

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Diabetes Melitus

a. Definisi DM

Diabetes melitus (DM) adalah sindrom klinis kelainan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia akibat defek sekresi insulin, defek kerja insulin, atau gabungan keduanya (Waspadji, 2007). DM juga didefinisikan sebagai penyakit kronik yang terjadi karena tubuh tidak menghasilkan cukup insulin atau tidak bisa menggunakan insulin secara efektif (*International Diabetes Federation [IDF], 2013*).

b. Klasifikasi DM

DM dapat diklasifikasikan dalam beberapa kategori, yaitu:

1) DM tipe 1

DM tipe 1 terjadi karena destruksi sel β , umumnya akan menjurus ke defisiensi insulin absolut. Pada penderita DM tipe 1, sel-sel β pankreas normal yang menghasilkan hormon insulin dihancurkan oleh suatu proses autoimun, sehingga penyuntikan insulin diperlukan untuk mengendalikan kadar glukosa. DM tipe 1 terjadi kurang lebih 5%-10% pada penderita DM (Smeltzer & Bare, 2002; *American Diabetes Association [ADA], 2015*).

2) DM tipe 2

DM tipe 2 terjadi disebabkan penurunan sensitivitas terhadap insulin/resistensi insulin yang akan mengakibatkan defisiensi relatif insulin (ADA, 2015; Ndraha, 2014). DM tipe ini terjadi pada 90%-95% pada penderita DM (Smeltzer & Bare, 2002; ADA, 2015).

3) DM gestasional

DM gestasional terjadi selama kehamilan yang dapat didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga (ADA, 2015). Penderita DM tipe ini meliputi 2%-5% dari seluruh DM. DM ini sangat penting diketahui karena dampaknya pada janin kurang baik bila tidak ditangani dengan benar (Suyono, 2007).

4) DM yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya

DM tipe ini yaitu sindrom monogenik diabetes (seperti neonatal diabetes dan *Maturity-Onset Diabetes of the Young* [MODY]), penyakit eksokrin pankreas (seperti *cystic fibrosis*), dan yang terjadi karena obat-obatan atau zat kimia (seperti treatment untuk HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ insulin (ADA, 2015).

c. Etiologi DM

1) DM tipe 1

DM tipe 1 ditandai dengan penghancuran sel β pankreas yang terjadi dari kombinasi faktor genetik, imunologi, dan mungkin

pula lingkungan (infeksi virus) yang diperkirakan menimbulkan destruksi sel β . Pada faktor genetik penderita DM tidak mewarisi DM tipe 1 sendiri akan tetapi mewarisi suatu kecenderungan genetik kearah terjadinya DM tipe 1 tersebut. Kecendrungan genetik ditemukan pada individu yang memiliki *human leucocyte antigen* (HLA) tertentu (Smeltzer & Bare, 2002; *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease* [NIDDK], 2014).

Dari segi imunologi, penderita DM tipe 1 terdapat proses respon autoimun. Hal ini terjadi disebabkan oleh sel darah putih/sel T menyerang dan merusak sel β . Respon ini termasuk respon abnormal di mana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dan bereaksi terhadap jaringan tersebut seolah-olah sebagai jaringan asing. Pada faktor lingkungan, penyelidikan masih dilakukan terhadap kemungkinan adanya faktor-faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β . Sebagai contoh, virus atau toksin tertentu bisa memicu proses autoimun sehingga menimbulkan destruksi sel β (Smeltzer & Bare, 2002; NIDDK, 2014).

2) DM tipe 2

Faktor resiko terjadinya DM tipe 2, yaitu:

a) Faktor genetik

Genetik memegang peranan dalam proses terjadinya DM tipe 2. Genetik juga meningkatkan resiko kecenderungan

seseorang untuk menjadi *overweight* atau obesitas (NIDDK, 2014).

b) Usia

DM tipe 2 sering terjadi pada usia 40 tahun dan terus meningkat seiring bertambahnya usia. Hal ini terjadi karena fungsi tubuh secara fisiologis menurun yang menyebabkan penurunan atau resistensi insulin sehingga pengendalian glukosa darah kurang optimal (Jelantik & Hariyati, 2014; Wahyuni, 2010). Resistensi insulin umumnya meningkat pada usia di atas 65 tahun (Ignatavicius *et al.*, 2006 dalam Kusniawati 2011; Smeltzer & Bare, 2002).

c) Obesitas

Obesitas adalah kondisi di mana indeks massa tubuh (IMT) seseorang $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ untuk wilayah Asia (Soetiarto *et al.*, 2010; Yuliani *et al.*, 2014). Semakin banyak jaringan lemak pada tubuh, maka tubuh semakin resisten terhadap kerja insulin. Lemak dapat memblokir kerja insulin, sehingga glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel dan menumpuk dalam pembuluh darah, yang menyebabkan terjadi peningkatan kadar glukosa darah (Rahayu *et al.*, 2012). Obesitas juga merupakan faktor utama terjadinya DM tipe 2 sebesar 80%-90 % (NIDDK, 2014).

d. Manifestasi DM

Berbagai keluhan yang dapat ditemukan pada pasien DM, meliputi:

- 1) Keluhan klasik DM yaitu: glukosuria (terdapat glukosa dalam urin), poliuria (peningkatan dalam berkemih), polidipsia (rasa haus akibat kehilangan cairan yang berlebihan), polifagia (peningkatan selera makan akibat menurunnya simpanan kalori), dan penurunan berat badan (Schteingart, 2006; PERKENI, 2011).
- 2) Keluhan lainnya dapat berupa: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, disfungsi ereksi pada pria, dan pruritus vulva pada wanita (PERKENI, 2011).

e. Komplikasi DM

Penderita DM memiliki risiko mengalami komplikasi dikarenakan tingginya glukosa yang dapat mengarah ke penyakit serius lainnya. Beberapa komplikasi DM, yaitu:

1) *Diabetic Ketoacidosis* (DKA)

DKA merupakan komplikasi metabolik yang paling serius pada DM tipe 1. Hal ini terjadi karena kadar insulin sangat menurun, pasien mengalami hiperglimia, glukosuria berat, penurunan lipogenesis, peningkatan lipolisis, dan peningkatan oksidasi asam lemak bebas disertai pembentukan benda keton. Pasien dapat menjadi hipotensi dan mengalami syok yang akhirnya menyebabkan koma dan meninggal (Schteingart, 2006).

2) Hiperglikemia, hiperosmolar, koma nonketonik (HHNK)

HHNK adalah komplikasi metabolisme akut lain yang sering terjadi pada DM tipe 2. Hal ini terjadi karena hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum lebih besar dari 600 mg/dl. Keadaan hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaritas, diuretik osmotik, dan dehidrasi berat. Pasien dapat menjadi tidak sadar dan meninggal bila tidak ditangani (Scheingart, 2006).

3) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah komplikasi metabolik yang lainnya. Hipoglikemia terjadi akibat komplikasi dari terapi insulin. Pasien dengan insulin dependen mungkin akan mengalami keadaan di mana menerima insulin yang jumlahnya lebih banyak daripada yang dibutuhkan untuk mempertahankan kadar normal glukosa sehingga menimbulkan hipoglikemia (Scheingart, 2006).

4) Penyakit kardiovaskuler

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit yang umumnya menyebabkan kematian dan disabilitas pada orang dengan DM. Tingginya glukosa dapat merusak pembuluh darah yang menyebabkan penumpukkan lemak di dinding yang rusak dan dapat menyempitkan pembuluh darah (Ndarah, 2014). Penyakit kardiovaskuler yang bisa diderita penderita DM seperti angina, miokard infark, stroke, PAD, dan gagal jantung kongestif (IDF, 2013).

5) Penyakit pada ginjal

Penyakit pada ginjal (nefropati) lebih sering terjadi pada pasien dengan DM dibandingkan dengan pasien tanpa DM. Hal ini terjadi dikarenakan kerusakan pembuluh darah kecil di ginjal yang menyebabkan kerja ginjal kurang efisien atau bahkan gagal ginjal (IDF, 2013).

6) Penyakit pada mata

Penderita DM memiliki masalah pada mata (retinopati) yang dapat merusak penglihatan bahkan memicu kebutaan. Retinopati terjadi karena pembuluh darah yang bertugas menyuplai nutrisi ke retina diblok dan rusak akibat tingginya glukosa dalam darah, tekanan darah, serta kolesterol (IDF, 2013).

7) Kerusakan saraf

Ketika glukosa darah dan tekanan darah terlalu tinggi dapat memicu kerusakan saraf (neuropati). Salah satu area yang paling terpengaruh akibat neuropati adalah area ekstremitas terutama kaki. Kerusakan saraf pada area ini dikenal dengan *peripheral neuropati* yang bisa memicu terjadinya nyeri, perasaan seperti tertusuk, bahkan hilangnya sensasi di kaki. Hilangnya sensasi di kaki ini berbahaya karena bisa terjadi luka tanpa diketahui yang bisa mengarah keinfeksi serius (IDF, 2013).

8) Kaki diabetik

Kaki diabetik terjadi diawali dengan kerusakan saraf dan pembuluh darah. Penderita DM beresiko 24 kali lebih besar terjadi amputasi dibanding dengan orang tanpa DM. Hal ini dapat dicegah dengan melakukan pemeriksaan kaki secara teratur (IDF, 2013).

f. Penatalaksanaan DM

Tingginya risiko komplikasi yang bisa terjadi pada DM tipe 2, Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia tahun 2011, menitikberatkan penatalaksanaan dan pengelolaan DM pada 4 pilar, yaitu:

1) Edukasi

Upaya edukasi diberikan secara komprehensif dan berupaya meningkatkan motivasi pasien untuk memiliki perilaku sehat. Edukasi pada penyandang DM meliputi pemantauan glukosa mandiri, perawatan kaki, ketaatan penggunaan obat-obatan, berhenti merokok, meningkatkan aktifitas fisik, dan mengurangi asupan kalori dan diet tinggi lemak (PERKENI, 2011).

2) Perencanaan diet

Prinsip pengelolaan makan atau diet pada pasien DM yaitu makanan seimbang yang sesuai dengan kebutuhan kalori masing-masing individu. Diet ini juga harus memperhatikan keteraturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan. Komposisi makanan yang

dianjurkan terdiri dari karbohidrat 45%-65%, lemak 20%-25%, protein 10%-20% (PERKENI, 2011).

3) Latihan jasmani

Latihan jasmani yang dilakukan teratur 3-4 kali dalam seminggu selama 30 menit dapat menjaga kebugaran tubuh, menurunkan berat badan, dan meningkatkan sensitivitas insulin. Latihan jasmani yang bisa dilakukan seperti berjalan kaki, *jogging*, berenang, dan bersepeda. Latihan jasmani disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani (PERKENI, 2011).

4) Terapi farmakologi atau pengobatan

Terapi farmakologi pada pasien DM terdiri obat oral dan suntikan tambahan insulin. Terapi farmakologis ini diberikan bersama dengan diet dan latihan jasmani (PERKENI, 2011).

2. Perawatan kaki pada pasien DM

a. Definisi perawatan kaki DM

Menurut Waspadji (2007), perawatan kaki pada pasien DM adalah salah satu pencegahan terjadinya kaki diabetik. Menurut referensi lainnya, perawatan kaki DM adalah tindakan untuk mencegah terjadinya luka pada kaki penderita DM yang meliputi tindakan seperti pemeriksaan kaki, mencuci kaki dengan benar, mengeringkan kaki, menggunakan pelembab, memakai alas kaki, dan melakukan pertolongan pertama jika terjadi cedera (*World Diabetes Foundation* [WDF], 2013; Huang & Chin, 2013).

b. Cara perawatan kaki DM

Menurut WDF (2013), *National Diabetes Education Program* (NDEP) (2014), dan ADA (2014) penderita DM perlu melakukan perawatan kaki untuk mencegah terjadinya kaki diabetik. Beberapa cara melakukan perawatan kaki DM meliputi:

- 1) Memeriksa keadaan kaki setiap hari:
 - a) Inspeksi atau perhatikan keadaan kaki setiap hari. Periksa adanya luka, lecet, kemerahan, bengkak atau masalah pada kuku.
 - b) Gunakan kaca untuk mengecek keadaan kaki, bila terdapat tanda-tanda tersebut segera hubungi dokter.
- 2) Menjaga kebersihan kaki setiap hari:
 - a) Bersihkan dan cuci kaki setiap hari dengan menggunakan air hangat.
 - b) Bersihkan menggunakan sabun lembut sampai ke sela-sela jari kaki.
 - c) Keringkan kaki menggunakan kain bersih yang lembut sampai ke sela jari kaki.
 - d) Berikan pelembab pada kaki, tetapi tidak pada celah jari-jari kaki. Pemberian bertujuan untuk mencegah kulit kering. Pemberian pelembab pada celah jari tidak dilakukan karena akan berisiko terjadinya infeksi oleh jamur.

- 3) Memotong kuku kaki dengan benar:
 - a) Memotong kuku lebih mudah dilakukan sesudah mandi, sewaktu kuku lembut.
 - b) Gunakan gunting kuku yang dikhususkan untuk memotong kuku.
 - c) Memotong kuku kaki secara lurus, tidak melengkung mengikuti bentuk kaki, kemudian mengikir bagian ujung kuku kaki.
 - d) Bila terdapat kuku kaki yang menusuk jari kaki dan kapalan segera hubungi dokter.
- 4) Memilih alas kaki yang tepat:
 - a) Memakai sepatu atau alas kaki yang sesuai dan nyaman dipakai.
 - b) Gunakan kaos kaki saat memakai alas kaki. Hindari pemakaian kaos kaki yang salah, kaos kaki ketat akan mengurangi atau mengganggu sirkulasi, jangan pula menggunakan kaos kaki tebal karena dapat mengiritasi kulit ataupun kaos kaki yang terlalu besar karena ukurannya tidak pas pada kaki.
 - c) Sepatu harus terbuat dari bahan yang baik untuk kaki/tidak keras.
- 5) Pencegahan cedera:
 - a) Selalu memakai alas kaki baik di dalam ruangan maupun di luar ruangan.
 - b) Selalu memeriksa bagian dalam sepatu atau alas kaki sebelum memakainya.

- c) Bila terdapat *corns* dan kalus di kaki gunakan batu *pomice* untuk menghilangkannya.
 - d) Selalu mengecek suhu air ketika akan membersihkan kaki.
 - e) Hindari merokok untuk mencegah kurangnya sirkulasi darah ke kaki.
 - f) Melakukan senam kaki secara rutin.
 - g) Memeriksa diri secara rutin ke dokter dan memeriksa kaki setiap kontrol.
- 6) Pertolongan pertama pada cedera di kaki:
- a) Jika ada luka/lecet, tutup luka/lecet tersebut dengan kasa kering setelah diberikan antiseptik di area yang cedera.
 - b) Bila luka tidak sembuh, segera mencari tim kesehatan khusus yang ahli dalam menangani luka diabetes.

c. Faktor yang mempengaruhi perawatan kaki DM

Perawatan kaki pada pasien DM dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi:

1) Usia

Usia berhubungan dengan fungsi kognitif seseorang. Kemampuan belajar dalam menerima keterampilan, informasi baru, dan fungsi secara fisik akan menurun, khususnya orang yang berusia > 70 tahun (Sundari *et al.*, 2009). Penelitian lainnya dari Sihombing dan Prawesti (2012) menunjukkan bahwa penderita DM dengan usia dibawah 55 tahun perawatan kakinya baik.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin tidak terlalu signifikan mempengaruhi perawatan kaki, penelitian dari Sihombing dan Prawesti (2012) menunjukkan bahwa sebagian besar responden wanita perawatan kaki DM baik dan kurang dari setengahnya perawatan kaki DM buruk. Sedangkan untuk responden laki-laki perawatan kaki DM baik dan buruk memiliki frekuensi yang sama.

3) Tingkat pendidikan

Pengetahuan klien dipengaruhi oleh pendidikannya. Pengetahuan yang baik juga adalah kunci keberhasilan dari manajemen DM (Wibowo *et al.*, 2015). Pasien yang memiliki pendidikan yang baik lebih mudah memahami dan mencari tahu tentang penyakitnya melalui membaca atau menggunakan teknologi informasi (Desalu *et al.*, 2011).

4) Lama menderita DM

Menurut Albikawi dan Abuadas (2015), orang yang menderita DM lebih lama sudah dapat beradaptasi terhadap perawatan DMnya dibandingkan dengan orang dengan lama DM lebih pendek. Hal ini sesuai dengan Diani (2013) bahwa pasien dengan DM yang lebih lama memiliki pengalaman dan dapat mempelajari hal hal yang baik untuk penyakitnya.

5) Pekerjaan

Pekerjaan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan klien dalam melakukan perawatan kaki DM, umumnya dikarenakan sibuk dengan pekerjaannya sehingga tidak melakukan perawatan kaki (Ardi *et al.*, 2014).

6) Penyuluhan tentang perawatan kaki DM

Penyuluhan tentang perawatan kaki DM bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman klien tentang pentingnya perawatan kaki pada pasien DM. Pasien DM tipe 2 yang memiliki pengetahuan baik memiliki peluang praktik perawatan kaki yang baik dibandingkan dengan klien DM tipe 2 yang memiliki pengetahuan kurang (Wibowo *et al.*, 2015). Responden yang pernah mendapat penyuluhan memiliki peluang melakukan perawatan kaki 1,95 kali lebih baik dibandingkan yang belum pernah mendapat penyuluhan (Diani, 2013).

d. Pengukuran perawatan kaki DM

Perawatan kaki pada pasien DM dapat diukur dengan menggunakan beberapa instrumen seperti kuesioner *Patient Interpretation of Neuropathy* (PIN) dan *Nottingham Assessment of Functional Footcare* (NAFF). PIN dikembangkan oleh Vileikyte (2006) berdasarkan *Diabetic Foot Care Guidelines* berjumlah 17 item pertanyaan yang terbagi dalam 2 subskala, 9 item pertanyaan untuk

tindakan *preventive* dan 8 item pertanyaan untuk *potentially damaging*.

Penelitian ini menggunakan kuesioner NAFF oleh Lincoln *et al.*, (2007) yang sudah dikembangkan dan diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Kurinawan (2013) serta sudah disesuaikan dengan budaya di Indonesia. Jumlah item pertanyaan berjumlah 28 soal, menggunakan skala likert dengan skor 0-3. Semakin tinggi skor menunjukkan semakin baik perilaku perawatan kaki DM.

3. Keyakinan kemampuan diri (*Self-efficacy*)

a. Definisi *self-efficacy*

Konsep *self-efficacy* pertama kali dikemukakan oleh Bandura yang dikenal dengan teori sosial kognitif pada tahun 1986. *Self-efficacy* ialah keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya dalam mencapai tujuan tertentu sesuai harapan (Bandura, 1997 dalam Kusuma & Hidayati, 2013). *Self-efficacy* pada pasien DM berfokus pada keyakinan penderita DM untuk berperilaku yang mendukung perbaikan penyakitnya (Ngurah & Sukmayanti, 2014).

b. Sumber *Self-efficacy*

Self-efficacy berkembang melalui empat sumber utama, yaitu:

1) Pengalaman telah dilalui dan pencapaian prestasi

Pengalaman akan kesuksesan adalah sumber yang paling besar pengaruhnya terhadap *self-efficacy* individu karena didasarkan pada pengalaman otentik. Pengalaman akan kesuksesan

menyebabkan *self-efficacy* individu meningkat, sementara kegagalan yang berulang mengakibatkan menurunnya *self-efficacy*. Beberapa kesulitan dan kegagalan diperlukan untuk mengajarkan bahwa kesuksesan membutuhkan usaha, seseorang yang memiliki keyakinan akan sukses maka akan mendorongnya untuk bangkit dan berusaha (Ariani, 2011; Wantiyah, 2010).

2) Pengalaman individu lain

Pengamatan individu akan keberhasilan individu lain pada bidang tertentu akan meningkatkan *self-efficacy* individu tersebut pada bidang yang sama. Seseorang dapat belajar dari pengalaman individu tersebut untuk mendapatkan seperti yang didapatkan oleh orang tersebut (Ariani, 2011; Rhondianto, 2012).

3) Persuasi verbal

Persuasi verbal dipergunakan untuk meyakinkan individu dan mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Dengan persuasi verbal, individu mendapatkan sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah yang akan dihadapi (Ariani, 2011; Kusuma & Hidayati, 2013).

4) Keadaan fisiologis dan emosional

Kondisi emosi dan keadaan fisiologis yang dialami individu mempengaruhi *self-efficacy* seseorang dalam mengambil keputusan. Keadaan fisik seperti nyeri, kelemahan, dan ketidaknyamanan dianggap sebagai hambatan fisik yang dapat

mempengaruhi efikasi diri seseorang. Kondisi emosional juga dapat mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan (Wantiyah, 2010).

c. Proses-proses *Self-efficacy*

Bandura (1994) menyatakan bahwa *self-efficacy* terbentuk melalui 4 proses yaitu:

1) Proses kognitif

Efikasi diri mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Sebagian besar individu dalam bertindak akan berpikir terlebih dahulu. Seseorang yang mempunyai efikasi diri yang tinggi akan memvisualisasikan skenario keberhasilan sebagai panduan positif dalam mencapai tujuannya, sedangkan seseorang yang memiliki efikasi rendah lebih banyak membayangkan kegagalan yang menghambat dalam mencapai tujuan (Rini, 2011; Wantiyah, 2010).

2) Proses motivasi

Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan berperilaku sesuai tujuan didasari oleh aktivitas kognitif. Proses motivasi terbentuk dalam 3 teori pemikiran yaitu *causal attribution* (atribusi penyebab), *outcome expectancies* (harapan akan hasil), dan *goal theory* (teori tujuan). Keyakinan mempengaruhi atribusi kausal seseorang, di mana jika individu memiliki efikasi rendah, mereka cenderung menganggap kegagalan akibat dari rendahnya

kemampuan diri. Motivasi dibentuk dari harapan seseorang dan nilai dari tujuan yang ditentukan (Rini, 2011).

3) Proses afeksi

Afeksi terjadi secara alami dalam diri individu dan berperan dalam menentukan pengalaman emosional. Keyakinan seseorang akan kemampuannya mempengaruhi seberapa stress/depresi yang dapat diatasi. Seseorang yang yakin dapat mengendalikan masalah maka dia tidak akan mengalami gangguan pola pikir, tetapi pada seseorang yang tidak percaya dapat mengatasi masalah maka akan mengalami kecemasan yang tinggi (Ariani, 2011).

4) Proses seleksi

Proses seleksi berkaitan dengan kemampuan individu untuk menyeleksi tingkah laku dan lingkungan yang sesuai dengan kemampuannya. Seseorang akan menghindari sebuah aktivitas dan lingkungan bila orang tersebut tidak mampu melakukannya. Bagi mereka yang siap dengan berbagai tantangan dan situasi maka mereka menilai dirinya mampu untuk melakukannya (Ariani, 2011; Rini, 2011).

d. Dimensi *self-efficacy*

Dimensi *self-efficacy* menurut Bandura terdiri dari 3 dimensi. Dimensi yang pertama yaitu *magnitude*, dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan terkait dengan usaha yang dilakukannya (Rhondianto, 2012). Dimensi yang kedua adalah *generality*, dimensi

ini berkaitan dengan luasnya cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan (Ariani, 2011). Dimensi yang ketiga adalah *strength*, dimensi ini berfokus pada kekuatan/keyakinan individu terhadap kemampuan yang dimilikinya dalam pengelolaan penyakitnya (Rini, 2011; Rhondianto, 2012).

e. Faktor yang mempengaruhi *self-efficacy*

Beberapa faktor yang mempengaruhi dengan *self-efficacy*, yaitu:

1) Usia

Self-efficacy berkembang seiring dengan bertambahnya usia, dengan bertambahnya pengalaman dan perluasan lingkungan pergaulan (Wantiyah, 2010). Menurut Potter dan Perry usia 40-65 tahun disebut sebagai tahap keberhasilan, yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing, dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki *self-efficacy* yang baik (Ariani, 2011).

2) Tingkat pendidikan

Salah satu proses pembentukan *self-efficacy* adalah melalui proses kognitif (Ariani, 2011). Penelitian Wu *et al.*, (2006) menunjukkan bahwa dengan tingkat pendidikan tinggi maka memiliki *self-efficacy* dan perilaku perawatan yang baik. Pasien DM dengan pendidikan tinggi lebih mudah mengakses informasi terkait penyakitnya sehingga lebih yakin dalam melakukan perawatan diri untuk mencegah terjadinya komplikasi yang diakibatkan oleh DM (Ngurah & Sukmayanti, 2014).

3) Lama menderita DM

Pasien yang menderita DM \geq 11 tahun memiliki *self-efficacy* lebih baik dari penderita DM $<$ 10 tahun, hal ini disebabkan karena penderita DM tersebut telah berpengalaman mengelola penyakitnya (Wu *et al.*, 2006). Menurut Bai *et al.*, (2009) hal ini terjadi karena pasien dapat mempelajari perilaku perawatan diri berdasarkan pengalaman yang sudah diperolehnya sehingga pasien memiliki keyakinan dalam aktivitas *self care*nya.

4) Penghasilan

Status sosial ekonomi dan pengetahuan mengenai DM mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri (Firmansyah, 2015). Faktor penghasilan berkontribusi dalam *self-efficacy* karena hal tersebut membantu dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan (Rondhianto, 2012).

5) Dukungan keluarga

Pasien DM tipe 2 yang berada dalam lingkungan keluarga dan diperhatikan oleh anggota keluarganya dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan dalam melaksanakan perawatan diri, adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien DM dalam meningkatkan keyakinannya dalam melakukan perawatan diri (Kusuma & Hidayati, 2013; Pertiwi, 2015).

6) Depresi

Depresi berhubungan dengan kondisi emosional seseorang, di mana kondisi emosional ini mempengaruhi dalam pengambilan keputusan terkait efikasi dirinya (Peilouw & Nursalim, 2013). Pasien DM tipe 2 yang mengalami depresi cenderung lebih mudah menyerah dengan keadaannya dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami depresi (Kusuma & Hidayati, 2013).

7) Motivasi

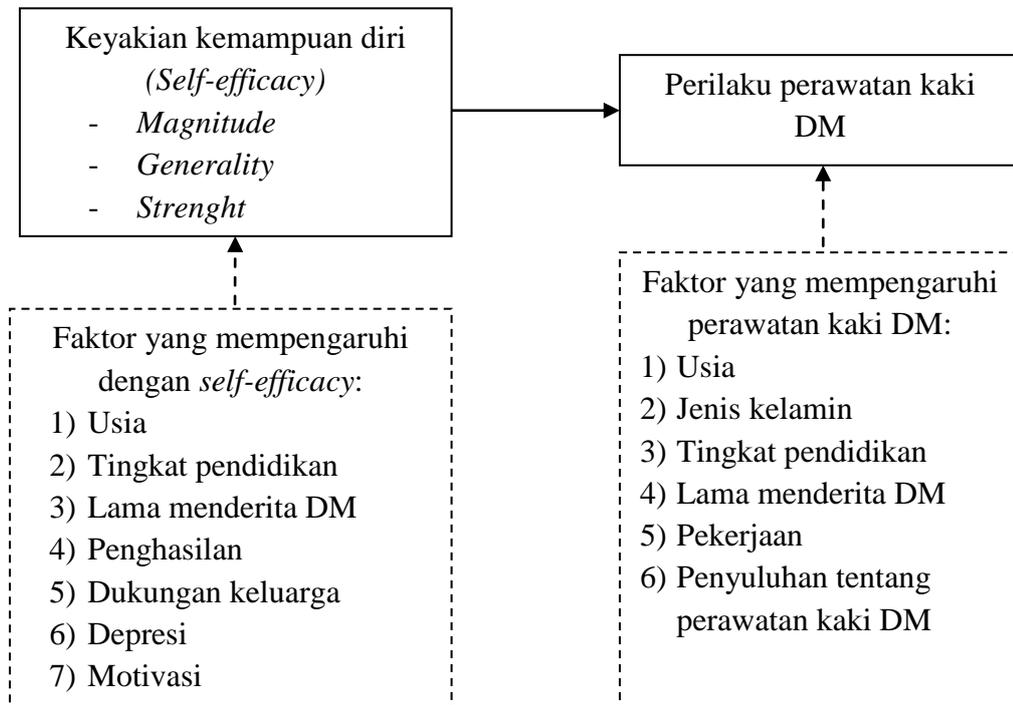
Motivasi adalah dorongan yang berasal dari dalam diri ataupun dari luar individu untuk melakukan tugas tertentu untuk mencapai suatu tujuan. Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma dan Hidayati (2013) menyatakan bahwa responden yang memiliki motivasi baik memiliki peluang 4,313 efikasi diri baik dibandingkan dengan motivasi rendah, hal ini mempengaruhi dalam manajemen DM.

f. Pengukuran *self-efficacy* dalam perawatan kaki DM

Pengukuran *self-efficacy* dalam perawatan kaki DM dapat menggunakan beberapa instrumen seperti kuesioner *The Diabetes Management Self-efficacy for Type 2 DM* (DMSES) dan *Foot Care Confidence Scale* (FCCS). DMSES dikembangkan oleh Van der Bijl dan Shortridge-Bagget yang terdiri dari 20 item pertanyaan tentang diet, medikasi, perawatan kaki, latihan fisik, dan kontrol gula darah (Strurt *et al.*, 2010).

Penelitian ini menggunakan FCCS yang diadopsi dari Perrin *et al.*, (2009) karena kuesioner ini sudah difokuskan pada keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) pada perawatan kaki DM. Kuesioner ini memiliki 12 item, menggunakan skala likert dengan skor 1-5 (sangat tidak percaya diri= 1, kurang percaya= 2, percaya diri= 3, cukup percaya diri= 4, sangat percaya diri= 5). Makin tinggi skor mengindikasikan makin tinggi keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*). Kuesioner ini sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan cara *back translation*.

B. Kerangka Konsep



Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti

C. Hipotesis

H1 : Ada hubungan antara keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien diabetes melitus.