

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan

1. Analisis Data Kuantitatif Univariat

a. Jenis kelamin

Jumlah tertinggi responden berdasarkan jenis kelamin yaitu berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 62%. Hal ini terjadi karena perempuan banyak yang memiliki perilaku hidup kurang sehat yaitu obesitas, kurangnya aktivitas fisik, diet yang tidak sehat dan seimbang. Hasil Riskesdas (2013) menunjukkan penderita Diabetes Melitus (DM) meningkat seiring dengan juga meningkatnya proporsi obesitas atau kegemukan yang juga terus meningkat yaitu dari 18,8% pada tahun 2007 menjadi 26.6% di tahun 2013. Obesitas yang terjadi pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki. Perempuan meningkat dari 14,8% (2007)

menjadi 32,9% (2013), sedangkan laki-laki hanya 13,9% menjadi 19,7%.

Penelitian yang dilakukan oleh Andyani (2015) juga menunjukkan prevalensi tertinggi berdasarkan jenis kelamin yaitu perempuan (59,4%). Hal ini menunjukkan prevalensi kejadian DM tipe 2 pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki (Haryati & Jelantik, 2014; Chourdakis, Kontogiannis, Malachas, Pliakas, dan Kritis, 2014; Ngurah dan Sukmayanti, 2015). Tngginya angka kejadian DM tipe 2 pada perempuan disebabkan oleh beberapa faktor risiko seperti obesitas, kurang aktivitas/latihan fisik, usia dan riwayat DM saat hamil serta jumlah lemak yang terdapat pada perempuan sekitar 20-25% (Radi 2007 dalam Ariani 2011; Haryati & Jelantik, 2014 dan Andyani, 2015).

b. Usia

Jumlah responden terbesar dilihat dari karakteristik usia yaitu 46-55 tahun yaitu sebanyak 42%. Kategori umur tersebut termasuk ke dalam kategori umur dewasa akhir (Depkes RI, 2009). Umur yang semakin bertambah tua dapat berisiko terkena DM karena tubuh mengalami penurunan fungsi secara fisiologis.

Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Smeltzer & Bare (2002) bahwa biasanya DM terjadi pada usia diatas 30 tahun dan banyak dialami oleh dewasa diatas 40 tahun karena resistensi insulin pada penderita DM meningkat pada usia 40-60 tahun. Usia sangat erat kaitannya dengan kenaikan kadar gula darah sehingga semakin meningkatnya usia maka prevalensi DM dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi. Proses menua yang berlangsung setelah usia 30 tahun mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia.

Penelitian Ngurah dan Sukmayanti, (2015) menunjukkan dari 57 responden adalah usia 46-55 tahun dengan jumlah responden 26 responden (45,61%). Studi yang dilakukan oleh Smalls, Gregory, Zoller, & Egede (2015) juga menemukan bahwa kelompok usia yang paling banyak menderita penyakit DM tipe 2 yaitu pada usia 45-64 tahun sebanyak 53,6%. Hal ini menunjukkan risiko pasien diabetes yaitu umur ≥ 45 tahun (Ngurah dan Sukmayanti, 2015; Smalls, Gregory, Zoller, & Egede dan PERKENI, 2015).

c. Pendidikan

Jumlah responden terbesar dilihat dari tingkat pendidikan yaitu berpendidikan SD berjumlah 16%. Orang yang memiliki pendidikan rendah biasanya tidak memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan. Sehingga, mereka tidak dapat menjalankan pola hidup sehat dan melakukan perawatan diri diabetes melitus cenderung rendah.

Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kejadian penyakit DM tipe 2. Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal dibidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai bidang ilmu (Notoadmodjo, 2005). Seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, objektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang kesehatan (Ariani, 2011; Ngurah dan Sukmayanti, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Trisnawati & Setyorogo (2013) juga menunjukkan pendidikan sebagian besar responden adalah tamat SD (61,3%). Pendidikan merupakan faktor penting yang perlu dimiliki pasien DM, karena pendidikan merupakan indikator terhadap pengertian pasien tentang perawatan, penatalaksanaan diri, dan pengontrolan

kadar glukosa (Hussein, et al., 2010). Pendidikan yang baik akan menghasilkan perilaku positif sehingga lebih terbuka dan obyektif dalam menerima informasi, khususnya informasi tentang penatalaksanaan DM. Keterbukaan pasien DM terhadap informasi kesehatan akan menuntun pasien untuk aktif menjalankan aktivitas self-care, sehingga kadar glukosa darah dapat terkendali dan status kesehatan pasien tetap stabil (Javanbakht, et al., 2012 dalam Rantung, 2015).

d. Pekerjaan

Jumlah responden terbesar dilihat dari pekerjaan yaitu bekerja informal sebanyak 62%. Jenis pekerjaan juga erat kaitannya dengan kejadian DM. Pekerjaan seseorang mempengaruhi tingkat aktivitas fisiknya Pekerjaan informal dalam hal ini orang yang memiliki pekerjaan namun jam kerja tidak seperti pekerja formal sehingga memiliki banyak waktu untuk bersantai dan kurangnya

aktivitas sehingga memicu terjadinya faktor resiko DM.

Aktivitas fisik dapat mengontrol gula darah. Glukosa akan diubah menjadi energi pada saat beraktivitas fisik. Aktivitas fisik mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Pada orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk ke dalam tubuh tidak dibakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengubah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM (Kemenkes, 2010).

Jenis pekerjaan mempengaruhi pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Jenis pekerjaan pasien dapat secara tidak langsung menggambarkan aktivitas fisik yang sehari-hari dilakukan oleh pasien dan kebutuhan kalori yang dibutuhkan pasien. Seseorang yang melakukan aktivitas berat akan membutuhkan kalori/energi yang banyak. Hal

tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Aerenhouts et.al. (2011 dalam Yuanita, 2013) yang menunjukkan bahwa semakin berat aktivitas fisik yang dilakukan oleh seseorang, maka akan semakin meningkat kalori yang dibutuhkan. Perhitungan kalori untuk setiap aktivitas fisik yang dilakukan dapat menggunakan TEE (Total Energy Expenditure). Manfaat latihan fisik untuk penderita DM adalah untuk memperlancar peredaran darah, mengontrol gula darah, memperkuat otot-otot, dan untuk menurunkan tekanan darah.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Martiningsih (2012) menunjukan dari 112 responden adalah bekerja informal sebanyak 54 responden (48,2%). Penelitian Mihardja (2010) menyatakan bahwa penderita DM terbanyak pada kelompok pekerja informal yaitu sebanyak 46,2%

hal ini diakutkan dengan aktivitas yang sedikit membuat obesitas dan menjadi faktor resiko DM.

2. Analisis Data *Mix Method*

a. Pengaruh *self-efficacy* terhadap *selfcare behavior* pasien DM tipe 2

Tabel 4.2 jumlah tertinggi responden memiliki *self-efficacy* dalam kategori rendah, lebih dari separuh responden memiliki *self-efficacy* rendah dengan prosentase 54% hal ini dikarenakan tidak adanya atau kurangnya motivasi yang tinggi dimiliki oleh responden melakukan *self-care behavior* sehingga tidak adanya rasa keyakinan akan kemampuan yang dimilikinya. Menurut Bandura (1997 dalam Elasari 2011) empat hal yang dapat mengembangkan *self-efficacy* seseorang atau dianggap sebagai pembentuk *self-efficacy*, yaitu Pengalaman Menguasai Sesuatu (*Mastery Experience*), Pengalaman Orang Lain (*Vicarious Experiences*), Ajakan Lisan (*Verbal Persuasion*)

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

Pengalaman Menguasai Sesuatu (*Mastery Experience*) dengan adanya keberhasilan maka akan meningkatkan *self-efficacy* akan tetapi jika terjadi kegagalan maka akan menurunkan *self-efficacy* sehingga yang perlu dilakukan yaitu dengan memperkuat motivasi yang ada didalam diri agar tidak mudah menyerah saat terjadi kegagalan dan selalu berusaha terus-menerusa sampai berhasil. Pengalaman Orang Lain (*Vicarious Experiences*) berbagi pengalaman sesama pasien DM tipe 2 dalam melakukan *self-care behavior* dengan kemampuan yang sebanding dalam melakukan *self-care behavior* maka akan meningkatkan *self-efficacy* seseorang.

Ajakan Lisan (*Verbal Persuasion*) seseorang diarahkan berdasarkan saran, nasihat dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinanya tentang kemampuan yang dimiliki dapat membantu

tercapainya tujuan yang diinginkan. Seseorang yang diyakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan. Fisiologis dan Psikologis (*Physiological and Affective States*) emosi yang kuat biasanya akan mengurangi kemampuan, saat seseorang mengalami ketakutan yang kuat, kecemasan akut atau tingkat stress yang tinggi kemungkinan besar akan mempunyai ekspektasi *self-efficacy* yang rendah.

Pada tabel 4.7 menunjukkan hasil hipotesis H0 ditolak yang artinya terdapat pengaruh signifikan antara *self-efficacy* terhadap *self-care behavior*. Besarnya pengaruh *self-efficacy* terhadap *self-care behavior* pasien DM tipe 2 dalam penelitian ini yaitu 18,063% memiliki pengaruh yang rendah sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wu et al., (2013) *self-efficacy* pada penderita DM tipe 2 di Taiwan pengaruhnya 27,9% terhadap *self-care behavior* dan penelitian yang dilakukan oleh Al-

Aboudi (2014) *self-efficacy* pada penderita DM tipe 2 di Saudi Arabia pengaruhnya 39,5% terhadap *self-care behavior*. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *self-efficacy* memiliki pengaruh yang kecil terhadap *self-care behavior* dikarenakan masih banyak faktor lain yang mempengaruhi selain *self-efficacy*.

Faktor-faktor yang mempengaruhi *self-care behavior* pada pasien DM tipe 2 selain faktor *self-efficacy* yaitu: dukungan sosial, pengetahuan, keterampilan fisik, faktor stres emosional, motivasi dan komunikasi tenaga kesehatan. Dukungan sosial dalam hal ini dukungan keluarga merupakan faktor penting yang dapat memfasilitasi seseorang dalam melakukan *self-care behavior*. Dukungan keluarga merupakan sumber kekuatan utama bagi klien diabetes untuk melakukan *self-care behavior* (Hasanat, 2010 dan Listiana, 2015).

Pengetahuan dan pengelolaan tentang penyakit diabetes pada klien diperlukan agar klien dapat melakukan *self-care behavior* dengan baik seperti diet yang benar, pengetahuan tentang penggunaan insulin/obat-obatan hipoglikemik oral dan nilai normal kadar gula darah. Pengetahuan tentang diabetes mempunyai hubungan yang signifikan terhadap kemampuan *self-care behavior* terutama berkaitan dengan pengelolaan diet (Strine et al., 2005; Sigurdardottir et al, 2005; Fauziah, 2012; dan Nurlaela, 2015).

Keterampilan fisik diperlukan pada klien diabetes dalam melakukan *self-care behavior* yang disertai diberikan pendidikan kesehatan sebagai modal awal memiliki keterampilan fisik (Sari, 2012).

Faktor stress emosional (stress, kecemasan, depresi) menunjukkan bahwa klien yang memiliki masalah emosional berat maka memiliki skor *self*

care behavior yang kurang begitu pula sebaliknya (Wearden et al., 2000b; Snoek et al, 2000; Sigurdardottir et al, 2005; Nelson, 2007; Weinger et al, 2005; Miller & Elasy, 2008; dan Mahmudah, Cahyati, & Wahyuningsih, 2013). Aspek emosional yang dialami oleh klien diabetes akan mempengaruhi perilaku klien diabetes dalam melakukan aktivitas self-care diabetes. Jika klien mampu menerima dengan ikhlas segala kondisi yang terjadi akibat penyakitnya maka akan memudahkan klien melakukan perawatan mandiri yang harus dijalankannya (Kusniawati, 2011).

Motivasi merupakan kondisi internal yang membangkitkan seseorang untuk bertindak, mendorong untuk mencapai tujuan tertentu dan membuat seseorang tertarik dalam kegiatan tertentu (Nursalam & Effendi, 2008). Motivasi merupakan faktor yang penting bagi klien DM karena motivasi pada diri klien DM akan mampu memberikan

dorongan yang kuat bagi klien DM untuk melakukan *self-care behavior* sehingga akan tercapai pengontrolan gula darah secara optimal dan meminimalkan terjadinya komplikasi (Kusniawati, 2011).

Komunikasi petugas kesehatan terkait dengan pelayanan yang diberikan yaitu pemberian informasi atau edukasi tentang *self-care behavior* yang meliputi aktivitas diet (pengaturan pola makan), latihan fisik (olahraga), monitoring gula darah, minum obat secara teratur dan perawatan kaki. Informasi tersebut harus secara adekuat disampaikan kepada klien agar klien memiliki pemahaman yang luas berkaitan dengan penyakit yang dialaminya (Piette et al., 2003 dalam Kusniawati 2011).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusniawati (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan *self-care behavior* yaitu lama menderita DM berpengaruh 0,4%, sosial

ekonomi berpengaruh 0,1%, aspek emosional berpengaruh 0,2%, motivasi berpengaruh 13,2%, keyakinan terhadap efektifitas penatalaksanaan diabetes berpengaruh 6,1%, dan komunikasi tenaga kesehatan berpengaruh 27,8% tetapi dalam penelitian ini tidak dilakukan penelitian.

Akan tetapi terdapat penelitian lainnya yang menunjukkan *self-efficacy* sangat mempengaruhi *self-care behavior*. Penelitian yang dilakukan oleh Sharoni & Wu (2012) *self-efficacy* memiliki pengaruh sangat tinggi dalam perilaku perawatan diri yaitu 69,70% yang dilakukan penelitian di Malaysia dengan jumlah sampel sebanyak 388 responden dari berbagai etnik yaitu Malay, Chinese, India dan lain-lain. Penelitian lain yang dilakukan oleh Hasanat (2015) *self-efficacy* memiliki pengaruh sangat tinggi dalam perilaku perawatan diri yaitu sebesar 56,3% dengan jumlah sampel 219 responden

dari 2 Rumah Sakit di Yogyakarta dengan pasien DM tipe 2 minimal 1 tahun menderita.

Pada penelitian ini *self-efficacy* yang memiliki pengaruh yang rendah ini sesuai dengan pernyataan informan yang menyatakan ketidakpercayaan akan kemampuan dalam pengelolaan *self-care behavior*, pada pasien DM tipe 2 terdapat 5 aspek yang harus dilakukan dalam penatalaksanaan agar tidak terjadi komplikasi yaitu farmakologi, diet, latihan fisik, pemantauan glukosa dan keton serta perawatan kaki.

1) Farmakologi

Pada diabetes tipe 2, insulin mungkin diperlukan sebagai jangka panjang untuk mengendalikan kadar glukosa darah jika diet dan obat hipoglikemia oral tidak berhasil mengontrolnya (Smeltzer et al, 2008). Akan tetapi terdapat semua informan tidak yakin melakukan injeksi insulin secara mandiri. Separuh informan menyatakan tidak rutin dalam

mengonsumsi obat akan tetapi injeksi insulin tetap terus dilakukan dan semua informan menyatakan tidak bisa, tidak berani dan tidak yakin dalam melakukan injeksi insulin secara mandiri semua dibantu melakukan injeksi dengan keluarga. Hal ini dikarenakan kurang terpaparnya informasi dan edukasi tentang tatacara melakukan injeksi insulin secara mandiri, lokasi injeksi insulin dan jumlah dosis insulin.

2) Diet

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari mengelola diabetes (Suyono, 2009). Terdapat 3 informan yang menyatakan tidak mampu melakukan pola diet dengan baik dikarenakan tidak mampu menahan rasa ingin mencicipi apa yang dilarang dan merupakan kebiasaan yang dilakukan informan sebelumnya sebelum menderita penyakit DM

tipe 2. Hal ini dikarenakan ketidaktahuan pasien DM tipe 2 dalam pengaturan pola makan yang tepat sebagaimana yang telah dianjurkan yaitu dengan makanan komposisi seimbang. Standar yang dianjurkan dalam pengaturan makanan bagi pasien DM tipe 2 yaitu karbohidrat 45-60%, protein 10-20% dan lemak 20-25% (Kusniawati,2011).

3) 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). Lebih dari separuh informan yang menyatakan tidak mampu melakukan latihan fisik dikarenakan adanya luka di kaki, tidak adanya waktu dan setelah bekerja inginnya istirahat saja dirumah. Hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran dalam diri

pasien DM tipe 2 untuk melakukan latihan fisik secara rutin 3-5 kali seminggu dengan durasi kurang lebih 30 menit yang sifatnya sesuai *CRIPE* (*continues rhythmical, interval, progressive, endurance training*) akan tetapi terdapatnya luka menghambat latihan fisik tersebut.

4) 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 (Smeltzer et al, 2008). Semua informan menyatakan ketidakmampuan dalam melakukan pemeriksaan secara mandiri dikarenakan tidak bisa, takut dengan darah dan jarum dan takut terjadi kesalahan. Adanya ketidaktahuan akan pentingnya mengontrol gula darah membuat

pasien DM tipe 2 tidak ingin melakukan pemeriksaan gula darah secara mandiri.

Pemeriksaan ini sangat dianjurkan bagi pasien dengan penyakit diabetes yang tidak stabil, kecendrungan untuk mengalami ketosis berat atau hiperglikemia serta hipoglikemia tanpa gejala ringan (Smeltzer et al., 2009).

5) Perawatan kaki

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). Semua informan menyatakan tidak mampu dalam melakukan

perawatan luka dikarenakan keterbatasan pengetahuan tentang bagaimana cara melakukan perawatan luka dan mereka semua tidak pernah mengikuti proram yang ada di Puskesmas.

Semua informan yang menyatakan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan secara mandiri hal itu merupakan sifat dan dimensi yang terdapat dalam *self-efficacy*. Menurut Bandura (1997) Umumnya *self-efficacy* akan memprediksi dengan baik suatu tampilan yang berkaitan dengan keyakinan tersebut. Terdapat beberapa dimensi yang tercakup dalam *self-efficacy* yaitu: jangkauan (*magnitude*), kekuatan (*strength*) dan kemampuan (*generality*).

Dari segi tingkatan (*magnitude*) (Bandura, 1997 dalam Elasari, 2011) seharusnya dalam diri seseorang memiliki tekad yang kuat walaupun dirasa sulit tugas yang dilakukannya namun hal ini

justru bersifat sebaliknya informan semuanya tidak yakin dan tidak mampu untuk bisa melakukan pemeriksaan secara mandiri. Segi kekuatan (*strength*), seseorang memiliki kekuatan apakah lemah atau kuat yang akan berdampak dalam usaha yang dilakukannya untuk mencapai keberhasilan akan tetapi semua informan mengatakan tidak mampu dan tidak memiliki kekuatan untuk terus berusaha. Dari segi kemampuan (*generality*), sejauh mana seseorang melakukan tugasnya apakah dalam ruang lingkup yang luas atau sempit sedangkan informan menyatakan merasa tidak mampu, tidak bisa, takut salah, malas dan tidak bisa menahan keinginan.

Persepsi mengenai *self-efficacy* seseorang sama halnya dengan harapan, bahwa seseorang akan sukses dalam menyelesaikan tugas yang diberikan merupakan faktor yang penting di dalam mengarahkan tingkah laku seseorang. Pengaruh *self-*

efficacy ini diartikan kedalam empat proses psikologis, yaitu proses kognitif, proses motivasional, proses afektif, dan proses seleksi.

Adanya proses motivasi yang terjadi dalam kehidupan informan akan tetapi hal ini tidak membuat informan patuh dan termotivasi untuk sembuh. Ketidakmampuan dalam hal menjaga diri untuk tidak memakan makanan yang dilarang hanya karena ingin mencoba membuat pola diet yang telah diatur sedemikian rupa hancur dalam sekejap dan membuat kadar gula darah meningkat sehingga harus dilakukan perawatan di Rumah Sakit. *Self-efficacy* juga memegang peranan penting dalam pengaruh motivasi, *self-efficacy* akan menentukan seberapa besar usaha yang akan dilakukannya dan berapa lama mereka akan bertahan dalam menghadapi rintangan dan pengalaman buruk (Bandura, 1997).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan lebih dari separuh responden memiliki *self-efficacy* dalam kategori rendah dan dalam melakukan *self-care behavior* hampir seluruh responden masuk dalam kategori sedang, hal ini dikarenakan tidak adanya keinginan yang kuat untuk dapat sembuh walaupun motivasi telah diberikan keluarga. Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa *self-efficacy* memiliki pengaruh yang sangat tinggi dalam melakukan *self-care behavior* pada pasien DM tipe 2.

Hal ini berarti *self-efficacy* memiliki pengaruh positif terhadap peningkatan *self-care behavior* pasien DM tipe 2 dengan adanya keyakinan yang dimiliki akan mempengaruhi perilaku perawatan dirinya. Keyakinan yang tinggi akan menyebabkan perawatan diri pasien tinggi pula. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya Hurley dan Shea (1992), Wang (2004), Wu *et al.* (2007) dan Shi *et al.*

(2010), yang semuanya menunjukkan bahwa *self-efficacy* berkaitan erat dalam meningkatkan *self-care behavior* pada pasien dengan DM tipe 2.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Sari (2015) dan Firmansyah (2015) menyatakan bahwa *self-efficacy* merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap *self-care behavior*. Peningkatan aktivitas *self-care behavior* pasien diabetes akan berdampak terhadap peningkatan status kesehatan. Hal ini disebabkan *self-care behavior* merupakan dasar untuk mengontrol diabetes dan mencegah komplikasi diabetik (Xu Yin et al., 2008).

Gao et al (2013) juga menyatakan bahwa perilaku perawatan pasien diabetes dipengaruhi oleh *self-efficacy* yang tinggi. Peran perawat merupakan fasilitator dengan melakukan komunikasi terapeutik antara penyedia layanan kesehatan dengan pasien dan adanya dukungan sosial dapat meningkatkan

keyakinan yang dimiliki oleh pasien dalam meningkatkan perilaku perawatan diri pasien DM.

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).

Self-efficacy dapat menentukan perilaku perawatan diri pasien DM tipe 2. Peningkatan *self-efficacy* dapat meningkatkan kepatuhan terhadap regimen pengobatan yang dianjurkan dalam penyakit kronis seperti diabetes mellitus (Schwarzer, 1999). Oleh karena itu, *self-efficacy* dapat menjadi langkah dalam pengembangan intervensi yang berdampak pada kepatuhan dalam melakukan perawatan diri dan pengobatan DM tipe 2 (Mishali et al., 2010).

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).

Self-efficacy dalam islam dipaparkan dalam beberapa ayat yakni:

Surah Al-Baqarah ayat 286:

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لَا
تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا إِكْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ
عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ ۗ وَاعْفُ عَنَّا وَاعْفِرْ
لَنَا وَارْحَمْنَا أَنْتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ ﴿٢٨٦﴾

Artinya: Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya. Dia mendapat (pahala) dari (kebajikan) yang dikerjakannya dan dia mendapat (siksa) dari (kejahatan) yang diperbuatnya. (Mereka berdoa),

"Ya Tuhan kami, janganlah Engkau hukum kami jika kami lupa atau kami melakukan kesalahan. Ya Tuhan kami, janganlah Engkau bebani kami dengan beban yang berat sebagaimana Engkau bebani kepada orang-orang sebelum kami. Ya Tuhan kami, janganlah Engkau pikulkan kepada kami apa yang tidak sanggup kami memikulnya. Maafkanlah kami, ampunilah kami, dan rahmatilah kami. Engkaulah pelindung kami, maka tolonglah kami menghadapi orang-orang kafir."

Dengan ayat ini Allah SWT mengatakan bahwa seseorang dibebani hanyalah sesuai dengan kesanggupannya. Agama Islam adalah agama yang tidak memberati manusia dengan beban berat dan sukar. Mudah, ringan dan tidak sempit adalah asa pokok dari agama Islam (tafsir Depag RI, 2010).

Jadi, ayat ini menjelaskan bahwa Allah memberikan kemampuan pada individu didunia ini berdasar atas kemampuannya, sehingga dalam

menjalani tugas dalam kehidupan seperti menyelesaikan masalah haruslah dengan penuh keyakinan, karena Allah Maha menepati janji. Sama halnya bagi pasien DM tipe 2 setiap pasien memiliki kemampuan yang berbeda-beda dan permasalahan yang berbeda-beda pula, akan tetapi mereka harus yakin bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menghadapi dan menjalani permasalahan yang mereka hadapi salah satunya dengan melakukan *self-care behavior* secara tepat dan teratur. Allah memberikan beban kepada seorang muslim tidak diluar batas kemampuannya sehingga seorang muslim mampu mengatasi semua beban yang dimilikinya memunculkan keyakinan dalam dirinya untuk mampu melakukan segala beban yang dimilikinya.

b. Pengaruh *god locus of health control* terhadap *self-care behavior* pasien DM tipe 2

Tabel 4.2 jumlah tertinggi responden memiliki *god locus of health control* dalam kategori sedang, lebih dari separuh responden memiliki *god locus of health control* sedang dengan prosentase 72% hal ini dikarenakan usia. Jumlah responden terbanyak yaitu berusia 46-55 tahun hal ini menunjukkan hampir seluruh responden masuk dalam kategori dewasa akhir. 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.

Tabel 4.7 menunjukkan tidak adanya pengaruh signifikan antara *god locus of health control* terhadap *self-care behavior*. Pada dasarnya *self-care behavior* lebih dipengaruhi oleh *locus of health control* tidak ada kaitannya antara peran Tuhan dalam menjaga perilaku kesehatan itu sendiri. *Locus of health control* itu sendiri memiliki peranan penting dalam hal kepatuhan. Karena pada dasarnya individu yang memiliki *locus of control internal* memiliki tingkat kepatuhan lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang memiliki *locus of control eksternal (god locus of health control)*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Safitri (2013) menemukan bahwa 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*. Penelitian serupa yang dilakukan oleh

Adnyani (2015) bahwa *health locus of control internal* memiliki pengaruh yang tinggi dalam kepatuhan penatalaksanaan diet pasien DM tipe 2 dibandingkan dengan *health locus of control eksternal*.

Menurut Kreitner & Kinichki (2009) individu yang cenderung memiliki *locus of control internal* adalah individu yang memiliki keyakinan untuk dapat mengendalikan segala peristiwa dan konsekuensi yang memberikan dampak pada hidup mereka. Sedangkan individu yang memiliki *locus of control eksternal* lebih percaya bahwa kejadian-kejadian dalam dirinya tergantung pada kekuasaan dari pihak lain terutama tenaga kesehatan (Lestari, 2014).

Penelitian dalam dimensi *god locus of health control* menunjukkan tidak adanya korelasi dengan kepatuhan pengobatan (Yuliandri, 2016). Ryan dan Francis (2012) menyatakan konstrak *god locus of*

health control perlu dilakukan klarifikasi secara teori maupun empirik. Wallston, dkk (1999) juga menyatakan belum adanya bukti bahwa *god locus of health control* dapat mempengaruhi kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian lebih dari separuh responden memiliki *god locus of health control* dalam kategori sedang. Pada kenyataannya hampir seluruh responden pasrah dalam menjalani semua penatalaksanaan DM. Hampir seluruh informan mengatakan pasrah karena menganggap ini merupakan takdir dari Allah dan mereka tidak bisa berbuat apa-apa jadi hanya bisa dijalani sebagaimana mestinya, ingin berusaha tetapi karena ini penyakit kronis yang tidak mungkin bisa disembuhkan mereka merasa pasrah dan hanya dijalani saja. Mereka semua percaya akan takdir dari Allah, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rianie (2011) bahwa 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.

Islam menjadi identitas sosio-kultural masyarakat Banjar sebagaimana Penelitian Daud (1997) dalam Hadi (2015) bahwa orang Banjar diyakininya sebagai penganut Islam yang taat. Ketaatan masyarakat Banjar setidak-tidaknya oleh keturunan tertentu di dalam menjalankan ajaran Islamnya itu, terdapat kepercayaan dan kelakuan religius yang unsur-unsurnya tidak ada dalam referensi Islam, tapi dari kebudayaan lokal. Kelakuan yang dimaksud ini dicontohkannya seperti pada: kepercayaan terhadap “orang *ghaib*”, “sahabat *ghaib*”, upacara kelahiran, kepercayaan tentang tuah

benda, upacara kematian, juga tentang “hari baik” dan “hari *naas*”.

Hal ini diperkuat oleh penelitian lain oleh Ipansyah dkk. (2010) yang menyatakan bahwa meskipun masyarakat Banjar itu fanatik dalam menjalankan ajaran Islam, namun mereka juga memiliki kepercayaan mistik budaya lokal seperti bagampiran dan memakai jimat-jimat. Dan gambaran kepercayaan terhadap mistik pada masyarakat Banjar tersebut, yang oleh Daud (1997) disebut “kepercayaan asal kebudayaan Banjar” (dikategorikan dalam tiga kepercayaan yaitu kepercayaan: *bubuhan* dan lingkungan), menurutnya kini sudah mulai melemah dan disangsikan oleh masyarakat.

Kosmologi masyarakat Banjar menyatakan bahawa tatanan dunia yang dualistik itu bersifat relatif. Artinya entitas “pengada” (pengkosmos) dalam alam nyata memiliki potensi (wujud dan sifat)

berbeda di dalam alam gaib. Misalnya pohon kariwaya, panggang atau pohon rambung tertentu di dalam alam gaib barangkali adalah istana tempat tinggal “orang gaib”. Sungai kecil di samping rumah itu dalam dimensi alam gaib dimungkinkan adalah sebuah jalan bagi orang gaib. Dan situs-situs kerajaan Banjar kuno seperti Gunung Candi sebagai situs reruntuhan candi Agung di Amuntai, juga gunung Pamaton di Martapura itu dipercayai sebagai keraton “masyarakat gaib” (Hadi, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan koping terkait interpretasi dari persepsi terhadap Tuhan yang berperan aktif atau pasif, responden cenderung lebih pada berserah diri/pasrah (*a deferring style*) di mana diri menjadi pasif dan tanggung jawab untuk mengatasi ditempatkan di bawah kendali Tuhan (Hathaway dan Pargament et al., 1988). Sehingga dalam melakukan penatlaksanaan *self-care behavior* pada penderita DM yang dilakukan oleh informan

tidak dapat maksimal dikarenakan telah sangat berserah diri dan pasrah akan Takdir yang telah digariskan oleh Allah.

Seluruh responden mengatakan semua yang terjadi dalam dirinya merupakan kehendak Allah yaitu Takdir dari Allah yang tidak bisa kita tolak dan hanya bisa dijalani. Individu dengan *health locus of control* internal akan cenderung bekerja keras melakukan tindakan untuk sembuh, selalu berusaha untuk menemukan pemecahan masalah, selalu berfikir seefektif mungkin dan selalu mempunyai persepsi bahwa usaha keras harus dilakukan apabila ingin sembuh. Sedangkan individu dengan *health locus of control* eksternal akan lebih pasif, kurang memiliki inisiatif, kurang mencari informasi untuk memecahkan masalah dan kurang suka berusaha karena individu percaya bahwa faktor luarlah yang mengontrol dirinya. Kecenderungan ini terjadi karena budaya masyarakat Indonesia yang

selalu tergantung satu sama lain serta pengalaman dan ketergantungan pasien terhadap tenaga kesehatan yang menyebabkan individu lebih dominan memiliki tipe *health locus of control* eksternal dibandingkan dengan internal. Selain itu, dari beberapa responden penelitian menyatakan bahwa responden malas dan bosan untuk mengikuti penatalaksanaan *self-care behavior* pada pasien DM tipe 2. Hal itu menunjukkan bahwa kendali pasien terhadap diri sendiri masih kurang dan apabila hal ini terus dipertahankan, maka pasien dalam menjalani penatalaksanaan *self-care behavior* akan terus cenderung menurun.

Penelitian lain yang meneliti tentang Agama dan Kebudayaan yaitu yang dilakukan oleh Permana dan Harbiyan (2015) menerangkan bahwa penelitian ini mengungkapkan peran agama dan budaya Jawa dalam mempengaruhi orang dalam mengelola perawatan diri sehari-hari mereka. Budaya Jawa

telah memainkan peranan yang baik sebagai halangan atau kesempatan dalam melakukan pengelolaan aktivitas perawatan diri sehari-hari dengan penyakit. Sementara, layanan kesehatan, dukungan sosial dan juga keyakinan agama tentang kepercayaan terhadap Allah merupakan peran utama sebagai struktur yang mempengaruhi individu dalam mengelola aktivitas perawatan diri sehari-hari. Penelitian ini telah muncul sebuah gagasan dalam diri, seperti *locus of control* dan *self-efficacy* yang telah dimainkan sebagai faktor penting penentu dalam mempertahankan aktivitas mereka sehari-hari.

Self-care behavior sesuai dengan teori keperawatan Dorothea E. Orem yang menyatakan bahwa *self-care* merupakan "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).

a. Faktor yang mempengaruhi *self care*

Self care diartikan sebagai wujud perilaku seseorang dalam menjaga kehidupan, kesehatan, perkembangan dan kehidupan disekitarnya (Baker & Denyes, 2008). Menurut Delaune et al (2002), *self care* merupakan perilaku yang dipelajari dan merupakan suatu tindakan sebagai respon atas suatu kebutuhan.

Teori *self care* adalah teori keperawatan yang dikembangkan oleh Dorothea Orem. Orem mengembangkan teori keperawatan *self care* secara umum dibagi menjadi 3 teori yang saling

berhubungan, yaitu : teori *self-care*, teori *self care deficit*, teori *nursing systems* (Orem, 2001).

Diabetes melitus *self care* adalah program atau tindakan yang harus dijalankan sepanjang kehidupan dan menjadi tanggungjawab penuh bagi setiap pasien diabetes melitus (Bai *et al*, 2009). Menurut Kusniyah (2010), diabetes melitus *self care* akan meningkatkan derajat kesejahteraan pasien diabetes melitus dengan melaksanakan perawatan yang tepat sesuai dengan kondisi dirinya sendiri.

1) *Self Care Agency*

Dalam teori *self care* juga dikenalkan adanya *self care agency* yaitu kemampuan yang kompleks dari pendewasaan dan orang-orang yang dewasa untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk mengatur fungsi dan perkembangan manusia (Orem, 2001). *Self care agency*

adalah kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh seorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan *self care* (Allgood & Tomey 2006; Tylor & Renpenning 2011).

Self care agency merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain (Hidayat, 2009).

Pada pasien dengan diabetes mellitus, pasien diharapkan mampu melakukan perawatan diri sendiri untuk mengontrol penyakitnya dan untuk mempertahankan kesehatannya. Menurut Smeltzer (2010), perawatan diri yang dapat dilakukan oleh pasien diabetes mellitus antara lain mengatur

dan menjaga pola nutrisi, latihan dan olahraga, pemantauan glukosa darah dan terapi farmakologi. Menurut Sousa *et al* (2005), ada beberapa *basic conditioning factor* yang mempengaruhi *self care agency* pada diabetes melitus antara lain :

a) Usia

Jumlah responden terbesar dilihat dari karakteristik usia yaitu 46-55 tahun yaitu sebanyak 42%. Kategori umur tersebut termasuk ke dalam kategori umur dewasa akhir (Depkes RI, 2009). Umur yang semakin bertambah tua dapat berisiko terkena DM karena tubuh mengalami penurunan fungsi secara fisiologis.

Usia mempunyai hubungan yang signifikan terhadap *self care* diabetes, semakin meningkatnya usia maka akan

menyebabkan peningkatan dalam aktifitas *self care* diabetes (Sousa *et al*, 2005).

b) Jenis Kelamin

Jumlah tertinggi responden berdasarkan jenis kelamin yaitu berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 62%. Hal ini terjadi karena perempuan banyak yang memiliki perilaku hidup kurang sehat yaitu obesitas, kurangnya aktivitas fisik, diet yang tidak sehat dan seimbang.

Namun berbeda dengan penelitian Sousa dan Zauszniewski (2005) klien diabetes melitus yang berjenis kelamin perempuan menunjukkan perilaku *self care* lebih baik dibandingkan laki-laki, perempuan lebih peduli untuk

melakukan perawatan mandiri terhadap penyakit yang dideritanya

c) Pendidikan

Jumlah responden terbesar dilihat dari tingkat pendidikan yaitu berpendidikan rendah berjumlah 46%. Orang yang memiliki pendidikan rendah biasanya tidak memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan.

Menurut Damayanti et al (2014) menyatakan bahwa pasien diabetes melitus dengan pendidikan tinggi memiliki pengetahuan dalam perawatan diri sehingga pasien tersebut lebih memperhatikan dalam pengelolaan perawatan diri diabetes melitus.

2) *Self Care Demand*

Dalam teori *self care*, dikenal juga *self care demand* yang merupakan komponen bagian dari serangkaian teori *self care*. *Self care demand* (*self care* terapeutik) adalah totalitas dari tindakan *self care* yang diperlihatkan dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan *self care* yang sudah diketahui dengan menggunakan metode yang valid dan seperangkat dan seperangkat kegiatan yang saling berhubungan (Orem, 2001).

Didalam penatalaksanaan diabetes melitus, salah satunya dengan minum obat namun terdapat penggunaan obat herbal pada informan saat wawancara. Penggunaan obat herbal menjadi pilihan pengobatan komplementer (Sudarma, 2008) yang dapat dijadikan alternatif dengan penggunaan obat medis hal ini sebagai *self care demand* yang

dapat dilakukan oleh penderita diabetes melitus.

3) *Self Care Requisite*

Diabetes self care requisites yaitu kebutuhan *self care* yang merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan perawatan pada pasien diabetes mellitus yang terdiri dari beberapa jenis yaitu :

a) *Universal Self Care Requisites*

(kebutuhan universal manusia sebagai kebutuhan dasar), meliputi : udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia (Muhlisin dkk, 2010). Pada penelitian kualitatif didapatkan 3 orang yang melakukan diet, 2 orang olahraga dan farmakologi 6 informan

b) *Developmental Self Care Requisites*

(lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan). Pada pasien diabetes melitus terkait kemauan dan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas dapat ditingkatkan dengan cara memberikan dukungan , rasa percaya diri, dan motivasi positif dari lingkungan (Kusniyah, 2010). Pada penelitian ini didapatkan bahwa adanya hubungan self efficacy terhadap self care behavior

c) *Health Deviation Requisites* (kebutuhan

yang timbul akibat terjadinya perubahan pada kondisi pasien diabetes melitus). Pasien diabetes melitus akan mengarahi hal yang pasrah karena penyakit yang

menyebabkan enggan melakukan self care behavior.

b. *Self Care Deficit*

The theory self care deficit merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self care* secara efektif. Ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri pada pasien diabetes mellitus dapat menyebabkan timbulnya penyimpangan kesehatan atau komplikasi. Namun dengan kemampuan melakukan perawatan diri melalui pengontrolan kadar glukosa darah, pemantauan pola nutrisi, latihan dan olahraga, dan kepatuhan dalam melakukan pengobatan dapat mengurangi resiko komplikasi (Poli *et al*, 2003).

Teori self-care deficit Orem bisa menjadi panduan yang berguna pada diabetes manajemen diri pendidikan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri seorang pasien diabetes mellitus (Surucu & Kizilci, 2012).

Ada tiga faktor yang berhubungan dengan *self care deficit* pada pasien diabetes mellitus, yaitu :

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya (Notoadmodjo, 2010). Pengetahuan bisa dilihat dari tingkat pendidikan yang rendah sehingga mempengaruhi self care behaviour.

2) Kepatuhan

Kepatuhan dalam self care ditentukan oleh self efficacy yang berregresi linear.

Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap intruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley, 2007).

3) Kemandirian

Kemandirian adalah kemampuan untuk membuat keputusan dan menjadikan dirinya sumber kekuatan emosi diri sehingga tidak bergantung kepada orang lain (Shaffer, 2002). Kemandirian pada penderita DM pada penelitian ini adalah pada self behavior rendah responden tidak mau melakukan apapun untuk menunjang upaya kesehatan, sedangkan self care sedang di mana penderita lebih cenderung melaksanakan manajemen diabetes dengan bantuan orang lain.

c. **Nursing System**

The theory of nursing system (nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*). Teori sistem keperawatan mengusulkan bahwa ilmu keperawatan adalah tindakan manusia, sistem keperawatan adalah sistem aksi yang dibentuk oleh perawat melalui agen perawat untuk membantu orang menuju kesehatan yang mandiri atau terkait dengan keterbatasan dalam perawatan diri (Orem, 2001).

Klasifikasi sistem keperawatan pada *self care* pada penelitian ini dimana penderita DM membutuhkan *Supportive educative system*. *Supportive educative system* yaitu pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau eksternal *self care* tetapi tidak dapat

melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*. Menurut Orem di dalam Alligood & Tomey (2006), perawat memiliki peran sebagai *educator* dan *conselor* bagi pasien dimana seorang perawat dapat memberikan bantuan kepada pasien dalam bentuk *supportive-educative system* dengan memberikan pendidikan dengan tujuan pasien mampu melakukan perawatan secara mandiri. Pada penelitian ini terdapat informan yang tidak mampu melakukan pemeriksaan gula darah dan tidak adanya waktu dalam melakukan latihan fisik serta tidak mampu melakukan foot care secara mandiri oleh karena itu perlu dilakukan *educative*.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan dan diusahakan sesuai dengan prosedur, etik penelitian yang berlaku, tetapi masih saja ada keterbatasan seperti:

1. Dalam penelitian ini terdapat faktor-faktor pengganggu yang tidak dapat peneliti kendalikan dalam penelitian ini seperti pengetahuan, dukungan sosial, aspek emosional, motivasi, dan komunikasi petugas kesehatan.
2. Pada saat proses pengumpulan data terdapat beberapa responden yang bertanya diluar konteks pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner sehingga peneliti berupaya memfokuskan kembali agar responden menjawab pertanyaan sesuai yang tercantum dalam kuesioner.
3. Kuesioner yang digunakan untuk menggali *self-care behavior* diabetes yaitu klien harus mengingat perilaku *self-care* diabetes tersebut yang telah dilakukan selama seminggu yang lalu, sehingga ada kemungkinan *recall* bias saat responden mengisi kuesioner tersebut.