki 30% risiko terkena diabetes. Begitu juga jika kedua orang tua menderita diabetes, risiko memiliki diabetes tipe-1 adalah sebesar 30%.

Gen yang dimaksud pun tidak selalu berasal dari orang tua kandung, tetapi bisa berasal dari kakek nenek atau generasi di atasnya. Bahkan, meskipun orang tua terhindar dari diabetes karena gaya

hidup yang baik, bukan berarti anak dari orang tersebut terbebas dari faktor risiko terkena diabetes dikemudian hari.

b. Insulin dan gula darah

Pada penderita diabetes terdapat masalah dengan insulin, mungkin karena jumlah insulin yang kurang atau efek kerja insulin dalam hal memasukan gula kedalam sel tidak sempurna atau mungkin juga karena malah kedua-duanya.

c. Kegemukan (obesitas)

Pada kegemukan atau obesitas, sel-sel lemak yang menggemuk seperti ini akan menghasilkan beberapa zat yang digolongkan sebagai adipositokin yang jumlahnya lebih banyak dari pada keadaan tidak gemuk. Zat-zat itulah yang menyebabkan resistensi terhadap insulin.

d. Resistensi insulin

Pada resistensi insulin, gula darah sulit masuk kedalam sel sehingga gula di dalam darah tetap tinggi (hiperglikemia).

e. Pengobatan asma

Hormon yang digunakan pada obat asma adalah steroid, yang bekerja berlawanan dengan insulin yaitu menaikkan gula darah.

f. Pil KB

Pil kontrasepsi merupakan salah satu obat yang mengandung hormone steroid dengan anti insulin rendah. Selain beberapa hormone tersebut, obat cair (*diuretik*) mungkin mempunyai reaksi anti insulin dan memperburuk diabetes.

### 3. Gejala Diabetes Melitus

Diabetes Melitus adalah penyakit yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin. Gejala yang dikeluhkan pada penderita Diabetes Melitus yaitu *polidipsia*, *poliuria*, *polifagia*, penurunan berat badan, kesemutan (Bhatt, Saklani and Upadhyay, 2016). Menurut P2PTM (Kemenkes RI, 2019) tanda dan gejala diabetes melitus yaitu :

a. Rasa haus berlebihan (*polidipsia*)

Dengan hilangnya air dari tubuh karena sering buang air kecil, penderita merasa haus dan butuhkan banyak air. Rasa haus yang berlebihan berarti tubuh anda mencoba mengisi kembali cairan yang hilang itu. Sering buang air kecil dan rasa haus berlebihan merupakan beberapa cara tubuh untuk mencoba mengelola gula darah yang tinggi.

b. Sering buang air kecil (*poliuria*)

Karena sel-sel di tubuh tidak dapat menyerap glukosa, ginjal mencoba mengeluarkan glukosa sebanyak mungkin. Akibatnya, penderita jadi lebih sering kencing daripada orang normal dan mengeluarkan lebih dari 5 liter air kencing sehari. Ini berlanjut bahkan di malam hari. Penderita terbangun beberapa kali untuk buang air kecil. Itu pertanda ginjal berusaha singkirkan semua glukosa ekstra dalam darah.

c. Banyak makan atau sering lapar (*polifagia*)

Rasa lapar yang berlebihan, merupakan tanda diabetes lainnya. Ketika kadar gula darah merosot, tubuh mengira belum diberi makan dan lebih menginginkan glukosa yang dibutuhkan sel.

d. Penurunan berat badan

Kadar gula darah terlalu tinggi juga bisa menyebabkan penurunan berat badan yang cepat. Karena hormon insulin tidak mendapatkan glukosa untuk sel, yang digunakan sebagai energi, tubuh memecah protein dari otot sebagai sumber alternatif bahan bakar.

e. Kesemutan atau mati rasa

Kesemutan dan mati rasa di tangan dan kaki, bersamaan dengan rasa sakit yang membakar atau bengkak, adalah tanda bahwa saraf sedang dirusak oleh diabetes. Masih seperti penglihatan, jika kadar gula darah dibiarkan merajalela terlalu lama, kerusakan saraf bisa menjadi permanen.

f. Kulit jadi bermasalah

Kulit gatal, mungkin akibat kulit kering seringkali bisa menjadi tanda peringatan diabetes, seperti juga kondisi kulit lainnya, misalnya kulit jadi gelap di sekitar daerah leher atau ketiak.

g. Penyembuhan lambat

Infeksi, luka, dan memar yang tidak sembuh dengan cepat merupakan tanda diabetes lainnya. Hal ini biasanya terjadi karena pembuluh darah mengalami kerusakan akibat glukosa dalam jumlah berlebihan yang mengelilingi pembuluh darah dan arteri. Diabetes mengurangi *efisiensi sel progenitor endotel* atau EPC, yang melakukan perjalanan ke lokasi cedera dan membantu pembuluh darah sembuhkan luka.

h. Infeksi jamur

"Diabetes dianggap sebagai keadaan immunosupresi," demikian Dr. Collazo-Clavell menjelaskan. Hal itu berarti meningkatkan kerentanan terhadap berbagai infeksi, meskipun yang paling umum adalah *candida* dan infeksi jamur lainnya. Jamur dan bakteri tumbuh subur di lingkungan yang kaya akan gula.

i. Iritasi genital

Kandungan glukosa yang tinggi dalam urin membuat daerah genital jadi seperti sariawan dan akibatnya menyebabkan pembengkakan dan gatal.

j. Kelelahan dan mudah tersinggung

"Ketika orang memiliki kadar gula darah tinggi, tergantung berapa lama sudah merasakannya, mereka kerap merasa tak enak badan," kata Dr. Collazo-Clavell. Bangun untuk pergi ke kamar mandi beberapa kali di malam hari membuat orang lelah. Akibatnya, bila lelah orang cenderung mudah tersinggung.

k. Pandangan yang kabur

Penglihatan kabur atau atau sesekali melihat kilatan cahaya merupakan akibat langsung kadar gula darah tinggi. Membiarkan gula darah Anda tidak terkontrol dalam waktu lama bisa menyebabkan kerusakan permanen, bahkan mungkin kebutaan. Pembuluh darah di retina menjadi lemah setelah bertahun-tahun mengalami

hiperglikemia dan mikro-aneurisma, yang melepaskan protein berlemak yang disebut eksudat.

#### 4. Klasifikasi Diabetes Melitus

Terdapat dua kategori utama diabetes melitus yaitu diabetes tipe 1 dan tipe 2. Sedangkan 2 jenis tipe diabetes yang lain yaitu diabetes gestasional dan Toleransi glukosa terganggu (TGT) atau *Impaired Glucose Tolerance* (IGT) dan gula darah puasa terganggu (GDP terganggu) atau *Impaired fasting Glycaemia* (IFG) (KEMENKES RI, 2014).

- a. Diabetes tipe 1 Dulu disebut *insulin dependent* atau *juvenile/childhood-onset* diabetes ditandai dengan kurangnya produksi insulin.
- b. Diabetes tipe 2 Dulu disebut non-insulin-dependent atau adult-onset diabetes, disebabkan penggunaan insulin kurang efektif oleh tubuh. Diabetes tipe 2 merupakan 90% dari seluruh diabetes.
- c. Diabetes gestasional adalah hiperglikemia yang didapatkan saat kehamilan.
- d. Toleransi glukosa terganggu (TGT) atau *Impaired Glucose Tolerance* (IGT) dan gula darah puasa terganggu (GDP terganggu) atau *Impaired Fasting Glycaemia* (IFG) Merupakan kondisi transisi antara normal dan diabetes. Orang dengan IGT atau IFG berisiko berkembang menjadi diabetes tipe 2.

#### 5. Komplikasi Diabetes Melitus

Menurut (KEMENKES RI, 2014) *Hiperglikemia* yang terjadi dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kerusakan berbagai sistem tubuh, terutama syaraf dan pembuluh darah. Beberapa konsekuensi dari diabetes yang sering terjadi adalah :

- a. Meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke.
- b. *Neuropati* (kerusakan syaraf) di kaki yang meningkatkan kejadian ulkus kaki, infeksi dan bahkan keharusan untuk amputasi kaki.
- c. *Retinopati* diabetikum, yang merupakan salah satu penyebab kebutaan, terjadi akibat kerusakan pembuluh darah kecil di retina.
- d. Diabetes merupakan salah satu penyebab utama gagal ginjal.
- e. Risiko kematian penderita diabetes secara umum adalah dua kali lipat dibandingkan bukan penderita diabetes.

#### 6. Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Menurut (Phitri and Widiyaningsih, 2013) penatalaksanaan diabetes mellitus dikenal 4 pilar utama pengelolaan yaitu :

##### a. Penyuluhan

Pengetahuan seputar diabetes sangat penting, Penyuluhan tentang diabetes, baik gejala, faktor risiko, faktor penyebab pengobatan, maupun komplikasi yang ditimbulkan harus terus dilakukan.

##### b. Perencanaan makan atau diet

Obesitas adalah salah satu faktor utamma penyebab diabetes. Mengikuti program diet dengan rendah lemak adalah salah satu cara yang direkomendasikan untuk mengatur berat badan yang sehat.

##### c. Latihan jasmani atau olahraga

Melakukan olahraga paling sedikit 30 menit sehari akan menurunkan risiko diabetes. Selain itu, olahraga dapat membantu

mencapai berat badan yang ideal. Berolahraga juga memberikan efek yang baik pada kadar gula dalam darah.

d. Obat *hipoglikemik*

Mengobati diabetes dapat dilakukan dengan menggunakan obat yang diminum atau insulin yang disuntikan. Pemilihan obat didasarkan atas lama terjadinya diabetes, komplikasi, dan efek samping yang terjadi, tinggi kadar hemoglobin yang berkaitan dengan glukosa (HbA1c), serta banyak hal yang lainnya.

## **B. Konsep Kepatuhan Diet Diabetes Melitus**

### **1. Definisi Kepatuhan**

Kepatuhan adalah istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan berbanding lurus dengan tujuan yang dicapai pada program pengobatan yang telah ditentukan. Kepatuhan sebagai akhir dari tujuan itu sendiri. Kepatuhan pada program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dapat langsung diukur (Bastable, 2002 dalam Riza, 2013).

Kepatuhan diet pada pasien DM dipengaruhi oleh pengetahuan pasien melalui pendidikan, sumber informasi serta media massa. (Senuk dkk, 2013). Menurut penelitian Saifunurmazzah (2013) kepatuhan dalam menjalani pengobatan seperti diet dan melakukan kontrol secara rutin merupakan kegiatan yang tidak mudah untuk dilakukan dalam kurun waktu yang lama. Namun kegiatan pengobatan yang dilakukan secara teratur dapat mempengaruhi kualitas kesehatan dan mencegah terjadinya komplikasi penyakit (Riza, 2013).

### **2. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan**

Faktor yang mempengaruhi kepatuhan yang ditentukan oleh tiga faktor utama menurut Teori Lawrence Green (Riza, 2013) :

a. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi ini terdiri atas pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan sebagainya. Misalnya pengetahuan pasien diabetes melitus yang tinggi mengenai penyakitnya dapat memudahkan pasien dalam menghadapi penyakit yang sedang dideritanya.

b. Faktor Pendukung

Faktor pendukung yang mempengaruhi yakni lingkungan fisik tersedia maupun tidak tersedia fasilitas kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, dan lain-lain. Misalnya ketika pasien DM memiliki pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan nilai yang baik terhadap pelaksanaan diet namun ketika tidak didukung adanya fasilitas untuk melaksanakan diet maka pasien kesulitan untuk melaksanakan diet.

c. Faktor Pendorong

Faktor pendorong yang tampak terhadap sikap serta perilaku petugas kesehatan merupakan respon terhadap dari perilaku masyarakat. Misalnya saat pasien DM memiliki kognitif dan efektif yang baik namun petugas kesehatan tidak mendorongnya untuk terus melakukan diet, maka keberlangsungan diet tidak akan berlangsung lama.

### **3. Kepatuhan Penderita Diabetes Melitus Mengikuti Anjuran Program Diet**

Kepatuhan merupakan tingkat atau derajat dimana penderita DM mampu melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau tim kesehatan lainnya. Kepatuhan merupakan tingkat dan dimana perilaku seseorang yang sesuai dengan saran praktisi kesehatan. Kepatuhan mengacu pada proses dimana seorang penderita DM mampu mengasumsikan dan melaksanakan beberapa tugas yang merupakan bagian dari sebuah regimen terapeutik. Kepatuhan seseorang terhadap suatu regimen terapi bergantung pada berbagai variable seperti umur, pendidikan, tingkat ekonomi, kompleksitas terapi dan kesesuaian penderita DM dengan program tersebut serta nilai-nilai penderita DM mengenai kesehatan.

Kemampuan pada penderita DM untuk mengontrol kehidupannya dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan. Seseorang yang berorientasi pada kesehatan cenderung mengadopsi semua kebiasaan yang dapat meningkatkan kesehatan dan menerima regimen yang akan memulihkan kesehatannya. Orang yang melihat penyakit sebagai kelemahan akan menyangkal penyakit atau hadirnya penyakit itu (Smeth, 1994 dalam Kumala, 2018). Ketidapatuhan merupakan salah satu masalah yang berat dalam dunia medis.

Secara umum, ketidapatuhan meningkatkan resiko berkembangnya masalah kesehatan dan dapat berakibat memperpanjang atau memperburuk penyakit yang sedang diderita (Smeth, 1994 dalam Kumala, 2018).

Mematuhi program diet atau pola makan adalah hasil dari proses perubahan perilaku. Diet diabetes adalah tatalaksana diet yang diberikan kepada para diabetes oleh dokter yang merawatnya, yang seharusnya mengikuti peraturan 3J, yang artinya jumlah, jadwal, dan jenis (Smeth, 1994 dalam Kumala, 2018).

### **4. Definisi Diet Diabetes Melitus**

Gaya hidup meliputi diet diabetes dan aktifitas sehari-hari yang kurang baik sangat mempengaruhi terhadap peningkatan kadar gula darah, maka dari itu diet diabetes yang baik merupakan kunci utama dalam penanganan pasien diabetes melitus (DM). Pemilihan makan yang tepat dapat membantu pengontrolan gula darah. Konsumsi makanan tinggi serat dan indeks glikemik rendah dapat membantu mengontrol kadar glukosa darah pasien diabetes melitus. Diet diabetes merupakan asupan makanan yang memberikan berbagai macam jumlah, jadwal dan jenis makanan yang didapatkan seseorang. Pengaturan diet diabetes yang tidak tepat seperti yang dianjurkan 3J (Jumlah, jadwal dan Jenis) dapat mengakibatkan peningkatan kadar gula darah (Meliyana, 2020). Berikut diet yang disarankan menurut (P2PTM, 2018) :

#### **a. Jumlah**

- 1) Jumlah makanan yang dikonsumsi disesuaikan dengan BB memadai yaitu BB yang dirasa nyaman untuk seorang diabetes.
- 2) Jumlah makanan yang dikonsumsi disesuaikan dengan hasil konseling gizi.



- b. Jenis
  - 1) Jenis makanan utama yang dikonsumsi dapat disesuaikan dengan Konsep Piring Makan Model T.
- c. Jadwal
  - 1) Jadwal makan terdiri dari 3x makan utama dan 2-3x makanan selingan mengikuti prinsip porsi kecil.

### 5. Prinsip Diet Diabetes Melitus

Tujuan pengaturan diet penyakit diabetes melitus adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan. Adapun prinsip diet pasien diabetes melitus sebagai berikut (Diah Krisnatuti, Rina Yen Rina, 2014):

- a. Mempertahankan kadar gula darah supaya tetap normal dengan menyeimbangkan asupan makanan, insulin (*endogenous* atau *exogenous*), obat penurun gula oral, serta aktivitas fisik.
- b. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal.
- c. Memberi kecukupan energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal.
- d. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin, seperti *hipoglikemia* serta komplikasi jangka pendek dan jangka panjang.
- e. Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi optimal.

### 6. Syarat Diet Diabetes melitus

Syarat umum yang harus dipenuhi dalam penyusunan menu diet diabetes melitus diantaranya sebagai berikut (Diah Krisnatuti, Rina Yen Rina, 2014) :

- a. Kebutuhan kalori disesuaikan dengan keadaan metabolik, umur, berat badan, dan aktivitas tubuh.
- b. Jumlah kalori disesuaikan dengan kesanggupan tubuh dalam menggunakannya.
- c. Cukup protein, mineral, dan vitamin dalam makanan.
- d. Menggunakan bahan makanan yang mempunyai indeks glikemik rendah

### 7. Pengaturan Makanan

**Tabel 2. 1 Pengaturan Makanan**

Bahan Makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
Sumber karbohidrat		Semua sumber karbohidrat dibatasi :	
		nasi, bubur, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, pasta, jagung, talas, havermout, sereal, ketan, macaroni	
Sumber protein hewani	Ayam tanpa kulit, ikan, telur rendah kolesterol, atau telur, daging tidak berlemak	Hewani tinggi lemak jenuh (kornet, sosis, sarden, otak, 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	Bayam, buncis, daun melinjo, labu siam, daun singkong, daun ketela, jagung muda, kapri, kacang panjang, pare, wortel, daun katuk	
Buah-buahan	Jeruk, apel, papaya, jambu air, salak, belimbing (sesuai kebutuhan)	Nanas, anggur, manga, sirsak, pisang, alpukat, sawo, semangka, nangka masak	Buah-buahan yang manis dan diawetkan: durian, nangka, alpukat, kurma, manisan buah
Minuman			Minuman yang mengandung alcohol, 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 atau minuman yang manis.

## 8. Metode Pengukuran Makanan

Pengukuran konsumsi makanan adalah salah satu metode pengukuran status gizi secara tidak langsung dengan cara mengukur kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi baik tingkat individu, rumah tangga, dan masyarakat. Hasil pengukuran makanan ini sangat berguna untuk intervensi program gizi seperti pendidikan gizi dan pedoman makanan (Supariasa 2014 dalam Yustiana, 2017)

Berdasarkan jenis data yang diperoleh, maka pengukuran konsumsi makanan menghasilkan dua jenis data konsumsi, yaitu bersifat kualitatif dan kuantitatif.

### a. Metode Kualitatif

Metode yang bersifat kualitatif biasanya untuk mengetahui frekuensi makan, frekuensi konsumsi menurut jenis bahan makanan dan menggali informasi tentang kebiasaan makan (*food habit*) serta cara-cara memperoleh bahan makanan tersebut. Metode-metode pengukuran konsumsi makanan bersifat kualitatif antara lain (Supariasa 2014 dalam Yustiana, 2017).

#### 1) Metode Frekuensi Makanan (*Food Frequency*)

Metode frekuensi makanan adalah untuk memperoleh data tentang frekuensi konsumsi sejumlah bahan makanan atau makanan jadi selama periode tertentu seperti hari, minggu, bulan, tahun. Selain itu dengan metode Frekuensi Makanan dapat memperoleh gambaran pola konsumsi bahan makanan secara kualitatif, tetapi

karena periode pengamatannya zat gizi, maka cara ini paling sering digunakan dalam penelitian.

Terdapat dua bentuk metode frekuensi makanan, yaitu metode FFQ kualitatif dan metode FFQ semi kuantitatif antara lain :

a) Metode Frekuensi Makanan kualitatif

Metode ini disebut dengan FFQ, panduan untuk melakukan wawancara FFQ adalah dengan menggunakan format isian (kuisisioner). Kuisisioner memuat daftar sejumlah makanan atau bahan makanan dan frekuensi yang sering dikonsumsi oleh responden. Jenis makanan yang dicantumkan dalam format adalah yang sering dikonsumsi oleh sebagian besar orang.

b) Metode Frekuensi Makanan Semi kualitatif

Metode ini disebut juga dengan SQ-FFQ (*Semi Qualitative Food Frequency*) atau sering disingkat SFFQ adalah metode untuk mengetahui gambaran atau kebiasaan asupan gizi individu pada kurun waktu tertentu. Metode SFFQ sama dengan metode FFQ dalam hal format maupun cara melakukan wawancara. Pembedaannya adalah responden dinyatakan juga tentang rata-rata besaran atau ukuran setiap kali makan. Ukuran makanan yang dikonsumsi setiap kali makan dapat dalam bentuk berat atau ukuran rumah tangga (URT) atau dalam sebutan kecil (*small* atau S), sedang (*medium* atau M), dan besar (*large* atau L). Dengan demikian, dapat diketahui rata-rata berat makanan dalam sehari sehingga dapat dihitung asupan zat gizi per hari. Kelebihan metode ini adalah dapat memperoleh gambaran asupan zat gizi per hari karena setiap kali makan dapat diperkirakan berat atau URT, serta asupan zat gizi yang diperoleh merupakan asupan gizi yang merupakan kebiasaan dalam satu bulan terakhir (Par 2016 dalam Yustiana, 2017).

2) Metode *Dietary History*

Metode ini bersifat kualitatif karena memberikan gambaran pola konsumsi berdasarkan pengamatan dalam waktu yang cukup lama (bisa 1 minggu, 1 bulan, 1 tahun). Menurut (Supriasa dkk 2001 dalam Yustiana, 2017) menyatakan bahwa metode ini terdiri dari 3 komponen yaitu :

a) Komponen pertama adalah wawancara (termasuk *recall* 24 jam), yang mengumpulkan data tentang apa saja yang dimakan responden selama 24 jam terakhir.

b) Komponen kedua adalah tentang frequency penggunaan dari sejumlah bahan makanan dengan memberikan daftar (*cheke list*) yang sudah disiapkan, untuk mengecek kebenaran dari recall 24 jam.

c) Komponen ketiga adalah pencatatan konsumsi selama 2-3 hari sebagai cek ulang.

3) Metode Pendaftaran Makan (*Food List*)

Metode pendaftaran ini dilakukan dengan menanyakan dan mencatat seluruh bahan makanan yang digunakan keluarga selama periode survey dilakukan biasanya 1-7 hari. Pencatatan dilakukan

berdasarkan jumlah bahan makanan yang dibeli harga dan nilai pembeliannya, termasuk makanan yang dimakan yang dibeli, harga dan nilai pembeliannya termasuk makanan yang dimakan anggota keluarganya di luar rumah. Metode ini tidak memperhitungkan bahan makanan yang terbuang, rusak, atau diberikan pada binatang piaraan.

b. Metode Kuantitatif

Metode secara kuantitatif dimaksud untuk mengetahui jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga dapat dihitung konsumsi zat gizi dengan menggunakan daftar komposisi bahan makanan (DKBM) atau daftar yang diperlukan seperti daftar URT (Ukuran Rumah Tangga), daftar konversi mentah masak (DKMM) dan daftar penyerapan minyak. Metode-metode untuk pengukuran konsumsi secara kuantitatif antara lain (Supriasa dkk, 2001(Supriasa dkk 2001 dalam Yustiana, 2017) :

1) Metode *Recall* 24 jam

Metode *recall* 24 jam, dilakukan dengan mencatat jenis dan jumlah bahan makanan yang dikonsumsi pada periode 24 jam yang lalu. Dalam metode ini, responden ibu, atau pengasuh (bila anak masih kecil) diminta untuk menceritakan semua yang di makan dan diminum selama 24 jam yang lalu (kemarin) biasanya dimulai dari bangun pagi kemaren sampai dia istirahat tidur malam harinya, atau dapat juga dimulai dari waktu saat dilakukan wawancara mundur kebelakang sampai 24 jam penuh.

Apabila pengukuran hanya dilakukan 1 kali (1 x 24 jam), maka data yang diperoleh kurang representatif untuk menggambarkan kebiasaan makanan individu. Oleh karena itu, *recall* 24 jam sebaiknya dilakukan berulang-ulang dan harinya tidak berturut – turut.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa minimal 2 kali *recall* 24 jam tanpa berturut – turut, dapat menghasilkan gambaran asupan zat gizi lebih optimal dan memberikan variasi yang lebih besar tentang intake harian individu (Sanjur & Radriquez 1997 dalam Yustiana, 2017).

Langkah – langkah pelaksanaan Metode *Recall* 24 Jam :

- a) Membuat daftar ringkas hidangan atau makanan yang dikonsumsi sehari sebelumnya (*quick list*), daftar hidangan tidak harus berurutan, hidangan yang sama diulis satu kali.
  - b) *Mereview* kembali kelengkapan *quick list* bersama responden agar tidak ada hidangan atau makanan yang terlewat atau lupa disebutkan oleh responden.
  - c) Gali hidangan yang dikonsumsi dikaitkan dengan waktu makan atau aktivitas.
  - d) Tanyakan rincian hidangan menurut jenis bahan makanan, jumlah, berat dan sumber perolehannya untuk semua hidangan atau makanan yang dikonsumsi responden sehari kemarin.
  - e) *Mereview* kembali semua jawaban untuk menghindari kemungkinan masih ada makanan dikonsumsi tetapi terlupakan.
- 2) Perkiraan Makanan (*estimated food records*)

Metode ini disebut juga *food record* yang digunakan untuk mencatat jumlah yang dikonsumsi. Pada metode ini responden diminta untuk mencatat semua yang dimakan dan diminum setiap hari sebelum makan dalam ukuran rumah tangga (URT) atau menimbang dalam ukuran berat (gram) dalam periode tertentu (2-4 hari berturut turut) termasuk cara persiapan dan pengolahan makanan tersebut. Metode ini dapat memberikan informasi konsumsi yang mendekati sebenarnya tentang jumlah *energy* dan zat gizi yang dikonsumsi oleh individu.

3) Penimbangan makanan (*food weighing*)

Metode penimbangan makanan, responden atau petugas menimbang dan mencatat seluruh makanan yang dikonsumsi selama 1 hari. Penimbangan makanan ini biasanya berlangsung beberapa hari tergantung dari tujuan, dana penelitian dan tenaga yang tersedia. Hal yang perlu di perhatikan bila terdapat sisa makanan setelah makan maka perlu juga timbangan sisa tersebut untuk mengetahui jumlah sesungguhnya makanan yang di konsumsi.

4) Metode *food account*

Pencatatan dilakukan dengan cara keluarga mencatat setiap hari semua makanan yang dibeli, diterima dari orang lain maupun dari produksi sendiri. Cara ini tidak memperhitungkan makanan cadangan yang ada di rumah tangga dan juga tidak memperhatikan makanan dan minuman yang dikonsumsi diluar rumah dan rusak, terbuang atau tersisa, dan diberi kepada hewan peliharaan.

5) Metode investaris (*inventory method*)

Metode ini sering disebut dengan log book method. Prinsipnya dengan cara menghitung atau mengukur semua persediaan makanan di rumah tangga (berat dan jenisnya) mulai dari awal sampai akhir surve. Semua makanan yang diterima, dibeli dan diproduksi sendiri dicatat dan dihitung setiap hari selama periode pengumpulan data (biasanya saekitar satu minggu). Pencatatan dapat dilakukan oleh petugas atau responden yang sudah mampu dan sudah dilatih.

6) Pencatatan (*household food record*)

Di lakukan setidaknya dalam periode satu minggu oleh responden sendiri. Dilakukan dengan menimbang atau mengukur dengan URT seluruh makanan yang ada dirumah. Metode ini dianjurkan untuk tempat atau daerah dimana tidak banyak variasi pangan bahan makanan keluarga dan masyarakat tidak bisa membaca dan menulis.

## C. Konsep Komunikasi Terapeutik

### 1. Definisi Perawat

Berdasarkan UUK No 38 2014 perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan perundang-undangan.

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang

merupakan bagian intergal dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Aziz Alimul, 2008 dalam Kumala, 2018).

## **2. Definisi Komunikasi Terapeutik**

Kata komunikasi berasal dari istilah dalam bahasa latin, yaitu “*communis*” yang berarti sama. Kata tersebut berkembang menjadi *communicatio* dan *communicare* yang artinya membuat sama. Kini, istilah komunikasi secara harfiah diartikan sebagai usaha untuk menyamakan gagasan. Komunikasi tidak akan terwujud jika komunikator dan komunikan pesan tidak memiliki kesamaan penafsiran pesan. Oleh karena itu, keberhasilan komunikasi bergantung pada kemampuan untuk saling memahami di antara keduanya. Komunikasi dalam dunia keperawatan dikenal dengan istilah komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu jenis komunikasi yang dilaksanakan secara sadar, memiliki tujuan, dan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan klien, dalam artian meningkatkan kualitas klien (Sudana, 2021).

## **3. Jenis-Jenis Komunikasi Terapeutik**

Dalam komunikasi terapeutik terdapat 3 jenis komunikasi, yaitu komunikasi verbal, tertulis, dan nonverbal (Sudana, 2021)

### **a. Komunikasi verbal**

Komunikasi verbal merupakan komunikasi dengan cara bertatap muka dan berbicara secara langsung dengan klien. Komunikasi verbal harus dilakukan secara efektif, oleh karena itu ada beberapa tips yang harus diperhatikan oleh setiap perawat ketika berkomunikasi secara verbal, antara lain sebagai berikut :

- 1) Jelas dan ringkas.
- 2) Menggunakan kosakata yang mudah dipahami.
- 3) Penggunaan istilah dengan arti denotative dan konotatif.
- 4) Tempo bicara dan selaan.
- 5) Waktu dan relevansi.
- 6) Humor.

### **b. Komunikasi tertulis**

Sebagai bagian dalam komunikasi terapeutik, kegiatan pencatatan kondisi kesehatan, perkembangan, maupun evaluasi sebaiknya dituliskan dengan jelas sehingga melalui catatan tersebut pada suatu saat nanti klien akan mengetahui apa yang harus dilakukan ketika membutuhkan penanganan keperawatan atau sekedar untuk menjaga kondisi kesehatannya.

### **c. Komunikasi nonverbal**

Komunikasi nonverbal merupakan cara penyampaian pesan tanpa menggunakan kata-kata, baik tulisan maupun pembicaraan. Pesan nonverbal yang diungkapkan bersamaan dengan komunikasi verbal biasanya akan menambah arti suatu pesan. Gerak tubuh yang dilakukan oleh perawat bias saja ditangkap sebagai pesan nonverbal yang ditujukan kepada klien. Oleh karena itu perawat atau tenaga medis harus berlatih menggunakan bahasa tubuh yang sesuai sehingga memperkuat

pesan verbal yang ingin disampaikan. Menurut D. Morris (1977), pesan non verbal yang dilakukan manusia dapat dibagi ke dalam beberapa kelompok, yaitu sebagai berikut

1) Kinesik

Kinesik merupakan bahasa nonverbal yang diungkapkan manusia melalui isyarat anggota tubuh, seperti postur, gerakan tangan, tatapan mata, ekspresi wajah, ataupun arah tubuh.

2) Proksemik

Proksemik (*proxemics*) merupakan istilah yang pertama kali dikemukakan oleh Edward Hall pada kurun decade 1950-an, menyatakan adanya korelasi jarak diantara komunikator dengan kenyamanan ketika berkomunikasi.

3) Haptik.

Haptic (*haptic*) seringkali disebut juga sebagai zero proxemics, yang berarti tidak ada batas diantara komunikator. Haptik merupakan bahasa nonverbal yang diwujudkan melalui sentuhan, tepukan, salam, pelukan, mencubit, dan sentuhan fisik lainnya.

4) Paralinguistik

Paralinguistik merupakan bahasa nonverbal yang digunakan untuk menginterpretasikan komunikasi verbal. Penggunaan intonasi, anekdot, atau pemilihan kata-kata halus menjadi sarana untuk mengekspresikan dirinya.

5) Artifak

Sejumlah pesan seperti kondisi kesehatan, status sosial, kekayaan, kepercayaan, maupun emosi sering dilambangkan menggunakan benda (artifak) yang ada.

6) Penampilan fisik

Model-model ideal dapat digunakan sebagai bahasa nonverbal yang sanggup mempersuasi pemikiran banyak orang. Sering kali masyarakat lebih mudah untuk mempercayai apa yang dapat dilihat jika dibandingkan dengan mempercayai himbauan belaka.

#### 4. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Dengan komunikasi terapeutik perawat bias membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien. Jadi, kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat dengan klien. Tujuan komunikasi terapeutik yaitu sebagai berikut, (Prabowo, 2014)

- a. Reralisasi diri dan penerimaan diri
- b. Identitas diri yang jelas dan integritas tinggi
- c. Kemampuan membina hubungan interpersonal
- d. Peningkatan fungsi dan kemampuan memenuhi kebutuhan dan tujuan yang realistis.

## 5. Teknik Komunikasi Terapeutik

Ada beberapa teknik yang harus dilakukan perawat untuk mencapai komunikasi yang terapeutik, diantaranya yaitu (Prabowo, 2014) :

- a. Mendengarkan  
Perawat harus berusaha untuk mendengarkan informasi yang disampaikan oleh klien dengan penuh empati dan perhatian.
- b. Menunjukkan penerimaan  
Bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan sikap ragu atau penolakan.
- c. Mengulang pertanyaan klien  
Mengulang pertanyaan klien menunjukkan indikasi bahwa perawat mengikuti pembicaraan klien.
- d. Klarifikasi  
Klarifikasi diperlukan untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, perasaan, dan persepsi.
- e. Memfokuskan pembicaraan  
Tujuan penerapan metode ini untuk membatasi materi pembicaraan agar lebih spesifik dan mudah dimengerti
- f. Menyampaikan hasil pengamatan  
Perawat perlu menyampaikan hasil pengamatan terhadap klien untuk mengetahui bahwa pesan dapat tersampaikan dengan baik.
- g. Menawarkan informasi  
Penghayatan kondisi klien akan lebih baik apabila klien mendapat informasi yang cukup dari perawat
- h. Diam  
Dengan diam akan terjadi proses pengorganisasian pikiran dipihak perawat dan klien.
- i. Menunjukkan penghargaan  
Menunjukkan penghargaan dapat dinyatakan dengan mengucapkan salam kepada klien, terlebih disertai menyebutkan namanya.
- j. Refleksi  
Reaksi yang muncul dalam komunikasi antara perawat dan klien disebut refleksi.

## 6. Tahapan komunikasi terapeutik

Menurut Stuart dan Sundeen (1995), tahapan-tahapan dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik, adalah sebagai berikut (Riadi, 2020) :

- a. Fase Prainteraksi  
Prainteraksi dimulai sebelum kontrak pertama dengan klien. Tahap ini merupakan tahap persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan dapat memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik ketika bertemu dan berkomunikasi dengan pasien.
- b. Fase Orientasi  
Fase ini dimulai ketika perawat bertemu dengan klien untuk pertama kalinya. Dalam memulai hubungan, tugas pertama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan klien. Untuk dapat membina



hubungan saling percaya dengan pasien, perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima pasien, menghargai pasien dan mampu menepati janji kepada pasien. Selain itu perawat harus merumuskan suatu kontrak bersama dengan pasien. Kontrak yang harus dirumuskan dan disetujui bersama adalah tempat, waktu dan topik pertemuan.

c. Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada klien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif klien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas klien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada klien.

d. Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan klien, melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik.

## **7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi akan bisa terjadi apabila didukung oleh faktor atau unsur-unsur dalam komunikasi yang meliputi sumber, pesan, media, penerima, efek, serta umpan balik. Faktor-faktor ini biasa disebut dengan komponen, unsur, atau elemen komunikasi (Rika Sarfika, Esthika Ariani, Maisa, 2018)

a. Sumber, Pengirim informasi atau Komunikator

Sumber informasi adalah orang yang pertama memulai terjadinya proses komunikasi. Hal ini disebabkan karena semua peristiwa komunikasi akan melibatkan dan tergantung dari sumber sebagai pembuat atau pengirim informasi.

b. Pesan atau Informasi

Pesan adalah produk utama komunikasi. Pesan berupa lambang-lambang yang menjalankan ide atau gagasan, sikap, perasaan, praktik, atau tindakan. Pesan ini dapat berbentuk kata-kata tertulis, lisan, gambar, angka, benda, tingkah laku, dan berbagai tanda-tanda lainnya. Pesan merupakan segala sesuatu yang akan disampaikan dari pengirim ke penerima pesan. Pesan yang disampaikan merupakan isi atau intisari dari hal-hal yang akan disampaikan, bisa berupa ilmu pengetahuan, hiburan, informasi, nasihat, maupun propaganda yang merupakan ide, pendapat, pikiran, maupun saran dari pengirim pesan.

c. Media

Merupakan sarana yang digunakan oleh komunikator untuk memindahkan pesan dari pihak satu ke pihak lainnya. Adanya komunikasi antar pribadi, banyak ahli berpendapat bahwa panca indra pun merupakan media komunikasi sehingga komunikator dapat bertindak sebagai sumber sekaligus media. Untuk memaksimalkan pesan diterima sempurna oleh penerima, maka seorang komunikator harus pandai-pandai memilih media sebagai sarana untuk menyampaikan pesan.

d. Penerima atau Komunikan

Merupakan objek sasaran pesan yang dikirim oleh pengirim pesan. Untuk mencapai keberhasilan dalam komunikasi, sebaiknya sumber berita harus mengenali penerimam mengenai karakteristik, budaya, teknik atau cara penyampaian, tingkat pemahaman, waktu, lingkungan fisik dan psikologis, dan tingkat kebutuhan penerima.

e. Efek atau Pengaruh

Efek merupakan perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan, dan dilakukan penerima pesan sebelum dan setelah menerima pesan. Efek atau pengaruh ini bisa terjadi pada pengetahuan, sikap, dan tingkah laku seseorang. Pengaruh bisa diartikan sebagai hal yang diinginkan oleh sumber pembawa pesan, yaitu suatu perubahan sikap dan tingkah laku menjadi lebih baik setelah menerima pesan. Karena perubahan sikap dan tingkah laku tersebut adalah sasaran atau tujuan akhir dari proses komunikasi.

f. Lingkungan

Merupakan situasi tertentu yang dapat mempengaruhi proses komunikasi mulai dari sumber yang menyampaikan pesan pada efek atau pengaruh pesan terhadap penerima pesan. Hal ini dimungkinkan karena situasi-situasi tertentu dapat mengganggu jalannya penyampaian pesan karena faktor-faktor tertentu, seperti lingkungan sosial budaya, fisik, psikologis dan dimensi waktu.

## **8. Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik**

Hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan perawat dan klien terdiri dari tiga jenis utama: resistens, transferens, dan kontertransferens. Ini timbul dari berbagai alasan dan mungkin terjadi dalam bentuk yang berbeda, tetapi semuanya menghambat komunikasi terapeutik. Perawat harus segera mengatasinya. Oleh karena itu hambatan ini menimbulkan perasaan tegang bagi perawat maupun bagi klien. Adapun hambatan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut (Suryani, 2005 dalam Kumala, 2018) :

a. Resisten

Resisten adalah upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialaminya. Resisten merupakan keengganan alamiah atau penghindaran verbalisasi yang dipelajari atau mengalami peristiwa yang menimbulkan masalah aspek diri seseorang.

b. Transferens

Transferens adalah respon tidak sadar dimana klien mengalami perasaan dan sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh dalam kehidupannya di masa lalu. Sifat yang paling menonjol adalah ketidaktepatan respon klien dalam intensitas dan penggunaan mekanisme pertahanan pengisaran yang maladaptif.

c. Kontertransferen

Kontertransferens adalah terapeutik yang dibuat oleh perawat bukan oleh klien. Kontertransferens merujuk pada respon emosional spesifik oleh perawat terhadap klien yang tidak tepat dalam isi maupun konteks hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi. Reaksi ini biasa berbentuk salah satu dari tiga jenis

reaksi sangat mencintai, reaksi reaksi sangat bermusuhan atau membenci dan reaksi sangat cemas sering kali digunakan sebagai respon terhadap resisten klien.

Mengatasi hambatan komunikasi terapeutik, perawat harus siap untuk mengungkapkan perasaan emosional yang sangat kuat dalam konteks hubungan perawat klien (Hamid, 1998 dalam Kumala, 2018). Perawat harus mempunyai pengetahuan tentang hambatan komunikasi terapeutik dan mengenali perilaku yang menunjukkan adanya hambatan tersebut.

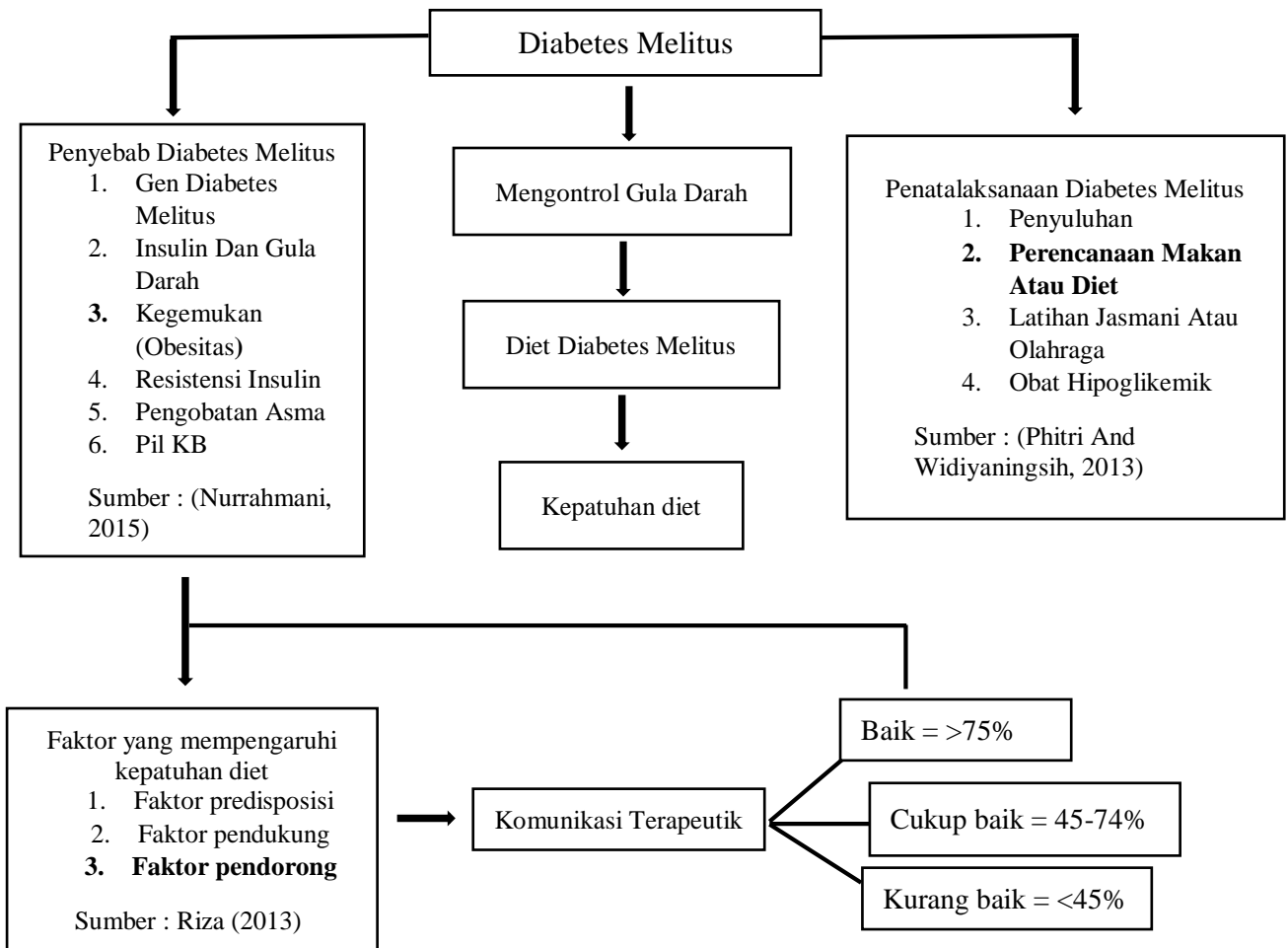
### **9. Cara Mengukur Komunikasi Terapeutik**

Pengukuran komunikasi terapeutik mengacu pada penelitian Anita (2013), yaitu dengan hasil ukur dikatakan komunikasi terapeutik baik jika skor >75%, cukup baik jika skor 45%-74% dan kurang baik jika skor <45%. Menurut (Giyanto, 2010 dalam Pangestika, 2010) kemampuan afektif komunikasi terapeutik, diukur dengan indicator :

- a. Menunjukkan perhatian, meliputi :
  - 1) Memandang pasien.
  - 2) Kontak mata.
  - 3) Sikap terbuka.
  - 4) Rileks.
  - 5) Mengangguk.
  - 6) Mencondongkan tubuh ke arah pasien.
- b. Menunjukkan penerimaan, meliputi :
  - 1) Mendengarkan.
  - 2) Memberikan umpan balik.
  - 3) Komunikasi nonverbal dan verbal sesuai.
  - 4) Tidak mendebat atau mengekspresikan keraguan.

## D. Kerangka Teori

Skema 2. 1 Kerangka Teori



## E. Kerangka konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari penelitian yang menyajikan konsep maupun teori dalam bentuk kerangka konsep dalam penelitian. Pembuatan kerangka konsep ini mengacu pada masalah-masalah yang akan diteliti atau berhubungan dengan penelitian dan dibuat dalam bentuk diagram. Variabel adalah bagian penelitian dengan cara menentukan variabel-variabel yang ada dalam penelitian seperti variabel independen, dependen, moderator, kontrol dan intervening (Hidayat, 2012)

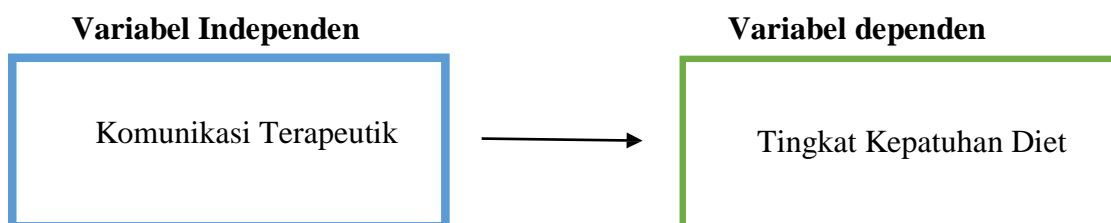
### 1. Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel Independen atau variabel bebas merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (variabel terikat). Variabel ini juga dikenal dengan nama variabel bebas artinya bebas dalam mempengaruhi variabel lain (Hidayat, 2012). Pada penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah Komunikasi Terapeutik.

### 2. Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel Dependen atau variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel ini tergantung dari variabel bebas terhadap perubahan (Hidayat, 2012). Pada penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah Tingkat Kepatuhan Diet.

#### Skema 2. 2 Variabel Independen Dan Variabel Dependen



## F. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2017). Hipotesis dalam penelitian keperawatan terdiri atas hipotesis nol (hipotesis statistik/nihil) dan hipotesis alternatif (hipotesis kerja). Hipotesis alternatif menyatakan adanya hubungan antarvariabel sedangkan hipotesis nol menyatakan tidak ada hubungan antar variabel (Hidayat, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H0 atau Hipotesis Nol : Tidak ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021.

HI atau Hipotesis Alternatif : Ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021

## BAB III METODE PENELITIAN

### A. Desain Penelitian

Desain penelitian dalam proposal ini menggambarkan Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021

### B. Tahapan Penelitian

Mendefinisikan variable secara operasional bertujuan untuk membuat variable menjadi lebih konkrit dan dapat diukur. Dalam mendefinisikan suatu variabel , peneliti menjelaskan tentang apa yang harus diukur, bagaimana mengukurnya, apa saja kriteria pengukurannya (Dharma, 2017).

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

No	variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
1	Karakteristik 1. Jenis kelamin 2. Umur 3. Pendidikan 4. Pekerjaan	1. Jenis Kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseoranglahir.  2. Umur merupakan rentang waktu kehidupan yang diukur dengan tahun sejak manusia dilahirkan hingga tiada.  3. Pendidikan merupakan pembelajaran pengetahuan, keterampilan, dan kebiasaan sekelompok orang yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui pengajaran, pelatihan, atau penelitian.	Kuesioner	1. Jenis Kelamina. a. Laki-laki b. Perempuan  2. Umur a. 15-25 tahun b. 26-35 tahun c. 36-45 tahun d. >45  3. Pendidikan a. SD sederajat b. SMP c. SMA d. Perguruan Tinggi  4. Pekerjaan a. Buruh b. Swasta c. Wiraswasta d. PNS e. IRT	Nominal  Ordinal  Ordinal  Ordinal

		4. Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan oleh manusia untuk tujuan tertentu yang dilakukan dengan cara yang baik dan benar			
2	Variabel Independent : Komunikasi Terapeutik	Salah satu jenis komunikasi yang dilaksanakan secara sadar, memiliki tujuan, dan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan klien, dalam artian meningkatkan kualitas klien	Kueisioner	Jawaban menggunakan skala guthman, dimana terdapat 13 pertanyaan :  Skor Ya : 1 Tidak : 0  Kategori ordinal dalam kelompok komunikasi terapeutik perawat Baik : (70-100%) Cukup : (46-69%) Kurang : (<45%)	Ordinal
3	Variabel Dependent : Kepatuhan Diet	Ketaatan dalam menjalankan semua perintah dan meninggalkan semua yang dilarang dalam program diet	Kueisioner	Jawaban menggunakan skala guthman, dimana terdapat 13 pertanyaan :  Skor Ya : 1 Tidak : 0  Kategori ordinal dalam kepatuhan diet Patuh : (>50%) Tidak patuh : (<50%)	Ordinal

### C. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini mencakup komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien Diabetes Melitus.

#### 1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Sirnajaya

### D. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti bukan hanya objek atau subjek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tersebut (Hidayat, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah

penderita Diabetes yang dirawat di Puskesmas Sirnajaya, Kecamatan Serang Baru, Kabupaten Bekasi. Jumlah penderita Diabetes di Puskesmas Sirnajaya, Kecamatan Serang Baru, Kabupaten Bekasi sebanyak 107 orang.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Dalam penelitian keperawatan, kriteria sample meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sample tersebut digunakan. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya, Kecamatan Serang Baru, Kabupaten Bekasi. Sampel yang dijadikan responden oleh peneliti yaitu sebanyak 84 orang. Agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya, maka sebelum melakukan pengambilan sampel harus menentukan kriteria inklusi dan eksklusi (Hidayat, 2012).

- a. Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian mewakili sample penelitian yang memenuhi syarat sebagai sample. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan kriteria inklusi.
- b. Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sample penelitian yang penyebabnya antara lain adalah adanya hambatan etis, menolak menjadi responden atau berada pada suatu keadaan yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penelitian.

Penetapan jumlah sampel menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e = Nilai presisi (ketelitian) sebesar 95 % atau 0,05

Berdasarkan rumus diatas, besar sampel dalam penelitian ini dihitung sebagai berikut :

$$n = \frac{107}{1 + 107 \cdot 0,05^2}$$

$$n = \frac{107}{1,2675}$$

$$n = 84$$

Sampel merupakan bagian dari populasi artinya besar sampel harus mencukupi untuk menggambarkan populasinya (Roflin, 2021). Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui *total sampling* merupakan teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sumargo, 2020). Yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien susp. Covid-19 di Ranap 4A RS Cibitung Medika sebanyak 27 orang. Jumlah sampel pada penelitian ini ditentukan dengan rata-rata pasien per 2 minggu.



## E. Teknik Pengumpulan Data

Peneliti melakukan beberapa tahap dalam pengolahan data meliputi pemberian code data (*coding*), pemrosesan data (*entering*), pengecekan data (*editing*), pemberian nilai (*scoring*), tabulasi data (*tabulating*) dan analisa data (*analiting*).

### 1. Pemberian Code Data (*Coding*)

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik atau angka pada data yang terdiri atas beberapa kategori.

**Tabel 3. 2 Coding Data Demografi**

Kode	Jenis Kelamin
1	Laki-laki
2	Perempuan

Kode	Umur
1	15-25 tahun
2	26-35 tahun
3	36-45 tahun
4	>45

Kode	Tingkat Pendidikan
1	SD Sederajat
2	SMP
3	SMA
4	Perguruan Tinggi

Kode	Pekerjaan
1	Buruh
2	Swasta
3	Wiraswasta
4	PNS
5	IRT

### 2. Pemrosesan Data (*Entering*)

Merupakan sebuah proses memasukan data ke dalam computer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan *software statistic*.

### 3. Pengecekan Data (*Editing*)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data terkumpul.

### 4. Pemberian Nilai (*Scoring*)

*Scoring* adalah kegiatan yang dilakukan dengan memberi skor berdasarkan jawaban responden.

a. Variabel Komunikasi Terapeutik

Jawaban Ya : 1

Jawaban Tidak : 0

b. Variabel Kepatuhan Diet

Jawaban Ya : 1

Jawaban Tidak : 0

## 5. Tabulasi Data (*Tabulating*)

Tabulating adalah memasukan data ke tabel menurut dengan kategorinya sehingga data siap di analisis.

## F. Metode Analisis Data

Analisis data disebut juga pengolahan data dan penafsiran data. Analisa data adalah rangkaian kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematisasi, penafsiran dan verifikasi data agar sebuah fenomena memiliki nilai social, akademis dan ilmiah (Siyoto, 2015).

Jenis-jenis Analisis Data Kuantitatif :

### 1. Analisis Univariat

Jenis analisis ini digunakan untuk penelitian satu variabel. Analisis ini dilakukan terhadap penelitian deskriptif, dengan menggunakan statistik deskriptif. Hasil penghitungan statistik tersebut nantinya merupakan dasar dari penghitungan selanjutnya.

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P = prosentase penilaian

f = frekuensi jumlah responden

n = jumlah keseluruhan responden

Kriteria variabel independen :

Baik : (75-100%)

Cukup : (46-74%)

Kurang : (<45%)

Kriteria variabel dependen :

Patuh (>50%)

Tidak patuh (≤50%)

### 2. Analisis Bivariat

Jenis analisis ini digunakan untuk melihat hubungan dua variabel. Kedua variabel tersebut merupakan variabel pokok, yaitu variabel pengaruh (bebas) dan variabel terpengaruh (tidak bebas).

**BAB IV**  
**BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN**

**A. Anggaran Biaya**

Justifikasi anggaran biaya ditulis dengan terperinci dan jelas dan disusun sesuai dengan format Tabel 4.1 dengan komponen sebagai berikut.

**Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan**

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan
1	Biaya untuk pelaksana, petugas laboratorium, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data.	Rp2.700.000,-
2	Pembelian bahan habis pakai untuk ATK, fotocopy, surat menyurat, penyusunan laporan, cetak, penjilidan laporan, publikasi, pulsa, internet, bahan laboratorium.	Rp3.200.000,-
3	Perjalanan untuk biaya survei/sampling data, seminar, biaya akomodasi-konsumsi, transport	Rp2.000.000,-
4	Sewa untuk peralatan /ruang laboratorium, kendaraan, kebun percobaan, peralatan penunjang penelitian lainnya	Rp2.000.000,-
<b>Jumlah</b>		<b>Rp. 9.900.000,-</b>

**B. Jadwal Penelitian**

Jadwal pelaksanaan penelitian dibuat dengan tahapan yang jelas untuk 1 tahun dalam bentuk diagram batang (bar chart) seperti dalam tabel 4.2.

**Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan**

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1	Koordinasi Tim						
2	Identifikasi Permasalahan						
3	Studi Literatur						
4	Pengumpulan Data						
5	Evaluasi dan Analisa						
6	Penyusunan Laporan						

## BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

#### 1. Letak Geografis Puskesmas Sirnajaya

Puskesmas Sirnajaya merupakan puskesmas faskes tingkat pertama BPJS kesehatan di Kabupaten Bekasi. Lokasi Puskesmas Sirnajaya yaitu di Jalan Raya Serang-Cibarusah No.33 Kab Bekasi, Jawa Barat. Puskesmas Sirnajaya memiliki luas wilayah 65 KM<sup>2</sup>, karena berada pada kawasan perumahan akibatnya wilayah kerja Puskesmas Sirnajaya menjadi spesifik terutama dalam hal perkembangan pembangunan yang pesat dengan mobilitas penduduk yang tinggi menyebabkan perkembangan pola penyakit serta masalah yang ditimbulkannya.

Visi Puskesmas Sirnajaya yaitu “Puskesmas idaman masyarakat, yang cepat, dekat, dan terdepan dalam pelayanan kesehatan”. Misi Puskesmas Sirnajaya yaitu meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dengan lebih mendekatkan pelayanan kepada masyarakat, meningkatkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kesehatan, meningkatkan disiplin dan kinerja pegawai puskesmas, meningkatkan kerjasama lintas program dan lintas sektoral, menggalang kemitraan dengan sarana pelayanan kesehatan swasta.

### B. Pelaksanaan penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Cibitung Medika bulan Agustus tahun 2021. Penelitian ini hanya ditujukan untuk pasien suspek Covid-19 di RS Cibitung Medika karena penelitian ini mengambil topik suspek Covid-19 dimana berdasarkan kriteria inklusi yang ditetapkan oleh peneliti bahwa sampel penelitian adalah pasien suspek Covid-19 usia > 17 tahun dengan jumlah sampel 27 responden. Rancangan penelitian yang dilakukan adalah metode *non probability sampling* melalui *total sampling*. Pengumpulan data dilakukan selama 14 hari pada bulan Agustus tahun 2021.

Data yang sudah terkumpul kemudian diolah secara bertahap mulai dari *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning data*. Dalam tahap *editing*, umumnya peneliti melakukan pemeriksaan terhadap data yang terkumpul. Pemeriksaan tersebut mencakup memeriksa atau menjumlahkan banyaknya lembar pertanyaan, banyaknya pertanyaan yang lengkap jawabannya, atau mungkin ada pertanyaan yang belum terjawab padahal pertanyaan tersebut seharusnya ada jawabannya. Tahap selanjutnya melakukan *coding*, pada tahap ini yang dilakukan adalah memberikan kode. Pemberian kode ini menjadikan penting untuk mempermudah tahap-tahap berikutnya terutama pada tabulasi data. Kemudian melakukan *tabulating* yaitu penyusunan data ini menjadi sangat penting karena akan mempermudah dalam analisis data secara statistik, baik menggunakan statistik deskriptif maupun analisis dengan statistik inferensial. Tabulasi dilakukan dengan menggunakan beberapa *software* atau program yang telah ada di komputer maupun *software* yang dapat diunduh dan diinstal di komputer dengan dilakukan uji normalitas untuk mengetahui data tersebut berdistribusi normal atau tidak, lalu selanjutnya dilakukan analisis univariat dengan membuat distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang akan diteliti. Analisis bivariate menggunakan *uji chi square* karena variabel bebas dan variabel terikat memiliki skala kategorik. Pada tahap ini peneliti membuat table

silang antara variabel bebas dan variabel terikat, untuk mengetahui nilai P dan juga memperoleh nilai *Odds Ratio* untuk melihat besarnya hubungan variabel bebas dan variabel terikat.

### C. Hasil Penelitian

#### 1. Analisis Univariat

Jenis analisis ini digunakan untuk penelitian satu variabel. Analisis ini dilakukan terhadap penelitian deskriptif, dengan menggunakan statistik deskriptif. Hasil penghitungan statistik tersebut nantinya merupakan dasar dari penghitungan selanjutnya (Siyoto, 2015). Dalam hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi yang diolah menggunakan aplikasi *Statistical Program For Social Science Versi 26* dengan tujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pekerjaan, distribusi frekuensi kepatuhan diet pasien diabetes melitus, distribusi komunikasi terapeutik di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021.

**Tabel 5. 1**  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat Pendidikan, dan Pekerjaan Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021**

No	Variabel	Kategori	Jumlah	Persentasi (%)
1	Jenis Kelamin	Laki-laki	33	39,3
		Perempuan	52	60,7
		Total	84	100,0
2	Umur	16-25	9	10,7
		26-35	15	17,9
		36-45	29	34,5
		>45	31	36,9
		Total	84	100,0
3	Tingkat Pendidikan	SD Sederajat	31	36,9
		SMP	23	27,4
		SMA	23	27,4
		Perguruan Tinggi	7	8,3
		Total	84	100,0
4	Pekerjaan	Buruh	15	17,9
		Swasta	7	8,2
		Wiraswasta	21	25,0
		PNS	5	6,0
		IRT	36	42,9
		Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 5.1 diatas menunjukkan bahwa distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, dan pekerjaan dapat diketahui bahwa dari 84 responden (100%), menunjukkan jenis kelamin terbanyak adalah perempuan sebanyak 52 responden (60,7%) dan laki-laki sebanyak 33 responden (39,3%). Distribusi frekuensi berdasarkan umur menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah berumur >45 tahun sebanyak 31 responden (36,9%), sebanyak 29 responden (34,5%) berumur 36-45 tahun, sebanyak 15

responden (17,9%) berumur 26-35, dan sebanyak 9 responden (10,7%) berumur 16-25 tahun. Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa dari 84 responden (100%) tingkat pendidikan terbanyak yaitu SD sederajat dengan jumlah 31 responden (36,9%), sebanyak tingkat pendidikan SMP dan SMA sebanyak 23 responden (27,4%), sedangkan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 7 responden (8,3%). Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan dari 84 responden (100%) pekerjaan terbanyak yaitu ibu rumah tangga dengan jumlah 36 responden (42,9%), sebanyak 21 responden (25,0%) bekerja sebagai wiraswasta, sebanyak 15 responden (17,9%) bekerja sebagai buruh, sedangkan yang bekerja sebagai swasta yaitu sebanyak 7 responden (8,2%) dan PNS sebanyak 5 responden (6,0%).

**Tabel 5. 2**  
**Distribusi Frekuensi Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021**

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentasi (%)
Kepatuhan Diet	Patuh	78	92,9
	Tidak Patuh	6	7,1
	Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 5.2 diatas dapat diketahui dari 84 responden (100%), menunjukkan bahwa sebanyak 78 responden (92,9%) kepatuhan diet dalam kategori “Patuh” dan sebanyak 6 responden (7,1%) dalam kategori “Tidak patuh”

**Tabel 5. 3**  
**Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021**

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentasi (%)
Komunikasi Terapeutik	Baik	69	82,1
	Cukup	13	15,5
	Kurang	2	2,4
	Total	84	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 diatas dapat diketahui dari 84 responden (100%) di Puskesmas Sirnajaya sebagian besar menyatakan bahwa komunikasi terapeutik baik dengan jumlah 69 responden (82,1%), sebanyak 13 responden (15,5%) menyatakan komunikasi terapeutik cukup, dan sebanyak 2 responden (2,4%) menyatakan komunikasi terapeutik kurang.

## 2. Analisa Bivariat

Jenis analisis ini digunakan untuk melihat hubungan dua variabel. Kedua variabel tersebut merupakan variabel pokok, yaitu variabel pengaruh (bebas) dan variabel terpengaruh (tidak bebas) (Siyoto, 2015). Dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan Uji *Chi Square* yang bertujuan untuk melihat hubungan antara kepatuhan diet dengan komunikasi terapeutik di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021.

**Tabel 5. 4**  
**Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien**  
**Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021**

Komunikasi Terapeutik	Kepatuhan Diet						P Value
	Tidak Patuh		Patuh		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Baik	2	2,4	67	79,8	78	82,1	0,000
Cukup	2	2,4	11	13,1	4	15,5	
Kurang	2	2,4	0	0,0	2	2,4	
Total	6	7,1	78	92,9	84	100,0	

Berdasarkan tabel 5.4 diatas dapat diketahui bahwa sebanyak 84 responden (100%) pasien diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya yang menyatakan komunikasi terapeutik baik seluruhnya patuh menjalankan diet yaitu 67 responden (97,1%) dan sebanyak 2 responden (2,9%) menjalankan diet tidak patuh, responden yang menyatakan komunikasi terapeutik cukup seluruhnya menjalankan diet yaitu 11 responden (84,6%) dan sebanyak 2 responden (15,4%) menjalankan diet tidak patuh, sedangkan responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang seluruhnya menjalankan diet tidak patuh sebanyak 2 responden (100,0).

Pada Analisis Bivariat peneliti menguji antara Hubungan Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Tahun 2021. Berdasarkan Hasil Uji Statistik di peroleh nilai *p-value* (0,000) lebih kecil dari nilai alpha (<0,05) yang berarti  $H_0$  ditolak, artinya terdapat Hubungan antara Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Tahun 2021

#### **D. Pembahasan hasil penelitian**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah disajikan sebelumnya mengenai hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021 maka hasil tersebut akan dibahas berdasarkan analisis univariat dan bivariate.

##### **a) Karakteristik responden**

Pada hasil penelitian berdasarkan karakteristik jenis kelamin, responden berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibanding laki-laki dengan jumlah 52 responden (60,7). Hal ini dapat terjadi karena perempuan secara fisik mengalami indeks masa tubuh yang lebih besar. Sindroma siklus bulanan (*premenstrual syndrome*), *pasca menopause* yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi lebih mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga wanita lebih besar beresiko terkena diabetes melitus dibandingkan laki-laki (Wahyuni, 2010).

Pada hasil penelitian berdasarkan karakteristik umur responden yang berumur >45 lebih banyak mengalami diabetes melitus dengan jumlah 31 responden (36,9%). dengan adanya peningkatan umur, maka intoleransi terhadap glukosa akan mengalami peningkatan. Para ahli juga sepakat, bahwa resiko terkena penyakit Diabetes Melitus tipe II akan meningkat mulai usia 45 tahun ke atas. Semakin bertambahnya usia maka individu akan mengalami penyusutan sel  $\beta$  pankreas yang progresif,

sehingga hormon yang dihasilkan terlalu sedikit dan menyebabkan kadar glukosa naik (Masruroh, 2018)

Pada hasil penelitian berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan, mayoritas pendidikan responden di Puskesmas Sirnajaya yaitu SD sederajat, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Herawati, Sa'pang and Harna, 2020) yang menunjukkan bahwa pendidikan terakhir responden di Puskesmas Nagasari didapatkan yaitu lulus SD sebanyak 17 orang, lulus SMP sebanyak 16 orang, lulus SMA sebanyak 9 orang, dan lulus Perguruan Tinggi sebanyak 8 orang. Tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit DM Tipe 2. Orang yang tingkat pendidikannya tinggi biasanya akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan. Dengan adanya pengetahuan tersebut seseorang akan memiliki kesadaran dalam menjaga kesehatannya.

Pada hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden berdasarkan pekerjaan mayoritas bekerja sebagai Ibu rumah tangga. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Kumala, 2018) yang menunjukkan bahwa responden diabetes melitus di poli penyakit dalam RSUD Jombang hampir setengahnya bekerja sebagai Ibu rumah tangga dengan jumlah 32 orang (49,2%).

**b) Kepatuhan diet diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021**

Kepatuhan diet yang tepat dapat membantu mengontrol gula darah agar tidak melonjak tinggi (Purwandari and Susant, 2017). Dalam hal ini kepatuhan diet bagi penderita diabetes melitus sangatlah penting agar gula darah penderita diabetes melitus tetap terkontrol dengan baik. Hal ini bertujuan untuk mengurangi kualitas hidup pasien diabetes melitus dan mengurangi komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan bahwa kepatuhan diet pasien diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya mayoritas dalam kategori patuh, dari 84 responden (100%) sebanyak 78 responden (92,9%) dalam kategori patuh menjalankan diet diabetes melitus.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Nur Kumala, Wijaya and Yosdimiyati, 2013) yang mengungkapkan bahwa kepatuhan diet pada pasien diabetes melitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang adalah hampir semua sudah patuh. Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh hasil penelitian (Daud and Afrida, 2014) yang mengatakan bahwa Patuhnya responden terhadap kepatuhan diet khusus adalah sebanyak 19 orang (54,3%) responden, sedangkan tidak patuhnya responden terhadap kepatuhan diet khusus sebanyak 16 orang responden (45,7%). Kepatuhan diet dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor diantaranya adalah usia, usia menjadi salah satu faktor internal yang mempengaruhi kepatuhan diet. Semakin bertambahnya umur seseorang akan mempengaruhi kemampuan intelektual dalam menerima informasi, akan tetapi pada umur-umur tertentu menjelang usia lanjut kemampuan penerimaan atau mengingat suatu pun akan berkurang (Daud and Afrida, 2014).

Menurut hasil analisa peneliti yang dilakukan di Puskesmas Sirnajaya bahwa kepatuhan diet diabetes melitus dalam kategori patuh dikarenakan hampir seluruh responden telah menjalankan kepatuhan diet



yang disarankan oleh perawat, seperti jadwal makan yang dianjurkan oleh dokter maupun perawat dijalankan sesuai anjuran, mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin, mineral dan protein seperti telur dan daging, dan selalu mengontrol kadar gula darah untuk menyesuaikan diet yang dijalankan oleh responden. Akan tetapi masih banyak responden yang tidak memiliki gula pengganti seperti gula jagung pada saat ingin mengkonsumsi makanan atau minuman yang manis, dan responden masih banyak yang tidak bisa mengurangi konsumsi makanan kecil atau ngemil.

**c) Komunikasi terapeutik di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Sirnajaya didapatkan hasil komunikasi terapeutik perawat dalam kategori baik, hal ini dibuktikan dengan pernyataan yang dihasilkan dari 84 responden (100%). Sebagian besar menyatakan komunikasi terapeutik perawat baik dengan jumlah dengan jumlah 69 responden (82,1%).

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu jenis komunikasi yang dilaksanakan secara sadar, memiliki tujuan, dan dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan klien, dalam artian meningkatkan kualitas klien (Sudana, 2021). Komunikasi terapeutik yang baik dapat membantu proses penyembuhan pasien, perawat mampu berkomunikasi secara terapeutik, ini mempermudah menjalin hubungan baik dengan pasien, membangun hubungan rasa percaya antara perawat dan pasien mencegah terjadinya masalah, memberikan kepuasan di dalam pelayanan keperawatan, meningkatkan citra profesi keperawatan serta meningkatkan mutu pelayanan sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien (Suarez, 2020). Komunikasi terapeutik menjadi salah satu indikator keberhasilan perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan profesional.

Dalam komunikasi terapeutik terdapat empat tahapan yang harus dikuasai oleh perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik yaitu fase pra-interaksi, fase interaksi, fase kerja, dan fase terminasi (Riadi, 2020). Dalam hal ini fase pra-interaksi merupakan faktor terpenting dalam kesuksesan menjalankan komunikasi terapeutik karena fase pra-interaksi merupakan fase persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan dapat memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik ketika bertemu dan berkomunikasi dengan pasien (Riadi, 2020)

Hasil penelitian sejalan dengan hasil penelitian (Kumala, 2018) yang menunjukkan bahwa responden diabetes melitus di poli penyakit dalam RSUD Jombang sebagian besar menyatakan komunikasi terapeutik perawat dalam kategori baik berjumlah 36 responden (55,4%). Menurut (Kumala, 2018) Fase Orientasi adalah indikator terbesar yang mempengaruhi komunikasi terapeutik perawat di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang, diruangan memang tidak bersedia SOP (Standar Operasional Prosedur) tentang komunikasi terapeutik secara tertulis akan tetapi disana telah disepakati bersama untuk komunikasi terapeutik

perawat setiap kali melakukan pelayanan keperawatan di Poli Penyakit Dalam RSUD Jombang.

Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh (Dora, Ayuni and Asmalinda, 2019) yang mendapatkan hasil sebanyak 1 responden (1,1%) menyatakan komunikasi terapeutik kurang, sebanyak 11 responden (12,4%) menyatakan komunikasi terapeutik cukup dan sebanyak 77 responden (86,5 %) orang berkomunikasi baik. Terbentuknya komunikasi yang baik tentu saja akan memberikan kepuasan pada diri pelanggan atau pasien yang sedang mendapatkan perawatan. Dengan begitu pasien tentu saja akan berminat untuk kembali berkunjung atau berobat ke rumah sakit dan secara tidak langsung citra rumah sakit juga akan semakin meningkat lebih baik. Maka dari itu Perawat harus dapat belajar berkomunikasi secara efektif dengan lebih meningkatkan sikap yang baik, senyum yang ramah, empati yang tinggi dan penuh perhatian

Penelitian ini juga diperkuat oleh teori (Patty, Sari and Pradikatama, 2015) yang mengemukakan bahwa hubungan terapeutik artinya suatu hubungan interaksi yang mempunyai sifat menyembuhkan dan berbeda dengan hubungan sosial. Hubungan ini dibangun untuk keuntungan pasien. Pasien tidak boleh diremehkan, pasien mempunyai motivasi sembuh yang tinggi akan selalu berfikir dia akan segera sembuh dari penyakitnya. Dalam hal ini komunikasi terapeutik menjadi hal yang terpenting dalam pelayanan profesional.

#### **d) Hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 84 responden (100%) pasien diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya yang menyatakan komunikasi terapeutik baik mayoritas patuh menjalankan diet yaitu 67 responden (97,1%), responden yang menyatakan komunikasi terapeutik cukup sebagian besar patuh menjalankan diet yaitu 11 responden (84,6%), sedangkan responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang seluruhnya tidak patuh menjalankan diet yaitu 2 responden (100,0%).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Sirnajaya, didapatkan hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pasien diabetes melitus yang dibuktikan dari hasil pengolahan data dengan menggunakan SPSS didapatkan hasil uji statistik yaitu diperoleh p value sebesar 0,000. Dapat disimpulkan bahwa  $p \text{ value } (0,000) < \text{nilai } \alpha (0,05)$  hal ini menunjukkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa “Ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021”.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Kumala, 2018) yang menyatakan bahwa komunikasi terapeutik berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan diet diabetes melitus, hal ini dibuktikan dengan hasil yang diperoleh bahwa dari total 65 responden pasien diabetes melitus di poli penyakit dalam RSUD Jombang yang menyatakan komunikasi terapeutik baik hampir seluruhnya patuh

menjalankan diet yaitu 28 orang (77,8%), responden yang menyatakan komunikasi terapeutik cukup sebagian besar patuh menjalankan diet yaitu 15 orang (62,5,8%), sedangkan responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang seluruhnya tidak patuh menjalankan diet yaitu 5 orang (100,0%). Komunikasi terapeutik ini sendiri memegang peranan penting dalam membantu pasien memecahkan masalah yang dihadapi karena tujuan untuk terapi. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan perawat dapat membantu klien meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri yang jelas. Dalam hal ini perawat berusaha menggali semua aspek kehidupan klien di masa sekarang dan masa lalu. Kemudian perawat membantu meningkatkan integritas diri klien melalui komunikasinya dengan klien.

Komunikasi terapeutik perawat yang dinilai adalah fase pra-interaksi, fase interaksi, fase kerja, dan fase terminasi. Fase pra-interaksi meliputi memberikan salam kepada pasien, menyapa dengan menyebut nama pasien, dan perawat mengenalkan dirinya kepada pasien. Dalam fase interaksi meliputi perawat menanyakan keluhan kepada pasien, perawat menjelaskan tujuan datang kepada pasien, dan perawat menjelaskan tindakan atau prosedur yang akan dilakukan. Dalam fase kerja meliputi perawat meminta persetujuan dari tindakan atau prosedur yang akan dilakukan, perawat menjelaskan tujuan dari tindakan atau prosedur yang akan dilakukan, perawat menjelaskan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk prosedur atau tindakan yang akan dilakukan, perawat tetap mempertahankan komunikasi terapeutik dengan pasien selama tindakan atau prosedur dilakukan,. Dalam fase terminasi meliputi Perawat menjelaskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh pasien setelah tindakan atau prosedur dilakukan, perawat menjelaskan kepada pasien mengenai rencana tindakan atau prosedur yang akan dilakukan pada pertemuan selanjutnya, dan perawat meminta persetujuan pasien terhadap tindakan atau prosedur yang akan dilakukan perawat.

## **BAB VI PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai “Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021”, maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan Jenis kelamin terbanyak yaitu “Perempuan”, distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik umur terbanyak umur >45 Tahun, distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak yaitu “SD Sederajat”, distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan Pekerjaan terbanyak yaitu “IRT”.
2. Distribusi frekuensi komunikasi terapeutik di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021 mayoritas dengan kategori “Baik”. Perawat telah menguasai dan menjalankan empat tahapan dalam komunikasi terapeutik seperti tahap prainteraksi, tahap interaksi, tahap kerja serta tahap terminasi.
3. Distribusi frekuensi kepatuhan diet pasien diabetes melitus di Puskesmas Sirnajaya dalam kategori “Patuh”. Dari 84 responden sebanyak 78 responden menjalankan diet diabetes melitus dalam kategori “Patuh”. Responden telah menjalankan kepatuhan diet yang disarankan oleh perawat, seperti jadwal makan yang dianjurkan oleh dokter maupun perawat dijalankan sesuai anjuran, mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin, mineral dan protein seperti telur dan daging, dan selalu mengontrol kadar gula darah untuk menyesuaikan diet yang dijalankan oleh responden dan membatasi makanan dan minuman yang banyak mengandung gula.
4. Ada hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Sirnajaya tahun 2021 dengan p value 0,000. Dapat disimpulkan bahwa semakin baik komunikasi terapeutik yang dijalankan oleh perawat maka akan semakin patuh pasien diabetes melitus menjalankan diet diabetes melitus.

### **B. Saran**

1. Bagi Perawat  
Diharapkan perawat tetap mengaplikasikan komunikasi terapeutik dalam melaksanakan peranannya sebagai pemberi asuhan keperawatan demi terciptanya hubungan terapeutik yang baik dengan pasien.
2. Bagi responden  
Responden diharapkan tetap menjalankan kepatuhan diet dengan baik sesuai dengan anjuran, dan responden rutin memeriksa terkait dengan diabetes melitus yang diderita untuk menyesuaikan diet yang harus dijalankan oleh responden.
3. Bagi peneliti selanjutnya  
Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan perbandingan dan referensi untuk penelitian selanjutnya, serta dapat mengembangkan ruang lingkup penelitian. Mengingat penelitian ini yang dilaksanakan ini belum menggambarkan secara spesifik terkait penderita diabetes.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bhatt, H., Saklani, S. and Upadhayay, K. (2016) 'Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of Primula Denticulata Flowers', *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27(2), pp. 74–79. doi: 10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74.
- Daud, R. and Afrida (2014) 'Hubungan Pengetahuan Pasien DM dengan Kepatuhan dalam Menjalani Diet Khusus di RS Stella Makasar', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 5(4), pp. 403–408.
- Dewi et al (2018) 'Kepatuhan Diet Pasien Dm Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Dan Dukungan Keluarga', 25, pp. 55–63.
- Dharma, K. K. (2017a) *Metodologi Penelitian (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dharma, K. K. (2017b) *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan Dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Diah Krisnatuti, Rina Yen Rina, D. R. (2014) *Diet Sehat Untuk Penderita Diabetes mellitus*. Cibubur: Penebar Swadaya.
- Dora, M. S., Ayuni, D. Q. and Asmalinda, Y. (2019) 'Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien', *Jurnal Kesehatan*, 10(2), p. 101. doi: 10.35730/jk.v10i2.402.
- Herawati, N., Sa'pang, M. and Harna, H. (2020) 'Kepatuhan Diet Dan Aktivitas Fisik Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Yang Sudah Mengikuti Prolanis', *Nutrire Diaita*, 12(01), pp. 16–22. doi: 10.47007/nut.v12i01.3154.
- Hidayat, A. A. (2012) *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Edited by Nurchasanah. Jakarta: Salemba Medika.
- Jaya, T. K. E. P. U. A. (2017) *Pedoman Etika Penelitian Unika Atma Jaya*. Edited by L. L. H. : Alexander Seran. Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Kemenkes, P. (2019) 'Tanda Dan Gejala Diabetes'.
- Kemenkes RI, I. (20) 'Waspada Diabetes Eat well live well'.
- Kemenkes RI, I. (2020) 'Tetap Produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus'.
- Kumala, R. N. (2018) 'Hubungan Terapi Terapeutik dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Diabetes Melitus', *Komunikasi Kepatuhan Diit*.
- Lukman Hadi, P., Prabowo, T. and Indah Yulitasari, B. (2013) 'Komunikasi Terapeutik Perawat Berhubungan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Puskesmas Dukun Magelang', *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 1(1), p. 6. doi: 10.21927/jnki.2013.1(1).6-11.
- Masrurroh, E. (2018) 'ISSN Cetak 2303-1433 ISSN Online: 2579-7301', 6(2), pp. 153–163.
- Meliyana, E. (2020) 'Pengaruh Edukasi Diet Diabetes Dan Senam Kaki Terhadap Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Padurenan RT 002 / RW 10 Bekasi 2019', *Jurnal Ayurveda Medistra*, 2(1), pp. 8–15. doi: 10.51690/medistra-jurnal123.v2i1.23.
- Nur Kumala, R., Wijaya, A. and Yosdimiyati, L. (2013) 'Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepatuhan Diet Pada Pasien Diabetes Melitus Di Poli Penyakit Dalam Rsud Jombang', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.

- Nurrahmani, U. (2015) *STOP! Diabetes Mellitus*. Edited by Qoni. Familia (Group Relasi Inti Media).
- P2PTM, K. R. (2018) 'Ayo, Kita Kenali Penyakit Diabetes Melitus'.
- Pangestika, M. W. (2010) 'Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Suryani 2005).', pp. 9–28.
- Patty, M. F., Sari, D. K. and Pradikatama, Y. (2015) 'Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tingkat Stres Pasien Di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Dr M.Haulussy Ambon', *Jurnal Komunikasi*, 9(2), pp. 171–185. doi: 10.20885/komunikasi.vol9.iss2.art4.
- Phitri, H. E. and Widiyaningsih (2013) 'Hubungan Antara Pengetahuan Dan Sikap Penderita Diabetes Mellitus Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Mellitus Di Rsud Am . Parikesit Kalimantan Timur', *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 1(1), pp. 58–74.
- Prabowo, T. (2014) *Komunikasi Dalam Keperawatan*. PUSTIKA BARU PRESS.
- Purwandari, H. and Susant, S. N. (2017) 'STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan Hubungan Kepatuhan Diet Dengan Kualitas Hidup Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan', *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 6(2), pp. 16–21.
- Riadi, M. (2020) 'Komunikasi Terapeutik (Pengertian, Fungsi, Karakteristik, Prinsip dan teknik'.
- Rika Sarfika, Esthika Ariani, Maisa, W. F. (2018) *Buku Ajar Keperawatan Dasar 2 Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan*. Andalas University press.
- Riskesdas (2019) *Laporan Provinsi Jawa Barat, Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*.
- Riza, F. (2013) *Hubungan Peran Educator Perawat Dalam Discharge Planning Dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Rawat Inap Untuk Kontrol Di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember Skripsi, Hubungan Peran Educator Perawat Dalam Discharge Planning Dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Rawat Inap Untuk Kontrol Di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember Skripsi*.
- Rumah, E., Prof, S. and Boyoh, M. E. (2015) 'Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Endokrin Rumah Sakit Prof. Dr. R. D. Kandou Manado', *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(3).
- Siyoto, S. (2015) *Dasar Metodologi Penelitian*, Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Suares, A. (2020) 'Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik terhadap Kepuasan Pasien ', 11(April), pp. 125–128.
- Sudana, A. A. (2021) *Terampilan Melakukan Komunikasi Terapeutik Dalam Setiap Tindakan Perawatan*. Multi Kreasi Satudelapan.
- Wahyuni, S. (2010) 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penyakit Diabetes Melitus (DM) Daerah Perkotaan di Indonesia Tahun 2007 (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2007)', *Skripsi*, 2007(Dm), pp. 1–131.
- Yustiana, N. (2017) *Determinan Perilaku Keluarga Terhadap Kepatuhan Penerapan Diet Diabetes Melitus Pada Lansia Diabetes (Studi di Wilayah Kerja ...*, *Repository.Unej.Ac.Id*. Available at: <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/85579>.

**LAMPIRAN**

**Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti**

**SURAT PERYATAAN KETUA PENGUSUL**

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Lisna Agustina, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIDN : 0404088405

Jabatan Fungsional : AA

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul

**“Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepatuhan Diet Diabetes Melitus Di  
Puskesmas Sirnajaya Tahun 2021”**

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran 2021

**Bersifat Orisinal dan Belum Pernah Dibiayai oleh Lembaga/Sumber Dana  
Lain.**

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini,  
maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan dan hukum yang  
berlaku serta mengembalikan seluruh biaya penelitian yang saya sudah diterima ke  
STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dengan sebenar-benarnya.

Bekasi, 30 Juni 2021

Mengetahui  
Ka. UPPM STIKes MI



Rotua Suriyany S, M. Kes  
NIDN. 0315018401

Yang menyatakan



Lisna Agustina, S. Kep., Ners., M. Kep  
NIDN. 0404088405

**KUESIONER KOMUNIKASI TERAPEUTIK  
HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KEPATUHAN  
DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS**

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes melitus. Untuk itu saya mengharapkan ketersediaan anda sebagai responden saya untuk mengisi setiap pertanyaan yang diajukan dengan sejujur-jujurnya. Bacalah petunjuk kuesioner sebelum mengisi.

A. Data Responden

Inisial :  
Umur :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :

B. Kuesioner Komunikasi Terapeutik

1. Petunjuk Pengisian

- a. Bacalah dengan teliti pernyataan berikut di bawah ini
- b. Jawablah seluruh pernyataan berikut dengan memberi tanda ceklist (✓) pada salah satu kolom yang telah disediakan

Ya (Y) : Jika menurut anda pernyataan tersebut YA  
Tidak (T) : Jika menurut anda pernyataan tersebut TIDAK

Komponen		No pernyataan	
Fase pre-orientasi		1,2,3	
Fase orientasi		4,5,6	
Fase kerja		7,8,9,10	
Fase terminasi		11,12,13	
No	Pernyataan	Ya (Y)	Tidak (T)
1	Perawat mengucapkan salam setiap berinteraksi dengan saya.		
2	Perawat menyapa saya dengan menyebut nama saya.		
3	Perawat memperkenalkan diri pada awal interaksi.		
4	Perawat menanyakan tentang keluhan yang masih saya rasakan.		
5	Perawat menjelaskan tujuannya datang pada saya.		
6	Perawat menjelaskan tujuan dari tindakan atau prosedur yang dilakukan.		
7	Perawat tetap mempertahankan komunikasi dengan saya selama tindakan atau prosedur dilakukan.		
8	Perawat menjelaskan apa yang harus dilakukan dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh saya setelah tindakan atau prosedur dilakukan.		



9	Perawat menjelaskan kepada saya tentang rencana tindakan atau prosedur yang akan dilakukan pada pertemuan selanjutnya.		
10	Perawat menjelaskan tempat tindakan atau prosedur dilakukan.		
11	Perawat meminta persetujuan saya terhadap tindakan atau prosedur yang akan dilakukan.		
12	Perawat menjelaskan tujuan dari tindakan atau prosedur yang akan dilakukan		
13	Perawat menjelaskan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk prosedur atau tindakan yang akan dilakukan		

Sumber : (Kumala, 2018)

Terima kasih atas ketersediaan anda untuk meluangkan waktu mengisi kuesioner ini, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Responden

(.....)

**KUESIONER KEPATUHAN DIET  
HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KEPATUHAN  
DIET PADA PASIEN DIABETES MELITUS**

Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kepatuhan diet pada pasien diabetes melitus. Untuk itu saya mengharapkan ketersediaan anda sebagai responden saya untuk mengisi setiap pertanyaan yang diajukan dengan sejujur-jujurnya. Bacalah petunjuk kuesioner sebelum mengisi.

**A. Data Responden**

Inisial :  
Umur :  
Pendidikan :  
Pekerjaan :

**B. Kuesioner Kepatuhan Diet**

**1. Petunjuk Pengisian**

- a. Bacalah dengan teliti pernyataan berikut di bawah ini
- b. Jawablah seluruh pernyataan berikut dengan memberi tanda ceklist (✓) pada salah satu kolom yang telah disediakan

Ya (Y) : Jika menurut anda pernyataan tersebut YA  
Tidak (T) : Jika menurut anda pernyataan tersebut TIDAK

Komponen	No Pernyataan
Jenis makanan	1,2,3
Jadwal waktu	6,7,10
Jumlah kalori	4,5,8,9

No	Pernyataan	Ya (Y)	Tidak (T)
1	Saya setiap hari tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang terasa manis atau banyak mengandung gula.		
2	Saya mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung vitamin, mineral dan protein seperti telur dan daging.		
3	Saya setiap hari selalu makan sayur dan buah sesuai dengan anjuran dokter.		
4	Saya memiliki gula pengganti seperti gula jagung pada saat ingin mengkonsumsi makanan atau minuman yang manis.		
5	Saya selalu melakukan variasi makanan pada jadwal diet makan saya agar tidak terjadi		

	kebosanan.		
6	Saya makan tepat waktu sesuai jadwal yang sudah dikonsultasikan oleh dokter atau petugas kesehatan yang lain.		
7	Jarak antara makan sekarang dengan berikutnya yang anda lakukan adalah 3 jam.		
8	Saya secara rutin mengontrolkan kadar gula darah ke pelayanan kesehatan untuk kebutuhan diet saya		
9	Saya selalu berusaha mengurangi makan makanan kecil atau ngemil		
10	Setiap hari saya makan tiga kali		

Sumber : (Kumala, 2018)

Terima kasih atas ketersediaan anda untuk meluangkan waktu mengisi kuesioner ini, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Responden

(.....)

**Hasil Uji Validitas Dan Realiabilitas**  
 “Komunikasi Terapeutik”

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.971	13

**Hasil Uji Validitas Dan Realiabilitas**  
 “Kepatuhan Diet”

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

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

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.972	10



## ANALISIS UNIVARIAT

### A. Jenis Kelamin

		JK			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	33	39.3	39.3	39.3
	PEREMPUAN	51	60.7	60.7	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

### B. Umur

		UMUR			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-25 TAHUN	9	10.7	10.7	10.7
	26-35 TAHUN	15	17.9	17.9	28.6
	36-45 TAHUN	29	34.5	34.5	63.1
	>45 TAHUN	31	36.9	36.9	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

### C. Tingkat Pendidikan

		TPN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD SEDERAJAT	31	36.9	36.9	36.9
	SMP	23	27.4	27.4	64.3
	SMA	23	27.4	27.4	91.7
	PERGURUAN TINGGI	7	8.3	8.3	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

### D. Pekerjaan

		TPK			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BURUH	15	17.9	17.9	17.9
	SWASTA	7	8.3	8.3	26.2
	WIRASWASTA	21	25.0	25.0	51.2
	PNS	5	6.0	6.0	57.1
	IRT	36	42.9	42.9	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

### E. Komunikasi terapeutik

		<b>KT</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG	2	2.4	2.4	2.4
	CUKUP	13	15.5	15.5	17.9
	BAIK	69	82.1	82.1	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

### F. Kepatuhan Diet

		<b>KD</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK PATUH	6	7.1	7.1	7.1
	PATUH	78	92.9	92.9	100.0
	Total	84	100.0	100.0	

## ANALISIS BIVARIAT

## KT \* KD Crosstabulation

		KD		Total	
		TIDAK PATUH	PATUH		
KT	KURANG	Count	2	0	2
		Expected Count	.1	1.9	2.0
		% within KT	100.0%	0.0%	100.0%
	CUKUP	Count	2	11	13
		Expected Count	.9	12.1	13.0
		% within KT	15.4%	84.6%	100.0%
	BAIK	Count	2	67	69
		Expected Count	4.9	64.1	69.0
		% within KT	2.9%	97.1%	100.0%
Total	Count	6	78	84	
	Expected Count	6.0	78.0	84.0	
	% within KT	7.1%	92.9%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.205 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	13.962	2	.001
Linear-by-Linear Association	19.431	1	.000
N of Valid Cases	84		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.