

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Diabetes Melitus

a. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus (DM) adalah suatu penyakit metabolik dengan karakteristik gangguan hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, resistensi kerja insulin atau keduanya akibat gangguan hormonal (PERKENI, 2011). Kadar glukosa dalam darah kita biasanya berfluktuasi, artinya naik turun sepanjang hari dan setiap saat, tergantung pada makanan yang masuk dan aktivitas fisik seseorang (ADA 2012; Powers, 2008; dan Mistra, 2005).

Pada kasus DM diseluruh dunia seiring berjalannya waktu terjadi peningkatan dari tahun ke tahun. Hal ini disebabkan meningkatnya kasus obesitas dan berkurangnya aktivitas gerak manusia

sejalan dengan berkembangnya negara menuju negara industrialisasi. Gangguan metabolik akibat diabetes melitus mengakibatkan perubahan patofisiologi sekunder dalam banyak sistem organ sehingga menjadi beban berat bagi penderita dan sarana pelayanan kesehatan (Powers, 2008).

b. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Menurut Bilous dan Donnelly (2015); PERKENI (2011), diabetes mellitus terbagi menjadi 4 jenis berdasarkan etiologinya, yaitu:

- 1) DM tipe 1 terjadi akibat penghancuran pulau Langerhans sehingga menyebabkan defisiensi insulin.
- 2) DM tipe 2 disebabkan karena defisiensi insulin, disfungsi sekresi insulin sel dan resistensi terhadap insulin. Pada tahap awal abnormalitas yang paling utama adalah berkurangnya sensitivitas terhadap insulin, yang ditandai

dengan meningkatnya kadar insulin di dalam darah (hiperglikemia).

- 3) Diabetes mellitus tipe lain yang disebabkan oleh defek genetik fungsi sel β , defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, bentuk tidak lazim yang terjadi pada diabetes yang dimediasi oleh imun, dan sindrom genetik (Bilous dan Donnelly, 2015 dan PERKENI, 2011). Penyebablain diantaranya karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati seperti akromegali dan *sydrom chusing* (Bilous dan Donnelly, 2015; PERKENI, 2011; Soegondo, Soewondo & Subekti, 2009).
- 4) Diabetes gestasional (Diabetes Kehamilan) intoleransi glukosa selama kehamilan pertama (Porth, 2007).

c. Komplikasi Diabetes Melitus

Black & Hawks (2005); Smeltzer et al., (2008); Bilous dan Donnelly (2015); Subiyanto (2010); dan

Damayati (2015) menyebutkan bahwa komplikasi dari diabetes terbagi menjadi 2 bagian yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis/jangka panjang.

1) Komplikasi akut

Komplikasi akut terjadi akibat ketidakseimbangan akut pada kadar glukosa darah, seperti: hipoglikemia, hiperglikemia, diabetik ketoasidosis, hyperosmolar non ketosis (Black & Hawks, 2005; Smeltzer et al., 2008) dan Laktoasidosis (Bilous dan Donnelly, 2015; dan Subiyanto, 2010).

Hiperglikemia merupakan komplikasi akut yang sering terjadi pada penderita diabetes dan merupakan komplikasi yang sering terjadi berulang – ulang dan dapat memperberat penyakit diabetes bahkan memungkinkan terjadinya kematian (Tomky, 2005).

Hipoglikemia merupakan faktor utama yang menjadi focus pengelolaan DM yaitu adanya ketergantungan asupan glukosa secara terus menerus sehingga menyebabkan gangguan fungsi system saraf pusat dengan gejala gangguan kognisi, bingung bahkan sampai koma (Sudoyo et al., 2006).

Ketoasidosis diabetik merupakan keadaan tubuh secara mendadak mengalami kekurangan insulin. Biasanya terjadi akibat infeksi karena lupa menyuntikkan insulin, pola makan yang tidak sesuai serta stress (Bilous dan Donelly, 2015). Hyperosmolar non ketosis terjadi adanya dehidrasi yang berat, tekanan darah menurun dan syok tanpa adanya badan keton dalam urine (Subiyanto, 2010). Laktoasidosis dimana keadaan tubuh dengan asam laktat yang tidak mampu diubah menjadi bikarbonat sehingga terjadi peningkatan kadar asam laktat yang dapat

mengalami koma (Subiyanto, 2010; dan Bilous dan Donnelly, 2015).

2) Komplikasi kronis/jangka panjang

Komplikasi kronis terdiri dari komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler dan neuropati (Damayanti, 2015).

a) Komplikasi makrovaskuler

Komplikasi ini terjadi karena perubahan ukuran diameter pembuluh darah. Pembuluh darah akibat plaque yang menenmpel lambat laun menyebabkan penebalan dinding pembuluh darah sehingga menimbulkan sumbatan suplai darah ke otot jantung berkurang, tekanan darah meningkat, dan dapat terjadi kematian mendadak. Komplikasi yang sering terjadi, yaitu: penyakit arteri coroner, penyakit cerebrovaskuler dan penyakit vascular perifer (Smeltzer et al., 2008).

b) Komplikasi mikrovaskuler

Perubahan mikrovaskuler yang terjadi karena penebalan dinding pembuluh darah sehingga terjadi kelainan struktur pada pembuluh darah kecil dan kapiler dimana akan mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Seperti halnya komplikasi yang terjadi pada retina menyebabkan retinopati diabetik dan pada ginjal menyebabkan nefropati diabetik (Sudoyo et al., 2006).

c) Komplikasi Neuropati

Neuropati perifer pada penyakit DM dapat menimbulkan kerusakan pada serabut sensorik, motorik dan autonom. Kerusakan serabut saraf motorik dapat menyebabkan kelemahan otot, atrofi otot, dan deformitas. Kerusakan serabut sensorik penurunan sensasi nyeri sehingga memudahkan terjadinya ulkus kaki. Kerusakan serabut

autonom yang terjadi akibat denervasi simpatik menimbulkan kulit kering (anhidriosis), terbentuk fisura kulit dan edema (Cahyono, 2007).

d. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

1) Penanganan Farmakologi

Pada diabetes tipe 1, tubuh kehilangan kemampuan untuk memproduksi insulin. Dengan demikian, insulin eksogenus harus diberikan dalam jumlah tak terbatas. Pada diabetes tipe 2, insulin mungkin diperlukan sebagai jangka panjang untuk mengendalikan kadar glukosa darah jika diet dan obat hipoglikemia oral tidak berhasil mengontrolnya. Di samping itu, sebagian pasien diabetes tipe 2 yang biasanya mengendalikan kadar glukosa darah dengan diet dan obat oral kadang membutuhkan insulin secara temporer selama mengalami

sakit, infeksi, kehamilan, pembedahan atau beberapa kejadian stress lainnya. Karena dosis insulin yang diperlukan masing masing pasien ditentukan oleh kadar glukosa dalam darah, maka pemantauan kadar glukosa yang akurat sangat penting. Pemantauan mandiri kadar glukosa darah telah menjadi dasar dalam memberikan terapi insulin (Smeltzer et al, 2008).

2) Penanganan Non Farmakologi

Menurut Smeltzer, et al. (2008); Toobert, Hampson, and Glasgow (2000), tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik.

Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya

hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien (Toobert, Hampson, and Glasgow, 2000). Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes mellitus menurut Smeltzer, et al. (2008) antara lain:

1) Diet

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diarahkan untuk mencapai tujuan berikut ini (Suyono, 2009) :

- a) Memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin dan mineral)
- b) Mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai
- c) Memenuhi kebutuhan energi
- d) Mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan

mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis

- e) Menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat

2) Latihan Fisik

Latihan Fisik sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler (Smeltzer et al, 2008). Latihan fisik akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga (Toledo et al, 2007). Latihan dengan membawa tahanan (*resistance training*) dapat meningkatkan

lean body mass dan dengan demikian menambah laju metabolisme istirahat (*resting metabolic rate*) (Sudoyo, et al., 2009).

3) Pemantauan Glukosa dan Keton

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri (SMBG : *self-monitoring of blood glucose*), penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang. Bagi penderita diabetes tipe II, pemantauan mandiri glukosa darah harus dianjurkan dalam kondisi yang

diduga dapat menyebabkan hiperglikemia atau hipoglikemia (Smeltzer et al, 2008).

4) Perawatan Kaki (*Foot Care*)

Perawatan kaki secara berkala, memiliki kemampuan untuk mengenal dan menghadapi keadaan sakit akut dengan tepat, mempunyai keterampilan mengatasi masalah yang sederhana, dan mau bergabung dengan kelompok penyandang diabetes serta mengajak keluarga untuk mengerti pengelolaan penyandang diabetes, dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada (PERKENI, 2011).

Prosedur penatalaksanaan perawatan kaki pada pasien DM (Suryadi, 2015) yaitu:

- a) Periksa kaki setiap hari, telapak kaki, sela-sela jari kaki, periksa apakah ada kemerahan, lecet, kulit kering,

penebalan kulit, dan jika tidak mampu sendiri, bisa dengan bantuan cermin atau bisa juga minta bantuan orang lain.

- b) Hindari kaki kontak langsung dengan benda-benda atau air panas.
- c) Gunakan alas kaki baik didalam maupun diluar rumah.
- d) Gunakan pelembab/lotion/minyak utk menjaga kelembaban kulit, ingat kulit yang kering beresiko terjadinya luka.
- e) Gunakan sepatu lembut dan lunak, pastikan ukuran yang sesuai dengan ukuran kaki , cara mengukur sepatu yang pas adalah dengan membuat pola telapak kaki pada kertas, lalu gunting dan masukan kedalam sepatu yg akan dipilih untuk digunakan, bila kertas pola menekuk/melipat berarti

sepatu tidak pas untuk kaki anda.

Jangan digunakan!

- f) Lakukan senam kaki, bisa dengan cara merobek-robek kertas koran dengan kaki sampai kecil-kecil lalu bentuk seperti bola dan buang ke tempat sampah juga dengan menggunakan kaki anda.
- g) Bila menggunting kuku jangan terlalu pendek, dan terlalu miring sehingga akan membuat luka pada kulit disela-sela kuku. Jika kuku terasa keras lebih baik rendam dahulu dengan menggunakan air hangat agar kuku lebih lunak dan mudah di gunting, jika kesulitan lebih baik minta bantuan orang lain.

- h) Jika menggunakan kaos kaki, gunakan kaos kaki yang lembut dan menyerap keringat.
- i) Pastikan kadar gula darah selalu terkontrol.

Melakukan penatalaksanaan DM sangat dipengaruhi oleh *self care behavior* yaitu dengan diet, latihan fisik, pemantauan pada glukosa dan keton, terapi farmakologi serta perawatan kaki (*Foot Care*) guna dapat selalu mengendalikan ataupun mengontrol penyakit DM tersebut. Pola perawatan diri diharapkan mampu membuat pasien DM merubah perilaku ataupun kebiasaan yang buruk menjadi lebih baik. Hal ini telah dibuktikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Tjokroprawiro (2004) bahwa komplikasi yang sering terjadi pada pasien DM tidak akan muncul apabila pasien mampu melakukan *self care behavior* dengan baik, tertib dan teratur.

2. *Self Care Behavior*

Self care behavior pada penderita diabetes merupakan proses yang kompleks, yang menuntut tanggung jawab pasien secara penuh (Hasanat, 2010). *Self care behavior* mengacu pada individu yang melakukan kegiatan dengan mengarah ke gaya hidup sehat yang memenuhi psikososial mereka dan kebutuhan emosional untuk mencegah penyakit lebih lanjut dan komplikasi (Bodenheimer *et al.*, 2002; Linnell, 2005; Kennedy *et al.*, 2007). Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa *self-efficacy* dan *self care behavior* cukup efektif dalam meningkatkan *glycemic control* (Shi *et al.*, 2010). *Self-efficacy* telah terbukti signifikan terkait dengan *self care behavior* kepatuhan dalam meminum obat yang telah diresepkan pada pasien dengan diabetes (Chao *et al.*, 2005). *Self-efficacy* dalam *self care behavior* sangat signifikan mempengaruhi dalam diet dan penggunaan insulin pada pasien DM tipe 2 dalam kontrol glikemik yang lebih baik (Al-Khawaldeh, 2010).

Selain tanggung jawab faktor personal lain yang ditemukan yaitu *self efficacy* pasien sehingga pasien mengalami kesulitan dalam menjalani *self care behavior*. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Sharoni & Wu (2012) menemukan bahwa *self efficacy* yang tinggi sangat mempengaruhi *self care behavior* penderita DM tipe 2. *Self efficacy* ini diperkuat oleh pernyataan Taylor (2006) bahwa *self efficacy* merupakan fokus penting dalam semua pasien penyakit kronik, khususnya diabetes.

Self-efficacy didefinisikan sebagai keyakinan seseorang mengenai kemampuannya untuk mencapai keberhasilan dalam menyelesaikan atau melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya (Bandura 1994). *Self care behavior* yang lebih baik sangat bergantung pada besarnya *self-efficacy* yang dimiliki seseorang sehingga pasien mampu melakukan perawatan diri untuk memperoleh hasil yang diinginkan dalam kesembuhan penyakitnya (Gaines et al, 2002; Tsay & Halstead 2002).

Selain itu, *self-efficacy* merupakan faktor terpenting dalam kemampuan perawatan diri. *self care behavior*, termasuk dalam kepatuhan terhadap obat yang diresepkan, diet dan pemantauan kadar glukosa darah, kebiasaan diet yang baik, olahraga fisik, dan perawatan kaki, direkomendasikan untuk pasien dengan DM tipe 2 (Bodenheimer, 2005; *American Diabetes Association*, 2015). Selain *self efficacy* faktor lain yang mempengaruhi *self care behavior* yaitu *locus of health control*.

Locus of health control memiliki peranan penting dalam kepatuhan seseorang dalam melakukan perawatan diri. Ditinjau dari *locus of control* didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kepatuhan nilai $p=0,038$. Individu yang memiliki *locus of control internal* memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang memiliki *locus of control eksternal powerful others* dan *locus of control eksternal Chance* (Safitri, 2013).

Demikian juga hasil penelitian Shi et al., (2010) dan Wagner, Tennen, dan Osborn (2010) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *self efficacy* mempunyai pengaruh yang sangat signifikan terhadap *perilaku perawatan diri* pada pasien diabetes. Menurut Ariani, dkk (2012) tingkat *self care behavior* dalam hal ketidaktaatan atau kepatuhan untuk mencapai sesuatu yang telah ditargetkan terjadi karena kesulitan yang dialami oleh pasien itu sendiri. Kemampuan yang dimiliki pasien tersebut tergantung oleh persepsi diri mereka sendiri yaitu *self efficacy*.

3. *Self Efficacy*

a. *Pengertian Self Efficacy*

Konsep *self-efficacy* pertama kali dikemukakan oleh Bandura pada tahun 1997 yang mendefinisikan sebagai: “*Belief’s in one’s capabilities to organize and execute the cues of action required to produce given attainments*” (Bandura, 1997). Hal ini dapat diartikan sebagai keyakinan seseorang mengenai

kemampuannya untuk mencapai keberhasilan dalam menyelesaikan atau melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya.

Self-efficacy bersifat sangat situasional, tergantung konteks dan situasi yang dihadapi. Artinya seseorang dapat memiliki *self-efficacy* yang tinggi pada suatu situasi, namun belum tentu sama pada situasi dan konteks yang berbeda (Bandura, 1997).

b. Sifat dan Dimensi *Self-Efficacy*

Umumnya *self-efficacy* akan memprediksi dengan baik suatu tampilan yang berkaitan dengan keyakinan tersebut. Terdapat beberapa dimensi yang tercakup dalam *self-efficacy* (Bandura, 1997 dalam ELasari, 2011):

1) Tingkatan (*Magnitude*)

Berhubungan dengan derajat kesulitan dalam pengelolaan DM, sejauh mana pasien merasa mampu dalam melakukan berbagai pengelolaan

dengan monitoring kadar glukosa darah secara mandiri, perencanaan diet, latihan.

2) Kekuatan (*Strength*)

Yaitu kuatnya keyakinan seseorang mengenai kemampuan yang dimiliki. Bila pasien DM memiliki keyakinan yang kuat akan menghasilkan yang positif dalam mengelola penyakit DM.

3) Kemampuan (*Generality*)

Sejauh mana pasien DM yakin akan kemampuannya dalam pengelolaan penyakitnya, mulai dari perencanaan diet, latihan, hingga kontrol glukosa darah.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Self-Efficacy*

Menurut Bandura (1997) terdapat empat hal yang dapat mengembangkan *self-efficacy* seseorang atau dianggap sebagai pembentuk *self-efficacy*, yaitu (*Enactive Mastery Experiences, Vicarious*

Experiences, Verbal Persuasion dan Physiological and Affective States) :

1) Pengalaman Menguasai Sesuatu (*Mastery Experience*)

Salah satu cara paling efektif untuk membentuk *self-efficacy* yang tinggi adalah melalui pengalaman langsung. Jika seseorang mengalami suatu keberhasilan dengan cara yang mudah maka ia cenderung untuk mengharapkan hasil yang cepat dan mudah menyerah karena kegagalan. Menurut Bandura (1997) pengalaman keberhasilan merupakan sumber yang paling berpengaruh terhadap *self-efficacy* seseorang karena didasarkan pada pengalaman pribadi.

2) Pengalaman Orang Lain (*Vicarious Experiences*)

Merupakan pengalaman yang diperoleh dengan mengobservasi tindakan yang dilakukan oleh orang lain. Ketika seseorang tidak yakin akan kemampuan yang dimiliki atau ketika

mereka mempunyai pengalaman pribadi yang sangat terbatas maka mereka akan lebih peka terhadap *vicarious experiences* (Bandura, 1997).

3) Ajakan Lisan (*Verbal Persuasion*)

Verbal persuasion merupakan suatu keadaan dimana individu harus diyakinkan terlebih dahulu oleh orang lain termasuk lingkungan sekitarnya bahwa ia memiliki kemampuan untuk mencapai tujuan. Hal ini merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi *self-efficacy* (Bandura, 1997).

4) Fisiologis dan Psikologis (*Physiological and Affective States*)

Kemampuan seseorang bergantung pada keadaan fisiologis dan psikologisnya. Dengan memiliki sikap yang tenang maka akan meningkatkan *self-efficacy* dan akan memberikan energi untuk mampu menghadapi stress dan mengurangi emosi yang negatif. Dengan *self-efficacy* yang tinggi maka akan menumbuhkan

emosi yang positif dan berfungsi sebagai energi untuk menampilkan tampilan kerja yang baik (Bandura, 1997).

4. Konsep *Locus of Control* dan *god locus of control*

a. Perkembangan teori *locus of control*

Konsep *locus of control* pertama kali dirumuskan oleh Rotter berdasarkan teori belajar sosial (Effi, 1993). *locus of control* adalah keyakinan seseorang terhadap sumber – sumber yang mengontrol kejadian – kejadian dalam hidupnya, yaitu apakah kejadian – kejadian yang terjadi pada dirinya di kendalikan oleh kekuatan dari luar dirinya (Nowicky, 1982). Di dalam teori belajar ini, Rotter mengemukakan tiga aspek utama yaitu perilaku potensial, harapan dan nilai penguat. Perilaku potensial dalam situasi – situasi tertentu oleh harapan seseorang terhadap penguat yang akan menyertai perilaku itu dengan nilai yang dimiliki (Effi, 1993).

Konsep *Health locus of control* dikembangkan oleh Rotter pada tahun 1966 (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1994). Konsep *locus of control* adalah bagian dari “Teori Belajar Sosial” (*Social Learning Theory*) yang menyangkut kepribadian dan mewakili harapan umum mengenai masalah faktor-faktor yang menentukan keberhasilan pujian dan hukuman terhadap kehidupan seseorang (Pervin, 1984). *Health locus of control* merupakan *locus of control* yang lebih spesifik pada kesehatan. *Health locus of control* merupakan derajat individu percaya bahwa kesehatan mereka dikendalikan oleh faktor internal atau eksternal (Wallston et al., 1994).

Dalam konsep tersebut, Rotter menjelaskan bahwa seseorang akan mengembangkan suatu harapan kemampuannya untuk mengendalikan kejadian – kejadian dalam hidupnya (Smet, 1994). Dalam hal ini dibedakan antara *locus of control* internal dan *locus of control* eksternal. *Locus of*

control internal dimana seseorang memiliki keyakinan bahwa peristiwa dalam kehidupannya ditentukan oleh kemampuan diri sendiri (Levenson, 1981). *Locus of control* eksternal yaitu keyakinan yang dimiliki seseorang bahwa kehidupannya ditentukan oleh kesempatan, keberuntungan dan nasib atau takdir (Smet, 1994). Keyakinan tersebut tidak terlepas dari peran Tuhan dalam mengatur kehidupan seseorang. Peran Tuhan juga merupakan salah satu bagian dari *locus of control* eksternal.

Kopplin (1976) mengemukakan bahwa sebagai bagian dari *locus of control* eksternal Tuhan merupakan pengaruh penting dalam menentukan nasib ataupun kehidupan seseorang di dunia konsep ini dikenal oleh *god locus of control*. Pasien memandang Tuhan dalam persepsi yang berbeda – beda. Diantaranya mengatakan penyebab orang sakit dengan diabetes sebagai kehendak Tuhan. Atribusi

muncul sebagai perbedaan budaya tentang keyakinan diabetes mellitus (Moss-Morris et al., 2002).

Hasil studi Ningrum (2008) dan Asril (2011) bahwa sebagian subjek menyadari bahwa penyebab utama penyakit itu disebabkan faktor risiko diabetes sendiri akan tetapi pada saat subjek terdiagnosa menderita diabetes hal itu telah menjadi "kehendak Tuhan". Studi meta-sintesis oleh Gomersall, Madill, & Summers (2011) menunjukkan bahwa budaya merupakan salah satu hal yang berpengaruh pada pengelolaan diri pasien diabetes, misalnya peserta Muslim Pakistan dan India yang memiliki pandangan diabetes sebagai kehendak Tuhan sehingga mereka hanya pasrah dan berserah diri pada Tuhan akan penyakit yang mereka derita.

b. Konsep *god locus of health control*

God locus of health control dianggap sebagai suatu fatalisme untuk melakukan screening terhadap penyakit, dan tidak dianggap suatu keyakinan atau *fate*

control karena termasuk *locus control* eksternal. *God locus of health control* yang baik akan menghasilkan strategi koping yang positif dalam menghadapi stres pada orang-orang yang menderita penyakit kronis (Leaks, 2008). *God locus of health control* merupakan penilaian sejauh mana keyakinan individu bahwa Tuhan mengendalikan status kesehatannya.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang berpersepsi tuhan berperan dalam penanganan dirinya *god locus of control* memiliki strategi religius koping yang baik untuk mempersepsikan rasa sakit mereka dan penyakit mereka. Hathaway dan Pargament et al. (1988) menjelaskan tiga jenis koping terkait interpretasi dari persepsi terhadap Tuhan, yang berperan aktif atau pasif: (1) berserah diri/pasrah (*a deferring style*) di mana diri menjadi pasif dan tanggung jawab untuk mengatasi ditempatkan di bawah kendali Tuhan; (2) pantang menyerah (*a self-directing style*) di mana

Tuhan adalah pasif sedangkan diri sendiri aktif; dan (3) gaya kolaboratif, di mana Tuhan dan diri sendiri yang aktif, bekerja sama untuk menangani stresor.

Polzer-Casarez & Miles (2008) memperkenalkan teori yang erat menyerupai Pargament et al. (1988), meneliti bagaimana orang Amerika Afrika dengan diabetes tipe 2 melihat hubungan mereka dengan Tuhan dalam mengelola *self care behaviour*. Pada teori ini mengusulkan tiga jenis hubungan: Tuhan sebagai pengedali (*God is in Forefront*), Tuhan sebagai perantara (*God is in Background*), Tuhan sebagai penolong (*God is in Healing*).

Tipe pertama, Tuhan sebagai pengedali (*God is in Forefront*), mengacu pada keyakinan bahwa Tuhan mengambil tanggung jawab untuk kondisi seseorang terlepas dari upaya yang telah dilakukan. Individu-individu dalam jenis masih menganggap upaya pribadi manajemen diri sama pentingnya. Kedua, Tuhan sebagai perantara (*God is in Background*) yang

mengacu pada keyakinan bahwa individu adalah faktor utama dan upaya mereka yang paling penting, tetapi Tuhan akan membantu mereka dalam hal menyediakan sumber daya seperti pengetahuan, serta bantuan dari praktisi kesehatan. Ketiga, Tuhan sebagai penolong (*God is in Healing*) yang percaya bahwa Tuhan akan memberikan solusi untuk masalah jika orang tersebut memiliki iman yang kuat. Hubungan dengan Tuhan tersebut dalam menilai keyakinan individu bahwa Tuhan memiliki peranan penting harus memiliki instrumen untuk menilainya.

Telah dikembangkan mengenai instrument mengukur pengaruh Tuhan menggunakan *God Of Locus Health Control Scale* (GLCH) dikembangkan sebagai tambahan ke dan perluasan skala *Multidemensial Health Locus Control* (MHLC) banyak digunakan dan dirancang untuk menilai kognisi individu tentang sejauh mana Tuhan sebagai sumber kontrol atas kesehatan pribadi dan penyakit

(Walston, 1999). GLCH telah digunakan dalam menilai kecenderungan penyalahgunaan alkohol (Goggin, Malcarne, Murray, Metcalf, & Wallston, 2007) dan pelecehan seksual di kalangan remaja (Goggin, Malcarne, Murray, Metcalf, & Wallston, 2007). Ini juga telah digunakan di antara orang dengan penyakit kronis seperti rheumatoid arthritis dan *sclerosis* sistemik (K. A. Wallston et al., 1999).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan *locus of control*

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan *locus of control* adalah:

1) Stimulus

Menurut Monks (1982) dalam Safitri (2013), jika kekurangan stimulasi dari lingkungan maka hal ini dapat menyebabkan seseorang mengalami deprivasi persepsual (tidak memperoleh stimulasi yang memadai).

2) Respon

Menurut Monks (1982) dalam Safitri (2013), memberikan respon dan reaksi pada saat-saat yang tepat terhadap tingkah laku dapat memberikan pengaruh yang penting terhadap rasa diri. Aspek ini sangat berpengaruh dalam pembentukan *locus of control* internal atau eksternal, karena ketika lingkungan selalu merespon perilaku maka seseorang akan merasa bahwa dirinyalah yang menguasai *reinforcement*.

3) Usia

Rotter (1989) mengemukakan bahwa usia mempengaruhi *locus of control* yang dimiliki individu. Ditunjukkan dengan *locus of control* internal akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Hal ini berkaitan dengan tingkat kematangan berpikir dan kemampuan mengambil keputusan. Dimana teori Rotter menitik beratkan pada penilaian kognitif

terutama persepsi sebagai penggerak tingkah laku dan tentang bagaimana tingkah laku dikendalikan dan diarahkan melalui fungsi kognitif.

4) Kebudayaan

Rothbaum, Weiz dan Snyder (1982) dalam Safitri (2013), kebudayaan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi *locus of control*, seperti pada budaya barat dan timur. Secara umum budaya barat lebih pada kendali internal, sedangkan budaya timur lebih pada kendali eksternal.

5. Kebudayaan Banjar dan Islam

Banjar bukanlah suku karena tidak adanya kesatuan etnik. Banjar hanyalah grup atau kelompok besar, yang terdiri dari kelompok Banjar Kuala, kelompok Banjar Batang Banyu dan kelompok Banjar Banjar Pahuluan. Kelompok pertama tinggal di daerah Banjar Kuala sampai dengan daerah Martapura, kelompok kedua tinggal di sepanjang Sungai Tabalong dari muaranya di

Sungai Barito sampai Kelua dan kelompok yang ketiga tinggal di kaki Pegunungan Meratus yang memanjang dari Tanjung sampai Pelaihari. Kelompok Banjar Kuala berasal dari kesatuan etnik Ngaju, kelompok Banjar Batang Banyu berasal dari kesatuan etnik Maanyan, dan kelompok Banjar Pahuluan berasal dari kesatuan etnik Bukit (Saleh, 1986 dalam Parhani, 2016).

Penelitian Daud (1997) dalam Sahriansyah (2015) mengemukakan tentang masyarakat Banjar yang berkenaan dengan makna hidup, nilai yang sudah membaku yaitu “hidup untuk bekerja”, dan “hidup untuk beramal ibadah”. Secara umum terdapat perbedaan pola tata nilai orang tua dan pola tata nilai remaja. Sehingga dapat dikatakan nilai-nilai ini secara mantap telah berhasil diteruskan oleh para generasi orang tua kepada generasi remaja.

Beberapa unsur filsafat hidup etnis Banjar, baik yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif (Sahriansyah, 2015):

- a. *Baiman*. Yaitu setiap Urang Banjar meyakini adanya Tuhan/Allah. Setiap individu etnis Banjar selalu disuruh untuk mempelajari tentang rukun iman dan melaksanakan dengan rajin kelima rukun Islam. Bila belum mempelajari tentang keimanan dan rukun Islam ini dianggap keberagamaan orang Banjar belum sempurna.
- b. *Bauntung*. Urang Banjar harus punya keterampilan hidup. Jadi Urang Banjar dari kecil sudah diajari keterampilan kejuruan, yaitu keterampilan yang dikaitkan dengan pekerjaan tertentu yang terdapat dilingkungannya. Hal ini bisa dilihat dari asal Urang Banjar tersebut misalnya orang Kelua punya keahlian menjahit, orang Amuntai punya keahlian membuat lemari, orang Alabio punya keahlian sebagai pedagang kain, Negara punya keahlian sebagai pedagang emas, membuat gerabah, membuat perahu/kapal, orang Mergasari punya keahlian sebagai pembuat anyaman, orang Martapura punya

keahlian berdagang batu-batuan. *Urang Banjar* selalu di ajari *life skill* atau keterampilan agar hidup bisa mandiri. *Urang Banjar* harus bekerja terus menerus, karena setiap kali selesai suatu tugas, tugas lain telah menanti.

- c. *Batuah*. Arti berkah atau bermanfaat bagi kehidupan orang lain. *Urang Banjar* sebagai pemeluk agama Islam, tentu akan mengamalkan ajaran secara baik, yaitu agar hidupnya membawa kebaikan bagi orang lain. Karena sebaik-baik manusia adalah yang bermanfaat bagi orang lain. Jadi *Urang Banjar* dalam tatanan masa lalu maupun saat ini selalu diharapkan agar hidupnya berguna bagi dirinya, keluarga dan orang banyak. Agar bisa berguna bagi masyarakat, maka *Urang Banjar* harus memiliki iman yang kuat, ilmu yang bermanfaat dan beramal kebajikan.
- d. *Cangkal*. Yaitu ulet dan rajin dalam bekerja. *Urang Banjar* harus bekerja keras untuk menggapai cita-cita, sehingga di masa lalu mereka suka merantau.

Sifat *cangkal* dalam bekerja adlah salah satu identitas orang Banjar. Dalam pandangan Urang Banjar bekerja harus maksimal, berdoa dan bertawakal kepada Allah SWT, sehingga hidupnya akan bahagia di dunia dan akhirat.

- e. *Baik Tingkah laku*. Yaitu *Urang* Banjar dalam pergaulan sehari-hari harus menunjukkan budi pekerti yang luhur agar dia disenangi orang lain. Dengan katalain, *Urang* Banjar harus pandai beradaptasi dengan lingkungan di mana dia bertempat tinggal.
- f. Kompetitif individual. Yaitu orang Banjar terkenal sebagai pekerja keras dalam menggapai cita-citanya tetapi bekerja sendiri-sendiri tidak secara kolektif, sehingga *Urang* Banjar tidak mampu membangun suatu poros kekuatan ekonomi atau politik di Pentas Nasional. Urang Banjar cenderung memiliki sifat individual dan ego yang tinggi sehingga susah diatur.

- g. *Materialis pragmatis*. Gaya hidup *Urang Banjar* saat ini dikarenakan pengaruh globalisasi dengan trend hidup yang materialis-pragmatis, sehingga pola hidup *Urang Banjar* sangat konsumtif. Disisi lain, gaya hidup anak muda Banjar dalam memilih kerja, lebih mengutamakan kerja kantoran yang berdasar atau karyawan supermarket daripada pedagang kecil dengan modal sendiri dan mandiri.
- h. *Sikap qanaah dan pasrah*. *Urang Banjar* selagi muda adalah pekerja keras untuk meraih cita-citanya, tapi kalau sudah berhasil dan sudah tua hidupnya santai untuk menikmati hidup dan beribadah kepada Allah untuk mengisi waktu.
- i. *Haram manyarah dan waja sampai kaputing*. Yaitu pantang manyarah dan tegar pendirian. Kata hikmah di atas diungkapkan oleh Pangeran Antasari dalam rangka memperkuat motivasi pasukannya menghadapi pasukan penjajah Belanda. *Urang Banjar* mempunyai pendirian yang kuat untuk

mempertahankan keyakinan atau yang diperjuangkannya, sehingga tidak mudah goyang atau terombang-ambing oleh situasi dan kondisi yang dihadapi.

Kebudayaan merupakan cara hidup yang dimiliki sekelompok masyarakat yang diwariskan secara turun temurun kepada generasi berikutnya akan mempengaruhi seseorang baik dalam tingkat pengetahuan dan perilaku yang tidak terlepas dari norma-norma, petunjuk-petunjuk, ajaran-ajaran serta aturan yang berlaku dalam suatu daerah (Koentjaraningrat, 2002; Taylor, 1974; Kluckhohn dan Kelly, 1945).

Bentuk-bentuk kepercayaan dan praktek-praktek keagamaan yang dianut oleh nenek moyang orang Banjar adalah pemujaan nenek moyang dan adanya makhluk-makhluk halus di sekitar manusia (anismisme) (Daud, 1997). Akan tetapi, sejak masa Pangeran Suriansyah proses Islamisasi dan kembalinya Syekh Muhammad Arsyad Al-Banjari dari Mekkah Islamisasi

berjalan dengan cepat, sehingga dalam waktu yang relatif tidak terlalu lama, yaitu sekitar pertengahan abad ke-18 atau bahkan sebelumnya, Islam sudah menjadi identitas orang Banjar (Syamsyuddin, 2002).

Orang-orang Banjar memang beragama Islam, dan berdasarkan fakta yang terjadi, Islam sudah sejak lama menjadi ciri masyarakat Banjar. Walaupun Islam sudah menjadi agama mayoritas di kalangan orang-orang Banjar akan tetapi faktanya masih ada perayaan keagamaan yang sangat sulit dicari referensinya dalam Islam sendiri (Daud, 1997).

Suatu kelakuan religius memperjelas dan mengungkapkan kepercayaan religi, berfungsi mengkomunikasikannya ke dunia luar dan merupakan perwujudan dari usaha para warga komunitas untuk berkomunikasi dengan Tuhan atau makhluk-makhluk halus yang menjadi isi kepercayaan. Di samping itu kelakuan ritual atau seremonial tertentu berfungsi meningkatkan solidaritas masyarakat pula. Dengan

demikian berbagai kelakuan religius yang terungkap dalam masyarakat Banjar dapat ditelusuri referensinya asal ajaran Islam atau dapat dikembalikan kepada kepercayaan Islam, dan yang lain dapat dicari asal usulnya dari kepercayaan asal kebudayaan lokal. Kali ini juga kita tidak dapat memilah secara ketat (Zainuddin, 2012).

Pokok-pokok kewajiban ritual Islam tergambar dalam rukun Islam, yaitu kewajiban shalat, puasa, zakat, haji dan mengucapkan kalimat syahadat. Tetapi ungkapan religious umat di kawasan ini meliputi pula berbagai kelakuan kolektif yang bersifat ritual, seremonial atau pengajaran: ibadah bersama di rumah-rumah ibadah, perayaan maulud, perayaan mi'raj, berbagai selamatan, berbagai kelakuan ritual bersangkutan dengan kelahiran, perkawinan dan kematian, dan berbagai bentuk mengaji. Sedangkan wujud kelakuan ritual yang dapat dikembalikan pada kepercayaan asal kebudayaan lokal ialah berbagai

bentuk upacara bersaji, berbagai upacara tahap hidup individu, berbagai upacara mandi, berbagai tabu dan keharusan, sering berkenaan dengan pakaian dan perhiasan, keharusan ziarah ketempat-tempat tertentu, dan tabu membawa makanan tertentu di dalam kendaraan. Namun di dalam kelakuan tersebut sering kali terkandung unsur-unsur yang dapat dikembalikan kepada ajaran Islam (Zainuddin, 2012).

Orang Banjar relative taat menjalankan agamanya. Shalat dilakukan dengan teratur, meski pun adakalanya tidak tepat waktu. Meski pun jelas ada saja orang yang tidak berpuasa dalam bulan Ramadhan, khususnya di kota-kota, tetapi yang jelas tidak ada orang yang secara terbuka memperlihatkan ia tidak berpuasa, dan anak-anak sering diperingatkan agar tidak “menggangu” orang yang berpuasa dengan cara memakan sesuatu di hadapannya. Zakat juga ditunaikan dengan teratur, disini khususnya zakat fitrah, zakat padi dan zakat barang-barang yang diperniagakan. Kegairahan untuk

menunaikan ibadah haji di kawasan ini mungkin yang terbesar di Indonesia. Dan ada saat-saat tertentu orang-orang melakukan ibadah sunat, shalat sunat, puasa sunat dan sedekah sunat (Zainuddin, 2012).

Segala ibadah dan doa memang ditujukan kepada Allah dan tidak dapat ditujukan kepada makhlukNya tidak ada yang dapat mengabulkan doa kecuali Allah. Namun bagi orang Banjar doa yang diucapkan orang saleh dianggap makbul dan restu yang diberikannya dengan melakukan shalat hajat sangat bermanfaat (Zainuddin, 2012).

Yang menganggap kekuasaan Tuhan itu mutlak berpendapat bahwa Allah dapat berbuat apasaja, baik yang kelihatan adil maupun yang tidak adil oleh manusia. Menurut pandangan ini manusia adalah alat Tuhan yang tidak mempunyai kebebasan dalam mengatur nasibnya. Teori ini, terkenal sebagai Fatalisme (ajaran atau faham bahwa manusia dikuasai oleh nasib), telah menyebabkan Islam dilecehkan sebagai Agama

Fatalistis (ajaran pemeluknya percaya atau menyerahkan saja pada nasib). Pendapat ini adalah salah, karena Islam mengakui peranan manusia dalam mengatur perbuatan-perbuatannya. Menurut Muhammad Saltut sejalan dengan pendapat orang yang menyatakan bahwa manusia bertanggung jawab atas perbuatan-perbuatannya (Abdullah, 1996).

Dengan akal yang ada padanya manusia dapat menentukan pilihannya. Dengan kehendak bebas (*free will*) yang ada padanya, manusia menentukan nasibnya sendiri. Dalam kepercayaan orang Banjar mengenai “Takdir” tidak terlepas dari usaha dan do’a kepada Allah semata penyerahan kepadanya kepada Allah dan menerima segala yang diberikan-Nya dengan ikhlas bahkan terkadang, pada sebagian orang dikatakan, bahwa setiap kata yang diucapkan memang sudah ditakdirkan Tuhan (Rianie, 2011).

6. Konsep Teori *Dorothea e. Orem*

"Suatu pelaksanaan kegiatan yang diprakarsai dan dilakukan oleh individu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya sesuai dengan keadaan, baik sehat maupun sakit ". Pada dasarnya diyakini bahwa semua manusia itu mempunyai kebutuhan-kebutuhan *self care* dan mereka mempunyai hak untuk mendapatkan kebutuhan itu sendiri, kecuali bila tidak mampu (Alligood & Toomey, 2010).

Orang dewasa mampu merawat diri mereka sendiri, sedangkan bayi, lansia dan orang sakit membutuhkan bantuan untuk memenuhi aktivitas *self care* mereka. Teori *Orem* mengembangkan *self care* baik yang *universal*, *developmental*, dan *health deviation*, yaitu: (Alligood & Toomey, 2010).

a. *Universal Self-Care Requisites*

Tujuan *universally required* adalah untuk mencapai perawatan diri atau kebebasan merawat diri dimana harus memiliki kemampuan untuk mengenal dan memvalidasi mengenai anatomi dan fisiologi manusia yang berintegrasi dalam lingkaran kehidupan.

Dibawah ini terdapat 8 teori self care secara umum yaitu :

- 1) Pemeliharaan kecukupan pemasukan udara
- 2) Pemeliharaan kecukupan pemasukan makanan
- 3) Pemeliharaan kecukupan pemasukan cairan
- 4) Mempertahankan hubungan perawatan proses eliminasi dan eksresi
- 5) Pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat
- 6) Pemeliharaan keseimbangan antara solitude dan interaksi social
- 7) Pencegahan resiko-resiko untuk hidup, fungsi usia dan kesehatan manusia.
- 8) Peningkatan promosi fungsi tubuh dan pengembangan manusia dalam kelompok social sesuai dengan potensinya

b. Developmental self-care requisites

Tiga hal yang berhubungan dengan tingkat perkembangan perawatan diri adalah:

- 1) Situasi yang mendukung perkembangan perawatan diri

- 2) Terlibat dalam pengembangan diri
- 3) Mencegah atau mengatasi dampak dari situasi individu dan situasi kehidupan yang mungkin mempengaruhi perkembangan manusia.

c. *Health deviation self-care requisites*

Adanya gangguan kesehatan terjadi sepanjang waktu sehingga mempengaruhi pengalaman mereka dalam menghadapi kondisi sakit sepanjang hidupnya.

Perawatan diri (*self-care*) adalah komponen sistem tindakan perawatan diri individu yang merupakan langkah-langkah dalam perawatan ketika terjadi gangguan kesehatan. Kompleksitas dari *self-care* atau *system dependent-care* (ketergantungan perawatan) adalah meningkatnya jumlah penyakit yang terjadi dalam waktu-waktu tertentu.

d. Therapeutic self-care demand

Beberapa hal yang harus diperhatikan oleh perawat ketika memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien diantaranya :

- 1) Mengatur dan mengontrol jenis atau macam kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh pasien dan cara pemberian ke pasien
- 2) Meningkatkan kegiatan yang bersifat menunjang pemenuhan kebutuhan dasar seperti promosi dan pencegahan yang bisa menunjang dan mendukung pasien untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien sesuai dengan taraf kemandiriannya.

Beberapa pemahaman terkait terapi pemenuhan kebutuhan dasar diantaranya:

- 1) Perawat harus mampu mengidentifikasi faktor pada pasien dan lingkungannya yang mengarah

pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia

- 2) Perawat harus mampu melakukan pemilihan alat dan bahan yang bisa dipakai untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien, memanfaatkan segala sumberdaya yang ada disekitar pasien untuk memberikan pelyenana pemenuhan kebutuhan dasar pasien semaksimal mungkin.

e. Self Care Agency

Pemenuhan kebutuhan dasar pasien secara holistik hanya dapat dilakukan pada perawat yang memiliki kemampuan komprehensif, memahami konsep dasar manusia dan perkembangan manusia baik secara holistik

f. Agent

Pihak atau prerawat yang bisa memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien adalah

perawat dengan keahlian dan ketrampilan yang berkompeten dan memiliki kewenangan untuk memberikan pemenuhan kebutuhan dasar pada pasien secara holistik.

g. Dependent Care Agent

Dependent care agency merupakan perawat profesional yang memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat dalam upaya perawatan pemenuhan kebutuhan dasar pasien termasuk pasien dalam derajat kesehatan yang masih baik atau masih mampu atau sebagian memenuhi kebutuhan dasar pada pasien.

h. Self Care Deficit

Perawat membantu pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, utamanya pada pasien yang dalam perawatan total care.

i. Nursing Agency

Perawat harus mampu meningkatkan dan mengembangkan kemampuannya secara terus menerus sehingga mereka mampu membuktikan dirinya bahwa mereka adalah perawat yang berkompeten untuk bisa memberika pelayanan profesional dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Beberapa ktrempilan selain psikomotor yang juga harus dikuasai perawat adala komunikasi terapeitik, ketrampilan intrapersonal, pemberdayaan sumberdaya di sekitar lingkungan perawat dan pasien untuk bisa memberikan pelayanan yang profesional.

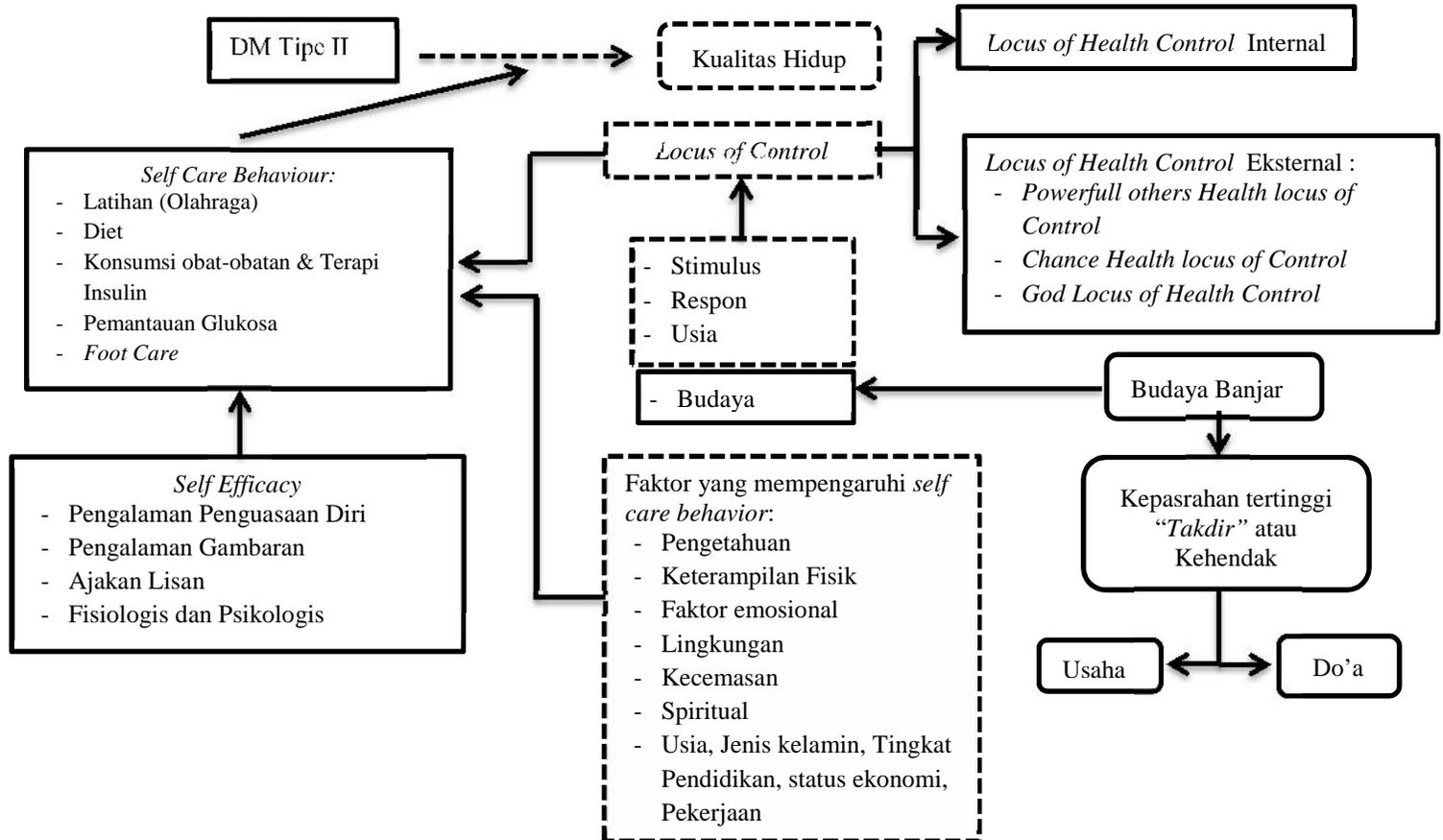
j. Nursing Design

Penampilan perawat yang dibutuhkan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara holistik adalah perawat yang profesioanl, mampu berfikir kritis, dan menjalankan standar kerja.

k. Sistem Keperawatan

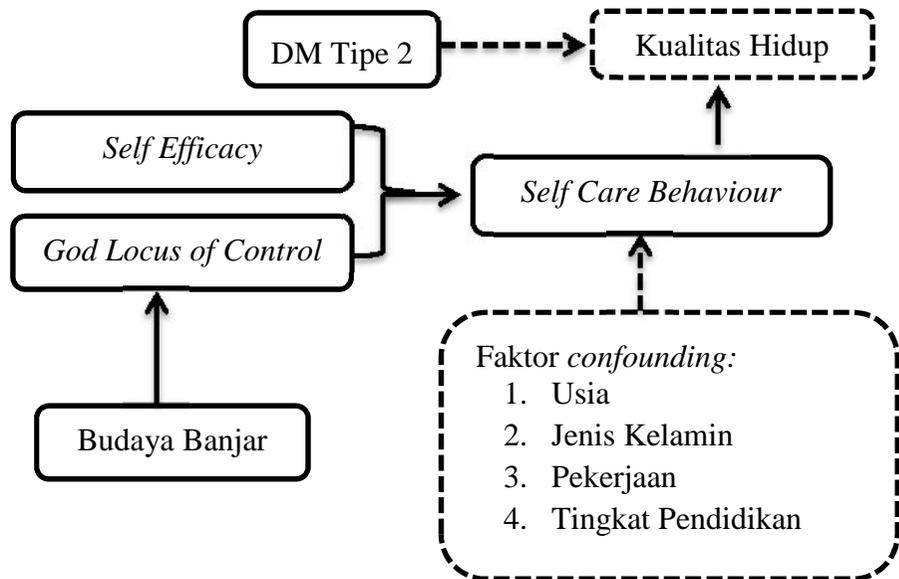
Merupakan serangkaian tindakan praktik keperawatan yang dilakukan pada satu waktu untuk kordinasi dalam melakukan tindakan keperawatan.

B. Kerangka Teori



Sumber : ADA (2012), Perkeni (2011), Bandura (1997), Powers (2008), Perry & Potter (2005), dan Wallston at al. (1994)

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. H0 : Tidak ada pengaruh *self-efficacy* terhadap *self care behavior* pasien Diabetes Melitus Tipe 2
H1 : Ada pengaruh *self-efficacy* terhadap *self care behavior* pasien Diabetes Melitus Tipe 2
2. H0 : Tidak ada pengaruh *god locus of control* terhadap *self care behavior* pasien Diabetes Melitus Tipe 2
H1 : Ada pengaruh *god locus of control* terhadap *self care behavior* pasien Diabetes Melitus Tipe 2.