

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DENGAN
KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II**

SKRIPSI

Disusun Oleh

**Azmitha Putry M. Siregar
Nim:15010015**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2019**

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DENGAN
KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II**

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
gelar Sarjana Keperawatan Program Sarjana

Disusun Oleh

**Azmitha Putry M. Siregar
Nim:15010015**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2019**

**HALAMAN PENGESAHAN
(SKRIPSI)**

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DENGAN
KEMAMPUAN PERAWATAN DIRI PASIEN
DIABETES MELITUS TIPE II**

Skripsi ini telah diseminarkan dan dipertahankan dihadapan tim penguji
Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Universitas Afa Royhan
di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, September 2019

Pembimbing Utama



(Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep)

Pembimbing Pendamping



(Arinil Hidayah, SKM.M.Kes)

Ketua Penguji



(Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep)

Anggota Penguji



(Ns. Sukhri Herianto Ritonga, M.Kep)

IDENTITAS PENULIS

Nama : **Azmitha Putry M. Siregar**
NIM : 15010015
Tempat/Tgl Lahir : Padangsidempuan, 03 Januari 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Perumahan Sabungan Indah No.189 Kelurahan Sabungan Jae
Riwayat Pendidikan :

- | | |
|--|------------|
| 1. TK Kartika 1-49 Padangsidempuan | Lulus 2003 |
| 2. SD Negeri 200111/16 Padangsidempuan | Lulus 2009 |
| 3. SMP Negeri 3 Padangsidempuan | Lulus 2012 |
| 4. SMK Swasta Kesehatan Matorkis Padangsidempuan | Lulus 2015 |

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-NYA peneliti dapat menyusun skripsi dengan judul” **Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien DM Tipe II**”. Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Afa Royhan Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan skripsi ini peneliti banyak mendapat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep, selaku plt. ketua Universitas Afa Royhan Padangsidempuan sekaligus pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep, selaku ketua prodi program sarjana keperawatan Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
3. Arinil Hidayah, SKM. M.Kes Selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini
4. Seluruh dosen program studi Ilmu Keperawatan Universitas Afa Royhan Padangsidempuan.

5. Teristimewa kepada ayahanda dan ibunda yang telah banyak mendoakan peneliti dan memberikan dukungan mental dan spiritual kepada peneliti.

10. Kepada teman-teman seangkatan terima kasih peneliti ucapkan atas kebersamaan yang telah kita lalui.

Kritik dan saran yang bersifat membangun peneliti harapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah-mudahan penelitian ini bermanfaat bai peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Amin.

Padangsidempuan, September 2019

Penulis

AZMITHA PUTRY M. SIREGAR

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PENGESAHAN | ii |
| ABSTRAK..... | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| DAFTAR ISI | vi |
| DAFTAR TABEL | vi |
| DAFTAR SKEMA | vii |
| DAFTAR LAMPIRAN | viii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 7 |
| 1.3 Tujuan Penelitian..... | 7 |
| 1.4 Manfaat Penelitian..... | 8 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 9 |
| 2.1 Konsep Efikasi..... | 9 |
| 2.2 Konsep Perawatan Diri..... | 11 |
| 2.3 Konsep Diabetes Melitus..... | 14 |
| 2.4 Kerangka Konsep..... | 31 |
| 2.5 Uji Hipotesa..... | 31 |
| | |
| BAB 3 METODE PENELITIAN..... | 32 |
| 3.1 Desain dan Metodologi Penelitian | 32 |
| 3.2 Waktu dan Tempat Penelitian | 32 |
| 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian..... | 33 |
| 3.4 Alat Pengumpulan Data | 34 |
| 3.5 Prosedur Pengumpulan Data | 35 |
| 3.6 Defenisi Operasional..... | 36 |
| 3.7 Etika Penelitian | 36 |
| 3.8 Pengolahan Data | 37 |
| 3.9 Analisa Data | 38 |
| | |
| BAB IV HASIL PENELITIAN..... | 41 |
| BAB V PEMBAHASAN | 45 |
| BAB VI PENUTUP | 55 |
| A. Kesimpulan..... | 55 |
| B. Saran..... | 56 |

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian..... | 32 |
| Tabel 2 Defenisi Operasional..... | 36 |
| Tabel 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan diri Pada Pasien Penderita Diabetes Melitus | 41 |
| Tabel 4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus | 42 |
| Tabel 5 Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus | 43 |

DAFTAR SKEMA

| | |
|---|----|
| Skema I : <i>Kerangka Konsep Penelitian</i> | 31 |
|---|----|

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat izin survey penelitian dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 2 : Surat balasan izin survey penelitian dari Puskesmas Hutaimbaru Padangsidempuan
- Lampiran 3 : Suran izin penelitian dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 4 : Suran balasan izin penelitian dari Puskesmas Hutaimbaru Padangsidempuan
- Lampiran 5 : Permohonan menjadi responden
- Lampiran 5 : Lembar Kuisisioner
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 7 : Lembar Master Data
- Lampiran 8 : Lembar hasil SPSS
- Lampiran 9 : Photo Dokumentasi

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

Nama :AZMITHA PUTRY M. SIREGAR
Nim :15O10015
Judul :Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe II

ABSTRAK

Efikasi Diri pada pasien diabetes melitus tipe II berfokus pada keyakinan pasien untuk melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya dan meningkatkan manajemen perawatan diri seperti diet, latihan fisik, terapi obat, kontrol gula darah dan perawatan diabetes mellitus secara umum. Dampak psikologis yang sering muncul pada pasien dengan penyakit kronis termasuk diabetes mellitus dapat menimbulkan masalah pada efikasi diri pasien. Penelitian ini bertujuan untuk hubungan antara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus tipe II. Desain penelitian ini menggunakan *deskriptif kolerasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Hutaimbru. Jumlah responden penelitian ini sebanyak 53 orang dengan teknik pengambilan secara random sampling. Alat ukur yang digunakan adalah kuisioner. Hasil penelitian ini efikasi diri mayoritas rendah sebanyak 27 orang (50,9%) dan kemampuan perawatan DM mayoritas tidak mampu sebanyak 28 orang (52,8). Dari hasil uji *chi-square* di dapatkan hasil $p=0,000$ atau $p < 0,05$. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus tipe II. Disarankan kepada responden selalu yakin akan kesembuhan penyakitnya dan selalu merawat dirinya terutama sudah menderita diabetes melitus dan selalu mengontrol kesehatannya kepetugas kesehatan

Kata Kunci :Efikasi Diri, Kemampuan Perawatan Diri, Diabetes Melitus
DaftarPustaka : 2001– 2018 (32)

**PROGRAM STUDY SCIENCE KEP ERAWATAN
UNIVERSITY AUFA ROYHAN PADANGSIDIMIMUAN**

Name : AZMITHA PUTRY M. SIREGAR
Nim : 15010015
**Title : THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY
WITH THE ABILITY TO CARE FOR PATIENT WITH DM
TIPE II**

Self-efficacy in patients with type II diabetes mellitus focuses on the belief of patients to conduct behaviors that can support the improvement of the disease and improve management of self-care such as diet, physical exercise, drug therapy, blood sugar control and general diabetes mellitus treatment. Psychological effects that often arise in patients with chronic diseases including diabetes mellitus can cause problems in the patient's self-efficacy. This study aims to link the self-efficacy with the self-care ability of patients with type II diabetes mellitus. The design of this research uses descriptive correlational with cross sectional approach. This research was conducted at the Hutaimbru Health Center. The number of respondents in this study were 53 people with random sampling techniques. The measuring instrument used was a questionnaire. The results of this study low self-efficacy as many as 27 people (50.9%) and the ability to care for the majority of DM can not afford as many as 28 people (52.8). From the chi-square test results obtained $p = 0,000$ or $p < 0.05$. The results of this study indicate a relationship of self-efficacy with the ability to care for patients with type II diabetes mellitus. It is recommended that respondents always believe in their illness and always treat themselves, especially those who have diabetes mellitus and always control their health.

Keywords: Self-Efficacy, Self-Care Ability, Diabetes Mellitus
Bibliography: 2001– 2018 (32)

BAB 1
PENDAHULUAN

1.5 Latar Belakang

DM sudah merupakan salah satu ancaman bagi kesehatan umat manusia pada abad 21. Diabetes mellitus (DM) atau biasa dikenal kencing manis, dinilai merupakan penyakit pembunuh ketiga setelah jantung dan kanker. Diabetes mellitus atau biasa disebut kencing manis adalah penyakit yang disebabkan tingginya kadar glukosa dalam darah. Biasanya orang yang diserang kencing manis akan sering mengalami buang air kecil (kencing), sering merasa haus dan lapar, badan lemas, berat badan menurun, mata terasa kabur, kesemutan (Muhammad, 2014).

Laporan statistic dari *International Diabetes Federation (IDF)* pada tahun 2013, menyebutkan bahwa sekarang sudah ada sekitar 230 juta penderita diabetes mellitus di seluruh dunia. Angka ini terus bertambah hingga 3% atau sekitar 7 juta orang setiap tahunnya. Dengan demikian, jumlah penderita diabetes mellitus diperkirakan akan mencapai 350 juta pada tahun 2025, diantaranya 80% penderita terpusat di negara yang penghasilannya kecil dan menengah. Dari angka tersebut berada di Asia, terutama India, Cina, Pakistan, dan Indonesia (Waras, 2014).

Global status *Report On Non Communicable Diseases* tahun 2014 yang dilakukan oleh *World Health Organization (WHO)* menyatakan bahwa prevalensi DM diseluruh dunia diperkirakan sebesar 9%. Proporsi kematian akibat penyakit DM dari seluruh kematian akibat penyakit tidak menular adalah sebesar 4%. Kematian akibat DM terjadi pada negara dengan pendapatan rendah dan menengah dengan proporsi sebesar 80%. Pada tahun 2030 diperkirakan DM menempati urutan ke-7 penyebab kematian di dunia (Restu, 2016).

Indonesia menduduki peringkat ke-7 dunia dari 10 besar negara dengan diabetes mellitus tertinggi, populasi penderita DM di Indonesia pada tahun 2013 mencapai 5,8% atau sekitar 8,5 juta penduduk dengan rentang usia 20-79 tahun. Proporsi jumlah penderita DM di Indonesia pada tahun 2013 masih didominasi oleh kaum perempuan dengan total sebesar 4,9 juta penderita atau lebih besar daripada kaum laki-laki yaitu sebesar 3,6 juta penderita. Diperkirakan pada tahun 2035 dengan asumsi tanpa adanya perbaikan, angka DM di Indonesia akan meningkat sebesar 165% pada masing-masing gender (Fenti, 2016).

Penderita penyakit diabetes mellitus (DM) di Sumatera Utara setiap tahunnya mengalami peningkatan. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinkes Sumut disebutkan, sejak tahun 2017 sampai 2018, jumlah penderita diabetes mellitus (DM) tipe 1 sebanyak 18.358 orang dan tipe 2 berjumlah sebanyak 54.843 orang, (Suyatno, 2018).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Padangsidempuan jumlah penderita Diabetes Melitus pada tahun 2018 sebanyak 929, (Dinkes Padangsidempuan, 2018). Angka kejadian diabetes melitus tipe II ini terus meningkat dari tahun 2016 sebesar 75% kemudian menjadi 10,4 % pada tahun 2017. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalansi penderita diabetes melitus diperkotaan sebesar 14,7 % dan pada daerah pedesaan sebesar 7,2 % dengan proporsi penduduk di Provinsi Jambi khususnya dengan diabetes melitus sebesar 6,9% (Riskesdas, 2018)

Berdasarkan hasil penelitian dari Ariani (2012) terhadap 32 responden menunjukkan bahwa orang yang mempunyai efikasi yang lebih baik dalam

melakukan perawatan diri berhasil untuk pengelolaan diabetes melitus tipe II yang dalam hal ini berkaitan dengan kadar gula darah.

Penelitian yang dilakukan Hunt (2016) seseorang yang hidup dengan diabetes melitus yang memiliki skor efikasi diri yang tinggi lebih mungkin untuk melakukan diet, olahraga, terapi obat dan monitoring glukosa darah mandiri secara optimal. Pada pasien yang lebih optimis terhadap masa depan dan mempunyai efikasi diri tinggi, dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik, meskipun pada pasien tersebut menderita penyakit diabetes melitus.

Mengingat jumlah penderita diabetes yang terus meningkat dan besarnya biaya perawatan pasien diabetes terutama yang disebabkan oleh komplikasi baik akut maupun komplikasi kronik, maka upaya yang paling baik adalah melakukan pencegahan. Pencegahan dapat dilakukan dengan tiga tahap yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer merupakan aktivitas yang ditujukan untuk mencegah timbulnya *hiperglikemia* pada penderita diabetes. Pencegahan sekunder merupakan upaya mencegah dan menghambat timbulnya penyakit dengan pemberian pengobatan dan deteksi dini tentang penyakit. Pencegahan tersier merupakan semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui penyuluhan dan pendidikan kesehatan (Suryono, 2015).

Upaya pencegahan tentu saja diperlukan suatu pemantauan yang berkesinambungan. Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang mempunyai peran penting dalam menunjang program pencegahan primer penyakit diabetes melitus. Tidak hanya melalui puskesmas saja, namun diperlukan keikutsertaan dari penderita diabetes melitus itu sendiri serta kerjasama antara

pasien dengan petugas kesehatan. Perawat sebagai edukator sangat berperan penting untuk memberikan informasi yang tepat pada penderita diabetes melitus. Keberhasilan pengelolaan diabetes melitus tergantung pada informasi tentang diabetes melitus tipe II dan efikasi diri pasien untuk melakukan perawatan diri dalam mengontrol gejala psikologis maupun komplikasi (Ariani, 2012)

Efikasi diri merupakan gagasan kunci dari teori sosial kognitif (*social cognitive theory*) dan efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien. Efikasi Diri pada pasien diabetes melitus tipe II berfokus pada keyakinan pasien untuk melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya dan meningkatkan manajemen perawatan diri seperti diet, latihan fisik, terapi obat, kontrol gula darah dan perawatan diabetes mellitus secara umum. Dampak psikologis yang sering muncul pada pasien dengan penyakit kronis termasuk diabetes mellitus dapat menimbulkan masalah pada efikasi diri pasien (Isomonah, 2014).

Bandura (2008) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya, sehingga terjadi ketidakpatuhan terhadap perawatan dirinya. Efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien. Efikasi diri dapat terbentuk dan berkembang melalui empat proses yaitu kognitif, motivasional, afektif, dan seleksi. Sumber-sumber efikasi diri dapat

berasal dari pengalaman individu, pengalaman orang lain, persuasi sosial, kondisi fisik, dan emosional. Pengalaman dan keberhasilan individu dalam mengelola DM merupakan sumber utama dalam pembentukan efikasi diri pasien. Belajar dari pengalaman orang lain melalui observasi dan meniru perilaku kesehatan yang benar dapat meningkatkan efikasi diri. Melalui persuasi verbal, klien mendapat pengaruh dan sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah. Kondisi fisik dapat mempengaruhi status emosional, begitu juga sebaliknya, yang dapat mempengaruhi efikasi diri dan kemampuan dalam perawatan diri.

Johnson (2006) menyatakan bahwa efikasi diri pada pasien DM tipe 2 menggambarkan suatu kemampuan individu untuk membuat suatu keputusan yang tepat. Meliputi ketepatan dalam merencanakan, memonitor, dan melaksanakan regimen perawatan sepanjang hidup individu. Efikasi diri pada pasien DM tipe 2 berfokus pada keyakinan pasien untuk mampu melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya dan meningkatkan manajemen perawatan dirinya. Penanganan pasien dengan penyakit kronis saat ini lebih berfokus pada pasien (*patient-centered care*). Petugas kesehatan, termasuk perawat menganggap pasien sebagai orang yang paling tahu kondisi kesehatannya dan menghargai pengalaman subjektif pasien sebagai suatu yang relevan untuk mempertahankan kesehatan atau membantu proses penyembuhan pasien. Pasien adalah orang yang ikut aktif berperan dalam usaha meningkatkan kesehatannya dimana pasien bekerjasama dengan perawat untuk menentukan intervensi yang tepat dan diperlukan.

Berdasarkan survey pendahuluan di Puskesmas Hutaimbaru diperoleh data bahwa berdasarkan data rekam medic dari tahun 2016 hingga tahun 2018 jumlah penderita DM tipe II bersifat fluaktif. Pada tahun 2016 jumlah penderita DM tipe II adalah sebanyak 51 orang, kemudian pada tahun 2017 jumlah penderita DM tipe II meningkat menjadi 74 orang, sedangkan di tahun 2018 tercatat sebanyak 114 orang. Berdasarkan hasil wawancara terhadap 10 orang penderita DM, dimana sebanyak 7 orang diantaranya didapatkan adanya keluhan psikologis, yang banyak dirasakan pasien, yaitu pasien mengeluh cemas atas penyembuhan penyakit, pasien mengatakan mengalami ketergantungan perawatan diri dan pasien mengatakan mengalami ketakutan pada dirinya, sedangkan 3 orang pasien mengatakan melakukan perawatan diri dengan dibantu keluarga dan keluarga selalu memberi motivasi pasien atas kesembuhannya dan pasien sering kontrol kadar gula darah ke Puskesmas dan selalu mendapat informasi mengenai diabetes mellitus dan cara mengontrol kadar gula darah.

Berdasarkan masalah yang didapat, maka peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan antara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien DM tipe II di Puskesmas Hutaimbaru Kota Padangsidempuan Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah adalah “Apakah ada hubungan antara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien DM tipe II”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus tipe II.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengidentifikasi efikasi diri pada pasien diabetes mellitus tipe II.

1.3.2.2 Untuk mengidentifikasi kemampuan perawatan diri pasien diabetes mellitus pada pasien diabetes mellitus tipe II

1.3.2.3 Untuk mengidentifikasi hubungan efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus tipe II.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Responden

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan responden tentang efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien DM tipe II

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan pada pihak Puskesmas Hutaimbaru dalam hal memberikan penyuluhan tentang diabetes mellitus dan sebagai bahan evaluasi dengan melihat bagaimana pasien cara perawatan diabetes mellitus tipe II.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan perawat tentang efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien DM tipe II

1.4.4 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang penyakit diabetes mellitus dan pelaksanaan perawatan diri pada pasien diabetes mellitus tipe II serta sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan sarjana Keperawatan STIKes Afa Royhan Padangsidimpuan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Efikasi Diri

2.1.1 Defenisi Efikasi Diri

Efikasi diri (*self-efficacy*) adalah keyakinan individu mengenai kemampuan dirinya dalam melakukan tugas atau tindakan yang diperlukan untuk mencapai hasil tertentu, (Anwar, 2013). Sementara itu, Baron dan Byrne (1991) mendefenisikan efikasi diri sebagai evaluasi seseorang mengenai kemampuan atau kompetensi dirinya untuk melakukan suatu tugas, mencapai tujuan, dan mengatasi hambatan.

Efikasi diri pada dasarnya adalah hasil proses kognitif berupa keputusan, keyakinan, atau penghargaan tentang sejauh mana individu memperkirakan kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas atau tindakan tertentu yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan, (Bandura, 2008).

2.1.2 Aspek-Aspek Efikasi Diri

Menurut Anwar (2013), efikasi diri pada diri tiap individu akan berbeda antara satu individu dengan yang lainnya berdasarkan tiga dimensi. Berikut adalah tiga dimensi tersebut.

1. Dimensi tingkat level (level)

Dimensi ini berkaitan dengan derajat kesulitan tugas ketika individu merasa mampu untuk melakukannya. Apabila individu dihadapkan pada tugas-tugas yang disusun menurut tingkat kesulitannya, maka efikasi diri individu mungkin akan terbatas pada tugas-tugas yang mudah, sedang, atau bahkan meliputi tugas-tugas yang paling sulit, sesuai dengan batas kemampuan yang

dirasakan untuk memenuhi tuntutan perilaku yang dibutuhkan pada masing-masing tingkat. Dimensi ini memiliki implikasi terhadap pemilihan tingkah laku yang dirasa mampu dilakukannya dan menghindari tingkah laku yang berada di luar batas kemampuan yang di rasakannya.

2. Dimensi kekuatan (*strength*)

Dimensi ini berkaitan dengan tingkat kekuatan dari keyakinan atau pengharapan individu mengenai kemampuannya. Pengharapan yang lemah mudah digoyahkan oleh pengalaman-pengalaman yang tidak mendukung. Sebaliknya, pengharapan yang mantap mendorong individu tetap bertahan dalam usahanya. Meskipun mungkin ditemukan pengalaman yang kurang menunjang. Dimensi ini biasanya berkaitan langsung dengan dimensi level, yaitu makin tinggi level taraf kesulitan tugas, makin lemah keyakinan yang dirasakan untuk menyelesaikannya.

3. Dimensi generalisasi (*generality*)

Dimensi ini berkaitan dengan luas bidang tingkah laku yang mana individu merasa yakin akan kemampuannya. Individu dapat merasa yakin terhadap kemampuan dirinya. Apakah terbatas pada suatu aktivitas dan situasi tertentu atau pada serangkaian aktivitas dan situasi yang bervariasi.

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Efikasi Diri (*self-efficacy*)

Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri Menurut Bandura faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri adalah (Anwar, 2013).

1. Pencapaian prestasi Apabila seseorang pernah mengalami keberhasilan dimasa lalu maka dapat meningkatnya efikasi dirinya. Keberhasilan yang di dapatkan akan meningkatkan efikasi diri yang dimiliki seseorang sedangkan

kegagalan akan menurunkan efikasi dirinya. Apabila keberhasilan yang di dapatkan seseorang lebih banyak karena faktor-faktor di luar dirinya, biasanya tidak akan membawa pengaruh terhadap peningkatan efikasi diri. Akan tetapi, apabila keberhasilan itu di dapat melalui hambatan yang besar dan merupakan hasil perjuangan sendiri maka hal itu akan membawa pengaruh terhadap peningkatan efikasi diri.

2. Pengalaman orang lain Individu yang orang lain berhasil dalam melakukan suatu aktivitas dan memiliki kemampuan sebanding dapat meningkatkan efikasi dirinya. Pengalaman keberhasilan orang lain yang memiliki kemiripan dengan individu dalam mengerjakan tugas yang sama. Efikasi tersebut didapat melalui social models yang biasanya terjadi pada diri seseorang yang kurang pengetahuan tentang kemampuan dirinya sehingga melakukan modeling. Namun efikasi diri yang di dapat tidak akan berpengaruh bila model yang diamati tidak memiliki kemiripan atau berbeda dengan model
3. Persuasi Verbal Individu diarahkan dengan saran, nasihat, bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinan seseorang bahwa kemampuan-kemampuan yang ia dimiliki dapat membantu untuk mencapai apa yang diinginkan. Informasi tentang kemampuan yang di sampaikan secara verbal oleh seseorang yang berpengaruh biasanya digunakan untuk menyakinkan seseorang bahwa ia mampu melakukan tugas.
4. Kondisi emosional Seseorang akan lebih mungkin mencapai keberhasilan jika tidak terlalu sering mengalami keadaan yang menekan karena dapat menurunkan prestasinya dan menurunkan keyakinan kemampuan dirinya.

Kecemasan dan stres yang terjadi dalam diri seseorang ketika melakukan tugas sering diartikan suatu kegagalan. Pada umumnya seseorang cenderung akan mengharapkan keberhasilan dalam kondisi yang tidak diwarnai oleh ketegangan dan tidak merasakan adanya keluhan. Efikasi diri biasanya ditandai oleh rendahnya tingkat stres dan kecemasan sebaliknya efikasi diri yang rendah ditandai oleh tingkat stres dan kecemasan yang tinggi pula. Jadi efikasi diri adalah keyakinan seseorang bahwa dirinya akan mampu melaksanakan tingkah laku yang dibutuhkan dalam menyelesaikan suatu tugas yang di dasari kemampuannya dapat dirasakan akan menuntun dirinya untuk berpikir mantap dan efektif. Efikasi diri bersumber dari keinginan dalam diri seseorang dalam suatu perilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Apabila tidak timbul dari dalam diri individu maka apa yang tidak diinginkan tidak tercapai.

2.2 Konsep Perawatan Diri (*Self Care*)

2.2.1 Defenisi Perawatan Diri (*Self Care*)

Perawatan diri (*Self Care*) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri, (Orem, 2001).

Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai dan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu

keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri, (Mujahidullah, 2013).

2.2.2 Agen Perawatan Diri

Agen perawatan diri merupakan kekuatan individu yang berhubungan dengan kemampuan untuk melakukan perawatan diri. Keterbatasan dalam melakukan perawatan diri (*self care limitation*) dapat terjadi karena adanya gangguan atau masalah pada sistem tubuh yang sementara atau menetap pada seseorang serta mempengaruhi kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri, (Mujahidullah, 2013).

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan *self care*

Menurut Mujahidullah (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan perawatan diri (*self care*) yaitu :

1. Usia

Usia merupakan salah satu faktor penting pada *self care*. Bertambahnya usia sering dihubungkan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensoris. Pemenuhan kebutuhan *self care* akan bertambah efektif seiring dengan bertambahnya usia dan kemampuan.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempunyai kontribusi dalam kemampuan perawatan diri. Pada laki-laki lebih banyak melakukan penyimpangan kesehatan seperti kurangnya manajemen berat badan dan kebiasaan merokok dibandingkan pada perempuan.

3. Status Perkembangan

Status perkembangan menurut Orem meliputi tingkat fisik seseorang, fungsional, perkembangan kognitif dan tingkat psikososial . Tahap perkembangan mempengaruhi kebutuhan dan kemampuan *self care* individu. Kognitif dan perilaku seseorang akan berubah sepanjang hidupnya sehingga perawat harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan.

4. Status kesehatan

Status kesehatan berdasarkan Orem antara lain status kesehatan saat ini, status kesehatan dahulu (riwayat kesehatan dahulu) serta persepsi tentang kesehatan masing masing individu. Status kesehatan meliputi diagnosis medis, gambaran kondisi pasien, komplikasi, perawatan yang dilakukan dan gambaran individu yang mempengaruhi kebutuhan *self care* (*self care requisite*). Tinjauan dari *self care*, status kesehatan pasien yang mempengaruhi kebutuhan *self care*.

5. Sosiokultural

Sistem yang saling terkait dengan lingkungan sosial seseorang, keyakinan spiritual, hubungan sosial dan fungsi unit keluarga.

6. Sistem pelayanan kesehatan

Sumber daya dari pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan tersedia untuk individu dalam melakukan diagnostik dan pengobatan.

7. Sistem keluarga

Peran atau hubungan anggota keluarga dan orang lain yang signifikan serta peraturan seseorang di dalam keluarga. Selain itu, sistem keluarga juga meliputi

tipe keluarga, budaya yang mempengaruhi keluarga, sumber-sumber yang dimiliki individu atau keluarga serta perawatan diri dalam keluarga.

8. Pola hidup

Pola hidup yang dimaksud adalah aktivitas normal seseorang yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

9. Lingkungan

Tempat seseorang biasanya melakukan perawatan diri di lingkungan rumah.

10. Ketersediaan sumber

Ketersediaan sumber ini termasuk ekonomi, personal, kemampuan dan waktu. Ketersediaan sumber-sumber yang mendukung perawatan diri atau proses penyembuhan pasien.

2.3 Diabetes Mellitus

2.3.1 Defenisi Diabetes Melitus

Diabetes mellitus atau biasa disebut kencing manis adalah penyakit yang disebabkan tingginya kadar glukosa dalam darah. Biasanya orang yang diserang kencing manis akan sering mengalami buang air kecil (kencing), sering merasa haus dan lapar, badan lemas, berat badan menurun, mata terasa kabur, kesemutan (Muhammad, 2014).

Diabetes mellitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau *hiperglikemia*, yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti *diabetes ketoasidosis* dan sindrom *Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik* (HHNK) (Mujahidullah, 2013).

Diabetes mellitus adalah suatu gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak akibat dari ketidakseimbangan antara ketersediaan insulin dengan kebutuhan insulin. Gangguan tersebut dapat berupa defisiensi absolute, gangguan pengeluaran insulin oleh sel beta pankreas, ketidakadekuatan atau kerusakan pada reseptor insulin, produksi insulin yang tidak aktif dan kerusakan insulin sebelum bekerja (Damayanti, 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh jumlah hormone insulin yang tidak mencukupi atau tidak dapat bekerja secara normal, padahal hormon ini memiliki peran utama dalam mengatur kadar glukosa (gula) didalam darah.

2.3.2 Patofisiologi

Sebagian besar gambaran patologi dari DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

1. Berkurangnya pemakaian glukosa sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200 mg/dL.
2. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang mengakibatkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
3. Berkurangnya protein pada jaringan tubuh.

Klien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal

(konsentrasi glukosa darah sebesar 160-280 mg/100ml), akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan posfat.

Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urin maka klien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagia. Akibat yang lain adalah *asthenia* atau kekurangan energy sehingga klien menjadi lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan *ateroskleorosis*, penebalan membrane basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya ganggren (Hasdianah, 2014)

2.3.3 Klasifikasi

Menurut Damayanti (2015), Diabetes mellitus dibagi menjadi 4 yaitu :

1. *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)*

IDDM ditandai oleh destruksi sel beta pancreas, terbagi dalam dua sub tipe yaitu tipe 1A yaitu diabetes yang diakibatkan proses imunologi dan tipe 1B yaitu diabetes idiopatik yang tidak diketahui penyebabnya. Diabetes 1A ditandai oleh destruksi autoimun sel beta. Sebelumnya disebut dengan diabetes juvenile, terjadi lebih sering pada orang muda tetapi dapat terjadi pada semua usia. Diabetes tipe 1 merupakan gangguan katabolisme yang

ditandai oleh kekurangan insulin absolute, peningkatan glukosa darah, dan pemecahan lemak dan protein tubuh.

2. *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)*

NIDDM yaitu diabetes resisten, lebih sering pada dewasa, tapi dapat terjadi pada semua umur, kebanyakan penderita kelebihan berat badan, ada kecenderungan familial, mungkin perlu insulin pada saat hiperglikemia selama stress.

3. *Diabetes Pada Kehamilan (Gestational Diabetes)*

Diabetes kehamilan terjadi pada intoleransi glukosa yang diketahui selama kehamilan pertama. Jumlahnya sekitar 2-4% kehamilan. Wanita dengan diabetes kehamilan akan mengalami peningkatan risiko terhadap diabetes setelah 5-10 tahun melahirkan.

4. *DM tipe lain (Others Specific Types)*

Merupakan gangguan endokrin yang menimbulkan hiperglikemia akibat peningkatan produksi insulin atau penurunan penggunaan glukosa oleh sel. Diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang dihubungkan dengan keadaan dan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pankreas atau pangangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali atau syndrome chusing, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati.

2.3.4 Etiologi

DM mempunyai etiologi yang heterogen, dimana berbagai lesi dapat menyebabkan insufisiensi insulin, tetapi determinan genetik biasanya memegang

peranan penting pada mayoritas DM, faktor lain yang dianggap sebagai kemungkinan etiologi DM yaitu :

1. Kelainan sel beta pankreas, berkisar dari hilang sel beta sampai kegagalan sel beta melepas insulin
2. Faktor-faktor lingkungan yang mengubah fungsi sel beta, antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, diet di mana pemasukan karbohidrat dan gula yang diproses secara berlebihan, obesitas dan kehamilan.
3. Gangguan system imunitas. System ini dapat dilakukan oleh autoimunitas yang disertai pembentukan sel-sel antibody antipankreatik dan mengakibatkan kerusakan sel-sel penghasil insulin, kemudian peningkatan kepekaan sel beta oleh virus.
4. Kelainan insulin. Pada pasien obesitas, terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat kurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membrane sel yang responsir terhadap insulin (Mujahidullah, 2012).

2.3.5 Faktor Resiko

Penyebab resistensi insulin pada diabetes sebenarnya tidak begitu jelas, faktor yang banyak berperan menurut Riyadi (2008) antara lain:

1. Riwayat Keluarga

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang DM akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin. Glukosa darah puasa yang tinggi dikaitkan dengan risiko diabetes di masa depan. Keluarga merupakan salah satu faktor resiko diabetes mellitus. Jika salah

satu dari orang tua menderita diabetes mellitus tipe II, resiko anak mereka terkena diabetes mellitus tipe II dengan sebesar 40%. Risiko ini akan menjadi 70% jika kedua orang tuanya menderita diabetes mellitus tipe II. Kembar identik akan berisiko lebih tinggi terkena diabetes mellitus dibandingkan dengan kembar yang tidak identik. Gen pembawa diabetes mellitus tersebut ikut mengatur fungsi dari sel yang memproduksi insulin beta.

Riwayat keluarga dapat terjadi untuk alasan non-genetik. Anggota keluarga sering berbagi lingkungan yang sama, terutama karena anak-anak dan remaja, sehingga riwayat keluarga saja tidak cukup sebagai bukti definitive genetik terkena penyakit tersebut. Selain itu, dengan penyakit diabetes tipe II, dua atau lebih anggota keluarga yang mungkin memiliki penyakit tersebut secara kebetulan saja .

2. Jenis Kelamin

Pria lebih rentan terkena hiperglikemia dibandingkan wanita. Persentase hiperglikemia pada pria sebesar 12,9%, sedangkan pada wanita 9,7%. Tidak ada perbedaan prevalensi diabetes mellitus tipe II antara pria dan wanita ketika berumur dibawah 25 tahun. Akan tetapi, mulai ada perbedaan sebesar 20% pada wanita daripada pria yang berumur 25-34 tahun. Pada kelompok umur 35-44 tahun perbedaannya menjadi 60% dan kelompok umur 45-64 tahun diabetes mellitus tipe II lebih tinggi 2 kali lipat pada wanita daripada pria.

3. Kelainan Genetik

Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang DM akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

4. Usia

Umur adalah lamanya hidup seseorang di hitung sejak dia lahir sampai ulang tahun. Penelitian ini dilakukan dan merupakan periode penyesuaian terhadap pola kehidupan baru dan harapan baru. Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang berisiko pada penurunan fungsi endokrin pancreas yang memproduksi insulin. DM tipe II biasanya bermula pada pasien yang umurnya lebih dari 30 dan menjadi semakin lebih umum dengan peningkatan usia. Sekitar 15 % dari orang yang lebih tua dari 70 tahun menderita DM tipe II.

5. Gaya Hidup Stres

Stres kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pancreas. Stress juga meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan sumber energy yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas mudah rusak sehingga berdampak pada penurunan insulin.

6. Pola Makan yang Salah

Kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama risiko terkena diabetes. Malnutrisi dapat merusak pancreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja dan resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan

cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pankreas.

7. Kebiasaan Merokok

Rokok mengandung zat adiktif yang bernama nikotin. Nikotin ini dapat mengakibatkan ketergantungan dan kehilangan control. Merokok merupakan salah satu faktor risiko dari diabetes mellitus tipe II. Merokok dapat mengakibatkan peningkatan sementara kadar glukosa darah. Selain itu, merokok juga dapat merusak sensitivitas organ dan jaringan terhadap aksi insulin. Bila dibandingkan dengan bukan perokok, perokok menjadi kurang sensitive terhadap insulin. Asupan nikotin dapat meningkatkan kadar hormone, seperti kortisol, yang dapat mengganggu efek insulin.

8. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pancreas mengalami hipertropi pancreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

9. Infeksi

Masuknya bakteri atau virus kedalam pancreas akan bersifat rusaknya sel-sel pancreas. Kerusakan ini berakibat pada penurunan fungsi pancreas. Seseorang yang sedang menderita sakit karena virus atau bakteri tertentu, merangsang produksi hormone tertentu yang secara tidak langsung berpengaruh pada kadar gula darah.

2.3.6 Manifestasi Klinik DM

Muhammad (2014), menyatakan manifestasi klinik yang sering dijumpai pada pasien DM yaitu:

1. *Poliuri* (Peningkatan pengeluaran urin)

Peningkatan pengeluaran urin mengakibatkan glikosuria karena glukosa darah sudah mencapai kadar "ambang ginjal", yaitu 180 mg/dL pada ginjal yang normal. Dengan kadar glukosa darah 180 mg/dL, ginjal sudah tidak bisa mereabsorpsi glukosa dari filtrat glomerulus sehingga timbul glikosuria. Karena glukosa menarik air, osmotik diuretik akan terjadi mengakibatkan poliuria.

2. *Polidipsia* (Peningkatan rasa haus)

Peningkatan pengeluaran urine yang sangat besar dan keluarnya air dapat menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (*Antidiuretic Hormone*) dan menimbulkan rasa haus.

3. Rasa lelah dan kelemahan otot

Rasa lelah dan kelemahan otot terjadi karena adanya gangguan aliran darah, katabolisme protein diotot dan ketidakmampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai energy sehingga hal ini membuat orang merasa lelah.

4. *Polifagia* (Peningkatan rasa lapar)

Sel tubuh mengalami kekurangan bahan bakar (*cell starvation*), pasien merasa sering lapar dan ada peningkatan asupan makanan.

5. Kesemutan rasa baal akibat terjadinya neuropati.

Pada penderita DM regenerasi persarafan mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur protein. Akibat banyak sel persarafan terutama perifer mengalami kerusakan.

6. Kelemahan tubuh

Kelemahan tubuh terjadi akibat penurunan produksi energi metabolik yang dilakukan oleh sel melalui proses glikolisis tidak dapat berlangsung secara optimal.

7. Luka atau bisul tidak sembuh-sembuh

Proses penyembuhan luka membutuhkan bahan dasar utama dari protein dan unsur makanan yang lain. Pada penderita DM bahan protein banyak diformulasikan untuk kebutuhan energi sel sehingga bahan yang dipergunakan untuk penggantian jaringan yang rusak mengalami gangguan. Selain itu luka yang sulit sembuh juga dapat diakibatkan oleh pertumbuhan mikroorganisme yang cepat pada penderita DM.

2.3.7 Komplikasi Diabetes Mellitus

Komplikasi DM terbagi dua berdasarkan lama terjadinya, yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis :

1. Komplikasi akut

Terjadi akibat ketidakseimbangan singkat kadar glukosa darah, yaitu berupa *hipoglikemia, diabetik ketoasidosis dan hiperglikemia hiperosmolar nonketosis*.

2. Komplikasi kronis

Komplikasi kronis terdiri dari penyakit mikrovaskuler dan penyakit mikrovaskuler dan neuropati.

a. Komplikasi makrovaskuler

Komplikasi ini diakibatkan karena perubahan ukuran diameter pembuluh darah. Pembuluh darah akan menebal, sklerosis dan timbul sumbatan akibat plaque yang menempel. Komplikasi makrovaskuler yang paling sering terjadi adalah penyakit *arteri koroner, penyakit cerebrovaskuler dan penyakit vaskuler perifer*.

b. Komplikasi mikrovaskuler

Perubahan mikrovaskuler melibatkan kelainan struktur dalam membran pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan pada pembuluh darah ini menyebabkan dinding pembuluh darah menebal, dan mengakibatkan penurunan perfusi jaringan.

c. Neuropati

Neuropati diabetik merupakan sindroma penyakit yang mempengaruhi jenis syaraf, yaitu *saraf perifer, otonom dan spinal*. Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan di kaki, yaitu berupa ulkus kaki diabetik, pada umumnya tidak terjadi dalam 5-10 tahun pertama setelah didiagnosa, tetapi tanda-tanda komplikasi

mungkin ditemukan pada saat mulai terdiagnosis DM tipe II karena DM yang dialami pasien tidak terdiagnosis selama beberapa tahun (Damayanti, 2015).

2.3.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi: GDS >200 mg/dL, gula darah puasa >120 mg/dL dan glukosa 2 jam PP (*post prandial*) >200 mg/dL

2. Urin

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urin, pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict (reduksi), hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urin: hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan bata (++++)

3. Kultur pus

Mengetahui jumlah kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kelamin (Mujahidullah, 2013).

2.3.9 Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa darah normal (*euglikemia*) tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien.

Ada lima komponen dalam penatalaksanaan DM, antara lain :

1. Terapi diet

Tujuan diet penyakit DM adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, dengan cara :

- a. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin (*endogenous dan exogenous*) dengan obat penurun glukosa oral dan aktivitas fisik.
- b. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal.
- c. Memberi cukup energy untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal.
- d. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, komplikasi jangka pendek, dan komplikasi jangka lama serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani.

2. Latihan fisik

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Pada individu nondiabetik pelepasan insulin menurun selama latihan dan

dengan demikian tidak terjadi hipoglikemia, tetapi bagi pasien-pasien yang mendapat injeksi insulin tidak dapat melakukan latihan dan pemakaian glukosa yang meningkat sewaktu latihan dapat menimbulkan hipoglikemia.

Pasien perlu melakukan pengaturan waktu yang tepat dalam melakukan latihan fisik agar dapat melakukan pengaturan kadar glukosa yang lebih baik. Meskipun demikian, penderita DM dengan kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL (14 mmol/L) dan menunjukkan adanya keton dalam urin tidak boleh melakukan latihan sebelum pemeriksaan keton urin memperlihatkan hasil negatif dan kadar glukosa darah telah mendekati normal. Latihan dengan kadar glukosa darah yang tinggi akan meningkatkan sekresi *glukagon*, *growth hormone*, dan *katekolamin*. Peningkatan hormon ini membuat hati melepas lebih banyak glukosa sehingga terjadi kenaikan kadar glukosa darah.

3. Pemantauan

Penderita Diabetes dapat melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri dengan cara mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia dan hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang.

Metode yang digunakan dalam pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri harus sesuai dengan tingkat keterampilan pasien. Faktor-faktor

yang mempengaruhi pemantauan mandiri glukosa darah mencakup ketajaman penglihatan, koordinasi motorik yang baik, kemampuan intelektual, kebiasaan dalam menggunakan teknologi, kemauan, dan biaya. Perawat berperan penting dalam mengajarkan tentang pemantauan mandiri glukosa darah. Perawat mengevaluasi teknik yang digunakan oleh pasien yang sudah berpengalaman dalam pemantauan mandiri.

Kepada pasien harus diberitahukan agar tidak membeli produk pemantauan mandiri dari toko atau katalog yang tidak menyertakan petunjuk pemakaian. Setiap 6 sampai 12 bulan sekali, pasien harus membandingkan pengukuran alat yang dimilikinya dengan hasil pemeriksaan kadar glukosa darah yang dilakukan oleh laboratorium pada saat yang bersamaan.

4. Terapi obat

Pada DM Tipe I, tubuh kehilangan kemampuan untuk memproduksi insulin. Dengan demikian, insulin eksogenus harus diberikan dalam jumlah tak terbatas. Pada DM Tipe II, insulin mungkin diperlukan sebagai terapi jangka panjang untuk mengendalikan kadar glukosa darah jika diet dan obat hipoglikemia oral tidak berhasil mengontrolnya. Di samping itu, sebagian pasien DM Tipe II yang biasanya mengendalikan kadar glukosa darah dengan diet atau dengan diet dan obat oral kadang membutuhkan insulin secara temporer selama mengalamisakit, infeksi, kehamilan, pembedahan, atau beberapa kejadian stres lainnya. Berdasarkan mekanisme kerjanya, obat-obat hipoglikemik oral dapat menjadi 3 golongan, yaitu:

- a. Obat-obat yang meningkatkan sekresi insulin, meliputi obat hipoglikemik oral golongan sulfonilurea dan glinida (*meglitinida dan turunan fenilalanin*).
- b. *Sensitiser insulin* (obat-obat yang dapat meningkatkan sensitifitas sel terhadap insulin), meliputi obat-obat hipoglikemik golongan *biguanida dan tiazolidindion*, yang dapat membantu tubuh untuk memanfaatkan insulin secara lebih efektif.
- c. *Inhibitor katabolisme karbohidrat*, antara lain inhibitor α -glukosidase yang bekerja menghambat absorpsi glukosa dan umum digunakan untuk mengendalikan hiperglikemia *post-prandial* (*post-meal hyperglycemia*). Disebut juga “starch-block”. Pasien-pasien dengan gejala DM yang ringan dapat mempertahankan kadar glukosa darah normal hanya dengan menjalankan diet saja. Tetapi, pasien-pasien diabetik dengan sisa sel-sel pulau langerhans yang masih berfungsi merupakan calon yang tepat untuk penggunaan agen hipoglikemik oral seperti sulfonilurea.

Obat-obat ini merangsang fungsi sel beta dan meningkatkan sekresi insulin. Selain itu, obat ini juga memperbaiki kerja perifer dari insulin, dengan demikian berguna dalam penatalaksanaan pasien-pasien DM Tipe II yang mengalami gangguan responnya terhadap insulin. Pasien DM Tipe I telah kehilangan fungsi sel-sel pulau Langerhansnya dan agen hipoglikemik oral tidak efektif untuk mereka.

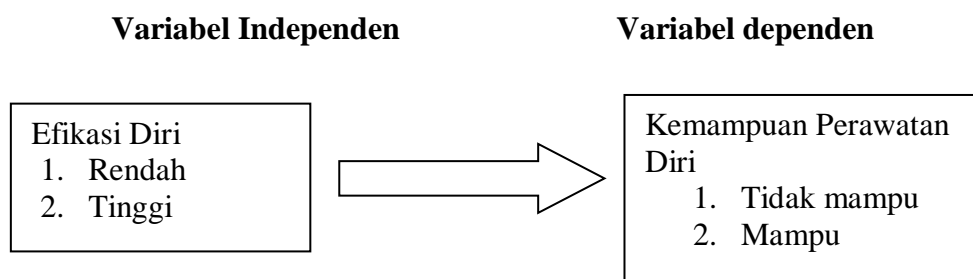
5. Pendidikan

Diabetes Mellitus merupakan penyakit kronis yang memerlukan perilaku penanganan mandiri yang khusus seumur hidup. Karena diet, aktivitas fisik, dan stres fisik serta emosional dapat mempengaruhi pengendalian diabetes, maka pasien harus belajar untuk mengatur keseimbangan berbagai faktor. Pasien bukan hanya harus belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri setiap hari guna menghindari penurunan atau kenaikan kadar glukosa darah yang mendadak, tetapi juga harus memiliki perilaku preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang. Penghargaan pasien tentang pentingnya pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki oleh penderita Diabetes dapat membantu perawat terhadap terapi diet adalah 53,6%.

Triana, Karim dan Jumaini dalam penelitiannya juga menemukan bahwa kepatuhan pasien DM terhadap terapi diet hanya 57,6%. Rendahnya tingkat kepatuhan pasien DM terhadap terapi diet sehubungan dengan jenis dan jumlah makanan yang dianjurkan. Pengetahuan pasien dan keyakinan tentang penyakit, motivasi untuk mengelolanya, kepercayaan (*self efficacy*) tentang kemampuan untuk terlibat dalam perilaku manajemen penyakit, dan harapan mengenai hasil pengobatan serta konsekuensinya dari ketidakpatuhan berinteraksi untuk mempengaruhi kepatuhan dengan cara yang belum sepenuhnya dipahami (Muhammad, 2008).

2.4 Kerangka Konsep

Menurut Notoatmodjo (2012) Kerangka konsep merupakan formulasi atau simplifikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut. Oleh sebab itu, kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain. Dengan adanya kerangka konsep akan mengarahkan kita untuk menganalisa hasil penelitian, maka penulis dapat menggambarkan kerangka konsep sebagai berikut :



Skema 1: Kerangka Konsep Penelitian

2.4 Uji Hipotesa

Hipotesa adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012).

Adapun Hipotesa dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ha: Ada hubungan antara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes mellitus tipe II.
2. Ho : Tidak ada hubungan antara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes mellitus tipe II

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif *kolerasi*. *Korelasi*, yaitu suatu metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan hubungan korelasi antar variabel, yaitu variabel bebas hubungan efikasi diri dan variabel terikatnya kemampuan perawatan diri pasien pasien diabetes mellitus tipe II. Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu suatu penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk faktor resiko dan variabel-variabel yang termasuk efek di observasi atau pengamatan variabel bebas dan terikat dilakukan pada waktu yang sama, (Notoadmodjo, 2012).

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Maret 2019 sampai dengan bulan Agustus 2019. Berikut adalah tabel mengenai jadwal penelitian:

| NO. | KEGIATAN | BULAN | | | | | | | | | | | |
|-----|------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | | Nov | Des | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | |
| 1. | Pengajuan judul | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Pembuatan proposal | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Seminar proposal | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Pelaksanaan Penelitian | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Seminar Hasil | | | | | | | | | | | | |

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Hutaimbaru karena tingginya angka kejadian penyakit diabetes mellitus di Puskesmas Hutaimbaru, serta peneliti ingin mengetahui apakah pasien DM tipe II mampu merawat dirinya mulai dari perawatan kebersihan diri, diet makanan yang bisa membahayakan pada pasien dan apakah pasien sering melakukan kunjungan kepuskesmas untuk kontrol gula darahnya.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Arikunto (2006), populasi adalah keseluruhan subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini yakni semua penderita diabetes mellitus yang ada di wilayah kerja Puskesmas Hutaimbaru yang tercatat data yang masuk ke rekam medic mulai dari bulan Juni 2018 sampai dengan Maret 2019 yang berjumlah sebanyak 114 orang.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki populasi tertentu. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi. Apa yang dipelajari dari sampel itu, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representative (mewakili) (Sugiyono, 2013).

Adapun cara untuk menentukan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus *slovin*, sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

Keterangan :

n = Ukuran sampel/ jumlah populasi

N = Ukuran populasi

e = Persentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih ditolerir, e = 0,2

$$n = \frac{114}{1 + 114 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{114}{1 + 1,14}$$

$$\frac{114}{2,14}$$

$$n = 53$$

Berdasarkan perhitungan diatas, sampel yang menjadi responden dalam penelitian ini disesuaikan menjadi 53 orang.

3.4 Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah dengan menggunakan alat kuesioner yaitu sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden. Kuisisioner penelitian

untuk variabel efikasi diri pasien diabetes melitus dengan 18 pernyataan menggunakan kuisisioner yang diambil oleh penelitian Arnike Doya dengan judul penelitian “ efikasi diri pasien diabetes mellitus tipe 2 di RSUP.H. Adam Malik tahun 2017” . Berdasarkan hasil uji valid, dari 18 butir soal kuisisioner efikasi diri pasien diabetes mellitus mendapatkan skor 0,896, sehingga kuisisioner valid untuk digunakan. Sedangkan kuisisioner perawatan diri sebanyak 17 pertanyaan menggunakan kuisisioner yang diambil dari penelitian Linda dengan judul penelitian “ gambaran *self care* penderita diabetes mellitus (DM) di wilayah kerja puskesmas Srandol Semarang Tahun 2017. Berdasarkan hasil uji valid, dari 17 butir soal kuisisioner *self care* pasien diabetes mellitus mendapatkan skor 0.855, sehingga kuisisioner valid digunakan untuk penelitian di puskesmas hutaimbaru

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah awal dalam mendapatkan data penelitian. Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan tahap sebagai berikut :

a. Tahap Persiapan

1. Peneliti mendapat izin persetujuan dari institusi pendidikan yaitu program studi ilmu keperawatan STIKes Aufa Royhan Padangsidempuan
2. Peneliti mengajukan izin dari Puskesmas Hutaimbaru.

b. Tahap Pelaksanaan

1. Peneliti menetapkan responden
2. Melakukan wawancara pada responden tentang kesediaannya menjadi responden

3. Menjelaskan pada responden tentang tujuan, manfaat, akibat menjadi responden
4. Calon responden yang setuju diminta tanda tangan pada lembar persetujuan (*informed consent*)
5. Peneliti memberikan kuisisioner kepada responden yang sudah menanda tangani surat persetujuan (*informed consent*) dan responden mengisi pertanyaan dan pernyataan yang terdapat pada kuisisioner tersebut.

3.6 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah suatu pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrument (alat ukur) (Notoatmodjo, 2012).

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

| No | Variabel | Defenisi Operasional | Alat Ukur | Skala Ukur | Hasil Ukur |
|----|--------------------------|---|-------------|------------|--|
| 1 | Efikasi diri | Keyakinan pasien terhadap kemampuannya untuk melakukan berbagai upaya untuk kesehatannya. | Kuisisioner | Ordinal | 1. Rendah 0 - 12 2. Tinggi 13-18 |
| 2 | Kemampuan perawatan diri | Sejauh mana pasien mampu merawat dirinya apakah mampu merawat dirinya, dibantu keluarga atau orang lain | Kuisisioner | Ordinal | 1. Tidak Mampu 0-84 2. Mampu 85-119 |

3.7 Etika Penelitian

Dalam buku Hidayat (2007) menjelaskan masalah etika pendidikan keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

1. *Informed consent*

Melakukan kontrak persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan peneliti hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

3.8 Pengolahan dan Analisa Data

3.8.1 Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2012) data yang telah terkumpul dengan cara manual dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing* (Penyuntingan data)

Hasil wawancara atau angket yang diperoleh atau dikumpulkan melalui kuesioner perlu di sunting. Kalau ternyata masih ada data atau informasi yang tidak lengkap, dan tidak mungkin dilakukan wawancara ulang, maka kuesioner tersebut di keluarkan (*Droup Out*)

2. Membuat lembaran kode atau kartu kode (*Coding Sheet*)

Adalah instrumen berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual

3. Memasukkan data (*Data Entry*)

Yakni mengisi kolom-kolom atau kontak-kontak lembar kode atau kartu kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

4. Tabulasi

Yakni membuat tabel-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti.

3.8.2 Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menggunakan pengukuran terhadap masing-masing responden lalu masukkan dalam tabel distribusi frekuensi, kemudian presentasikan masing-masing variabel responden lalu melakukan pembahasan dengan menggunakan teori dari pustaka yang ada.

1. Univariat

Analisa univariat digunakan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan karakteristik variabel-variabel yang diteliti. Variabel penelitian dideskripsikan berdasarkan jenis datanya. Pada analisa univariat ini sekaligus untuk melihat jumlah responden berdasarkan karakteristik demografi individu yaitu dari pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, umur dan lama menderita DM tipe II.

2. Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Dalam hal ini mencari tahu hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan melaksanakan diet pada pasien diabetes mellitus tipe II dengan menggunakan uji *chi-square* dengan menggunakan program computerisasi dengan nilai kebermaknaan $\alpha=0,05$.

BAB 4 HASIL PENELITIAN

4.1 Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang berjudul “Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus, diperoleh dari kuisisioner yang diberikan kepada 53 orang responden.

4.2 Analisa Univariat

4.2.1 Karakteristik Demografi Responden

Penelitian ini berdasarkan karakteristik responden pada pasien efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pada pasien diabetes melitus yang mencakup umur, jenis kelamin, pendidikan dan lamanya menderita penyakit DM

Tabel 4.2.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan diri Pada Pasien Penderita Diabetes Melitus

| Karakteristik Responden | Frekuensi | Persentase (%) |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|
| Umur | | |
| 26-16 Tahun | 0 | 0 |
| 36-45 Tahun | 9 | 17,0 |
| 46-55 Tahun | 26 | 49,0 |
| >56 Tahun | 18 | 34,0 |
| Total | 53 | 100 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 22 | 41,5 |
| Perempuan | 31 | 58,5 |
| Total | 53 | 100 |
| Pendidikan | | |
| SD | 14 | 26,4 |
| SMP | 21 | 39,6 |
| SMA | 16 | 30,2 |
| PT | 2 | 3,8 |
| Total | 53 | 100 |

| Lama Menderita DM | | |
|--------------------------|-----------|------|
| 3-12 Bulan | 11 | 20,8 |
| 1-1,5 Tahun | 19 | 35,8 |
| >5 Tahun | 23 | 43,4 |
| Total | 53 | |

Dari tabel 4.2.1 dapat dilihat bahwa dari 53 responden yang diteliti berdasarkan umur, dimana umur 26-35 tahun tidak ada, 36-45 tahun sebanyak 9 orang (17,0%), 46-55 tahun sebanyak 26 orang (49,1%) dan umur diatas > 56 tahun sebanyak 18 orang (34,0%). Berdasarkan jenis kelamin, dimana jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (41,5%) dan perempuan sebanyak 31 orang (58,5%). Berdasarkan pendidikan, dimana pendidikan SD sebanyak 14 orang (26,4%), SMP sebanyak 21 orang (39,6%), SMA sebanyak 16 orang (30,2%) dan PT sebanyak 2 orang (3,8%). Berdasarkan lama menderita penyakit DM, dimana lama 3-12 bulan sebanyak 11 orang, 1-1,5 tahun sebanyak 19 orang (35,8%) dan > 5 tahun sebanyak 23 orang (43,4%).

4.3 Analisa Univariat

Analisa Univariat digunakan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti dalam penelitian yaitu melihat distribusi frekuensi variabel independen dan dependen yang disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Tabel 4.3.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus

| Efikasi Diri | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------|------------------|-----------------------|
| Rendah | 27 | 50,9 |
| Tinggi | 26 | 49,1 |
| Total | 53 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.3.1 dapat diketahui bahwa dari 53 responden yang diteliti berdasarkan efikasi diri dimana efikasi diri rendah sebanyak 27 orang (50,9%) dan efikasi diri tinggi sebanyak 26 orang (49,1%)..

Tabel 4.3.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kemampuan Perawatan Diri Pada Pasien Diabetes Melitus

| Kemampuan Perawatan Diri | Frekuensi | Persentase (%) |
|---------------------------------|------------------|-----------------------|
| Tidak Mampu | 28 | 52,8 |
| Mampu | 25 | 47,2 |
| Total | 53 | 100 |

Berdasarkan tabel 4.3.2 dapat diketahui bahwa dari 53 responden yang diteliti berdasarkan kemampuan perawatan diri pada pasien diabetes melitus dimana perawatan diri tidak mampu sebanyak 28 orang (52,8%) dan mampu sebanyak 25 orang (47,2%).

4.4 Analisa Bivariat

Analisa Bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan dependen.

Tabel 4.4.1 Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus

| NO | Efikasi Diri | Kemampuan Perawatan Diri | | | | | | P-Value |
|--------------|--------------|--------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|--------------|
| | | Tidak Mampu | | Mampu | | Total | | |
| | | f | % | f | % | f | % | |
| 1 | Rendah | 6 | 11,3 | 21 | 39,7 | 27 | 51 | 0,000 |
| 2 | Tinggi | 22 | 41,5 | 4 | 7,5 | 26 | 49 | |
| Total | | 28 | 52,8 | 25 | 47,2 | 53 | 100 | |

Berdasarkan tabel 4.4.1, dapat disimpulkan bahwa efikasi diri rendah dengan kemampuan perawatan diri tidak mamapu sebanyak 6 orang (11,3%), efikasi diri rendah dan kemampuan perawatan diri mampu sebanyak 21 orang

(39,7%). Sedangkan efikasi diri tinggi dan kemampuan diri tidak mampu sebanyak 22 orang (41,5%) dan efikasi diri tinggi dan perawatan diri mampu sebanyak 4 orang (7,5%).

Dilihat dari hasil uji statistik *chi-square* di dapatkan hasil nilai signifikan $p=(0,000)$ ($<0,05$) jadi dapat disimpulkan bahwa ada hubungan anantara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus berarti H_a diterimadan H_o ditolak.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Analisa Univariat

Dalam pembahasan ini peneliti mencoba untuk menjawab pertanyaan yaitu bagaimana hubungan antara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus tipe II diperoleh dari kuisioner yang diberikan kepada 53 responden.

5.1.1 Umur Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan umur dimana mayoritas berumur 46-55 tahun sebanyak 26 orang (49,1%) dan minoritas berumur 26-35 tahun tidak ada.

Umur adalah usia responden saat dilakukan penelitian. Pada umumnya seseorang terkena diabetes mellitus pada usia > 40 tahun hal ini dikarenakan kelompok usia > 40 tahun mempunyai resiko lebih tinggi terkena DM akibat menurunnya kemampuan kelenjar pankreas dalam menghasilkan insulin mengakibatkan rendahnya jumlah glukosa yang diubah menjadi energy. Meski begitu tidak menutup kemungkinan usia muda juga dapat terkena diabetes mellitus karena dipengaruhi oleh perubahan gaya hidup, (Anita, 2016)

5.1.2 Jenis Kelamin Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan jenis kelamin, dimana mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang (58,5) dan minoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (41,5%).

Jenis kelamin adalah pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditemukan secara biologi yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Perempuan lebih beresiko menderita DM, karena wanita cenderung memiliki badan yang gemuk atau memiliki kandungan lemak yang lebih banyak dibandingkan laki-laki sehingga beresiko untuk terjadi obesitas. Kolesterol meningkat akan menyebabkan reseptor insulin berkurang, sehingga menyebabkan kadar gula darah meningkat (Rohmah, 2016).

Lebih tingginya angka kejadian DM pada perempuan dikarenakan secara fisik perempuan memiliki peluang mengalami peningkatan indeks masa tubuh (IMT) lebih besar yang kemudian akan beresiko mengalami kegemukan (obesitas). Selain itu, sindroma siklus bulanan (*pre-menstrual syndrome*) dan pasca menopause akan mengakibatkan distribusi lemak di tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal tersebut sehingga perempuan lebih beresiko menderita penyakit DM.10,57 Peningkatan kadar lemak darah (lipid) pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki karena jumlah lemak pada perempuan berkisar antara 20-25 %, sedangkan pada laki-laki adalah sekitar 15-20 %. Sehingga terjadinya resiko menderita DM pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu sebesar 2-3 kali, (Sugiyono, 2013).

Hal ini diperkuat oleh Taylor (2008) yang menjelaskan kejadian DM lebih tinggi wanita dari pada pria, karena hal ini disebabkan oleh penurunan hormon estrogen akibat *menopause*. Estrogen pada dasarnya berfungsi untuk menjaga keseimbangan kadar gula darah dan meningkatkan penyimpanan lemak, serta progesteron yang berfungsi untuk menormalkan kadar gula darah.

5.1.3 Pendidikan Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan pendidikan responden dimana mayoritas berpendidikan SMP sebanyak 21 orang (39,6%) dan minoritas berpendidikan PT sebanyak 2 orang (3,8%).

Dalam tinjauan teoritik tidak dijelaskan keterkaitan antara pendidikan dengan penyakit diabetes melitus, namun tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya. Serta memilih dan memutuskan tindakan atau terapi yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya (Yusra, 2014).

Menurut Hary (2008), pada umumnya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik pula pengetahuannya, namun menurut Notoatmodjo (2010) perlu ditekankan bahwa orang yang berpendidikan rendah tidak berarti pengetahuannya rendah pula.

Dari hasil penelitian lain pendidikan dapat menentukan tingkat pengetahuan seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru di perkenalkan.

Sejalan dengan pendapat dari Notoatmodjo (2012) mengungkapkan bahwa pendidikan berdampak pada peningkatan wawasan atau pengetahuan seseorang. Pendidikan merupakan faktor terpenting dalam memahami penyakit, perawatan diri, pengelolaan DM serta pengontrolan gula darah. Seseorang yang

berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas terhadap pengelolaan DM dalam hal ini pengelolaan diet dibandingkan seseorang yang pendidikannya lebih rendah.

5.1.4 Lama Menderita DM Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan lama menderita dimana mayoritas lama menderita DM >5 tahun sebanyak 23 orang (43,4%) dan minoritas lama menderita 3-12 bulan sebanyak 11 orang (20,8%).

Lamanya menderita DM kurang dapat menggambarkan kondisi penyakit yang sesungguhnya. Hal ini terjadi karena klien baru terdiagnosa DM setelah mengalami suatu komplikasi yang nyata, padahal perjalanan penyakit DM sudah berlangsung cukup lama sebelum klien terdiagnosa.

Seseorang dengan durasi penyakit lebih lama memiliki pengalaman dalam mengatasi penyakit mereka dan melakukan perawatan diri yang lebih baik. Seseorang yang telah didiagnosis dengan diabetes bertahun-tahun dapat menerima diagnosis penyakitnya dan rejimen pengobatannya, serta memiliki adaptasi yang lebih baik terhadap penyakitnya dengan mengintegrasikan gaya hidup baru dalam kehidupan mereka, (Hassan, 2008)

5.1.5 Efikasi Diri Responden

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan efikasi diri pasien diabetes melitus mayoritas rendah sebanyak 27 orang (50,9%) dan minoritas efikasi diri pasien tinggi sebanyak 26 orang (49,1%).

Menurut Gayatri (2011), efikasi diri dapat terbentuk dan berkembang melalui empat proses yaitu kognitif, motivasional, afektif, dan seleksi. Sumber sumber efikasi diri dapat berasal dari pengalaman individu, pengalaman orang lain, persuasi sosial, kondisi fisik, dan emosional. Pengalaman dan keberhasilan individu dalam mengelola DM merupakan sumber utama dalam pembentukan efikasi diri pasien. Belajar dari pengalaman orang lain melalui observasi dan meniru perilaku kesehatan yang benar dapat meningkatkan efikasi diri. Melalui persuasi verbal, klien mendapat pengaruh dan sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah. Kondisi fisik dapat mempengaruhi status emosional, begitu juga sebaliknya, yang dapat mempengaruhi efikasi diri dan kemampuan dalam perawatan diri.

Johnson (2006) menyatakan bahwa efikasi diri pada pasien DM tipe 2 menggambarkan suatu kemampuan individu untuk membuat suatu keputusan yang tepat. Meliputi ketepatan dalam merencanakan, memonitor, dan melaksanakan regimen perawatan sepanjang hidup individu. Efikasi diri pada pasien DM tipe 2 berfokus pada keyakinan pasien untuk mampu melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya dan meningkatkan manajemen perawatan dirinya seperti diet, latihan fisik, medikasi, kontrol glukosa, dan perawatan DM secara umum.

5.1.6 Kemampuan Perawatan Diri

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 53 responden yang menjadi sampel penelitian berdasarkan kemampuan perawatan diri pasien DM

dimana mayoritas tidak mampu sebanyak 28 orang (52,8%) dan minoritas kemampuan perawatan diri DM mampu sebanyak 25 orang (47,2%)

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Krisnatuti (2016) hasil menunjukkan bahwa sebanyak 67 responden DM (49,6 %) memiliki perilaku *self care* yang kurang. Hal ini diperoleh dari beberapa jawaban responden yang menunjukkan perilaku yang kurang yaitu sebanyak 36,2% responden tidak pernah merencanakan pola makan/ diet dalam satu minggu terakhir, sebanyak 35,5% responden tidak pernah mengikuti sesi latihan khusus, serta sebanyak 70,3% responden tidak menggunakan pelembab/ *lotion* pada kaki. Seseorang yang memiliki perilaku *self care* kurang biasanya memiliki tingkat pengetahuan yang kurang terhadap pelaksanaan *self care* DM

Perawatan DM (*self care*) merupakan tindakan mandiri yang harus dilakukan oleh penderita DM dalam kehidupannya sehari-hari dengan tujuan untuk mengontrol glukosa darah. Komponen dalam pelaksanaan *self care* DM meliputi pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), perawatan kaki, minum obat diabetes, dan monitoring glukosa darah

5.2 Analisa Bivariat

5.2.1 Hubungan Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe II

Hasil mengungkapkan bahwa efikasi diri dengan perawatan diri pasien diabetes melitus tipe II dari 53 responden yang dieliti dimana efikasi diri rendah dengan kemampuan perawatan diri tidak mampu sebanyak 6 orang (11,3%), efikasi diri rendah dan kemampuan perawatan diri mampu sebanyak 21 orang

(39,7%). Sedangkan efikasi diri tinggi dan kemampuan diri tidak mampu sebanyak 22 orang (41,5%) dan efikasi diri tinggi dan perawatan diri mampu sebanyak 4 orang (7,5%).

Dilihat dari hasil uji statistik *chi-square* di dapatkan hasil nilai signifikan $p=(0,000)$ ($<0,05$) jadi dapat disimpulkan bahwa ada hubungan anatara efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus berarti H_a diterimadan H_o ditolak.

Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitan yang dilakukan oleh Veny (2014), tentang efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes mellitus di Rumah Sakit Arifin Achmad Pekanbaru. Hasil penelitian menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang erat antara efikasi diri dengan self care (*kemampuan perawatan diri*) menggunakan uji *chi-square* mendapatkan nilai (p 0,001).

Hasil penelitian ini juga di dukung oleh penelitan yang dilakukan Zaenal (2010) dengan judul hubungan efikasi diri dengan perawatan diri pasien diabetes mellitus di Puskesmas Legok dimana dengan ini (r 0,342) dan nilai signifikan ($p=0,044$) ($p<0,05$) jadi dapat disimpulkan adanya hubungan antara kemampuan perawatan diri dengan efikasi diri pada pasien diabetes

Efikasi diri merupakan salah satu aspek pengetahuan tentang diri atau *self knowledge* yang paling berpengaruh dalam kehidupan manusia sehari-hari. Hal ini disebabkan efikasi diri yang dimiliki ikut mempengaruhi individu dalam menentukan tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai suatu tujuan termasuk di dalamnya perkiraan berbagai kejadian yang akan dihadapi. Efikasi diri yakni

keyakinan bahwa seseorang bisa menguasai situasi dan mendapatkan hasil positif, (Guffron, 2010).

Efikasi diri merupakan salah satu aspek yang diperlukan bagi pasien diabetes melitus tipe II untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola penyakitnya dan manajemen diri pada diabetes menggabungkan antara faktor perilaku, faktor individu dan faktor lingkungan ke dalam kegiatan sehari-hari yang telah direkomendasikan untuk pasien diabetes. Efikasi diri dan manajemen diri pada pasien diabetes merupakan dua komponen penting sebagai dasar untuk mencegah komplikasi terkait penyakitnya dan mempertahankan kualitas hidup. Perubahan perilaku dan gaya hidup biasanya sulit dilakukan bagi penderita diabetes sehingga diperlukan pendekatan yang komprehensif dalam mengembangkan program perubahan perilaku yang melibatkan faktor-faktor tersebut, (Anwar, 2013)

Bandura (2008) menegaskan bahwa seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan menetapkan tujuan yang tinggi dan berpegang teguh pada tujuannya. Sebaliknya, seseorang yang memiliki efikasi diri yang lemah akan berkomitmen lemah pada tujuannya, sehingga terjadi ketidakpatuhan terhadap perawatan dirinya. Efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam mengelola perawatan diri pada pasien DM.

Perawatan diri (*Self care*) merupakan teori keperawatan yang dikembangkan oleh Dorothea Orem (2003). Orem mengembangkan definisi keperawatan yang menekankan kebutuhan klien terhadap perawatan diri sendiri.

Sementara menurut WHO (2009) mendefinisikan *self-care* sebagai kemampuan individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan menjaga kesehatan dan mengatasi penyakit dan kecacatan dengan atau tanpa dukungan dari penyedia layanan kesehatan. Tujuan dari teori Orem adalah untuk membantu klien melakukan perawatan diri sendiri *Self care* DM merupakan program yang harus dijalankan sepanjang kehidupan penderita DM dan menjadi tanggung jawab penuh bagi penderita DM. *Self care* DM bertujuan mengoptimalkan kontrol metabolik, mengoptimalkan kualitas hidup, serta mencegah komplikasi akut dan kronis. Terapi pada DM memiliki tujuan utama yaitu untuk mengurangi komplikasi yang ditimbulkan akibat DM dengan cara menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah. Seseorang yang memiliki perilaku *self care* kurang biasanya memiliki tingkat pengetahuan yang kurang terhadap pelaksanaan *self care* DM.

Self care DM merupakan tindakan mandiri yang harus dilakukan oleh penderita DM dalam kehidupannya sehari-hari dengan tujuan untuk mengontrol glukosa darah. Komponen dalam pelaksanaan *self care* DM meliputi pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), perawatan kaki, minum obat diabetes, dan monitoring glukosa darah.

Selain itu, dari hasil penelitian ini juga diketahui tiga faktor eksternal yang juga dapat meningkatkan efikasi diri responden yakni dukungan keluarga, pekerjaan, dan pendidikan. Adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien DM tipe 2 untuk dapat meningkatkan keyakinan akan kemampuannya melakukan tindakan perawatan diri. Pasien DM tipe 2 yang berada dalam lingkungan

keluarga dan diperhatikan oleh anggota keluarganya akan dapat menimbulkan perasaan nyaman dan aman sehingga akan tumbuh rasa perhatian terhadap diri sendiri dan meningkatkan motivasi untuk melaksanakan perawatan diri, (Maryati, 2008).

Allen (2006) menjelaskan bahwa dukungan keluarga berupa kehangatan dan keramahan, dukungan emosional terkait monitoring glukosa, diet dan latihan dapat meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri sendiri. Mills (2008) menyatakan ada beberapa hal penting yang dapat dilakukan untuk mendukung anggota keluarga yang menderita DM yaitu dengan meningkatkan kesadaran dirinya untuk mengenali penyakit DM bahwa DM tidak bisa disembuhkan, sehingga pasien memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengelola penyakitnya. Selain itu tinggal bersama dengan anggota keluarga yang sakit dan memberikan bantuan, menyediakan waktu, mendorong untuk terus belajar dan mencari tambahan pengetahuan tentang DM merupakan bentuk-bentuk kegiatan yang bisa dilakukan keluarga dalam rangka memberi dukungan pada anggota keluarga yang sakit.

Menurut Pratiwi (2009) secara umum dapat disimpulkan bahwa orang-orang yang merasa menerima motivasi, perhatian dan pertolongan yang dibutuhkan dari seseorang atau kelompok orang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis dari pada pasien yang kurang merasa mendapat dukungan keluarga.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah penulis lakukan dengan judul “Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus.

Maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil penelitian karakteristik responden dalam penelitian ini mayoritas berumur 46-55 tahun sebanyak 26 orang (49,1%), mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang (58,5%), mayoritas berpendidikan SMP sebanyak 21 orang (39,6%) dan mayoritas lama menderita DM > 5 tahun sebanyak 23 orang (43,4%).
2. Efikasi diri pada pasien diabetes melitus mayoritas rendah sebanyak 27 orang (50,9%).
3. Kemampuan perawatan diri pada pasien diabetes melitus mayoritas tidak mampu sebanyak 28 orang (52,8%).
4. Ada hubungan anatar efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pada pasien diabetes melitus dimana p- value sebesar 0,000 ($p < 0,05$).

6.2 Saran

Dari hasil penelitian yang telah penulis lakukan dengan judul Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes melitus

Maka penulis mengambil saran sebagai berikut :

1. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menambah referensi bagi ilmu kesehatan keperawatan khususnya tentang efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pasien diabetes melitus

2. Bagi Responden

Diharapkan responden lebih meningkatkan pengetahuan khususnya tentang efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pada pasien diabetes mellitus dan banyak melakukan kegiatan ke hal positif untuk menghindari kejenuhan yang bisa mengakibatkan stress.

3. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan bagi petugas kesehatan agar membuat program dan memfasilitasi sarana dan prasarana untuk penyuluhan kesehatan tentang efikasi diri dengan kemampuan perawatan diri pada pasien diabetes mellitus serta petugas kesehatan diharapkan memberikan edukasi dan motivasi kepada penderita dan melaksanakan senam diabetes kepada penderita

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti selanjutnya mengembangkan variabel penelitian sehingga ini akan berbeda hasil jika variabel-variabel lainnya diteliti dan lebih didapatkan hasil penelitian yang lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, Yesi. (2012). *Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam kontesks asuhan keperawatan di RSUP.H.Adam Malik Medan*. Depok : FK UI.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Anwar. (2013). *Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*. Denpasar: Politeknik Kesehatan Denpasar.
- Bandura, A. (2008). *Self Efficacy. The exercise of control*.
<http://www.des.emory.edu/mfb/BanEncy>.
- Balitbangkes Kemenkes RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar:RISKERDAS*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.
- Dinas Kesehatan Kota Palembang. (2018). *Profil Kesehatan Kota Palembang Tahun 2017*. Palembang
- Damayanti. (2015). *Diagnosis dan Penatalaksanaan Diabetes Melitus*. Palembang: Subbagian Endokrinologi Metabolik Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UNSRI / RSMH Palembang
- Fenti. (2016). *Diabetes Melitus*, from <http://shbk.santosa-hospital.com/index.php/en/116-healtharticle/162-diabetes-mellitus>
- Guffron, (2010) *Teori-Teori Psikologi*, Yogyakarta: Ar-Ruzz Media
- Gayatri, (2011). *Hubungan Antara Efikasi Diri dengan Craving Pada Pecandu Narkoba*
- Harry. (2008). *Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Hassan. (2008). *Hubungan Dukungan Keluarga terhadap tingkat kecemasan penderita DM Tipe II di Puskesmas Miri Sragen Tahun 2013*.
<http://www.digilib.stikekusumahusada.ac.id/file/disk1/10/01-gdl-widatinsiti-479-sitiwidatin-3.pdf>
- Hidayat, A, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Salemba Medika.
- Hunt, C. W., Grant, J. S., & Pritchard, D. A. (2016). An empirical study of self-efficacy and social support in diabetes self-management: implications for home healthcare nurses.

- Ismonah. (2014). *Analisa Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Self-Care Management Pasien Diabetes Mellitus*. Depok: FIK UI.
- Jhonson, M.F. (2006) . *Hubungan Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus di RSUP. Haji Adam Malik Medan*, Skripsi sarjana keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara
- Maryati, (2008). *Hubungan Antara Kecerdasan Emosi dan Keyakinan Diri (Self-efficacy) dengan Kreativitas pada Siswa Akselerasi*. Skripsi Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Mujahidullah, Kahlid. (2013). *Keperawatan Geriatrik Merawat Lansia dengan Cinta Kasih Sayang*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Muhammad, Najamuddin. (2014). *Tanya Jawab Kesehatan Kesehatan Untuk Lansia*, Jogjakarta: Tunas Publshing.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*, Edisi Revisi Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, PT Rineka Cipta. Jakarta
- Orem.D.E. (2001) *Konsep Perawatan Diri*. Mosby Inc, Missouri
- Riyadi, (2008). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. AR-RUZZ Media. Yogyakarta
- Restu, (2016) *Faktor-Faktor Risiko Ulkus Diabetika Pada Penderita Diabetes Melitus Studi Kasus di RSUD Dr.Moewardi Surakarta* :Universitas Diponegoro
- Riset Kesehatan Dasar (2018). *Profil Riset Kesehatan dasar* Kemenkes RI
- Suryono. (2015). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Suyatno. (2018). *Efikasi Diri Dan Manajemen Diri pada Pasien Diabetes Tipe 2*. Tesis sarjana keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara
- Sugiyono. (2013). *Konsep dan praktik penulisan riset keperawatan*. Edisi 2. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Waras, (2014) *Hubungan Lamanya Menderita Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 Terhadap Tingkat Depresi Pada Pasien Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Soeban Jember*

Veny, (2014) *Hubungan Efikasi Diri dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus di RS Arifin Achmad Pekanbaru*

Yusra (2014), *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Saki Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Depok :Universitas Indonesia*

Zainal, (2010) *Hubungan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Legok*

FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(Informed Consent)

Setelah dijelaskan maksud penelitian, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari **AZMITHA PUTRY M. SIREGAR**, Mahasiswa Universitas Aufa Royhan Padangsidempuan yang sedang mengadakan penelitian dengan judul “**Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pasien DM Tipe II** . Demikianlah persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Responden

(.....)

**HUBUNGAN ANATARA EFIKASI DIRI DENGAN KEMAMPUAN
PERAWATAN DIRI PASIEN DM TIPE II DI PUSKESMAS
HUTAIMBARU KOTA PADANGSIDIMPUAN
TAHUN 2019**

Kuesioner Efikasi Diri

Petunjuk pengisian :

Berilah tanda checklist (√) pada kolom yang telah disediakan sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara/i

| No | Pernyataan | Ya | Tidak |
|----|--|----|-------|
| 1 | Saya yakin memeriksa gula darah saya dengan teratur | | |
| 2 | Saya yakin mengikuti pola makan yang sehat | | |
| 3 | Saya yakin melakukan lebih banyak aktifitas fisik | | |
| 4 | Saya yakin menjaga pola makan saya bila saya banyak berolahraga | | |
| 5 | Saya yakin menjaga pola makan yang sehat ketika saya makan di luar rumah | | |
| 6 | Saya yakin minum obat sesuai dengan anjuran dokter | | |
| 7 | Saya yakin mengatasi gula darah saya tetap normal | | |
| 8 | Saya yakin mengatur pola makan ketika sakit | | |
| 9 | Saya merasa sulit memeriksa luka kaki saya | | |
| 10 | Saya sulit mengikuti pola makan yang sehat ketika jauh dari rumah | | |
| 11 | Saya merasa sulit memeriksa jenis makanan ketika bepergian | | |
| 12 | Saya sulit mengatur pola makan ketika saya cemas | | |
| 13 | Saya memilih makanan yang terbaik untuk kesehatan saya | | |
| 14 | Saya menjaga pengobatan diabetes ketika saya sakit | | |
| 15 | Saya memilih beragam makanan yang sehat | | |
| 16 | Saya menjaga berat badan saya agar tetap terkontrol | | |
| 17 | Saya melakukan aktivitas yang cukup (misalnya; yoga, berkebun, atihan merentangkan tangan) | | |
| 18 | Saya pergi ke dokter untuk memonitor diabetes saya | | |

B. Perawatan Diri (Self Care)

| No | Pertanyaan | Jumlah Hari | | | | | | |
|-------------------|--|-------------|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| POLA MAKAN | | | | | | | | |
| 1 | Rata-rata dalam satu bulan terakhir, berapa hari dalam satu minggu Anda merencanakan pola makan/ diet? | | | | | | | |
| 2 | Berapa hari dalam tujuh hari terakhir Anda makan buah | | | | | | | |

Frequencies

| | | Statistics | | | | | |
|------------------------|---------|------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | Efikasi Diri | Kemampuan Perawatan Diri | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Lama Menderita DM |
| N | Valid | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 |
| | Missing | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mean | | 1.49 | 1.53 | 3.17 | 1.58 | 2.11 | 2.23 |
| Std. Error of Mean | | .069 | .069 | .096 | .068 | .116 | .107 |
| Mode | | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 |
| Std. Deviation | | .505 | .504 | .700 | .497 | .847 | .777 |
| Variance | | .255 | .254 | .490 | .247 | .718 | .603 |
| Skewness | | .039 | -.117 | -.247 | -.355 | .172 | -.422 |
| Std. Error of Skewness | | .327 | .327 | .327 | .327 | .327 | .327 |
| Kurtosis | | -2.078 | -2.066 | -.894 | -1.949 | -.803 | -1.203 |
| Std. Error of Kurtosis | | .644 | .644 | .644 | .644 | .644 | .644 |
| Range | | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 |
| Minimum | | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Maximum | | 2 | 2 | 4 | 2 | 4 | 3 |
| Percentiles | 25 | . ^{a,b} | 1.03 ^b | 2.50 ^b | 1.08 ^b | 1.36 ^b | 1.52 |
| | 50 | 1.49 | 1.53 | 3.20 | 1.58 | 2.11 | 2.23 |
| | 75 | 1.99 | . | 3.81 | . | 2.82 | 2.93 |

a. The lower bound of the first interval or the upper bound of the last interval is not known. Some percentiles are undefined.

b. Percentiles are calculated from grouped data.

Frequency Table

| | | Efikasi Diri | | | |
|-------|--------|--------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Rendah | 27 | 50.9 | 50.9 | 50.9 |
| | Tinggi | 26 | 49.1 | 49.1 | 100.0 |
| Total | | 53 | 100.0 | 100.0 | |

| | | Kemampuan Perawatan Diri | | | |
|-------|-------------|--------------------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | Tidak Mampu | 28 | 52.8 | 52.8 | 52.8 |

| | | | | |
|-------|----|-------|-------|-------|
| Mampu | 25 | 47.2 | 47.2 | 100.0 |
| Total | 53 | 100.0 | 100.0 | |

Umur

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 36-45 Tahun | 9 | 17.0 | 17.0 | 17.0 |
| 46-55 Tahun | 26 | 49.1 | 49.1 | 66.0 |
| > 56 Tahun | 18 | 34.0 | 34.0 | 100.0 |
| Total | 53 | 100.0 | 100.0 | |

Jenis Kelamin

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid Laki-laki | 22 | 41.5 | 41.5 | 41.5 |
| Perempuan | 31 | 58.5 | 58.5 | 100.0 |
| Total | 53 | 100.0 | 100.0 | |

Pendidikan

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid SD | 14 | 26.4 | 26.4 | 26.4 |
| SMP | 21 | 39.6 | 39.6 | 66.0 |
| SMA | 16 | 30.2 | 30.2 | 96.2 |
| PT | 2 | 3.8 | 3.8 | 100.0 |
| Total | 53 | 100.0 | 100.0 | |

Lama Menderita DM

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid 3-12 Bulan | 11 | 20.8 | 20.8 | 20.8 |
| 1-1,5 Tahun | 19 | 35.8 | 35.8 | 56.6 |
| > 5 Tahun | 23 | 43.4 | 43.4 | 100.0 |
| Total | 53 | 100.0 | 100.0 | |

Crosstabs

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Efikasi Diri * Kemampuan Perawatan Diri | 53 | 100.0% | 0 | 0.0% | 53 | 100.0% |

| Efikasi Diri * Kemampuan Perawatan Diri Crosstabulation | | | | | | | |
|---|--------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|--------|------|------|
| | | | Kemampuan Perawatan Diri | | Total | | |
| | | | Tidak Mampu | Mampu | | | |
| Efikasi Diri | Rendah | Count | 6 | 21 | 27 | | |
| | | Expected Count | 14.3 | 12.7 | 27.0 | | |
| | | % within Efikasi Diri | 22.2% | 77.8% | 100.0% | | |
| | | % within Kemampuan Perawatan Diri | 21.4% | 84.0% | 50.9% | | |
| | | % of Total | 11.3% | 39.6% | 50.9% | | |
| | | Residual | -8.3 | 8.3 | | | |
| | | Std. Residual | -2.2 | 2.3 | | | |
| | | Adjusted Residual | -4.5 | 4.5 | | | |
| | | Tinggi | | Count | 22 | 4 | 26 |
| | | | | Expected Count | 13.7 | 12.3 | 26.0 |
| % within Efikasi Diri | 84.6% | | | 15.4% | 100.0% | | |
| % within Kemampuan Perawatan Diri | 78.6% | | | 16.0% | 49.1% | | |
| % of Total | 41.5% | | | 7.5% | 49.1% | | |
| Residual | 8.3 | | | -8.3 | | | |
| Std. Residual | 2.2 | | | -2.4 | | | |
| Adjusted Residual | 4.5 | | | -4.5 | | | |
| Total | | Count | 28 | 25 | 53 | | |
| | | Expected Count | 28.0 | 25.0 | 53.0 | | |
| | | % within Efikasi Diri | 52.8% | 47.2% | 100.0% | | |
| | | % within Kemampuan Perawatan Diri | 100.0% | 100.0% | 100.0% | | |
| | | % of Total | 52.8% | 47.2% | 100.0% | | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 20.691 ^a | 1 | .000 | | |
| Continuity Correction ^b | 18.263 | 1 | .000 | | |
| Likelihood Ratio | 22.375 | 1 | .000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .000 | .000 |

| | | | | | |
|------------------------------|--------|---|------|--|--|
| Linear-by-Linear Association | 20.301 | 1 | .000 | | |
| N of Valid Cases | 53 | | | | |

- a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.26.
- b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

| | | Value | Asymp. Std. Error ^a | Approx. T ^b | Approx. Sig. |
|----------------------|----------------------|-------|--------------------------------|------------------------|--------------|
| Interval by Interval | Pearson's R | .625 | .107 | 5.715 | .00 |
| Ordinal by Ordinal | Spearman Correlation | .625 | .107 | 5.715 | .00 |
| N of Valid Cases | | 53 | | | |

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

DOKUMENTASI PENELITIAN

















