

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Tempat Penelitian**

Puskesmas Gamping 1 adalah salah satu pelayanan kesehatan yang terletak di Kecamatan Gamping, Kelurahan Amberketawang, Kabupaten Sleman. Puskesmas Gamping 1 beralamat di Delingsari, Ambarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta. Wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 terdiri dari dua desa yaitu Desa Ambarketawang dan Desa Balecatur. Desa Ambarketawang terdiri dari 13 dusun dengan 110 RT dan Desa Balecatur terdiri dari 18 dusun dengan 127 RT. Secara administratif, Puskesmas Gamping 1 berbatasan sebelah utara dengan Desa Sidoarum, Kecamatan Godean; sebelah timur berbatasan dengan Desa Banyuraden; sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Sedayu, Bantul; dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Kasihan, Bantul.

Jadwal pelayanan di Puskesmas Gamping 1 dimulai dari hari Senin sampai Sabtu pada pukul 07:30-12:00 untuk hari Senin sampai Kamis, pukul 07:30-10:30 untuk hari Jumat, dan pukul 07:30-11:00 pada hari Sabtu. Jenis-jenis pelayanan yang ada di Puskesmas Gamping 1 meliputi poli umum, ruang tindakan, poli lansia, poli gigi, layanan konsultasi gizi, poli Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pelayanan

Keluarga Berencana (KB), pelayanan laboratorium, pelayanan farmasi/obat, fisioterapi, psikologi, dan sanitasi, serta terdapat juga ruang laktasi bagi ibu yang sedang menyusui dan pojok bermain untuk anak.

Puskesmas Gamping 1 juga memiliki tiga puskesmas pembantu yakni Mancasan, Gejayan, dan Jatengan. Puskesmas Gamping 1 belum memiliki perkumpulan DM tetapi sudah ada program Prolanis (pengelolaan penyakit kronis) yang baru diadakan pada Mei 2016. Kegiatan Prolanis di Puskesmas Gamping 1 meliputi pengobatan dan cek gula darah yang dilakukan tiap bulan. Kegiatan seperti penyuluhan pada pasien DM baru dilakukan 3 kali yang biasanya dilakukan tiap bulan pada minggu ketiga dihari Rabu. Lama pasien kontrol biasanya tiap sepuluh hari untuk pengambilan obat dan tiap satu bulan sekali untuk kontrol gula darah.

## 2. Analisis Univariat

### a. Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik demografi responden dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5 Gambaran karakteristik responden DM di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 (N=48)

No	Karakteristik Subjek Penelitian	Jumlah	(%)
1	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	19	39,6
	Perempuan	29	60,4
2	<b>Pendidikan terakhir</b>		
	SD/ sederajat	19	39,6
	SMP/ sederajat	11	22,9
	SMA/ sederajat	14	29,2
	Perguruan Tinggi	4	8,3

No	Karakteristik Subyek Penelitian	Jumlah	(%)
<b>3</b>	<b>Pekerjaan</b>		
	Tidak bekerja	8	16,7
	Buruh	5	10,4
	Petani	1	2,1
	Pedagang/wiraswasta	13	27,1
	PNS	1	2,1
	Ibu rumah tangga	17	35,4
	Lain-lain	3	6,3
<b>4</b>	<b>Pendapatan perbulan</b>		
	Rp > 2.676.000	8	16,7
	Rp 1.338.000 – Rp 2.676.000	17	35,4
	Rp < 1.338.000	23	47,9
<b>5</b>	<b>Komplikasi DM</b>		
	Ya	11	22,9
	Tidak	37	77,1
<b>6</b>	<b>Pernah mengalami luka/ulkus</b>		
	Ya	11	22,9
	Tidak	37	77,1
<b>7</b>	<b>Pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM</b>		
	Ya	13	27,1
	Tidak	35	72,9
<b>8</b>	<b>Pemberi penyuluhan tentang perawatan kaki DM</b>		
	Petugas kesehatan	10	20,8
	Non petugas kesehatan	3	6,3
	Belum pernah mendapat penyuluhan	35	72,9
<b>9</b>	<b>Terakhir mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM</b>		
	Satu bulan yang lalu	2	4,2
	Lebih dari satu bulan	11	22,9
	Belum pernah mendapat penyuluhan	35	72,9
	<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 6 Gambaran usia dan lama DM di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 (N=48)

Variabel	Mean	Modus	SD	Min-maks
Usia	56,15	61	9,193	32-70
Lama DM	6,3350	3	6,87813	0,08-32

Sumber: Data Primer, 2016

Berdasarkan tabel 5 dan 6, usia rata-rata responden yang mengalami DM adalah 56,15 tahun dan paling banyak terjadi diusia 61 tahun, mayoritas berjenis kelamin perempuan (60,4%), pendidikan terakhir SD (39,6%), sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga (35,4%), dan penghasilan perbulan Rp < 1.338.000 (47,9%). Rata-rata lama menderita DM 6,3350 tahun, sebagian besar responden tidak mengalami komplikasi (77,1%) dan luka/ulkus sebesar (77,1%). Mayoritas responden belum pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM (72,9%), beberapa yang pernah mendapat penyuluhan tersebut paling banyak mendapat penyuluhan dari petugas kesehatan (20,8%) lebih dari satu bulan yang lalu (22,9%).

#### **b. Keyakinan Kemampuan Diri (*Self-efficacy*)**

Tabel 7 Distribusi frekuensi keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) responden di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 (N=48)

<b>Variabel</b>	<b>Mean</b>	<b>Modus</b>	<b>SD</b>	<b>Min-maks</b>
Keyakinan kemampuan diri ( <i>self-efficacy</i> )	35,71	33	5,418	27-54

Sumber: Data Primer, 2016

Pada tabel 7, keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) responden rata-rata adalah 35,71, modus= 33, standar deviasi= 5,418 dengan nilai minimal yaitu 27 dan nilai maksimal yaitu 54.

#### **c. Perilaku Perawatan Kaki DM**

Tabel 8 Distribusi frekuensi perilaku perawatan kaki DM di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 (N=48)

<b>Variabel</b>	<b>Mean</b>	<b>Modus</b>	<b>SD</b>	<b>Min-maks</b>
Perilaku perawatan kaki DM	41,54	37	6,428	27-57

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 8 menunjukkan perilaku perawatan kaki DM responden rata-ratanya adalah 41,54, modus= 37, standar deviasi= 6,428 dengan nilai minimal adalah 27 dan nilai maksimal adalah 57.

### 3. Analisis Bivariat

Tabel 9 Hubungan keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Gamping 1 (N=48)

Kategori	Perilaku perawatan kaki pada pasien diabetes melitus	
Keyakinan kemampuan diri ( <i>self-efficacy</i> )	r	0,421
	p	0,003
	N	48

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 9 menunjukkan bahwa ada hubungan antara keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien DM dengan nilai  $p= 0,003$ ,  $r= 0,421$ , kekuatan korelasi cukup dengan arah korelasi positif. Jadi, semakin tinggi keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) maka akan semakin baik pula perawatan kaki pada pasien DM.

## B. Pembahasan

### 1. Karakteristik Responden

#### a. Usia

Pada tabel 5, usia rata-rata responden 56,15 tahun dengan usia paling banyak terjadi DM diusia 61 tahun. Penderita DM umumnya mulai terjadi pada dewasa madya (45-60 tahun) disebabkan oleh proses penuaan yang menyebabkan fungsi organ tubuh menurun sehingga organ tubuh tidak dapat bekerja secara optimal. Hal ini

sejalan dengan penelitian Wahyuni (2010) yang menyatakan umumnya tubuh manusia akan secara fisiologis menurun setelah usia 40 tahun. Menurut Wahyuni (2010), DM sering terjadi setelah usia tersebut terutama pada usia setelah 45 tahun. Pada usia tersebut terjadi juga penurunan atau resistensi insulin sehingga pengendalian glukosa darah kurang optimal (Jelantik & Hariyati, 2014). Proses penuaan juga menyebabkan sel  $\beta$  pankreas berkurang kemampuannya dalam memproduksi insulin (Trisnawati & Setyorogo, 2013).

#### **b. Jenis Kelamin**

Tabel 4 menunjukkan mayoritas responden adalah perempuan (60,4%). Berdasarkan data WHO (2016), prevalensi penderita DM di Indonesia lebih banyak perempuan. Terjadinya DM pada perempuan dikaitkan dengan kegemukan yang mudah terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki dan aktivitas fisik yang kurang, sehingga akan mengarah terjadinya resistensi insulin. Penelitian yang dilakukan Jelantik dan Hariyati (2014) serta WHO (2016) menyatakan bahwa perempuan memiliki trigliserida yang lebih tinggi dan juga aktivitas fisik yang lebih sedikit dibanding laki-laki. Perempuan juga memiliki peluang lebih besar dalam peningkatan indeks massa tubuh karena perempuan mengalami siklus bulanan dan *post menopause* sehingga lemak tubuh mudah terakumulasi

(Trisnawati & Setyorogo, 2013). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang menjelaskan bahwa

#### **c. Pendidikan terakhir**

Berdasarkan tabel 4, mayoritas pendidikan terakhir responden adalah SD (39,6%). Tingkat pendidikan yang rendah ini bisa disebabkan oleh pendapatan responden yang kurang dari Upah Minimum Kota (UMK) di wilayah Sleman, hal ini menyebabkan responden lebih mengutamakan hal prioritas seperti kebutuhan pangan dibandingkan dengan pendidikan. Saydah dan Lonchner (2010) menyatakan orang dewasa dengan pendidikan yang tidak mencapai sekolah menengah memiliki risiko terkena diabetes dua kali dibandingkan dengan orang dengan lulusan universitas. Tingkat pendidikan juga dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam perilaku kesehatannya (Notoatmodjo, 2007). Hal ini didukung dengan pernyataan Irawan (2010) bahwa tingkat pendidikan tinggi biasanya memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan.

#### **d. Pekerjaan**

Pada tabel 4, mayoritas pekerjaan responden adalah ibu rumah tangga (35,4%). Ibu rumah tangga memiliki kebiasaan mencicipi makanan saat memasak, hal ini berarti terdapat *intake* kalori berlebih yang dapat mengarah terjadinya peningkatan kadar glukosa. Hal ini juga didukung oleh Anggina *et al.*, (2010) yang menyatakan bahwa 70% penderita DM adalah ibu rumah tangga.

Selain itu, jenis pekerjaan juga secara tidak langsung menggambarkan aktivitas fisik yang dilakukan sehari-hari. Berdasarkan *Department of Health* (2013), ibu rumah tangga termasuk aktivitas fisik ringan. Pada saat tubuh melakukan aktivitas, glukosa digunakan sebagai sumber energi sebaliknya jika kurang bergerak zat makanan hanya ditimbun sebagai lemak dan gula (Juliansyah *et al.*, 2014). Aktivitas fisik juga membantu hormon insulin mengabsorpsi glukosa kedalam sel tubuh termasuk ke otot untuk energi (NIDDK, 2014).

#### e. Pendapatan Perbulan

Tabel 4 menunjukkan pendapatan rata-rata perbulan responden adalah Rp < 1.338.000 (47,9%). Pendapatan responden yang berada di bawah UMK wilayah Sleman menyebabkan keterbatasan responden dalam melakukan pemeriksaan atau pengobatan DM secara kontinu. IDF (*International Diabetes Federation*) tahun 2013 menyatakan 80% orang dengan DM tinggal di negara dengan pendapatan menengah ke bawah. Menurut WHO tentang *Diabetes Country Profiles* (2016), pendapatan di Indonesia tergolong menengah ke bawah. Menurut Zahtamal *et al.*, (2007) faktor ekonomi dan lingkungan mendukung terbentuknya perilaku sehat. Status sosial ekonomi juga mempengaruhi seseorang dalam manajemen perawatan diri DM (Butler, 2002 dalam Yusra, 2010).



#### **f. Lama Menderita DM**

Pada tabel 5, rata-rata lama responden menderita DM adalah 6,3350 tahun, mayoritas lama menderita DM responden adalah 3 tahun, dengan lama menderita DM tersingkat 0,08 tahun/1 bulan dan terlama yaitu 32 tahun. Pasien DM yang memiliki durasi DM lebih lama akan lebih baik dari segi pengetahuan dan adaptasi terhadap penyakitnya, hal ini disebabkan banyaknya pengalaman dan sering terpaparnya informasi mengenai DM. Penelitian terdahulu oleh Bai, *et al.* (2009) yang mengatakan bahwa penderita DM dengan durasi DM lebih lama memiliki *self care* yang lebih baik dibandingkan dengan penderita yang memiliki durasi lebih pendek. Penelitian yang dilakukan Phitri dan Widyaningsih (2013) menyatakan bahwa seseorang yang sudah lama menderita DM akan mempunyai pengetahuan dan pengalaman sehingga mampu merespon terhadap penyakitnya dengan rajin melakukan pengobatan.

#### **g. Komplikasi DM**

Pada tabel 4, mayoritas responden tidak mengalami komplikasi (77,1%) dan terdapat 11 responden (22,9%) yang mengalami komplikasi akibat DM. Terjadinya komplikasi DM berhubungan dengan durasi DM yang diderita. Glukosa darah yang tinggi akan merusak organ tubuh secara perlahan dan akan terlihat dampaknya beberapa tahun mendatang. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu oleh Shahid (2012), komplikasi berkaitan

dengan lama menderita DM. Pada penderita DM yang sudah lama atau > 5 tahun disertai dengan tidak terkontrolnya gula darah akan menyebabkan gangguan pada sel-sel saraf, pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar yang akan menimbulkan dampak berbeda (Dodie *et al.*, 2013). DM akan menyebabkan perubahan patofisiologi pada berbagai sistem organ seperti mata, ginjal, ekstremitas bawah (Decroli *et al.*, 2008). Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan beberapa komplikasi yang dialami responden adalah hiperglikemia, hipertensi, jantung, kesemutan di kaki, luka DM, dan masalah pada kuku.

#### **h. Luka/Ulkus**

Berdasarkan tabel 4, sebagian besar responden tidak mengalami luka/ulkus, akan tetapi ada 11 responden (22,9%) yang pernah mengalami luka/ulkus. Mayoritas responden tidak mengalami luka/ulkus, dikarenakan rata-rata lama DM responden adalah 6,3 tahun dengan mayoritas lama DM 3 tahun. Komplikasi DM akan mulai terlihat setelah > 5 tahun disertai dengan tidak terkontrolnya gula darah. Ulkus terjadi diawali dari neuropati sensoris yang menyebabkan penderita DM tidak merasa adanya luka/trauma minor di kaki (Ariyanti, 2012). Menurut Waspadji (2007), prevalensi penderita ulkus sebesar 15% dari penderita DM. Purwanti (2013) juga menyatakan penderita yang telah lama menderita DM > 10 tahun memiliki resiko tinggi terjadinya komplikasi terutama ulkus.

### **i. Pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki**

Pada tabel 4, mayoritas responden belum pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM (72,9%). Sebagian besar responden belum pernah mendapat penyuluhan yang disebabkan oleh kurangnya pendidikan kesehatan tentang DM dan belum ada perkumpulan DM di puskesmas tersebut sehingga informasi mengenai *self care* DM terutama perawatan kaki masih rendah. Pengalaman pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM berhubungan dengan pengetahuan tentang cara merawat kaki DM yang didapat sebelumnya. Menurut Notoadmojo (2007) pengetahuan adalah domain penting dalam membentuk tindakan seseorang dan pengetahuan yang dimiliki tersebut akan menimbulkan kesadaran sehingga terjadi perubahan perilaku sesuai dengan apa yang diketahui. Responden yang pernah mendapat penyuluhan memiliki peluang melakukan perawatan kaki 1,95 kali lebih baik dibandingkan yang belum pernah mendapat penyuluhan (Diani, 2013).

### **2. Keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) pasien DM**

Tabel 7 menunjukkan rata-rata keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) responden adalah 35,71 dengan nilai minimal adalah 27 dan nilai maksimal adalah 54. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) antara lain tingkat pendidikan, penghasilan, dan lama menderita DM.

Tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi *self-efficacy*. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SD (39,6%). Salah satu proses pembentukan *self-efficacy* adalah melalui proses kognitif (Ariani, 2011). Menurut penelitian yang dilakukan Ngurah dan Sukmayanti (2014) bahwa responden memiliki *self-efficacy* yang baik pada tingkat pendidikan SMA (33,33%). Hal ini terjadi karena mereka lebih matang terhadap perubahan pada dirinya sehingga lebih mudah menerima pengaruh positif dari luar termasuk informasi kesehatan (Ngurah & Sukmayanti, 2014). Wu *et al.*, (2006) juga menyatakan pasien dengan pendidikan tinggi akan memiliki *self-efficacy* dan perawatan diri yang lebih baik.

Faktor selanjutnya adalah pendapatan, dari data yang sudah diperoleh sebagian besar responden (47,9%) pendapatan perbulannya < Rp. 1.338.000. Mayoritas responden berada di bawah UMK wilayah Sleman. Status sosial ekonomi dan pengetahuan mengenai DM mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri (Firmansyah, 2015). Keterbatasan finansial akan mempengaruhi dalam manajemen perawatan diri pada pasien DM karena akan membatasinya dalam melakukan terapi dan perawatan DM (Butler, 2002 dalam Yusra, 2010). Faktor penghasilan berkontribusi dalam *self-efficacy* karena hal tersebut membantu dalam mendapatkan akses pelayanan kesehatan (Rondhianto, 2012).

Faktor yang terakhir adalah lama menderita DM. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki rata-rata lama menderita DM 6,3350 tahun. Seiring dengan lamanya penyakit yang diderita, pasien dapat belajar bagaimana mengelola penyakitnya (Ngurah & Sukmayanti, 2014). Pasien yang menderita DM  $\geq$  11 tahun memiliki *self-efficacy* lebih baik dari penderita DM  $<$  10 tahun (Wu *et al.*, 2006). Hal ini disebabkan karena pasien DM dapat mempelajari perilaku merawat diri berdasarkan pengalaman yang sudah diperolehnya selama menjalani penyakit DM sehingga pasien lebih memahami tentang hal-hal yang harus dilakukan yang akan membuat pasien memiliki keyakinan dalam melakukan *self care* di kehidupan sehari-hari (Bai *et al.*, 2009).

### **3. Perilaku perawatan kaki pasien DM**

Pada tabel 7, perilaku perawatan kaki DM responden rata-ratanya adalah 41,50 dengan nilai minimal 27 dan nilai maksimal 57. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku perawatan kaki pada pasien DM yaitu usia, tingkat pendidikan, lama menderita DM, dan pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM sebelumnya.

Faktor pertama yaitu usia, rata-rata usia responden adalah 56,15 tahun dengan usia paling banyak pada 61 tahun. Kemampuan belajar dalam menerima keterampilan, informasi baru, dan fungsi secara fisik akan menurun, khusus orang yang berusia  $>$  70 tahun (Sundari *et al.*,

2009). Penelitian oleh Albikawi dan Abuadas (2015) menyatakan bahwa pasien DM yang berusia muda lebih sering melakukan perawatan kaki dibandingkan dengan pasien yang berusia tua. Hal ini dikarenakan pasien yang berusia tua memiliki penyakit kronik lainnya dan sudah terkena komplikasi DM yang akan menghambat dalam perawatan diri (Albikawi & Abuadas, 2015). Menurut Sihombing dan Prawesti (2012), tingkat perawatan kaki berdasarkan usia menunjukkan sebagian besar melakukan perawatan kaki yang baik pada responden di bawah 55 tahun.

Tingkat pendidikan merupakan faktor lainnya yang mempengaruhi perilaku perawatan kaki DM. Mayoritas responden pendidikannya adalah SD (39,6%). Tingkat pendidikan berhubungan dengan pengetahuan, dimana semakin tinggi pendidikan diharapkan semakin tinggi pula pengetahuan pasien DM (Sundari *et al.*, 2009). Pengetahuan yang baik juga merupakan kunci keberhasilan dari manajemen DM (Wibowo *et al.*, 2015). Pasien dengan pendidikan lebih tinggi melakukan perawatan kaki lebih teratur (Albikawi & Abuadas, 2015). Hal ini dikarenakan pasien yang memiliki pendidikan yang tinggi lebih mudah memahami dan mencari tahu tentang penyakitnya melalui membaca atau menggunakan teknologi informasi (Desalu *et al.*, 2011).

Faktor selanjutnya adalah lama menderita DM. Rata-rata lama DM responden adalah 6,3350 tahun dengan lama menderita DM paling

banyak 3 tahun. 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. Penelitian lainnya oleh Diani (2013) juga menyatakan pasien dengan DM yang lebih lama memiliki pengalaman dan sudah mempelajari hal-hal yang baik untuk penyakitnya. Pasien dengan durasi DM > 10 tahun lebih baik dalam perawatan DM termasuk perawatan kaki dikarenakan akumulasi dari pengalaman dan sering terpapar informasi mengenai DM (Chiwanga dan Njelekela, 2015; Rajasekharan *et al.*, 2015).

Faktor yang terakhir adalah pernah mendapat penyuluhan tentang perawatan kaki DM sebelumnya, dimana mayoritas belum pernah mendapatkannya (72,9%). Salah satu pilar dari penatalaksanaan DM adalah edukasi (Ndraha, 2014; PERKENI, 2011). Edukasi tersebut bisa didapatkan dari penyuluhan atau pendidikan kesehatan. Tujuan dari pendidikan kesehatan ini agar masyarakat sadar atau tahu bagaimana cara memelihara kesehatan mereka sehingga tercapai perilaku kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Wibowo *et al.*, (2015), bahwa klien DM tipe 2 yang memiliki pengetahuan baik memiliki peluang praktik perawatan kaki yang baik dibandingkan dengan klien DM tipe 2 yang memiliki pengetahuan kurang. Responden yang pernah mendapat penyuluhan memiliki peluang melakukan perawatan kaki 1,95 kali lebih baik dibandingkan yang belum pernah mendapat penyuluhan (Diani, 2013).

#### 4. Hubungan keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) dengan perilaku perawatan kaki pasien DM

Berdasarkan tabel 9, dapat disimpulkan ada hubungan antara keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien diabetes melitus dengan nilai  $p= 0,003$ ,  $r= 0,421$ , dengan kekuatan korelasi cukup dan arah korelasi positif. Berdasarkan hasil tersebut maka dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi keyakinan kemampuan diri (*self-efficacy*) maka akan semakin baik pula perawatan kaki pada pasien DM.

*Self-efficacy* didefinisikan sebagai keyakinan individu pada kemampuannya dalam mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu untuk mendapat hasil yang sesuai harapan (Kusuma & Hidayati, 2013). *Self-efficacy* akan mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi dirinya, dan bertindak (Purwanti, 2013). Salah satu faktor predisposisi dalam perilaku kesehatan adalah keyakinan (Notoatmodjo, 2007). Menurut teori *Health Belief Model* (HBM) jika seseorang hanya memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan tertentu tanpa adanya *self-efficacy* yang tinggi maka kecil kemungkinan seseorang tersebut akan melakukan tindakan atau perilaku tersebut (Edberg, 2010 dalam Rondhianto, 2012).

Penelitian oleh Hamedan *et al.*, (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan signifikan yang positif antara *self-efficacy* dan perilaku pencegahan pada perawatan kaki. Hal ini juga sesuai dengan



penelitian Perrin *et al.*, (2009) tentang “*Self-efficacy dalam perawatan kaki dan perilaku perawatan kaki aktual*” di Australia, dari penelitian Perrin *et al.*, tersebut terdapat hubungan antara *self-efficacy* dengan perilaku perawatan kaki aktual. Sarkar *et al.*, (2006) menyatakan bahwa tiap peningkatan 10% pada skor *self-efficacy* maka pasien cenderung lebih optimal 0,14 kali dalam diet; 0,09 kali dalam berolahraga; 1,16 kali dalam monitoring gula darah; dan 1,22 kali pada perawatan kaki. Penelitian lainnya yang dilakukan Walker *et al.*, (2014) juga menyatakan terdapat hubungan antara *self-efficacy* dengan *self care* dimana untuk perawatan kaki  $p=0,032$ .

Meningkatnya *self-efficacy* dapat meningkatkan kepatuhan terhadap rekomendasi pengobatan regimen pada penyakit kronis (Mishali *et al.*, 2011). *Self-efficacy* pada penderita DM akan mendorong pasien untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan dalam perawatan diri pasien seperti diet, medikasi, dan perawatan DM lainnya (Mohebi *et al.*, 2013; Ngurah & Sukmayanti, 2014). Pasien DM tipe 2 yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi akan lebih optimal dalam manajemen DM nya seperti diet, latihan fisik, monitoring gula darah, dan perawatan kaki (Sarkar *et al.*, 2006). Pada DM, hal ini menjadi sangat penting karena dengan pengelolaan yang baik, maka komplikasi dapat dihindari (Rondhianto, 2012).

*Self-efficacy* juga berhubungan dengan motivasi, di mana motivasi ini memberikan pengaruh terhadap *self-efficacy* pasien.

Seseorang yang memiliki motivasi tinggi akan menunjukkan sesuatu yang positif dalam hal pengelolaan DM (Wu *et al.*, 2006). Motivasi dan *self-efficacy* juga diperlukan bagi pasien DM untuk meningkatkan kemandirian dalam mengelola penyakitnya (Purwanti, 2013). *Self-efficacy* memegang peranan penting dalam proses perubahan perilaku, karena *self-efficacy* dapat menstimulasi motivasi terhadap perilaku kesehatan melalui ekspektasi dari keyakinannya (Mohebi *et al.*, 2013).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara *self-efficacy* terhadap perilaku perawatan kaki. Perilaku perawatan kaki merupakan salah satu komponen yang ada dalam *self care* pada pasien DM. Hal ini dikarenakan pasien DM yang memiliki *self-efficacy* yang baik akan termotivasi dan mendorong dirinya untuk mempertahankan kesehatannya dengan melakukan manajemen DM termasuk perawatan kaki yang lebih optimal dibandingkan dengan pasien DM yang memiliki *self-efficacy* yang rendah.

### **C. Kekuatan dan Kelamahan penelitian**

#### **1. Kekuatan penelitian**

- a. Penelitian ini berisi data deskriptif dan juga menghubungkan antara dua variabel.
- b. Menggunakan total sampling, sehingga lebih representatif.

#### **2. Kelemahan penelitian**

Variabel pengganggu tidak dapat sepenuhnya dikontrol sehingga hasil data masih dipengaruhi oleh variabel lainnya.