

**KARYA TULIS ILMIAH**

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN  
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RS PKU MUHAMMADIYAH  
YOGYAKARTA**

**Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Syarat Memperoleh  
Derajat Sarjana Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**



**Disusun oleh  
NOVIA RATNAWATI  
20120320160**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
2016**

HALAMAN PENGESAHAN KTI

HUBUNGAN EFIKASI DIRI TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN  
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI RS PKU MUHAMMADIYAH  
YOGYAKARTA

Disusun oleh:

**NOVIA RATNAWATI**

**20120320160**

Telah disetujui dan diseminarkan pada tanggal 8 Agustus 2016

Dosen Pembimbing

Dosen Penguji



Resti Yulianti Sutrisno, M. Kep., Ns., Sp. Kep.MB

dr. Iman Permana, M. Kes., Ph.D

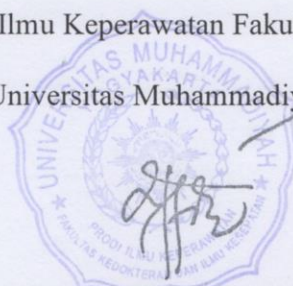
NIK. 19870719201504 173 185

NIK. 19700131201104 173 146

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Sri Sumaryani, M. Kep., Ns., Sp. Mat.

NIK. 19770313200104 173 046

## **PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Novia Ratnawati

NIM : 20120320160

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka di bagian akhir karya tulis ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil tiruan, maka bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 8 Agustus 2016

Yang membuat pernyataan,

Novia Ratnawati

## **MOTTO**

*“Mungkin kita memang tak bisa hidup tanpa orang lain, tetapi kita bisa hidup  
bahagia tanpa bergantung pada orang lain”*

**(Fahd Pahdepie)**

*“Bermimpilah, maka Tuhan akan merangkul mimpimu”*

**(Andrea Hirata)**

*“Bermimpilah setinggi langit, jika engkau jatuh, engkau akan jatuh diantara  
bintang-bintang”*

**(Ir. Soekarno)**

*“Jika Allah mempertemukan kita dengan seseorang yang membuat kita  
tersenyum, saat itu Allah mengajarkan kepada kita rasa syukur”*

**(Instagram: @sabarlahdiriku)**

*“It’s not the smartest people who go the furthest, it’s the people with the most  
confidence”*

**(John Foley)**

*“Laughter is timeless, imagination has no age, and dreams are forever”*

**(Walt Disney)**

## HALAMAN PERSEMBAHAN

1. Alhamdulillah, pertama-tama, Novi persembahkan sebuah karya sederhana ini untuk Bapak (Suparman) dan Ibu tercinta (Rodiyah) yang selalu memberikan semangat tanpa henti. Novi sangat mencintai bapak, sosok yang selalu sabar, dan ibu yang selalu percaya akan kemampuan Novi. I'm so happy to have you, Mom and Dad.
2. Kakak Herwin Kurniawati dan adik Fajar Fatmawati yang selalu setia menemani saat Novi bahagia, sedih, kecewa, kehilangan semangat. Kehangatan dan kepedulian kalian sungguh luar biasa yang tidak Novi dapatkan dari orang lain. Thanks God, you sent them for me knowing that I would love them beyond reason.
3. Adi Seno Lesmana, my partner in crime. Terimah kasih telah menjadi seseorang yang selalu ada untuk saya, selalu sabar atas sikap childish saya, dan selalu mengajarkan hal baru kepada saya. Saya sangat menyukai kepribadian yang mas Eno miliki terutama dalam hal kejujuran, menghargai waktu, dan menghormati orang lain. Good luck with your dreams and Insya Allah next time, we will go to Turkey.
4. Grup BOLANG, Winda, Muslim, Vicky, Banu, Denda, Adel, Erna, Evi, Elok, Desi, dan Zuli. Teman-teman yang asik banget buat hangout, makan, tidur, dan belajar bareng. Selalu kasih ucapan dan kado jika diantara kita ada yang ulang tahun. Walaupun sekarang sudah berbeda cerita, sibuk dengan urusan masing-masing tapi saya akan selalu ada untuk kalian.
5. Teman-teman yang pernah satu skill lab bersama, Linda, Palupi, Defia, Ratri, Angga, Hermansyah, Mega, dan Dwi Novi. Terima kasih sudah membuat

hidup saya lebih berwarna dengan candaan kalian dan semangat yang kalian tularkan kepada saya. Semoga lain kesempatan kita bisa belajar bersama lagi.

6. Teman-teman sebimbangan, Indah, Suci, Bombay, Asna, dan Asri. Teman-teman paling seru buat tukar pendapat dalam hal penelitian.
7. Teman-teman PSIK 2012 yang telah memberikan warna tersendiri selama kuliah. Teman-teman dari berbagai daerah dan bahasa yang memiliki keunikan masing-masing. See you at the top.
8. Adik-adik dan kakak-kakak HIMIKA tercinta, sejak periode 2011/2012 hingga 2015/2016.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai sebagian syarat memperoleh derajat sarjana keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Karya tulis ilmiah ini tidak berarti apapun tanpa bantuan semua pihak yang berada di sekitar penulis. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Ardi Pramono, Sp. An., selaku dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Terima kasih atas dukungan dan izin yang telah diberikan selama melaksanakan tugas akhir berupa karya tulis ilmiah ini.
2. Sri Sumaryani, M. Kep., Ns., Sp. Mat., selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Terima kasih atas dukungan dan semangat yang selalu ditularkan pada penulis baik secara langsung maupun tidak langsung.
3. Resti Yulianti Sutrisno, M. Kep., Ns., Sp. Kep.MB selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk selalu memberi bimbingan, dukungan, serta arahan pada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

4. dr. Iman Permana, M. Kes., Ph.D selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu memberikan kritik dan saran baik pada saat sidang proposal maupun sidang hasil untuk memperbaiki karya tulis ilmiah ini.
5. Dewi Wulandari, AMK dan Ibu Arifiana, S. Kep. Ns., selaku pembimbing dari rumah sakit yang telah membantu penulis dalam pengambilan data penelitian.
6. Bapak-bapak dan ibu-ibu pasien diabetes melitus tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang telah bersedia menjadi subjek penelitian ini.
7. Bapak Suparman dan Ibu Rodiyah yang selalu senantiasa memberikan kasih sayang dan dukungan, serta tak pernah berhenti untuk memberikan doa.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan dan terdapat banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi perbaikan di masa yang akan datang. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat untuk kita semua.

Yogyakarta, 8 Agustus 2016

Penulis

Novia Ratnawati



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiii
<b>INTISARI</b> .....	xiv
<b>ABSTRACT</b> .....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Keaslian Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	10
A. Landasan Teori .....	10
1. Diabetes Melitus .....	10
a. Definisi Diabetes Melitus .....	10
b. Klasifikasi Diabetes Melitus .....	10
c. Faktor Risiko Diabetes Melitus .....	11
d. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus .....	12
e. Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Melitus .....	12
f. Komplikasi Diabetes Melitus .....	13
g. Penatalaksanaan Diabetes Melitus .....	14
h. Faktor yang Berhubungan dengan <i>Self-Management</i> .....	18
2. Efikasi Diri .....	19
a. Definisi Efikasi Diri .....	19
b. Sumber-sumber Efikasi Diri .....	20
c. Dimensi Efikasi Diri .....	21
d. Proses Pembentukan Efikasi Diri .....	22
e. Faktor yang Berhubungan dengan Efikasi Diri .....	24
f. Efikasi Diri pada Pasien Diabetes Melitus .....	26
g. Pengukuran Efikasi Diri .....	28
3. Kualitas Hidup .....	29
a. Definisi Kualitas Hidup .....	29
b. Dimensi Kualitas Hidup .....	29

c. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	30
d. Pengukuran Kualitas Hidup .....	31
B. Kerangka Teori .....	33
C. Kerangka Konsep .....	34
D. Hipotesis .....	34
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>35</b>
A. Desain Penelitian .....	35
B. Populasi dan Sampel Penelitian .....	35
C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	36
D. Variabel Penelitian .....	36
E. Definisi Operasional .....	36
F. Alat Pengumpulan Data .....	37
G. Cara Pengumpulan Data .....	39
H. Uji Validitas dan Reliabilitas .....	42
I. Pengolahan dan Analisis Data .....	42
J. Etika Penelitian .....	44
<b>BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>46</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	46
B. Hasil Penelitian .....	47
1. Analisis Univariat .....	47
2. Analisis Bivariat .....	49
C. Pembahasan .....	50
1. Karakteristik Responden .....	50
2. Efikasi Diri dan Kualitas Hidup Responden .....	53
3. Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup .....	55
D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian .....	60
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>62</b>
A. Kesimpulan .....	62
B. Saran .....	63
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>65</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>71</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi operasional .....	36
Tabel 3.2. Kisi-kisi kuesioner DMSES UK .....	38
Tabel 3.3. Kisi-kisi kuesioner DQOL .....	38
Tabel 4.1. Distribusi responden berdasarkan usia dan lama menderita DM.....	46
Tabel 4.2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, dan komplikasi.....	47
Tabel 4.3. Distribusi responden berdasarkan efikasi diri dan kualitas hidup.....	48
Tabel 4.4. Analisis uji korelasi Pearson ( <i>r</i> ) hubungan efikasi diri terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2 .....	48

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Skema kerangka teori .....	33
Gambar 2. Skema kerangka konsep .....	34
Gambar 3. Skema cara pengumpulan data .....	41

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Surat survei pendahuluan dari UMY
- Lampiran 2 Surat survei pendahuluan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- Lampiran 3 Surat izin penelitian dari UMY
- Lampiran 4 Surat izin penelitian dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- Lampiran 5 Surat keterangan kelayakan etika penelitian
- Lampiran 6 Surat permohonan menjadi responden
- Lampiran 7 Surat persetujuan menjadi responden
- Lampiran 8 Kuesioner penelitian

**Ratnawati, Novia** (2016). Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

**Pembimbing:**

Resti Yulianti Sutrisno, M. Kep., Ns., Sp. Kep.MB

**INTISARI**

**Latar Belakang:** Efikasi diri diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2.

**Tujuan Penelitian:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

**Metode Penelitian:** Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Subjek penelitian ini berjumlah 37 pasien diabetes melitus tipe 2. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES) UK dan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL).

**Hasil Penelitian:** Nilai rata-rata efikasi diri adalah 3,63 dengan kategori cukup dan nilai rata-rata kualitas hidup adalah 3,89 dengan kategori baik. Hasil analisis dengan menggunakan korelasi Pearson menunjukkan ada hubungan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup ( $p\ value=0,000$  dan  $r=0,751$ ). Besarnya sumbangan efektif variabel efikasi diri terhadap variabel kualitas hidup adalah 56,4%.

**Kesimpulan:** Terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

**Kata kunci:** diabetes melitus tipe 2, efikasi diri, kualitas hidup

**Ratnawati, Novia** (2016). The Relationship Among Self-Efficacy and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in PKU Muhammadiyah Yogyakarta Hospital

**Adviser:**

Resti Yulianti Sutrisno, M. Kep., Ns., Sp. Kep.MB

**ABSTRACT**

**Background:** Self-efficacy is needed to improve quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus.

**Objective:** The research aimed to find out the relationship between self-efficacy and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in PKU Muhammadiyah Yogyakarta hospital.

**Methods:** This study used descriptive correlational design with cross-sectional. The subjects of this research were 37 patients with type 2 diabetes mellitus. This research used consecutive sampling to get the samples. The research instruments used Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) UK questionnaire and Diabetes Quality of Life (DQOL) questionnaire.

**Results:** The results of this research showed that the mean score for self-efficacy was 3,63 with moderate category and the mean score for quality of life was 3,89 with good category. A Pearson correlation revealed a significant relationship between self-efficacy and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus ( $p$  value=0,000 and  $r=0,751$ ). The effective total contribution of self-efficacy variable to quality of life variable was 56,4%.

**Conclusion:** There was a significant correlation between self-efficacy and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in PKU Muhammadiyah Yogyakarta hospital.

**Keywords:** type 2 diabetes mellitus, self-efficacy, quality of life

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Diabetes melitus (DM) tipe 2 yang dahulu dikenal dengan nama *non insulin dependent diabetes melitus* atau *adult onset diabetes* merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin yang progresif dilatarbelakangi oleh resistensi insulin (Soegondo, 2011). Proporsi kejadian DM tipe 2 mencapai 90-95% dari populasi dunia yang menderita diabetes melitus (*American Diabetes Association* (ADA), 2015).

Berdasarkan data *International Diabetes Federation* (IDF) (2015), terdapat 415 juta penduduk dunia menderita diabetes melitus dan diperkirakan tahun 2040 jumlah insiden diabetes melitus akan mengalami peningkatan sebesar 642 juta pada rentang usia 20-79 tahun. Sementara *World Health Organization* (WHO) (2015) memprediksi bahwa diabetes melitus akan menjadi penyebab utama kematian ke-7 pada tahun 2030 dan mayoritas kematian pada pasien diabetes melitus terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah.

Menurut data dari IDF (2015), Indonesia termasuk dalam sepuluh negara dengan jumlah kasus DM terbanyak di dunia. Indonesia berada pada peringkat ketujuh dengan angka kejadian sebesar 10,0 juta. Diperkirakan pada tahun 2040 angka DM di Indonesia akan meningkat menjadi 16,2 juta. Menurut laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013, propinsi di Indonesia yang



termasuk dalam empat peringkat teratas dengan jumlah kasus DM terbanyak berdasarkan diagnosis dokter pada usia  $\geq 15$  tahun yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) (2,6%), DKI Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%), dan Kalimantan Timur (2,3%). Data tersebut menunjukkan bahwa DIY merupakan propinsi dengan angka prevalensi DM tertinggi di Indonesia.

Prevalensi DM berdasarkan kabupaten/kota di propinsi DIY yang terdiagnosis dokter pada usia  $\geq 15$  tahun, tertinggi berada di kota Yogyakarta (Riskesdas, 2013). Data yang termuat dalam Profil Dinas Kesehatan DIY tahun 2014, DM masuk dalam urutan keempat dan kelima dari distribusi 10 besar penyakit yang masing-masing berbasis dari Surveilans Terpadu Penyakit (STP) puskesmas dan rumah sakit. Data tersebut menunjukkan bahwa pola penyakit DM tidak jauh berbeda antara STP puskesmas dengan STP rumah sakit (Dinas Kesehatan DIY, 2015).

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit kronik yang tidak dapat disembuhkan secara total yang berpengaruh terhadap *health related quality of life* (HRQOL) dan memerlukan perawatan pribadi secara khusus atas penyakitnya. DM yang tidak dikelola dengan baik, dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi akut maupun kronik yang dapat menimbulkan beban morbiditas dan mortalitas (Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), 2011). Penatalaksanaan pada pasien DM tipe 2 secara tepat dapat mencegah atau memperlambat munculnya komplikasi yaitu dengan menerapkan perilaku *self-management* dalam kehidupan sehari-hari meliputi diet sehat, aktivitas fisik, terapi obat, pemantauan glukosa darah, dan mempertahankan perawatan kaki (Hunt, *et al.*, 2012). Tujuan penatalaksanaan

DM adalah mencegah penyakit tersebut semakin memburuk secara progresif, mencapai kadar glukosa normal, dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Smeltzer & Bare, 2008; McGinnis, *et al.*, 2005).

Kualitas hidup adalah suatu konsep yang berhubungan dengan kesejahteraan penderita baik dari segi fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan (WHOQOL *Group*, 1998). Kualitas hidup sangat penting untuk mendapatkan perhatian serius karena merupakan sesuatu hal yang berhubungan erat dengan morbiditas dan mortalitas, hal yang bertanggung jawab terhadap kondisi kesehatan seseorang, berat ringannya penyakit, lama penyembuhan bahkan sampai dapat memperparah kondisi penyakit hingga kematian apabila seseorang tersebut memiliki kualitas hidup yang kurang baik (Zainuddin, *et al.*, 2015)

Kualitas hidup pada pasien DM merupakan tujuan utama perawatan, sebisa mungkin kualitas hidup yang baik harus dipertahankan pada pasien DM, karena kualitas hidup yang rendah serta masalah psikologis dapat memperburuk gangguan metabolik, baik secara langsung melalui stres hormonal ataupun secara tidak langsung melalui komplikasi (Mandagi, 2010). Kualitas hidup pada pasien DM dapat ditingkatkan dengan intervensi yang meningkatkan kontrol glikemik, untuk itu diperlukan adanya motivasi yang kuat agar pasien mampu melaksanakan *self-management* sehingga kualitas hidup pasien diabetes dapat dipertahankan dan ditingkatkan (Ariani, 2011). Motivasi berhubungan dengan faktor psikologis pasien. Aspek penting yang mempengaruhi faktor psikologis pasien adalah efikasi diri (Bandura, 1997 dalam Lange, *et al.*, 2012).

Efikasi diri sebagai keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. Efikasi diri menentukan pada diri individu untuk merasa, berfikir, memotivasi dirinya, dan berperilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Bandura, 1997 dalam Lange, *et al.*, 2012). Efikasi diri tidak berkaitan dengan kemampuan sebenarnya melainkan keyakinan yang dimiliki individu. Efikasi diri pada pasien DM tipe 2 berfokus pada keyakinan yang dimiliki terhadap kemampuannya untuk melakukan perilaku *self-management* diabetes (Al-Khawaldeh, *et al.*, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian Hunt, *et al.* (2012) seseorang yang hidup dengan DM tipe 2 yang memiliki skor efikasi diri tinggi lebih mungkin untuk melakukan diet, olahraga, monitoring glukosa darah mandiri, terapi obat, dan perawatan kaki secara optimal. Pasien yang lebih optimis terhadap masa depan dan mempunyai efikasi diri tinggi, dilaporkan memiliki kualitas hidup yang lebih baik, meskipun pada pasien tersebut menderita penyakit sekunder (Kusumadewi, 2011). Efikasi diri pada pasien DM dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengolah, merencanakan, memodifikasi perilaku sehingga mencapai kualitas hidup yang lebih baik (Ariani, 2011).

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 10 Januari 2016 melalui wawancara langsung dengan 10 orang pasien DM tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta diperoleh hasil bahwa sebanyak 50% pasien mampu melakukan aktivitas fisik, 70% pasien mampu melakukan pemantauan glukosa darah, 80% pasien mampu menjalani diet sesuai anjuran

dokter, 50% pasien mampu melakukan perawatan kaki, 90% pasien mampu secara teratur mengkonsumsi obat diabetes, dan 90% pasien merasa puas dengan kehidupannya. Sesuai latar belakang tersebut penulis tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan efikasi diri terhadap kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik demografi responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status sosial ekonomi, lama menderita, dan komplikasi) pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- b. Mengetahui efikasi diri pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- c. Mengetahui kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- d. Menganalisis hubungan efikasi diri terhadap kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **D. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat memberikan masukan dan menambah kekayaan bagi perkembangan pendidikan keperawatan terutama terkait studi tentang hubungan efikasi diri terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi peneliti

Menambah ilmu pengetahuan dan wawasan sehingga dapat melakukan perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan mengenai efikasi diri dan kualitas hidup pasien.

#### b. Bagi pelayanan keperawatan

Penelitian ini dapat membantu perawat dalam meningkatkan keyakinan diri dan kualitas hidup pasien dengan cara meningkatkan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan yang terstruktur tentang DM dan penatalaksanaannya sehingga asuhan keperawatan yang komprehensif dapat terlaksana.

#### c. Bagi responden

Melalui penelitian ini responden dapat menyesuaikan keadaan diri terhadap penyakit DM dengan cara selalu mencari informasi terkait DM dan penatalaksanaannya.

## E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian oleh Made Nursari, Ni Wayan Suniyadewi, dan Ni Putu Juniantar tahun 2014 dengan judul Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup pada Pasien Diabetes Melitus Di Poliklinik Interna Blud RSUD Sanjiwani Gianyar. Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah sampel 58 responden dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Alat pengukuran efikasi diri pada pasien DM tipe 2 menggunakan *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES). Hasil penelitian dari 58 responden sebagian besar menunjukkan efikasi diri sedang dengan kualitas hidup sedang sebanyak 18 orang (31,0 %). Hasil analisis menggunakan korelasi *Spearman Rank* menunjukkan ada hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien DM dengan *p value* sebesar 0,000 dan  $r_{hitung}$  sebesar 0,678. Persamaan Nursari, *et al.* dengan penelitian yang akan diteliti adalah variabel terikat (kualitas hidup), variabel bebas (efikasi diri), dan alat pengukuran efikasi diri menggunakan *Diabetes Management Self-Efficacy* (DMSES). Perbedaan Nursari, *et al.* dengan penelitian yang akan diteliti adalah teknik pengambilan sampel dan alat pengukuran kualitas hidup.
2. Penelitian oleh Omar Abdulhameed Al-Khawaldeh, Mousa Ali Al-Hassan, dan Erika Sivarajan Froelichertahun 2012 dengan judul *Self-Efficacy, Self-Management, and Glycemic Control in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus*. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*. Pengambilan sampel menggunakan *consecutive-convenience sampling* dengan jumlah sampel 223 orang. Instrumen yang digunakan meliputi kuesioner sosio

demografi dan klinis, *diabetes management self-efficacy scale*, *self-management behaviors scale*. Hemoglobin glikosilasi digunakan sebagai indeks untuk kontrol glikemik. Analisis data menggunakan mean ( $\pm$  SD), rasio odds, dan interval kepercayaan 95% diperoleh dari regresi logistik. Hasil penelitian didapatkan bahwa diet efikasi diri dan diet perilaku manajemen diri diprediksi memiliki kontrol glikemik yang lebih baik, sedangkan penggunaan insulin sebagai prediktor signifikan yang buruk untuk kontrol glikemik. Efikasi diri yang tinggi dilaporkan memiliki perilaku manajemen diri yang lebih baik meliputi diet, olahraga, monitoring glukosa darah mandiri, dan penggunaan obat. Temuan menunjukkan bahwa lebih dari setengah subjek diabetes tidak terkontrol dan hanya 42% yang menghadiri pendidikan kesehatan diabetes. Persamaan penelitian Al-Khawaldeh, *et al.* dengan penelitian yang akan diteliti adalah alat pengukuran efikasi diri menggunakan kuesioner *Diabetes Management Self-Efficacy* (DMSES). Perbedaan Al-Khawaldeh, *et al.* dengan penelitian yang akan diteliti adalah peneliti akan menghubungkan efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2.

3. Penelitian oleh Dwi Wahyu Ningtyas, Pudjo Wahyudi, Irma Prasetyowati tahun 2013 dengan judul Analisis Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Bangil Kabupaten. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien DM tipe II diantaranya faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, status sosial ekonomi, status ekonomi, status pernikahan, lama menderita dan komplikasi diabetes melitus. Variabel terikat yaitu kualitas hidup

diukur dengan menggunakan kuesioner DQOL (*Diabetes Quality of Life*). Metode penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* dengan jumlah sampel 45 penderita diabetes melitus tipe II. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *systematic random sampling*. Data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisis menggunakan uji regresi dengan tingkat kemaknaan sebesar 5% ( $\alpha=0,05$ ). Hasil terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan, status sosial ekonomi berdasarkan pendapatan, lama menderita dan komplikasi diabetes melitus dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II. Namun, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi berdasarkan penggunaan asuransi atau jaminan kesehatan dengan kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II. Persamaan penelitian Ningtyas, *et al.* yang akan diteliti adalah alat pengukuran kualitas hidup yang digunakan (DQOL). Perbedaan penelitian Ningtyas, *et al.* yang akan diteliti adalah peneliti menggunakan variabel bebas (efikasi diri) dan variabel terikat (kualitas hidup).



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Diabetes Melitus**

###### **a. Definisi Diabetes Melitus**

Diabetes melitus adalah suatu gangguan metabolisme dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (ADA, 2011). Diabetes melitus adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Diabetes yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan serius pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, dan saraf (WHO, 2016). Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus adalah kelainan metabolik berkaitan dengan gangguan insulin tubuh yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa darah.

###### **b. Klasifikasi Diabetes Melitus**

Diabetes melitus dapat diklasifikasikan ke dalam empat kategori klinis, yaitu diabetes melitus tipe 1 (karena kerusakan sel- $\beta$ , biasanya menyebabkan kekurangan insulin absolut), diabetes melitus tipe 2 (karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin), diabetes melitus gestasional (diabetes ini didiagnosis pada kehamilan trimester 2 dan 3 dan belum menjadi penyakit diabetes secara pasti), dan tipe diabetes melitus tertentu karena penyebab lain, misalnya defek

genetik pada fungsi sel- $\beta$ , defek genetik pada kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas (seperti fibrosis kistik), serta yang disebabkan oleh obat atau kimia (seperti dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ) (ADA, 2015).

### c. Faktor Risiko Diabetes Melitus

Faktor risiko terjadinya DM tipe 2, meliputi:

- 1) Riwayat keluarga. Individu yang memiliki keluarga dengan diabetes berpeluang menderita diabetes sebesar 15% jika salah satu dari orang tuanya menderita diabetes. Apabila kedua orang tua menderita diabetes maka berisiko 75%. Risiko untuk mendapatkan diabetes dari ibu lebih besar 10-30% dari pada ayah. Jika saudara kandung menderita diabetes maka berisiko 10% dan 90% jika yang menderita adalah saudara kembar identik (Diabetes UK, 2010). Faktor risiko lain, riwayat gestasional atau melahirkan bayi  $> 4$  kg (Ndraha, 2014).
- 2) Usia. Peningkatan risiko diabetes terjadi seiring bertambahnya usia, terutama usia diatas 45 tahun. Hal ini karena pada usia tersebut mulai terjadi intoleransi glukosa dan adanya proses penuaan menyebabkan berkurangnya kemampuan sel  $\beta$  pankreas dalam memproduksi insulin (Sunjaya, 2009).
- 3) Obesitas. Individu yang memiliki obesitas lebih berisiko 7,14 kali untuk menderita diabetes dibandingkan dengan individu yang tidak obesitas (Trisnawati & Setyorogo, 2013). Obesitas ditandai dengan *body mass index* (BMI)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> (WHO, 2016). Adanya pengaruh BMI terhadap diabetes disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik serta

tingginya konsumsi karbohidrat, protein, dan lemak yang merupakan faktor risiko dari obesitas. Hal tersebut menyebabkan meningkatnya asam lemak atau *free fatty acid* (FFA) dalam sel. Peningkatan FFA ini akan menurunkan translokasi transporter glukosa ke membran plasma, dan menyebabkan terjadinya resistensi insulin pada jaringan otot dan adipose (Teixeria-Lemos dkk,2011).

#### **d. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus**

Manifestasi klinis tergantung pada tingkat hiperglikemia pasien. Manifestasi klinis klasik dari semua jenis penyakit diabetes melitus, yaitu poliuria, polidipsia, dan polifagia. Poliuria (peningkatan urinasi) dan polidipsia (peningkatan rasa haus) terjadi sebagai akibat dari hilangnya cairan yang berlebihan berhubungan dengan diuresis osmotik. Polifagia (peningkatan nafsu makan) akibat dari keadaan katabolik yang disebabkan oleh defisiensi insulin dan pemecahan protein dan lemak (Smeltzer & Bare, 2008). Gejala lainnya yaitu kelemahan dan kelelahan, perubahan fungsi penglihatan secara mendadak, kesemutan atau mati rasa pada tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, dan infeksi berulang (Lemone, *et al.*, 2014).

#### **e. Pemeriksaan Diagnostik Diabetes Melitus**

Diabetes melitus didiagnosis berdasarkan kriteria glukosa plasma (ADA, 2015) terdapat 4 pilihan, yaitu nilai glukosa plasma puasa  $\geq 126$  mg/dL (7,0 mmol/L) puasa didefinisikan sebagai tidak ada asupan kalori setidaknya 8 jam, nilai glukosa plasma 2 jam setelah tes toleransi glukosa oral 75 gr (TTGO)  $\geq 200$  mg/dL (11,1 mmol/L). Tes harus dilakukan

seperti yang dijelaskan oleh WHO yaitu menggunakan beban glukosa yang mengandung setara dengan 75 gram glukosa anhidrat yang dilarutkan dalam air, tes hemoglobin-glikosilat/A1c sebagai pilihan ketiga untuk mendiagnosa penyakit diabetes melitus (terdiagnosis diabetes melitus jika nilai HbA1c  $\geq 6,5\%$ ). Tes ini harus dilakukan di laboratorium yang menggunakan metode bersertifikat NGSP (*National Glycohemoglobin Standardization Program*) dan standar untuk uji DCCT (*Diabetes Control and Complications Trial*) (tanpa adanya hiperglikemia yang tegas, maka hasil dari ke tiga pemeriksaan di atas harus dikonfirmasi dengan tes ulang), dan pada pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemia dilakukan tes glukosa plasma acak (sewaktu)  $\geq 200$  mg/dL (11,1 mmol/L).

#### **f. Komplikasi Diabetes Melitus**

Diabetes melitus merupakan penyakit yang sangat berpotensi terhadap terjadinya berbagai komplikasi berat. Berikut ini diuraikan komplikasi yang terkait dengan diabetes melitus:

##### 1) Komplikasi akut

Terdapat tiga komplikasi utama diabetes melitus akut yang berhubungan dengan ketidakseimbangan kadar glukosa darah dalam jangka pendek yaitu, ketoasidosis diabetik (KAD), status hiperglikemik hiperosmolar (SHH), dan hipoglikemia (PERKENI, 2011).

## 2) Komplikasi kronik

Komplikasi kronik pada diabetes melitus merupakan komplikasi jangka panjang yang mempengaruhi hampir semua sistem tubuh dan menjadi penyebab utama ketidakmampuan pasien. Kategori umum komplikasi kronik yaitu komplikasi mikrovaskular, komplikasi makrovaskular, dan komplikasi neuropati diabetik (Smeltzer & Bare, 2008). Komplikasi mikrovaskular terjadi akibat penyumbatan pada pembuluh darah kecil khususnya kapiler yang terdiri dari retinopati diabetik dan nefropati diabetik. Komplikasi makrovaskular pada diabetes terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh-pembuluh darah besar, khususnya arteri akibat timbunan plak ateroma (Permana, 2008).

Neuropati diabetik mengacu pada sekelompok penyakit yang mempengaruhi semua jenis saraf, termasuk perifer (sensori motor), otonom, dan saraf tulang belakang. Manifestasi klinis dapat berupa gangguan sensorik, motorik, dan otonom (Permana, 2008). Proses terjadinya neuropati biasanya progresif terjadi degenerasi serabut-serabut saraf dengan gejala-gejala nyeri atau baal. Area yang biasanya mengalami neuropati adalah serabut saraf tungkai atau lengan (Smeltzer & Bare, 2008).

### **g. Penatalaksanaan Diabetes Melitus**

Langkah pertama dalam mengelola DM selalu dimulai dengan pendekatan non farmakologis, yaitu berupa perencanaan makan atau terapi nutrisi medik, kegiatan jasmani, dan penurunan berat badan jika

didapat obesitas. Apabila kadar glukosa darah belum mencapai sasaran, dilakukan intervensi farmakologis dengan obat hipoglikemik oral (OHO) dan atau suntikan insulin. Pada keadaan tertentu, OHO dapat segera diberikan secara tunggal atau langsung kombinasi, sesuai indikasi. Dalam keadaan dekompensasi metabolik berat, misalnya ketoasidosis, diabetes dengan infeksi, stres, maka insulin dapat segera diberikan (Soegondo, 2006). Terdapat empat pilar penatalaksanaan pada penderita diabetes melitus tipe 2 yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis (PERKENI, 2011). Ernawati (2012) menjelaskan bahwa pentingnya untuk meningkatkan pengetahuan penderita DM agar dapat melakukan *self-management* dalam penatalaksanaan DM. Tugas-tugas dalam *self-management* yang diperlukan untuk mengontrol diabetes melitus tipe 2, sebagai berikut:

- 1) Pengaturan pola makan (diet) atau terapi nutrisi medis (TNM).  
Terapi ini merupakan bagian dari penatalaksanaan DM tipe 2 secara total. Kunci keberhasilan TNM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan lain, serta pasien dan keluarganya). Setiap penyandang DM tipe 2 sebaiknya mendapat TNM sesuai dengan kebutuhannya guna mencapai sasaran terapi. Prinsip pengaturan makan pada penyandang DM tipe 2 hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang DM tipe 2 perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal

jadwal, jenis, dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari karbohidrat sebesar 45-65% total asupan energi, asupan lemak sekitar 20-25% kebutuhan kalori, protein dibutuhkan sebesar 10-20% total asupan energi, anjuran asupan natrium tidak lebih dari 3000 mg atau sama dengan 6-7 gram (1 sendok teh garam dapur), dianjurkan mengkonsumsi cukup serat  $\pm 25$  gr/hari, dan pemanis aman digunakan sepanjang tidak melebihi batas aman (*Accepted Daily Intake/ADI*) (PERKENI, 2011).

- 2) Aktifitas fisik. Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan fisik secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit), merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki ke pasar, menggunakan tangga, berkebun, harus tetap dilakukan. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti senam, jalan kaki, bersepeda santai, *jogging*, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani. Untuk penderita yang relatif sehat, intensitas latihan jasmani bisa ditingkatkan, sementara yang sudah mendapat komplikasi diabetes melitus, maka intensitas latihan jasmani dapat dikurangi. Penderita

dianjurkan untuk menghindari kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan (PERKENI, 2011).

- 3) Terapi obat. Intervensi farmakologis ditambahkan jika sasaran glukosa darah belum tercapai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Obat-obatan yang digunakan untuk penderita diabetes melitus tipe 2 yaitu obat hipoglikemik oral (OHO), insulin, dan terapi kombinasi. Berdasarkan cara kerjanya, OHO dibagi menjadi 5 golongan, antara lain pemicu sekresi insulin (*insulin secretagogue*), seperti sulfonilurea dan glinid, peningkat sensitivitas terhadap insulin, seperti metformin dan tiazolidindion, penghambat glukoneogenesis (metformin), penghambat absorpsi glukosa, seperti penghambat glikosidase alfa, dan DPP-IV (*dipeptidylpeptidase-4*) inhibitor (PERKENI, 2011).
- 4) Pemantauan glukosa darah mandiri. Pemantauan glukosa darah secara mandiri bertujuan untuk mencapai penurunan HbA1c dengan tujuan utama mengurangi risiko komplikasi, mengidentifikasi adanya hipoglikemia (IDF, 2013). Target glukosa darah pra prandial adalah 80-130 mg/dl (4,1-7,2 mmol/L) dan post prandial adalah <180 mg/dl (<10,0 mmol/L). Monitoring glukosa darah pra dan post prandial dapat dilakukan 2 sampai 3 kali dalam seminggu (ADA, 2015).
- 5) Perilaku perawatan kaki. Menurut *Indian Health Diabetes Best Practice* (2011) intervensi pendidikan bagi pasien tentang perawatan kaki sangat efektif dalam pencegahan ulkus kaki diabetik dengan menganjurkan pasien untuk melaksanakan serangkaian aturan



sederhana, seperti menjaga kebersihan kaki setiap hari, memotong kuku yang baik dan benar, memilih alas kaki yang baik, pencegahan cedera pada kaki, serta pengelolaan cedera awal pada kaki.

#### **h. Faktor yang Berhubungan dengan *Self-Management***

Berdasarkan penelitian dari Nida Ui Hasanat (2015), terdapat faktor psikososial yang mempunyai hubungan langsung dengan *self-management* pada penderita diabetes melitus tipe 2, yaitu:

- 1) Efikasi diri. Penelitian Wagner, Tenner, & Osborn (2010) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri dengan *self-management*. Menurut Hunt, *et al.* (2012) efikasi diri tinggi lebih mungkin untuk melakukan diet, olahraga, monitoring glukosa darah mandiri, terapi obat, dan perawatan kaki secara optimal.
- 2) Dukungan sosial. Penelitian Skarbek (2006) menunjukkan terdapat hubungan positif antara dukungan sosial dengan *self-management*. Dukungan sosial pada penderita diabetes selama melakukan *self-management* didapatkan dari pasangan, keluarga inti, dan tenaga kesehatan (Hasanat, 2008).
- 3) *Expressed-emotion*. Diketahui apabila *expressed-emotion* negatif, keluarga dipandang sebagai stresor bagi pasien. Keluarga cenderung akan mengontrol perilaku pasien sehingga mengakibatkan pasien merasa tidak kompeten dalam melakukan *self-management*, atau dengan kata lain *expressed-emotion* negatif akan menimbulkan *self-management* yang rendah (Hasanat, 2015).

## 2. Efikasi Diri

### a. Definisi Efikasi Diri

Konsep efikasi diri telah dikembangkan oleh Albert Bandura sebagai teori sosial kognitif pada tahun 1977. Bandura (1997) dalam Lange *et al.* (2012) mendefinisikan efikasi diri sebagai keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tugas-tugas tertentu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil sesuai yang diharapkan. Efikasi diri pada dasarnya adalah hasil proses kognitif berupa keputusan, keyakinan, atau penghargaan tentang sejauh mana individu memperkirakan kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas atau tindakan tertentu yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Bandura (1997) dalam Ghufron, *et al.* (2010) menjelaskan efikasi diri mengacu pada keyakinan akan kemampuan individu untuk menggerakkan motivasi, berfikir, dan berperilaku yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan situasi.

Efikasi diri merupakan keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk mengelola penyakit kronis secara mandiri, karena menentukan seseorang untuk memulai atau tidak dalam melakukan perawatan (Nyunt, *et al.*, 2010). Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa efikasi diri adalah keyakinan seseorang akan kemampuan dirinya dalam mengatur dan melaksanakan kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan.

## **b. Sumber-sumber Efikasi Diri**

Menurut Bandura (1997) dalam Lunenburg (2011) efikasi diri seseorang berkembang melalui empat sumber utama yaitu:

- 1) *Mastery experiences* (pengalaman keberhasilan). Sumber informasi ini memberikan pengaruh besar pada efikasi diri individu karena didasarkan pada pengalaman-pengalaman pribadi individu secara nyata yang berupa keberhasilan dan kegagalan. Pengalaman keberhasilan akan menaikkan efikasi diri individu, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkannya. Pengalaman keberhasilan individu ini meningkatkan ketekunan dan kegigihan dalam berusaha mengatasi kesulitan, sehingga dapat mengurangi kegagalan.
- 2) *Vicarious experience* (pengalaman orang lain), yaitu mengamati perilaku dan pengalaman orang lain sebagai proses belajar individu. Melalui model ini efikasi diri individu dapat meningkat, terutama jika ia merasa memiliki kemampuan yang setara atau bahkan merasa lebih baik dari pada orang yang menjadi subyek belajarnya. Ia akan mempunyai kecenderungan merasa mampu melakukan hal yang sama. Meningkatnya efikasi diri individu ini dapat meningkatkan motivasi untuk mencapai suatu prestasi. Peningkatan efikasi diri ini akan menjadi efektif jika subjek yang menjadi model tersebut mempunyai banyak kesamaan karakteristik antara individu dengan model, kesamaan tingkat kesulitan tugas, kesamaan situasi dan kondisi, serta keanekaragaman yang dicapai oleh model.

- 3) *Verbal persuasion* (persuasi verbal). Pada persuasi verbal, individu diarahkan dengan saran, nasihat, dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan-kemampuan yang dimiliki yang dapat membantu mencapai tujuan yang diinginkan. Individu yang diyakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan. Dalam kondisi yang menekan dan kegagalan terus-menerus, pengaruh sugesti akan cepat hilang jika mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan.
- 4) *Physiological & emotional state* (keadaan fisiologis dan psikologis), yaitu situasi yang menekan kondisi emosional. Gejala emosi, kegelisahan yang mendalam, dan keadaan fisiologis yang lemah yang dialami individu akan dirasakan sebagai suatu isyarat akan terjadi peristiwa yang tidak diinginkan. Individu akan mendasarkan informasi mengenai kondisi fisiologis mereka untuk menilai kemampuannya. Karena itu, efikasi diri tinggi biasanya ditandai oleh rendahnya tingkat stres dan kecemasan. Sebaliknya, efikasi diri yang rendah ditandai oleh tingkat stres dan kecemasan yang tinggi pula.

### **c. Dimensi Efikasi Diri**

Menurut Bandura (1997) dalam Lunenburg (2011) terdapat tiga dimensi dalam efikasi diri yaitu:

- 1) *Magnitude* (tingkat kesulitan tugas). Aspek ini berkaitan dengan tingkat kesulitan individu. Individu akan berupaya melakukan tugas tertentu yang dipersepsikan dapat dilaksanakannya dan akan

menghindari situasi dan perilaku yang dipersepsikan diluar batas kemampuannya.

- 2) *Strength* (kekuatan keyakinan). Aspek ini berkaitan dengan tingkat kekuatan atau kemantapan seseorang terhadap keyakinannya. Tingkat efikasi diri yang lebih rendah mudah digoyahkan oleh pengalaman-pengalaman yang memperlemahnya, sedangkan seseorang yang memiliki efikasi diri yang kuat akan tekun dalam meningkatkan usahanya meskipun dijumpai pengalaman yang memperlemahnya.
- 3) *Generality* (generalitas). Aspek ini berkaitan luas pada bidang tugas atau tingkah laku. Keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya tergantung pada pemahaman kemampuan dirinya, baik yang terbatas pada suatu aktivitas dan situasi tertentu maupun pada serangkaian aktivitas dan situasi yang lebih luas atau bervariasi.

#### **d. Proses Pembentukan Efikasi Diri**

Menurut Bandura (1994) dalam Ariani (2011) proses psikologis dalam efikasi diri yang turut berperan dalam diri manusia ada 4, yaitu:

- 1) Proses kognitif. Proses ini merupakan proses berfikir, termasuk cara memperoleh, pengorganisasian, dan penggunaan informasi. Kebanyakan tindakan manusia bermula dari sesuatu yang dipikirkan terlebih dahulu. Individu yang memiliki efikasi diri yang tinggi lebih senang membayangkan tentang kesuksesan. Sebaliknya individu dengan efikasi dirinya rendah lebih banyak membayangkan kegagalan dan hal-hal yang dapat menghambat tercapainya kesuksesan. Bentuk tujuan personal juga dipengaruhi oleh penilaian akan kemampuan diri.

Semakin seseorang mempersepsikan dirinya mampu maka individu akan semakin membentuk usaha-usaha dalam mencapai tujuannya dan semakin kuat komitmen individu terhadap tujuannya.

- 2) Proses motivasi. Tingginya motivasi manusia dibangkitkan melalui kognitif. Individu memberi motivasi atau dorongan bagi diri mereka sendiri dan mengarahkan tindakan melalui tahap pemikiran-pemikiran sebelumnya. Kepercayaan akan kemampuan diri dapat mempengaruhi motivasi dalam beberapa hal, yakni menentukan tujuan yang telah ditentukan individu, usaha besar yang dilakukan mereka dalam menghadapi kesulitan-kesulitan dan ketahanan mereka dalam menghadapi kegagalan. Ada tiga teori yang menjelaskan tentang proses motivasi. Teori pertama yaitu *causal attributions* (atribusi penyebab). Teori ini fokus pada sebab-sebab yang mempengaruhi motivasi, usaha, dan reaksi-reaksi individu. Individu yang memiliki efikasi diri tinggi bila menghadapi kegagalan cenderung menganggap kegagalan tersebut diakibatkan usaha yang tidak cukup memadai. Sebaliknya, individu yang efikasi dirinya rendah, cenderung menganggap kegagalannya diakibatkan kemampuan mereka yang terbatas. Teori kedua, *outcomes experience* (harapan akan hasil) yang menyatakan bahwa motivasi dibentuk melalui harapan-harapan. Biasanya individu akan berperilaku sesuai dengan keyakinan mereka tentang hal yang dapat mereka lakukan. Teori ketiga, *goal theory* (teori tujuan) dengan membentuk tujuan terlebih dahulu akan dapat meningkatkan motivasi.

- 3) Proses afektif. Proses ini merupakan proses pengaturan kondisi emosi dan reaksi emosional. Keyakinan individu akan coping mereka turut mempengaruhi tingkat stres dan depresi seseorang saat mereka menghadapi situasi yang sulit. Persepsi efikasi diri tentang kemampuannya mengontrol sumber stres memiliki peranan penting dalam timbulnya kecemasan. Individu yang percaya akan kemampuannya untuk mengontrol situasi cenderung tidak memikirkan hal-hal yang negatif. Individu yang merasa tidak mampu mengontrol situasi cenderung mengalami tingkat kecemasan yang tinggi, selalu memikirkan kekurangan mereka, memandang lingkungan sekitar penuh dengan ancaman, membesarkan masalah kecil, dan terlalu cemas pada hal-hal kecil yang sebenarnya jarang terjadi.
- 4) Proses seleksi. Kemampuan individu untuk memilih aktivitas dan situasi tertentu turut mempengaruhi efek dari suatu kejadian. Individu cenderung menghindari aktivitas dan situasi yang diluar batas kemampuan mereka. Bila individu merasa yakin bahwa mereka mampu menangani suatu situasi, maka mereka cenderung tidak menghindari situasi tersebut. Dengan adanya pilihan yang dibuat, individu kemudian dapat meningkatkan kemampuan, minat, dan hubungan sosial mereka.

**e. Faktor yang Berhubungan dengan Efikasi Diri**

Berikut faktor-faktor yang berhubungan dengan efikasi diri pada pasien diabetes melitus, yaitu:

1) Usia

Menurut Potter & Perry (2005) pada usia 40-65 tahun disebut juga sebagai tahap keberhasilan, yaitu waktu yang berpengaruh maksimal, membimbing diri sendiri, dan menilai diri sendiri, sehingga pada usia tersebut pasien memiliki efikasi diri yang baik.

2) Jenis kelamin

Menurut penelitian Ngurah (2014), perempuan memiliki efikasi diri yang lebih baik dari laki-laki, perempuan dianggap lebih yakin dalam menjalani pengobatan dan perawatan diri, serta memiliki mekanisme coping yang baik dalam menghadapi sebuah masalah.

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi. Pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien DM untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri serta dalam mengontrol gula darah. Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dilaporkan memiliki efikasi diri dan perilaku perawatan diri yang baik (Wu, *et al.*, 2006 dalam Ariani, 2011).

4) Status pernikahan

Menurut penelitian Delamater (2000), seseorang yang menikah atau tinggal bersama pasangannya akan mempunyai penyesuaian psikologis yang baik. Penelitian Kott (2008) menjelaskan bahwa responden yang menikah mempunyai kontrol DM yang baik dan mempunyai status kesehatan yang lebih positif.



5) Status sosial ekonomi

Pasien dengan penghasilan yang baik berpengaruh positif terhadap kesehatan dan kontrol glikemik. Pekerjaan secara signifikan sebagai prediktor efikasi diri secara umum, atau dengan kata lain seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalahnya (Rubin & Peyrot, 2000).

6) Lama menderita

Pada penelitian Funnell & Anderson (2004) responden yang baru menderita DM selama 4 bulan sudah menunjukkan efikasi diri yang baik. Penelitian Wu, *et al.*, (2006) dalam Ariani (2011) menemukan bahwa pasien yang telah menderita DM  $\geq 11$  tahun memiliki efikasi diri yang baik daripada pasien yang menderita DM  $< 10$  tahun. Hal ini disebabkan karena pasien telah berpengalaman mengelola penyakitnya dan memiliki coping yang baik. Menurut Bernal, *et al.* (2000) pasien yang telah lama menderita DM namun disertai komplikasi memiliki efikasi diri yang rendah. Dengan adanya komplikasi akan mempengaruhi kemampuan pasien untuk mengelola perawatan diri dan penyakitnya.

**f. Efikasi Diri pada Pasien Diabetes Melitus**

Menurut Al-Khawaldeh, *et al.* (2012) DM merupakan penyakit seumur hidup yang membutuhkan perubahan perilaku, hal tersebut dapat dilakukan melalui pendidikan, konseling, membangun keterampilan, dan dukungan yang ditawarkan oleh penyedia layanan kesehatan untuk memungkinkan pasien DM melakukan aktivitas perawatan diri.

Perubahan perilaku merupakan proses kompleks yang dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pengetahuan, kepercayaan, sikap, keterampilan, motivasi, dan dukungan sosial. Salah satu faktor kunci dalam mencapai tujuan perilaku adalah efikasi diri. Dalam konteks kesehatan, efikasi diri telah banyak digunakan untuk menggambarkan kemampuan pasien atau individu yang telah didiagnosis, untuk menganalisis kemauan dan motivasi mereka dalam keadaan berikutnya menyusul hasil analisis kesehatan, selain itu efikasi diri juga digunakan untuk mengamati terapi fisik secara terus-menerus dan kegiatan terkait. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat perubahan dalam perilaku individu terhadap kesehatannya atau upaya untuk menjamin keberlanjutan status kesehatan (Schwarzer, 2008 dalam Rezal, *et al.*, 2013). Efikasi diri pada pasien DM dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengolah, merencanakan, memodifikasi perilaku sehingga mencapai kualitas hidup yang lebih baik. Dalam hal *diabetes self-management* (DSM), efikasi diri adalah keyakinan pasien terhadap kemampuannya untuk melakukan berbagai perilaku manajemen diri (Al-Khawaldeh, *et al.*, 2012)

Efikasi diri adalah prediktor kuat terhadap perilaku manajemen diri diabetes, seseorang hidup dengan diabetes yang memiliki tingkat efikasi diri yang lebih tinggi akan berpartisipasi dalam perilaku pengelolaan diri diabetes lebih baik (Hunt, *et al.*, 2012). Strategi meningkatkan efikasi diri pada pasien DM adalah dengan pendidikan kesehatan melalui pendekatan *diabetes self management education*

(DSME), *empowerment*, dan *motivational interviewing*, serta *support group* (Ariani, 2011).

#### **g. Pengukuran Efikasi Diri**

Efikasi diri merupakan konsep yang dikembangkan oleh Bandura (1977, 1986, 1997, 2001) dalam teori sosial kognitif. Hampir semua peneliti menggunakan model yang dibentuk oleh Bandura sebagai dasar untuk pengukuran efikasi diri. Sebagian besar penelitian juga mengadaptasi *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES) sebagai instrumen untuk mengidentifikasi tingkat efikasi diri pada pasien diabetes melitus. Pada konteks efikasi diri, sebagian besar negara-negara dunia pertama seperti Australia, UK, dan China menerima penggunaan DMSES sebagai model praktik terbaik (Rezal, *et al.*, 2013).

Peneliti menggunakan *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES) UK dari penelitian Sturt, Hearnshaw, & Wakelin (2009) sebagai instrumen untuk mengidentifikasi tingkat efikasi diri pada pasien DM tipe 2. Instrumen ini terdiri dari 15 butir pernyataan untuk menilai sejauh mana responden yakin bahwa mereka dapat mengelola kadar glukosa darah, perawatan kaki, obat, diet, dan tingkat aktivitas fisik. Penilaian jawaban berdasarkan 5 *point* skala Likert. Skor tinggi menunjukkan tingkat efikasi diri yang tinggi. Penelitian Sturt, Hearnshaw, & Wakelin (2009) memiliki nilai validitas dan reliabilitas koefisien *alpha cronbach* sebesar 0,89 untuk total skor.

### **3. Kualitas Hidup**

#### **a. Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupan pada konteks budaya dan nilai di tempat mereka hidup, serta hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar, dan perhatian. Hal ini merupakan konsep yang luas yang mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal, dan hubungannya dengan keinginan di masa yang akan datang terhadap lingkungan mereka (WHOQOL Group, 1998). Zainuddin, *et al.* (2015) mengemukakan bahwa kualitas hidup merupakan suatu konsep yang berhubungan dengan kesejahteraan penderita baik dari segi fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap kehidupannya dalam konteks budaya dan nilai yang dianut oleh individu dalam hubungannya dengan tujuan personal, harapan, standar hidup, dan perhatian yang mempengaruhi kemampuan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

#### **b. Dimensi Kualitas Hidup**

Menurut *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL Group) tahun 1998 merumuskan empat dimensi untuk mengetahui kualitas hidup individu yaitu dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan.

- 1) Dimensi kesehatan fisik. Hal-hal yang terkait didalamnya meliputi aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada bahan-bahan medis atau

- pertolongan medis, tenaga dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas bekerja.
- 2) Dimensi psikologis. Hal-hal ini terkait dengan *body image* dan penampilan, perasaan-perasaan negatif dan positif, *self-esteem*, spiritualitas/kepercayaan personal, pikiran, belajar, memori dan konsentrasi.
  - 3) Dimensi sosial meliputi hubungan personal, hubungan sosial, dukungan sosial, dan aktivitas seksual. Dukungan sosial yang diterima seseorang dalam lingkungannya, baik berupa dorongan semangat, perhatian, penghargaan, bantuan maupun kasih sayang membuatnya akan memiliki pandangan positif terhadap diri dan lingkungannya.
  - 4) Dimensi lingkungan berhubungan dengan sumber-sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial (aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, kesempatan untuk memperoleh informasi dan belajar keterampilan baru, berpartisipasi, dan kesempatan untuk rekreasi atau memiliki waktu luang, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim), serta transportasi.

### **c. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

Menurut Rubin dan Peyrot (1999), terdapat 3 faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, yaitu:

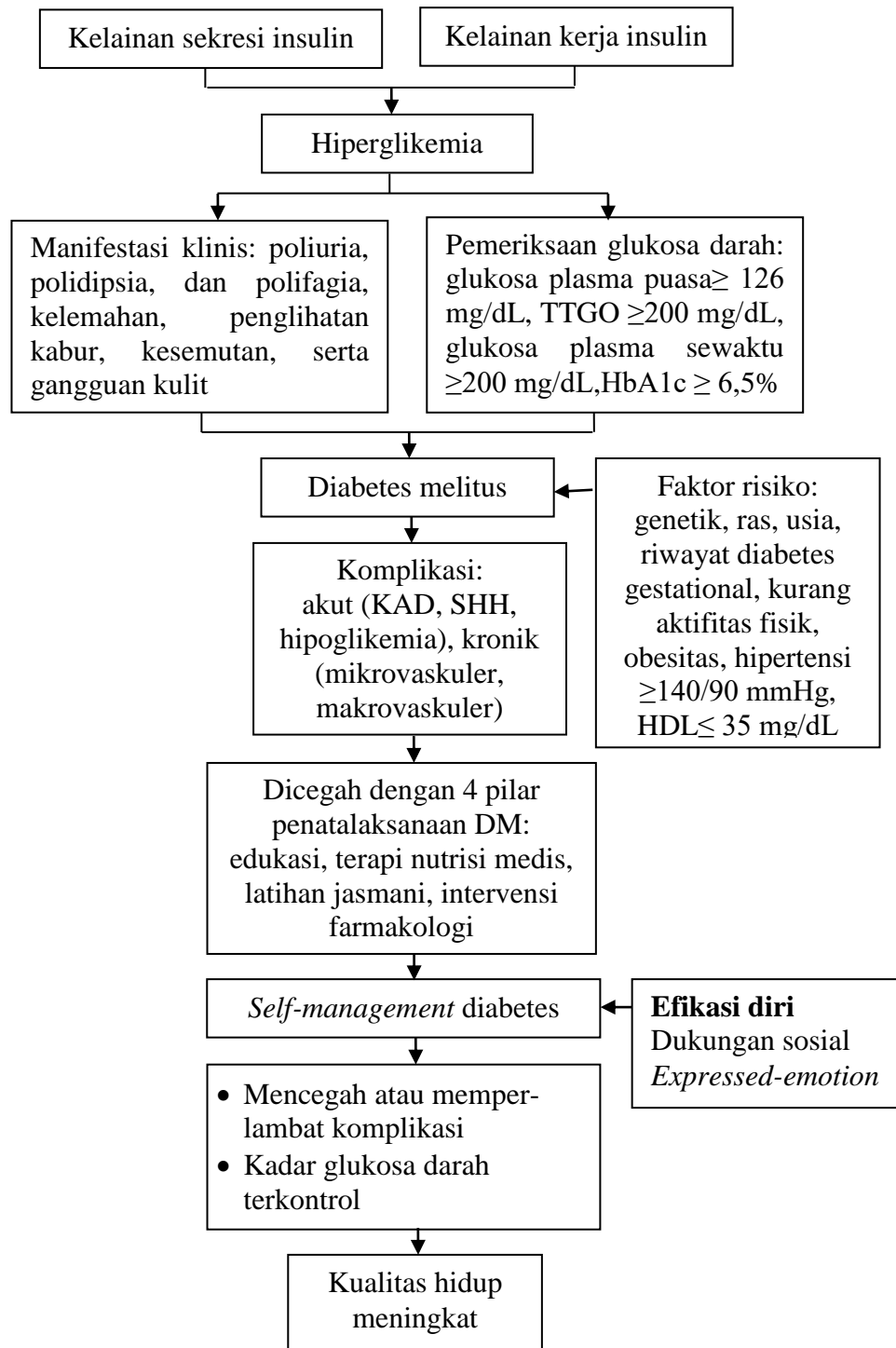
- 1) Demografi. Kualitas hidup individu dipengaruhi oleh beberapa faktor demografi, seperti jenis kelamin, usia, status pendidikan, status ekonomi, dan status pernikahan.
- 2) Medis. Kualitas hidup merupakan faktor penting untuk menggambarkan kehidupan individu dengan penyakit yang dideritanya. Kualitas hidup penderita dipengaruhi oleh beberapa faktor medis, seperti tipe penyakit, lama menderita, pengobatan yang harus dijalani, dan komplikasi yang menyertai.
- 3) Psikososial. Faktor psikososial lebih mengungkap sisi psikologis yang dialami penderita terkait penyakit yang diderita. Terdapatnya emosi negatif yang dialami akan selalu menyertai kehidupan penderita seperti perasaan marah, sedih, kecewa, perasaan tidak berdaya akan selalu menyertai kehidupan penderita dalam mengungkapkan penderitaannya. Terdapat beberapa aspek yang termasuk dalam faktor psikososial antara lain efikasi diri, kontrol diri, dukungan sosial, strategi coping, dan tipe kepribadian.

#### **d. Pengukuran Kualitas Hidup**

Peneliti menggunakan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL) dari DCCT (*Diabetes Control & Complications Trial*) *Research Group* (1988). DCCT *Research Group* adalah kelompok kolaboratif peneliti yang mewakili 29 pusat klinis di Amerika Serikat dan Kanada serta laboratorium pusat dan pusat statistik bekerjasama dengan *National Institutes of Health*. DQOL dikembangkan pada awal tahun 1980 dan telah digunakan di berbagai studi terbaru untuk pasien DM tipe 1 dan

pasien DM tipe 2. Konsep dari DQOL untuk mengukur pengalaman pribadi pasien terkait perawatan diabetes melitus dan pengobatan. DQOL terdiri dari 46 butir pertanyaan dengan empat subskala yaitu kepuasan (15 butir), dampak (20 butir), kekhawatiran terhadap diabetes (4 butir), dan kekhawatiran terhadap sosial dan pekerjaan (7 butir). Penilaian jawaban berdasarkan 5 *point* skala Likert. Penelitian ini diketahui hasil uji validitas dan reliabilitas untuk DQOL memiliki nilai konsistensi internal (*alpha cronbach* 0,92) untuk total skala. Subsкала: kepuasan 0,86-0,88; dampak 0,77-0,85; kekhawatiran terhadap diabetes 0,66-0,67; dan kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan 0,83-0,87.

## B. Kerangka Teori

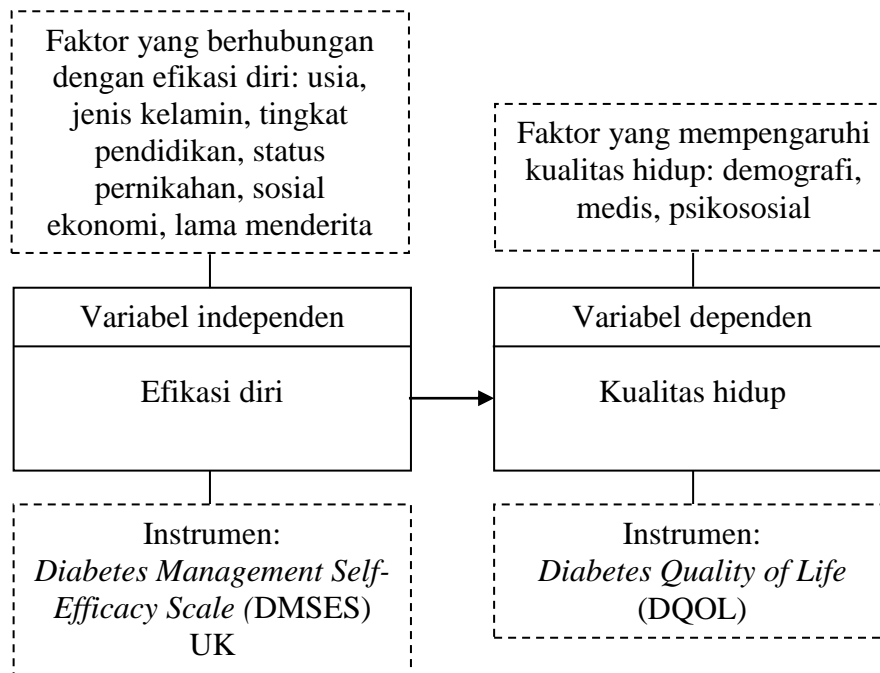


Gambar 1. Skema kerangka teori

(Sumber: ADA, 2015; Hunt, *et al.*, 2012; PERKENI, 2011; Bandura, 1997 dalam Lange, *et al.*, 2012; Smeltzer & Bare, 2008; McGinnis, *et al.*, 2005)



### C. Kerangka Konsep



Keterangan:

□ : Diukur

□ : Tidak diukur

Gambar 2. Skema kerangka konsep

### D. Hipotesis

$H_a$  : Terdapat hubungan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan variabel dependen hanya satu kali pada satu waktu (Nursalam, 2013). Peneliti menggunakan pendekatan *cross-sectional* karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel efikasi diri dengan variabel kualitas hidup dalam satu kali pengukuran menggunakan kuesioner.

#### **B. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### 1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yaitu sebanyak 223 orang (periode Oktober 2015-Maret 2016).

##### 2. Sampel

Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*, yaitu sampel yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2013). Peneliti mengambil sampel dari rata-rata jumlah populasi yang diperoleh selama 6 bulan terakhir. Sehingga didapatkan sampel dalam penelitian ini sebanyak 37 responden selama kurun waktu 2 bulan.

Sampel yang diambil dari populasi adalah sampel yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut:

- a. Responden adalah pasien diabetes melitus tipe 2 yang rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan lama menderita  $\geq 1$  tahun.
- b. Responden mampu berkomunikasi verbal dengan baik dan mampu berbahasa Indonesia.

### C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Alasan peneliti memilih tempat ini karena diketahui prevalensi penderita diabetes tertinggi berada di kota Yogyakarta sehingga rumah sakit ini mewakili peneliti dalam pengambilan subjek penelitian. Waktu penelitian dilakukan pada bulan April-Mei 2016.

### D. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah efikasi diri sebagai variabel bebas (independen) dan kualitas hidup sebagai variabel terikat (dependen).

### E. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini dipaparkan pada tabel berikut ini:

Tabel 3.1. Definisi operasional

Variabel	Efikasi diri	Kualitas hidup
Definisi operasional	Suatu keyakinan dalam diri pasien diabetes terhadap kemampuan melakukan <i>self-management</i> dan mampu menghadapi berbagai masalah selama pelaksanaan tindakan sehingga dapat mencapai suatu tujuan tertentu	Persepsi dalam diri pasien diabetes terhadap kehidupannya berkaitan dengan kesejahteraan hidup secara keseluruhan yang mencakup fisik, psikologis, sosial, maupun hubungan dengan lingkungan
Alat ukur	<i>Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) UK</i>	<i>Diabetes Quality of Life (DQOL)</i>

Cara pengukuran	Diukur menggunakan kuesioner DMSSES UK dengan total pertanyaan 15 butir didasarkan pada perilaku <i>self-management</i> pada pasien DM tipe 2 dalam melakukan pemantauan kadar glukosa darah, perawatan kaki, medikasi, diet, dan tingkat aktivitas fisik. Penilaian menggunakan skala Likert dari 1 sampai 5	Diukur menggunakan kuesioner DQOL dengan total pertanyaan 46 butir, berisi empat subskala yaitu kepuasan, dampak, kekhawatiran terhadap diabetes, kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan. Penilaian menggunakan skala Likert dari 1 sampai 5
Hasil ukur	Total skor jawaban responden tentang efikasi diri dibagi total butir pertanyaan. Skor terkecil adalah 1 dan skor terbesar adalah 5	Total skor jawaban responden tentang kualitas hidup dibagi total butir pertanyaan. Skor terkecil adalah 1 dan skor terbesar adalah 5
Skala pengukuran	Interval	Interval

## F. Alat Pengumpulan Data

### 1. Kuesioner karakteristik demografi responden

Kuesioner karakteristik demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, lama menderita DM, dan komplikasi.

### 2. Kuesioner efikasi diri

Efikasi diri diukur menggunakan kuesioner *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSSES) UK dari penelitian Sturt, *et al.* (2009). DMSSES UK digunakan sebagai instrumen untuk mengidentifikasi efikasi diri pada pasien diabetes melitus tipe 2. Penilaian jawaban berdasarkan 5 *point* skala Likert. Kuesioner ini terdiri dari 15 butir pernyataan dengan total skor minimal 15 dan maksimal 75. Mencakup lima subskala, yaitu pengaturan pola makan (diet), aktifitas fisik, pemantauan kadar glukosa darah, terapi pengobatan, dan perawatan umum.

Tabel 3.2. Kisi-kisi kuesioner DMSES UK

Komponen	Nomor butir pertanyaan		Total
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Diet	4, 7, 8, 10, 11, 12, 13		7
Aktifitas fisik	9		1
Monitoring glukosa darah	1, 2, 3		3
Terapi pengobatan	14, 15		2
Perawatan umum	5, 6		2
Total			15

Berdasarkan tabel 3.2 diatas, seluruh pernyataan dari kuesioner efikasi diri bersifat positif (*favourable*) sehingga menggunakan skor 1 untuk sangat tidak mampu, skor 2 untuk tidak mampu, skor 3 untuk kurang mampu, skor 4 untuk mampu, dan skor 5 untuk sangat mampu.

### 3. Kuesioner kualitas hidup

Kualitas hidup diukur menggunakan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL) dari DCCT (*Diabetes Control & Complications Trial Research Group* (1988)). DQOL digunakan sebagai instrumen untuk menilai kualitas hidup pada pasien DM tipe 1 dan DM tipe 2. Penilaian jawaban berdasarkan 5 *point* skala Likert. Kuesioner ini terdiri dari 46 butir pertanyaan dengan total skor minimal 46 dan maksimal 230. Mencakup empat subskala, yaitu kepuasan, dampak, kekhawatiran terhadap diabetes, dan kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan.

Tabel 3.3. Kisi-kisi kuesioner DQOL

Komponen	Nomor butir pertanyaan		Total
	<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Kepuasan	1-15		15
Dampak	18, 23, 31	16, 17, 19-22, 24-30, 32-35	20
Kekhawatiran terhadap diabetes		43-46	4
Kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan		36-42	7
Total			46

Komponen kepuasan bersifat positif (*favourable*) dengan skor 1 (sangat tidak puas), skor 2 (tidak puas), skor 3 (kurang puas), skor 4 (puas), dan skor 5 (sangat puas). Pertanyaan yang bersifat positif (*favourable*) pada dampak menggunakan skor 1 (tidak pernah), skor 2 (jarang), skor 3 (kadang), skor 4 (sering), dan skor 5 (selalu). Sedangkan pertanyaan yang bersifat negatif (*unfavourable*) pada dampak, kekhawatiran terhadap diabetes, dan kekhawatiran terhadap sosial/pekerjaan menggunakan skor 5 (tidak pernah), skor 4 (jarang), skor 3 (kadang), skor 2 (sering), dan skor 1 (selalu).

## **G. Cara Pengumpulan Data**

### **1. Tahap persiapan**

Pada tahap ini peneliti telah mendapatkan surat lulus uji etik dari komite etik dan surat izin penelitian dari ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Kemudian peneliti juga mendapatkan izin penelitian dari direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta untuk melakukan penelitian di Poliklinik Penyakit Dalam. Selanjutnya peneliti menghadap kepala Poliklinik Penyakit Dalam untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta meminta kesediaan para perawat yang berjaga di sana untuk memfasilitasi tempat yang akan digunakan peneliti sebagai area pengambilan data.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memilih satu asisten untuk terlibat dalam penelitian. Sebelum proses pengambilan data, peneliti bersama satu asisten melakukan penyamaan persepsi atau pemahaman terhadap kuesioner. Asisten peneliti dibimbing mengenai tujuan penelitian,

cara melaksanakan pengumpulan data, dan cara mengisi kuesioner. Peneliti menggunakan asisten hanya pada hari pertama pengambilan data, hari kedua dan seterusnya dilakukan oleh peneliti sendiri.

## 2. Tahap pemilihan responden

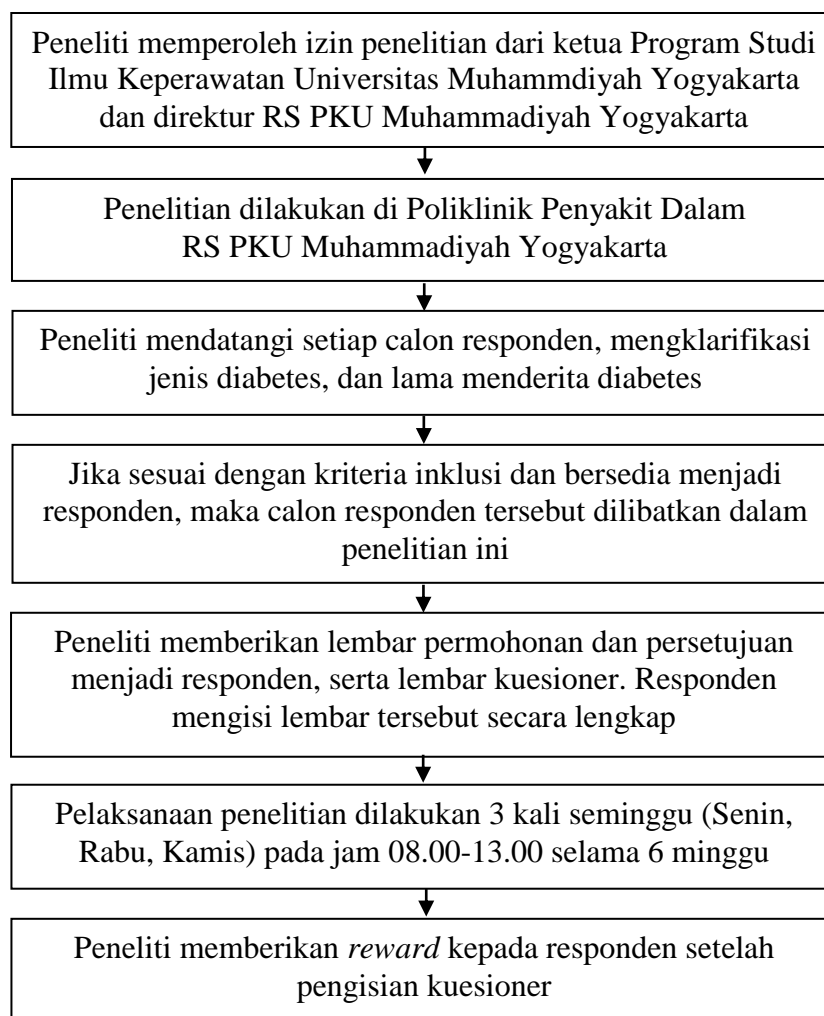
- a. Pemilihan responden disesuaikan dengan kriteria inklusi kemudian peneliti melihat catatan pasien pada status *medical record* untuk mengetahui pasien menderita diabetes atau tidak. Peneliti mendatangi setiap calon responden, mengklarifikasi jenis diabetes dan lama menderita diabetes, jika sesuai dengan kriteria inklusi serta bersedia menjadi responden maka calon responden tersebut dilibatkan dalam penelitian ini.
- b. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian ini. Selanjutnya meminta responden untuk menandatangani *informed consent*.

## 3. Tahap penelitian

Setelah responden menyetujui untuk terlibat dalam penelitian, peneliti memberikan kuesioner kepada responden dan meminta responden untuk mengisinya secara lengkap. Peneliti juga membantu responden dalam mengisi kuesioner dengan teknik wawancara. Peneliti berada disamping responden saat pengisian untuk mengantisipasi jika responden kurang jelas terkait pertanyaan di dalam kuesioner. Pengisian kuesioner dilakukan pada saat responden menunggu giliran untuk *medical check-up* dan waktu pengisian kuesioner tiap responden  $\pm$  15-20 menit. Setelah pengisian kuesioner selesai, peneliti memberikan *reward* kepada

responden sebagai ucapan terima kasih. Penelitian ini dimulai pada bulan April 2016 minggu ke-1 sampai Mei minggu ke-2. Pengambilan data dilakukan 3 kali seminggu pada hari Senin, Rabu, dan Kamis pada jam 8 pagi sampai jam 1 siang. Pengambilan data dilakukan pada hari tersebut karena mengingat jumlah pasien diabetes lebih banyak datang dan disesuaikan dengan jadwal dokter penanggung jawab.

Cara pengambilan data mulai dari tahap persiapan sampai tahap penelitian dijelaskan secara singkat pada skema berikut:



Gambar 3. Skema cara pengumpulan data



## H. Uji Validitas dan Reliabilitas

Peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas karena kuesioner yang digunakan diadopsi dari kuesioner baku. Kuesioner *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (DMSES) UK dari penelitian Sturt, *et al.* (2009) memiliki nilai  $r$  0,34-0,71 dan koefisien *Alpha Cronbach* sebesar 0,89 untuk total skor. Sedangkan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL) dari DCCT *Research Group* (1988) memiliki nilai  $r$  0,78-0,92 dan koefisien *Alpha Cronbach* sebesar 0,92 untuk total skor. Penelitian lain menyebutkan hasil uji coba validitas dan reliabilitas pada kuesioner efikasi dan kualitas hidup yang telah digunakan di Indonesia, diketahui untuk kuesioner efikasi diri dari Ariani (2011) nilai  $r$  0,206-0,751 dan *Alpha Cronbach* 0,904. Sedangkan kuesioner kualitas hidup dari Yusra (2011) nilai  $r$  0,428-0,851 dan *Alpha Cronbach* 0,963. Instrumen penelitian ini telah dilakukan *back translation* di Pusat Pelatihan Bahasa (PPB) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

## I. Pengolahan Data dan Analisis Data

### 1. Pengolahan Data

Setelah data terkumpul kemudian dilakukan pengolahan data.

Langkah-langkah pengolahan data sebagai berikut:

#### a. *Editing*

*Editing* dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data, dan keseragaman data. Dilakukan dengan mengoreksi data yang diperoleh meliputi kebenaran pengisian,

kelengkapan, dan kecocokan data yang dihasilkan. *Editing* langsung dilakukan setelah responden selesai mengisi kuesioner.

b. *Coding*

Memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban. Hal ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam melakukan tabulasi dan analisis data. Pada penelitian ini, setelah data dikoreksi dan lengkap maka diberi kode sesuai definisi operasional.

c. *Tabulating*

Data mentah (*raw data*) akan dilakukan pemetaan data (*array data*), kemudian menyusun dalam bentuk tabel distribusi dan hasil pengkodean dimasukkan ke dalam tabel dilakukan secara manual.

d. *Entry Data*

Proses memasukkan data ke dalam paket program komputer untuk selanjutnya dianalisis. Peneliti melakukan *entry data* jika sudah yakin bahwa data yang ada sudah benar, baik dari kelengkapan maupun pengkodeannya.

e. Penyajian Data

Setelah data diolah kemudian disajikan dalam bentuk tabel agar memudahkan pembaca. Data tersebut disajikan dalam bentuk narasi.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dimasukkan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Analisis data numerik (efikasi diri, kualitas hidup, usia, lama menderita DM) digunakan nilai

mean, median, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan interval kepercayaan 95%. Pada data numerik dilakukan uji normalitas dengan menggunakan *Saphiro-Wilk* dengan  $p\ value > 0,05$ . Hasil uji normalitas didapatkan untuk efikasi diri, kualitas hidup, dan usia terdistribusi normal, sementara lama menderita DM tidak terdistribusi normal. Analisis data kategorik (jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, komplikasi) dijelaskan dengan frekuensi dan persentase masing-masing variabel. Penyajian masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Uji hipotesis yang digunakan adalah uji korelasi Pearson karena variabel efikasi diri dan variabel kualitas hidup terdistribusi normal, dengan nilai  $p$  untuk efikasi diri adalah 0,150 dan nilai  $p$  untuk kualitas hidup adalah 0,709.

## J. Etika Penelitian

Penelitian ini telah dinyatakan layak etik dari Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan nomor 110/EP-FKIK-UMY/III/2016. Etika penelitian sebagai berikut:

1. *Autonomy*

Peneliti memberikan kebebasan bagi klien menentukan keputusan sendiri untuk bersedia ikut dalam penelitian atau tidak, tanpa adanya

paksaan atau pengaruh dari peneliti. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan dari penelitian dan menyampaikan bahwa penelitian ini tidak merugikan bagi responden. Responden yang bersedia ikut, diberikan lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

## 2. *Anonymity*

Peneliti tidak mencantumkan nama responden dan hanya menuliskan kode atau inisial nama responden pada lembar pengumpulan data. Peneliti juga menjamin kerahasiaan semua informasi hasil penelitian yang telah dikumpulkan dari responden.

## 3. *Justice*

Peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Saat pemilihan responden, peneliti tidak memberikan perlakuan yang berbeda terhadap responden yang memenuhi kriteria tersebut. Peneliti juga memberikan *reward* kepada seluruh responden karena telah membantu peneliti dalam pengisian kuesioner.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta berlokasi di jalan K.H. Ahmad Dahlan No. 20, Yogyakarta, Daerah Istimewa Yogyakarta. Pelayanan pokok rawat jalan yang terdapat di rumah sakit ini salah satunya adalah poliklinik penyakit dalam. Poliklinik penyakit dalam memberikan pelayanan penanganan masalah kesehatan organ dalam tanpa bedah yang ditangani oleh dokter spesialisasi. Subspesialisasi penyakit dalam di rumah sakit ini meliputi diabetes melitus, jantung, ginjal, kanker, paru-paru, sistem pernapasan, sistem pencernaan, sistem endokrin, dan hematologi.

Poliklinik penyakit dalam RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki 4 dokter spesialisasi penyakit dalam yang praktik bergiliran sesuai jadwal yang telah ditentukan dan 15 perawat yang bergantian *shift* sesuai waktu yang telah ditentukan. Jumlah pasien diabetes melitus di poli ini pada bulan Oktober 2015 sampai Maret 2016 sebanyak 223 orang. Rata-rata pasien diabetes melitus melakukan kunjungan untuk *medical check-up* sebanyak 2 kali dalam satu bulan. Pelayanan untuk penyakit diabetes melitus di poliklinik penyakit dalam biasanya dilakukan terlebih dahulu pemeriksaan tekanan darah, penimbangan berat badan, dan pengukuran tinggi badan oleh perawat yang berjaga di poli. Selanjutnya, pasien melakukan konsultasi dengan dokter mengenai masalah kesehatan yang dialami dan intervensi yang dilakukan dokter sesuai kebutuhan pasien, seperti mengecek kadar glikemik, pemeriksaan kadar glukosa darah, perawatan komplikasi, dan persepan obat.

## B. Hasil Penelitian

### 1. Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, status sosial ekonomi, lama menderita, dan komplikasi), efikasi diri, serta kualitas hidup. Dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 4.1** Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Lama Menderita DM Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan April-Mei 2016 (n=37)

<b>Variabel</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Maks</b>	<b>IK 95%</b>
Usia (tahun)	63,14	62	9,798	41-83	59,87-66,40
Lama DM (tahun)	9,49	8	7,089	1-31	7,12-11,85

Sumber: data primer, 2016

Berdasarkan tabel 4.1 diatas, rerata usia responden adalah 63,14 tahun. Usia termuda adalah 41 tahun dan usia tertua adalah 83 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata usia pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 59,87 sampai 66,40 tahun. Selanjutnya, rerata lama responden menderita DM adalah 9,49 tahun dengan durasi tersingkat 1 tahun dan terlama 31 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata lama menderita DM pada pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 7,12 sampai 11,85 tahun.

**Tabel 4.2** Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Tingkat Pendidikan, Status Sosial Ekonomi, dan Komplikasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan April-Mei 2016 (n=37)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis kelamin	Laki-laki	15	40,5
	Perempuan	22	59,5
Status pernikahan	Menikah	30	81,1
	Duda/janda	7	18,9
Tingkat pendidikan	Tidak sekolah	3	8,1
	Tamat SD	4	10,8
	Tamat SMP/MTs	7	18,9
	Tamat SMA/MA	9	24,3
	Tamat diploma/sarjana	14	37,8
Status sosial ekonomi	Pekerjaan		
	Tidak bekerja	23	62,2
	Bekerja	14	37,8
	Penghasilan perbulan		
	Tidak berpenghasilan	5	13,5
	<Rp 1.000.000	10	27,0
	Rp 1.000.000-Rp 2.500.000	13	35,1
Rp 2.500.000-Rp 5.000.000	8	21,6	
>Rp 5.000.000	1	2,7	
Komplikasi	Ada komplikasi	11	29,7
	Tidak ada komplikasi	26	70,3

Sumber: data primer, 2016

Tabel 4.2 menunjukkan responden yang mengalami DM tipe 2 sebagian besar adalah perempuan yaitu 22 orang (59,5%), latar belakang pendidikan terbanyak adalah tamatan diploma/sarjana yaitu 14 orang (37,8%), dan status pernikahan sebagian besar masih memiliki pasangan hidup yaitu 30 orang (81,1%). Selanjutnya, untuk status sosial ekonomi sebagian besar responden adalah tidak bekerja yaitu 23 orang (62,2%) dan mayoritas penghasilan perbulan responden berkisar antara Rp 1.000.000-Rp 2.500.000 sebanyak 13 orang (35,1%), serta sebagian besar responden tidak mengalami komplikasi yaitu 26 orang (70,3%).

**Tabel 4.3** Distribusi Responden Berdasarkan Efikasi Diri dan Kualitas Hidup di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan April-Mei 2016 (n=37)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	IK 95%
Efikasi diri	3,63	3,66	0,29	2,93-4,13	3,53-3,73
Kualitas hidup	3,89	3,89	0,22	3,41-4,30	3,82-3,97

Sumber: data primer, 2016

Berdasarkan tabel 4.3 diatas, rerata nilai efikasi diri responden adalah 3,63 dengan standar deviasi (SD) 0,29. Nilai efikasi diri terendah adalah 2,93 dan nilai tertinggi adalah 4,13. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata nilai efikasi diri pada pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 3,53 sampai 3,73. Sedangkan rerata nilai kualitas hidup responden adalah 3,89 dengan standar deviasi (SD) 0,22. Nilai kualitas hidup terendah adalah 3,41 dan nilai tertinggi 4,30. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata nilai kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 3,82 sampai 3,97.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji korelasi Pearson. Tabel penyajian hasil analisis sebagai berikut:

**Tabel 4.4** Analisis Uji Korelasi Pearson ( $r$ ) Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bulan April-Mei 2016 (n=37)

Variabel	$r$	$R^2$	Nilai $p$
Efikasi Diri	0,751	0,564	0,000
Kualitas Hidup			

Sumber: data primer, 2016

Berdasarkan tabel 4.4 diatas, diperoleh hasil nilai signifikansi sebesar 0,000 ( $p < 0,005$ ) yang menunjukkan bahwa korelasi antara efikasi



diri terhadap kualitas hidup adalah bermakna. Nilai koefisien korelasi sebesar 0,751 menunjukkan kekuatan korelasi yang kuat dengan arah korelasi positif, artinya semakin tinggi efikasi diri maka semakin tinggi kualitas hidup responden. Besaran koefisien determinasi (*R square*) adalah 0,564. Hal ini menunjukkan bahwa variabel efikasi diri memberikan sumbangan efektif sebesar 56,4% terhadap variabel kualitas hidup, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

## **C. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Responden**

#### **a. Usia**

Hasil penelitian menunjukkan rerata usia responden adalah 63,14 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata usia pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 59,87 sampai 66,40 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hunt, *et al.* (2012) menemukan bahwa kelompok usia yang paling banyak menderita DM tipe 2 adalah 61-70 tahun. Selain itu, berdasarkan hasil dari Riset Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), proporsi penderita diabetes meningkat seiring bertambahnya usia, terutama pada usia diatas 45 tahun. Wulandari & Isfandiari (2013) menyatakan bahwa pertambahan usia mengakibatkan kemampuan kerja insulin sebagai kunci untuk memasukkan glukosa ke dalam sel sudah tidak berfungsi dengan baik, sehingga terjadi resistensi insulin.

**b. Jenis kelamin**

Jenis kelamin responden dalam penelitian ini lebih banyak pada perempuan. Hal ini sesuai dengan Riset Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2013, jumlah penderita diabetes lebih tinggi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Hal ini dikarenakan perbedaan gaya hidup dan risiko pengembangan diabetes (Hilawe, *et al.*, 2013). Perempuan lebih berisiko mengidap diabetes karena secara fisik perempuan memiliki peluang peningkatan indeks massa tubuh yang lebih besar, sindrom siklus bulanan (*premenstrual syndrome*) dan pasca menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal sehingga perempuan berisiko menderita DM tipe 2 (Irawan, 2010).

**c. Status pernikahan**

Status pernikahan dalam penelitian ini sebagian besar responden adalah menikah atau masih memiliki pasangan hidup. Penelitian Hasanat (2008) menyatakan bahwa dukungan sosial pada penderita diabetes selama melakukan perilaku *self-management* salah satunya didapatkan dari pasangannya. Hal tersebut dapat meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri diabetes.

**d. Tingkat pendidikan**

Hasil penelitian untuk tingkat pendidikan menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah tamatan diploma/sarjana. Tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan atau pengobatan penyakit yang dideritanya dan mampu memilih serta

memutuskan tindakan yang akan dijalani untuk mengatasi masalah kesehatannya (Yusra, 2011). Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin tanggap beradaptasi dengan perubahan kondisi lingkungan (Wahyuanasari, 2012).

**e. Status sosial ekonomi**

Status sosial ekonomi dalam penelitian ini sebagian besar responden adalah tidak bekerja, baik tidak bekerja karena pensiunan, berhenti dari pekerjaan terdahulu, maupun sebagai ibu rumah tangga. Hal ini sejalan dengan Riset Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013), proporsi pekerjaan penderita diabetes tertinggi adalah tidak bekerja. Sedangkan untuk penghasilan perbulan responden sebagian besar berkisar antara Rp 1.000.000-Rp 2.500.000. Status ekonomi dalam penelitian ini dilihat dari penghasilan responden sendiri. Penghasilan ini berada diatas upah minimum propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (Badan Pusat Statistik, 2016).

**f. Lama menderit**

Hasil penelitian rerata lama responden menderit DM adalah 9,49 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata lama menderit diabetes pada pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berkisar antara 7,12-11,85 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nyunt, *et al.* (2010) menemukan bahwa lama menderit diabetes tertinggi berada pada rentang 5-10 tahun.

### **g. Komplikasi**

Hasil penelitian pada responden sebagian besar tidak mengalami komplikasi. Hal ini dapat dikarenakan diabetes yang diderita telah tertangani dengan baik dan kadar glukosa darah yang terkendali. Sesuai dalam penelitian Wulandari & Isfandiari (2013) pengobatan dan perawatan secara intensif pada penderita diabetes bertujuan untuk mencegah timbulnya berbagai komplikasi akibat diabetes. Sedangkan komplikasi yang dialami responden dalam penelitian ini berupa hipertensi, luka pada kaki, penyempitan syaraf, dan kerusakan mata. Penyakit-penyakit tersebut muncul pada pasien DM tipe 2 sebagai akibat gangguan pada sistem vaskuler (Smeltzer & Bare, 2008).

## **2. Efikasi Diri dan Kualitas Hidup Responden**

### **a. Efikasi diri**

Skala pengukuran efikasi diri yang digunakan dalam penelitian ini berada pada rentang skor 1 sampai 5. Sesuai hasil penelitian, diperoleh nilai rerata untuk efikasi diri pada responden adalah 3,63 (SD=0,29). Berdasarkan nilai rata-rata dan disesuaikan dengan interpretasi kategori dari Nursalam (2013), dapat disimpulkan bahwa responden memiliki efikasi diri yang cukup (72,6%). Nilai tersebut diperoleh dari membagi skor rata-rata dengan skor maksimal kemudian dikali 100% (baik: 76-100%, cukup: 56-75%, dan kurang:  $\leq 55\%$ ).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Hunt, *et al.* (2012) pada 152 responden dengan DM tipe 2 menunjukkan rata-rata untuk efikasi diri sebesar 7,53 (SD=1,52) untuk rentang skor 0-10. Hal ini

dapat mengindikasikan semakin tinggi skor maka tingkat efikasi diri semakin tinggi atau dapat dikatakan responden sangat yakin dapat melakukan perawatan diri berhubungan dengan diabetes. Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa seseorang yang hidup dengan DM tipe 2 yang memiliki skor efikasi diri tinggi lebih mungkin untuk melakukan diet, olahraga, pemantauan glukosa darah mandiri, konsumsi obat, dan perawatan kaki secara optimal. Penelitian lain dari Nursari, *et al.* (2014) menjelaskan bahwa sebagian besar efikasi diri pada pasien DM tipe 2 dalam kategori sedang. Penelitian tersebut didukung dari hasil penelitian yang dilakukan Ariani (2011) pada pasien DM tipe 2 juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki efikasi diri sedang.

#### **b. Kualitas hidup**

Skala pengukuran kualitas hidup yang digunakan dalam penelitian ini berada pada rentang skor 1 sampai 5. Sesuai hasil penelitian, diperoleh nilai rerata kualitas hidup pada responden adalah 3,89 (SD=0,22). Berdasarkan nilai rata-rata dan disesuaikan dengan interpretasi kategori dari Nursalam (2013), dapat disimpulkan bahwa responden memiliki kualitas hidup yang baik (77,8%). Nilai tersebut diperoleh dari membagi skor rata-rata dengan skor maksimal kemudian dikali 100% (baik: 76-100%, cukup: 56-75%, dan kurang:  $\leq 55\%$ ).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Yusra (2010) pada 120 responden dengan DM tipe 2 menunjukkan rata-rata untuk kualitas hidup sebesar 2,9 (SD=0,43) untuk rentang skor 1-5. Berdasarkan dari nilai rata-rata, penelitian tersebut menyimpulkan bahwa responden

sudah merasa puas dengan kualitas hidup yang dimiliki, baik dari segi fisik, psikologis, maupun sosial. Berbeda dengan penelitian Larasati (2011) menyatakan bahwa sebagian besar kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 dalam kategori sedang. Hasil penelitian dari Nursari, *et al.* (2014) juga menjelaskan bahwa mayoritas pada pasien DM tipe 2 memiliki kualitas hidup sedang.

### **3. Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara efikasi diri dengan kualitas hidup ( $p=0,000$ ). Hasil uji statistik lebih lanjut diketahui nilai korelasi ( $r=0,751$ ), menunjukkan bahwa semakin tinggi efikasi diri maka semakin tinggi kualitas hidup pasien dan hubungan antara kedua variabel tersebut kuat. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2 (Anwar, 2015; Nursari, 2014; Asri, 2006).

Efikasi diri tidak berkaitan dengan kemampuan sebenarnya melainkan keyakinan yang dimiliki individu. Efikasi diri pada pasien DM tipe 2 berfokus pada keyakinan yang dimiliki terhadap kemampuannya untuk melakukan berbagai perilaku perawatan diri atau *self-management* diabetes (Al-Khawaldeh, *et al.*, 2012). Hal ini diperkuat dengan penelitian yang menyebutkan bahwa efikasi diri mempunyai hubungan positif dengan perilaku perawatan diri yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup (Kara & Alberto, 2006 dalam Rini, 2011). Hasil penelitian lain menunjukkan pasien dengan tingkat efikasi diri yang tinggi diketahui

memiliki kontrol glikemik yang lebih baik. Hal ini karena efikasi diri telah terbukti menjadi prediktor terkuat dan paling berguna bagi pasien diabetes untuk melakukan perawatan diri (Nyunt, *et al.*, 2010). Hal tersebut juga didukung oleh penelitian yang menyatakan bahwa seseorang dengan diabetes memiliki kontrol glikemik yang lebih baik umumnya mengalami peningkatan kualitas hidup dan beberapa faktor psikososial seperti keyakinan diri berhubungan dengan kesehatan, dukungan sosial, strategi mengatasi masalah, serta kepribadian memiliki pengaruh yang kuat terhadap kualitas hidup, baik secara langsung maupun melalui kemampuan mereka dalam menghadapi dampak negatif dari diabetes (Porojan, 2009).

Penelitian Hunt, *et al.* (2012) menjelaskan bahwa efikasi diri secara signifikan berhubungan positif dengan perilaku *self-management* pada pasien DM tipe 2. Perilaku tersebut meliputi diet sehat, aktifitas fisik, pemantauan glukosa darah mandiri, terapi obat, dan perawatan kaki. Efikasi diri yang tinggi, dukungan sosial yang baik, dan kemampuan memecahkan masalah yang efektif pada individu dengan DM tipe 2 diketahui lebih siap untuk menangani tekanan hidup dan berpotensi dalam peningkatan *self-management* (King, *et al.*, 2010). Penelitian lain berpendapat bahwa *self-management* efektif berkontribusi dalam kontrol glukosa darah, menurunkan tekanan darah dan kolesterol, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup (Funnel, *et al.*, 2007).

Efikasi diri dapat menjadi prediksi terhadap kualitas hidup seseorang baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang (Bentsen, *et al.*, 2010). Kualitas hidup seseorang dapat dilihat dari kesejahteraannya baik

dari segi fisik, psikologis, sosial, maupun lingkungan (Zainuddin, *et al.*, 2015). Kualitas hidup yang tinggi merupakan tujuan akhir dan hasil penting dari semua intervensi medis pada pasien diabetes, serta pada pasien diabetes yang tidak terkontrol diketahui memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pasien diabetes yang terkontrol (Spasic, *et al.*, 2014).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara usia dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2, semakin bertambah usia semakin menurun nilai kualitas hidupnya (Yusra, 2011). Begitu juga pada penelitian Funnel, *et al.* (2008) menjelaskan bahwa peningkatan usia berefek negatif terhadap kualitas hidup pasien DM tipe 2. Hal ini dikarenakan perubahan fisiologis, anatomis, dan biokimiawi yang muncul seiring bertambahnya usia, akan meningkatkan gangguan toleransi glukosa. Hal ini tentunya akan menimbulkan permasalahan baik fisik, psikologis, dan sosial sehingga akan mengalami keterbatasan yang berdampak pada penurunan kualitas hidup (Yusra, 2011).

Menurut Mystakidou, *et al.* (2010) ada hubungan antara usia dengan efikasi diri. Tahap keberhasilan seseorang biasanya terjadi pada usia 40-65 tahun, dapat dikatakan usia tersebut seseorang telah memiliki efikasi diri yang baik sehingga mampu membimbing dan menilai diri sendiri. Berbeda dengan penelitian Ariani (2011) menyebutkan tidak ada hubungan antara usia dengan efikasi diri. Karena kemungkinan pada pasien yang lebih tua memiliki komplikasi atau penyakit penyerta yang



akan menurunkan kemampuan fungsi fisik sehingga pasien merasa tidak mampu untuk melakukan perawatan dirinya dengan baik.

Penelitian Mandagi (2010) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kualitas hidup. Yusra (2011) menjelaskan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan yang sama untuk menyelesaikan berbagai masalah dalam mengelola penyakitnya, sehingga meskipun jenis kelamin berbeda tetapi tindakan yang dilakukan dalam mengatasi masalah diabetes tepat, tentunya kualitas hidup akan terpelihara dengan baik. Sedangkan penelitian Gautam, *et al.* (2009) menyampaikan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup, mayoritas kualitas hidup yang rendah terjadi pada perempuan. Demikian juga penelitian Varghese (2007) bahwa laki-laki memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan perempuan, hal ini karena laki-laki lebih menunjukkan kepercayaan diri terhadap kemampuan dalam mengontrol diabetes dan berisiko lebih kecil untuk mengalami depresi atau kecemasan.

Beberapa penelitian menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan efikasi diri (Ariani, 2011; Wu, *et al.*, 2006). Hal ini karena laki-laki cenderung memiliki kepercayaan diri lebih tinggi dan lebih mampu mengatasi berbagai masalah secara lebih mandiri termasuk saat mengalami diabetes. Di satu sisi perempuan cenderung lebih patuh dalam menjalani pengobatan dan perawatan diri diabetes. Jadi laki-laki dan perempuan memiliki keyakinan yang sama terhadap kemampuannya dalam mengelola diabetes (Ariani, 2011). Berbeda dengan penelitian

Rubin & Peyrot (2001) dalam Wu (2007) menyatakan bahwa perempuan memiliki efikasi diri lebih rendah dibandingkan laki-laki, karena perempuan lebih mudah mengalami depresi sehingga menurunkan motivasi untuk melakukan perawatan diri.

Beberapa penelitian menyampaikan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup (Mier, *et al.*, 2008; Wexler, *et al.*, 2006). Individu 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 tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Penelitian Ngurah (2014) menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan efikasi diri, pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi mudah mengakses berbagai informasi mengenai penyakit dan penatalaksanaannya sehingga lebih mungkin memiliki keyakinan dalam perawatan diri untuk mencegah timbulnya komplikasi.

Hasil penelitian Yusra (2011) menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan sosial ekonomi dengan kualitas hidup. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Mier, *et al.* (2008), bahwa sosial ekonomi tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup. Sosial ekonomi yang berbeda tidak menentukan kualitas hidup pada pasien DM tipe 2. Meskipun sosial ekonomi rendah, hal terpenting adalah pengetahuan yang dimiliki dalam melakukan pengobatan dan perawatan diri untuk mengatasi permasalahan penyakitnya (Yusra, 2011). Berbeda dengan penelitian Butler (2002) menyatakan bahwa keterbatasan finansial akan membatasi

responden untuk mencari informasi, perawatan, dan pengobatan untuk dirinya sehingga akan berdampak pada kualitas hidup. Penelitian Ariani (2011) menyampaikan bahwa penghasilan yang tinggi menunjukkan efikasi diri yang baik. Pasien dengan penghasilan yang baik berpengaruh positif terhadap kesehatan dan kontrol glikemik (Rubin & Peyrot (2000).

Kualitas hidup yang baik terjadi pada pasien yang menderita DM tipe 2 kurang dari 10 tahun, hal ini dikaitkan dengan kecenderungan yang lebih rendah untuk memiliki komplikasi (Spasic, *et al.*, 2014). Sedangkan untuk efikasi diri, pasien yang telah menderita diabetes melitus  $\geq 11$  tahun memiliki efikasi diri yang baik dari pada pasien yang menderita diabetes melitus  $< 10$  tahun, hal ini disebabkan karena pasien telah berpengalaman dalam mengelola penyakitnya dan memiliki coping yang baik.

Menurut penelitian Andayani (2010) menyatakan bahwa komplikasi yang dialami pasien DM tipe 2 berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup. Sedangkan pada efikasi, pasien yang telah lama menderita diabetes melitus namun disertai komplikasi memiliki efikasi diri yang rendah (Yusra, 2011).

## **D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

### **1. Kekuatan Penelitian**

Total pertanyaan dalam kuesioner sebanyak 61 item, hal ini banyak pertanyaan yang diterapkan mengenai suatu topik sehingga memiliki tingkat kekritisian yang tinggi dan kuesioner yang digunakan diadopsi dari kuesioner baku sehingga membuat pengukuran lebih tepat.

## 2. Kelemahan Penelitian

- a. Penelitian ini tidak menghubungkan antara karakteristik demografi responden dengan efikasi diri dan kualitas hidup.
- b. Pengambilan data dilakukan sebelum responden melakukan *medical check-up* atau tepatnya pada saat responden menunggu dipanggil untuk pemeriksaan. Keterbatasan yang dialami adalah beberapa responden kurang konsentrasi dalam menjawab pertanyaan karena menunggu dipanggil oleh perawat dan merasa khawatir nomor antrian terlewatkan.
- c. Kebenaran pengisian kuesioner ini sangat dipengaruhi oleh kejujuran, pemahaman, dan daya ingat responden terhadap efikasi diri yang dimiliki dan kualitas hidup yang dirasakan. Apabila terdapat gangguan konsentrasi dan penurunan daya ingat akan mempengaruhi kebenaran jawaban yang diberikan.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik demografi responden di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah sebagian besar berjenis kelamin perempuan, usia rata-rata 63,14 tahun, mayoritas masih memiliki pasangan hidup, sebagian besar tidak bekerja, mayoritas penghasilan perbulan berkisar antara Rp 1.000.000-Rp 2.500.000, sebagian besar tidak mengalami komplikasi, dan lama menderita DM rata-rata 9,49 tahun.
2. Efikasi diri pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan nilai rata-rata sebesar 3,63. Hal ini menunjukkan bahwa responden memiliki efikasi diri yang cukup.
3. Kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan nilai rata-rata sebesar 3,89. Hal ini menunjukkan bahwa responden memiliki kualitas hidup yang baik.
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri terhadap kualitas hidup pada pasien diabetes melitus tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan kekuatan korelasi yang kuat dan arah korelasi positif (nilai  $p=0,000$  dan  $r=0,751$ ).

## **B. Saran**

### **1. Bagi Profesi Keperawatan**

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk mengembangkan ilmu keperawatan, sehingga perawat dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien diabetes melitus dan dapat diaplikasikan pada tatanan pelayanan keperawatan baik di rumah sakit maupun komunitas dengan menitikberatkan pada peningkatan pengetahuan terkait efikasi diri dan kualitas hidup pasien.

### **2. Bagi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

Meningkatkan pengetahuan pasien melalui pendidikan kesehatan secara terstruktur terkait diabetes melitus termasuk didalamnya tentang dimensi-dimensi efikasi diri dan hubungannya dengan kualitas hidup. Hal ini dapat dilakukan dengan cara pemberian pengetahuan pada saat kunjungan ke Poliklinik Penyakit Dalam rumah sakit maupun di klub diabetes seperti PERSADIA (Persatuan Diabetes Indonesia).

### **3. Bagi Penderita Diabetes**

Diharapkan dapat meningkatkan perhatian terhadap masalah psikososial yang berpengaruh terhadap tingkat efikasi diri dan kualitas hidup, serta menyesuaikan keadaan diri terhadap penyakit diabetes dengan cara selalu mencari informasi dari berbagai sumber terkait diabetes beserta penatalaksanaannya.

#### 4. Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan penelitian selanjutnya dengan berbagai masalah baru yang dapat diteliti, seperti mengetahui hubungan antara karakteristik demografi responden terhadap efikasi diri dan kualitas hidup, membedakan efikasi diri dan kualitas hidup pada masing-masing tipe diabetes, pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat efikasi diri dan kualitas hidup pasien diabetes, dan faktor-faktor lain yang diduga mempengaruhi kualitas hidup pada pasien diabetes.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Khawaldeh, O.A., M.A. Al-Hassan, E.S. Froelicher. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 26: 10-16.
- American Diabetes Association. (2015). Standard of medical care in diabetes mellitus. *Diabetes Care*; 38 (suppl 1):S1-S93.
- American Diabetes Association. (2011) Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 34:s62-9.
- Anwar, Fahri. (2015). *Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 (Studi Di Puskesmas Peterongan Kabupaten Jombang)*. Skripsi tidak diterbitkan. Jombang: STIKES ICME.
- Asri, N. D. (2006). *Kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe II ditinjau dari efikasi diri, persepsi dukungan sosial dan strategi mengatasi masalah aktif*. Tesis tidak diterbitkan. Yogyakarta: Psikologi Klinis UGM.
- Ariani, Yesi. (2011). *Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: FIK UI.
- Badan Pusat Statistik. (2016). *Perkembangan Upah Minimum Regional/Provinsi di Seluruh Indonesia 1997-2014*. Diakses pada 6 Juni 2016, dari <http://www.bps.go.id>.
- Balitbangkes Kemenkes RI. (2013). *Pokok Pokok Hasil Riskedas Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 2013*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.
- Balitbangkes Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Lembaga Penerbitan Badan Litbangkes.
- Bernal, H., Woolley, S., Schensul, J., & Dickinson, J.K. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator 2000*; Vol. 26, No. 4.
- Butler, H.A. (2002). *Motivation: The Role in Diabetes Self-Management in Older Adults*. Diakses pada tanggal 11 Agustus 2016 dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- DCCT Research Group. (1988). Reliability and Validity of a Diabetes Quality-of-Life Measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *Diabetes Care*, Vol. 11, No. 9.



- Delamater, A. M. (2000). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24:71-77.
- Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta. (2015). *Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2014*. Yogyakarta.
- Firmansyah, R. M. (2015). Pengaruh Self Care dan Self Efficacy Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. Tesis tidak diterbitkan. Yogyakarta: Program Studi Magister Keperawatan UMY.
- Funnel, M. M. & Anderson, M. R. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, Vol. 22, No. 3.
- Funnel, M. M. (2008). Quality of Life and Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *Excerpta Medica Inc*, 3 (1), 31-36.
- Gautam, Y., Sharma, A.K., Agarwal, A.K., Bhatnagar, M.K., & Trehan, R.R. (2009). A cross-sectional study of QOL of diabetic patients at tertiary care hospitals in Delhi. *Indian Journal of Community Medicine*, 34 (4), 346 -350.
- Ghufron, M., Nur, S.R., Risnawita. (2010). *Teori-teori psikologi*. Cetakan 1. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hilawe, H. E., Yatsuya, H., Kawaguchi, L., & Aoyama, A. (2013). Differences by sex in the prevalence of diabetes mellitus, impaired fasting glycaemia and impaired glucose tolerance in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:671-682D.
- Hasanat, N.U. (2008). *Aspek psikologik pada pasien diabetes dan keluarga pasien diabetes melitus dalam manajemen diabetes melitus: Studi eksplorasi*. Penelitian tidak diterbitkan. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Hasanat, N. U. (2015). *Manajemen diri: diabetes analisis kuantitatif faktor- faktor psikososial pada pasien diabetes melitus tipe II*. Disertasi doktoral tidak diterbitkan. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Hunt, W. C., Wilder, B., Steele, M. M., Grant, S. J., Pryor, R. E., Moneyham, L. (2012). Relationships among self-efficacy, social support, social problem solving, and self-management in a rural sample living with type 2 diabetes mellitus. *Research and Theory for Nursing Practice: an International Journal*, Vol. 26, No. 2.
- International Diabetes Federation. (2015). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition*. Diakses pada 15 Mei 2016, dari <http://www.diabetesatlas.org>.
- International Diabetes Federation. (2015). *United for diabetes. Persatuan Diabetes Indonesia*. Diakses pada 12 Januari 2016, dari <http://www.idf.org/membership/wp/indonesia/persatuan-diabetes-indonesia>.

- Irawan, Dedi. (2010). *Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 di Daerah Urban Indonesia*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: UI.
- King, D.K., Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Strycker, L.A., Estabrooks, P.A., Osuna, D., Faber, A.J. (2010). Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*, 33(4):751-3.
- Kirkman M.S., Briscoe V.J., Clark N. (2012). Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*, 35: 2650-64.
- Kott, K. B. (2008). *Self-Efficacy, Outcome Expectation, Self-Care Behavior and Glycosylated Hemoglobin Level in Persons with Type 2 Diabetes*. Diakses pada 5 Desember 2015, dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Kusumadewi, D.M. (2011). Peran stressor harian, optimisme, dan regulasi diri terhadap kualitas hidup individu dengan diabetes melitus tipe 2. *Jurnal Psikologi Islama (JPI)*, Vol. 8, No. 1.
- Lange, V. Paul, Kruglanski, W. Arie, and Higgins, T.E. (Eds.).(2012). *The handbook of theories of social psychology*. Volume 1. London: SAGE Publications, Inc.
- Larasati, T.A. (2012). Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS Abdul Moeloek Propinsi Lampung. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Universitas Lampung*, Vol. 2, No. 2, 17-20.
- Lemone, Burke, Levett, J., Dwyer, Moxham, Reid, S., et al. (2014). *Medical-surgical nursing critical thinking for person-centre care* (2<sup>nd</sup> ed.). Australia: Pearson Australia.
- Lunenburg, C., Fred. (2011). Self-efficacy in the workplace: Implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business, and Administration*, Vol. 14, No. 1.
- Mandagi, A. M. (2010). *Faktor yang berhubungan dengan status kualitas hidup penderita diabetes melitus (studi di Puskesmas Pakis Kecamatan Sawahan Kota Surabaya)*, (Online), diakses pada 29 Desember 2015, dari [http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/4193836343\\_abs.pdf](http://alumni.unair.ac.id/kumpulanfile/4193836343_abs.pdf).
- McGinnis, A, R., McGrady, A., Cox, A, S., Grower-Dowling, K., (2005). Biofeedback-assisted relaxation in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 28 (9): 2145-2149.
- Mier, N., Alonso, B.N., Zhan, D., Zuniga, A.M., & Acosta, I.R. (2008). Health-related quality of life in a binational population with diabetes at the Texas-Mexico border. *Rev Panam Salud Pubica*, 23 (3), 154-163.

- Mystakidou, K., Tsilikia, Parpa, Gougut, Theodoriakis, & Vlahos. (2010). Self-efficacy beliefs and level of anxiety in advanced cancer patient. *European Journal of Cancer Care* 19, 205-211.
- Ndraha, Suzanna. (2014). Leading article: Diabetes melitus tipe 2 dan tatalaksana terkini. *Medicinus*, vol. 27:No. 2.
- Ngurah, I. G. K. & Sukmayanti, M. (2014) Efikasi diri PADA Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. Denpasar: Jurusan Kerawatan Politeknik Kesehatan.
- Ningtyas, W. D., Wahyudi, P., Prasetyowati, I. (2011). *Analisis kualitas hidup pasien diabetes melitus tipe II di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan*, (Online), diakses pada 10 November 2015, dari <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/59225/Dwi%20Wahyu%20Ningtyas.pdf?sequence=1>.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Nursari, M., Suniyadewi, W.N., Juniantari, P.N. (2014). Hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien diabetes melitus di Poliklinik Interna Blud RSUD Sanjiwani Gianyar. *Jurnal Keperawatan Jiwa, Komunitas, dan Manajemen*, Vol. 1, No. 2.
- Nyunt, S.W., Nopporn, H., Nawarat, S., & Thitipat, R, (2010). Self-Efficacy, Self-care Behaviors and Glicemyc Control among Type-2 Diabetes Patient Attending Two Private Clinics in Yangon, Myanmar. *Southeast Asian Journal Tropical Medicine Public Health*, Vol.41, No.4.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia. (2011). *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Dapat diakses pada <http://www.akademia.edu> [tanggal 16/11/2015].
- Permana, H. (2008). *Komplikasi kronik dan penyakit penyerta pada diabetes*, (Online), diakses pada 3 November 2015, dari [http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2009/09/kompilasi\\_kronik\\_dan\\_penyakit\\_penyerta\\_pada\\_diabetesi.pdf](http://pustaka.unpad.ac.id/wpcontent/uploads/2009/09/kompilasi_kronik_dan_penyakit_penyerta_pada_diabetesi.pdf).
- Potter. P. A. & Perry,A.G. (2008). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktek..* Jakarta: EGC.
- Rezal, M., M. Emma, S. Julinawati, A. Suffian, & Y.M. Husna. (2013). Systematic Review: The Measurement of Health Self-Efficacy to Diabetes. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 7(5): 295-302.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15 (3), 205–218.

- Skarbek, E.A. (2006). *Psychosocial predictors of self-care behaviors in type 2 diabetes mellitus patients: analysis of social support, self-efficacy, and depression*. Unpublished doctoral dissertation. Graduate Faculty of Texas Tech University.
- Soegondo, S. (2006). Dalam Sudoyo A.W., Setiyohadi B., Alwi I., Simadibrata M., Setiati S. (Eds.). *Buku ajar ilmu penyakit dalam jilid III* (4<sup>th</sup> ed.) Jakarta: Internal Publishing.
- Soegondo, S. (2011). Diagnosis dan klasifikasi diabetes melitus terkini. Dalam Soegondo, S., Soewondo, P., Subekti, I (Eds.). *Penatalaksanaan diabetes melitus terpadu bagi dokter maupun edukator diabetes*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Smeltzer, S, & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Spasić, A., Radovanović, V. R., Đorđević, C. A., Stefanović, N., Cvetković, T. (2014). Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*, 31(3):193-200.
- Van der Bijl, J., Van Poelgeest-Eeltink, A., & Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352–358.
- Varghese R.T., Salini R., Abraham P. (2007). Determinants of the quality of life among diabetic subjects in Kerala, India. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 1: 173-9.
- Wagner, J. A., H. Tenner, & Osborn, C.Y. (2010). Lifetime depression and diabetes self-management in women with type 2 diabetes: a case- control study. *Diabetic Medicine*, 27, 713-717.
- Wahyuanasari, I. (2012). *Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Usia Produktif*. Skripsi tidak diterbitkan. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Wexler D.J., Grant, R.W., Wittenberg, E., Bosch, J.L., Cagliero, E., Delahanty. L., Blais, M.A., Meigs, J.B. (2006). Correlates of health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 49(7):1489-97.
- WHOQOL GROUP. (1998). The WHO quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46: 1569-83.
- Wijayakusuma, Hembing M. (2008). *Bebas diabetes melitus ala Hembing* (5<sup>th</sup> Ed.). Jakarta: Puspa Swara.

- World Health Organization. (2010). *Chapter 1 NCDs: Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors*. Diakses pada 22 Desember 2015, dari [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_chapter1.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter1.pdf?ua=1).
- World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. Diakses pada 15 Mei 2016, dari [www.who.int](http://www.who.int).
- Wu, S.F.V., Courtney, M., Edward, H., McDowell, J., Shortridge-Baggett, L.M., & Chang, P.J. (2006). *Self-Efficacy, Outcome Expectation and Self-Care Behavior in People with Type Diabetes in Taiwan*. Diakses pada 11 Agustus 2016, dari <http://web.ebscohost.com>.
- Wu, S.F.V (2007). *Effectiveness of Self-Management for Person with Type 2 Diabetes Following The Implementation of A Self-Efficacy Enhancing Intervention Program in Taiwan*. Queensland: Queensland University of Technology. Diakses pada 11 Agustus 2016 dari [http://eprints.qut.edu.au/16385/1/Shu-Fang\\_Wu\\_Thesis.pdf](http://eprints.qut.edu.au/16385/1/Shu-Fang_Wu_Thesis.pdf).
- Wulandari, Y. M. & Isfandiari, A. M. (2013). Kaitan Sindroma Metabolik dan Gaya Hidup dengan Gejala Komplikasi Mikrovaskuler. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 1, No. 2: 224–233.
- Yusra, A. (2011). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta*. Tesis tidak diterbitkan. Jakarta: UI.
- Zainuddin, Mhd., Utomo, W., & Herlina. (2015). Hubungan stres dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus tipe 2. *JOM*, Vol. 2, No. 1.

# LAMPIRAN



Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi B  
DIRJEN DIKTI DEPDIKNAS  
NO.: 015/BAN-PT/AK-XII/S1/VI/2009

Nomor : 056 / B.4-III / X / 2015  
Hal : Survey Pendahuluan  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta  
di  
YOGYAKARTA.

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Pimpinan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, memohon ijin :

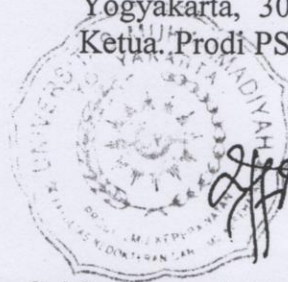
**N a m a** : Novia Ratnawati  
**Nomor Mahasiswa.** : 2012 032 0160  
**Program Studi** : Ilmu Keperawatan

Untuk mengadakan Survey Pendahuluan pada Instansi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka persiapan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) sebagai akhir studi Sarjana Keperawatan ( S1 ). “( Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta ).”

Demikian, atas perkenan dan kerjasama yang diberikan diucapkan terima kasih.

*Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 30 Oktober 2015  
Ketua Prodi PSIK FKIK UMY



Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC<sup>h</sup>

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183  
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

*Muda mendunia*





# RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta 55122

Telp. (0274) 512653 Fax. (0274) 566129, IGD : (0274) 370262, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

UNIT II : Jl. Wates Km. 5.5 Gamping, Sleman, Yogyakarta 55294

Telp. (0274) 6499704, Fax : (0274) 6499727 IGD : (0274) 6499118 E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

11 Rabiulawal 1437H/ 23 Desember 2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 340 /PI.24.1/XII/2015

Hal : Ijin Survey Pendahuluan

Kepada Yth.

Ketua Prodi PSIK FKIK UMY Yogyakarta

Jl. Lingkar Selatan Yogyakarta

Assalamu'alaikum wr.wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 093/B.4-III/XI/2015 tanggal 21 November 2015 tentang permohonan Studi Pendahuluan bagi:

Nama : Novia Ratnawati

NIM : 2012 032 0160

Judul Penelitian : Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Penelitian..
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp. Rp. 300.000 (Tiga Ratus Ribu Rupiah) berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di Bagian Keuangan pada jam kerja ( 08.00 – 14.00 WIB )
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Bagian Penelitian,Perencanaan dan Pengembangan dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disyahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Bagian Perencanaan dan Pengembangan dan menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

Catatan:

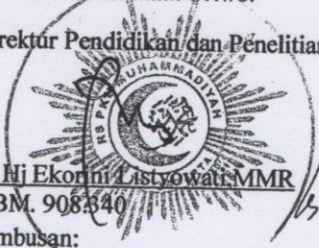
1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Kabag Perencanaan Penelitian dan Pengembangan ( Ibu Irma Risdiana,MPH,Apt )
2. Selama melakukan Penelitian berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :

~~Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang permohonan dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.~~

Demikian, untuk menjadikan maklum

Wassalamu'alaikum wr.wb.

Direktur Pendidikan dan Penelitian



dr. Hj Ekorny Lestyowati MMR

NBM. 908340

Tembusan:

1. Bagian Penelitian dan Pengembangan RS PKU Muh Yk
2. Pembimbing yang Bersangkutan
3. Peneliti yang bersangkutan (Novia Ratnawati)
4. Arsip





Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A

SK BAN-PT

No: 851/SK/BAN-PT/IAK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor : 022 /B.4-III / III /2016  
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**  
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :  
Direktur RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta  
di-  
**YOGYAKARTA.**

*Assalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Nama : **Novia Ratnawati**  
NIM : **2012032 0160**  
Pembimbing : **Yuni Permatasari I., Ns., M.Kep., Sp.KMB**

Judul KTI : **"( Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta )."**

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

*Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.*

Yogyakarta, 24 Maret 2016  
Ketua, Prodi PSIK FKIK UMY



**Sri Sumaryam, Ns., M.Kep., Sp.Mat., HNC.**

Kampus:

*Muda mendunia*





# RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta 55122

Telp. (0274) 512653 Fax. (0274) 566129, IGD : (0274) 370262, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

UNIT II : Jl. Wates Km. 5.5 Gamping, Sleman, Yogyakarta 55294

Telp. (0274) 6499704, Fax : (0274) 6499727 IGD : (0274) 6499118 E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

27 jumadilAkhir 1437 H/ 05 April 2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : 0783 /PI.24.2/IV//2016

Hal : Ijin Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Ketua Prodi Ilmu Keperawatan FKIK UMY

Jl. Lingkar selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta

Assalamu'alaikum wr.wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 022/B.4-III/III/2016 tanggal 24 Maret 2016 tentang permohonan Ijin Penelitian bagi:

Nama : Novia Ratnawati

NIM : 2012032 0160

Judul Penelitian : Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Paien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhamamdiyah Yogyakarta

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Ijin Penelitian..
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp 350.000,- (Tiga Ratus Lima Puluh Ribu Rupiah) berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja ( 08.00 – 14.00 WIB )
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Diklat dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disyahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Diklat dan menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

Catatan:

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Supervisor Diklat (Hj. Sriyati, S.Kep.Ns)
2. Selama melakukan Ijin Penelitian berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :  
- Dewi Wulandari, AMK

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.

Demikian, untuk menjadikan maklum

Wassalamu'alaikum wr.wb.



dr. H. Joko Murdiyanto, Sp.An, MPH  
NBM 867919

Tembusan:

1. Supervisor Perbendaharaan
2. Supervisor Diklat
3. Pembimbing yang bersangkutan
4. Peneliti yang bersangkutan (Novia Ratnawati)
5. Arsip





Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**SURAT KETERANGAN  
KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN**

Nomor : 110/EP-FKIK-UMY/III/2016

Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiri atas :

1. Prof. dr.H. Djauhar Ismail, Sp.A(K)., Ph.D.
2. Prof.Dr.dr.H. Soewito A, Sp.THT-KL
3. drg. Ana Medawati, M.Kes
4. drh. Tri Wulandari, M.Kes
5. Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes
6. Dr. dr. Tri Wahyuliati, Sp. S., M. Kes
7. Titih Huriah, Ns., M. Kep., Sp. Kom
8. Dr. drg. Tita Ratya Utari, Sp. Ort
9. Sabtanti Harimurti, Ph. D., Apt
10. Dr. dr. Arlina Dewi, MMR
11. Yuni Permatasari Istanti, S. Kep. Ns., Sp. KMB
12. Dra. Irma Risdiyana, Apt., MPH
13. dr. Inayati Habib, Sp. MK., M. Kes

Telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

**Nama Peneliti** : Novia Ratnawati  
**NIM** : 20151030160  
**Judul Penelitian** : Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta  
**Pada Tanggal** : 14 Maret 2016  
**Dengan Hasil** : Layak Etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 18 Maret 2016

Sekretaris,  
  
Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

*Assalamu'alaikum, wr. wb.*

Yth. Bapak/Ibu responden,

Saya Novia Ratnawati (20120320160), mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang sedang melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”**. Segala informasi yang diberikan dalam kuesioner ini hanya untuk kepentingan penelitian semata dan akan dijaga kerahasiaannya. Oleh karena itu, saya meminta kesediaan Bapak/Ibu untuk meluangkan sedikit waktu untuk mengisi seluruh pertanyaan dalam kuesioner ini dengan tepat dan teliti. Atas perhatian dan partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum, wr. wb.*

Yogyakarta, ..... 2016

Peneliti

Novia Ratnawati

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Berdasarkan penjelasan yang telah diberikan peneliti, bersama ini saya menyatakan bersedia turut serta berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswi bernama Novia Ratnawati (NIM 20120320160) dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan judul “Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”.

Demikian pernyataan ini saya buat tanpa ada unsur paksaan dan tekanan dari peneliti, saya bersedia berperan dalam penelitian ini.

Yogyakarta, ..... 2016

Responden

(.....)

## KUESIONER PENELITIAN

### Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

#### Petunjuk:

1. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yaitu identitas responden dan kuesioner penelitian tentang efikasi diri & kualitas hidup.
2. Mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, beri tanda ceklist (✓) pada kotak yang tersedia.
3. Silakan mengisi tanda titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang tepat.

#### BAGIAN 1 (Identitas Responden)

No. Responden :

Initial responden :

Alamat :

Usia : ..... tahun

Jenis kelamin

- Laki-laki
- Perempuan

Penghasilan per bulan

- < Rp 1.000.000
- Rp 1.000.000 – Rp 2.500.000
- Rp 2.500.000 – Rp 5.000.000
- > Rp 5.000.000

Pendidikan terakhir

- Tidak tamat SD
- Tamat SD
- Tamat SMP/MTs
- Tamat SMA/MA
- Diploma/Sarjana/Magister/Doktor

Lama menderita DM : ..... tahun

Komplikasi yang dialami

- Tidak ada
- Ada, sebutkan .....

Status pernikahan

- Belum menikah
- Menikah
- Janda/Duda

Status pekerjaan

- Pegawai negeri
- Swasta
- Lain-lain, sebutkan .....

## BAGIAN II (Kuesioner Penelitian)

Petunjuk Pengisian:

Berilah respon terhadap pernyataan dalam tabel dengan memberikan tanda (  $\surd$  ) pada kolom yang sesuai dengan persepsi bapak/ibu mengenai pernyataan maupun pertanyaan tersebut.

### A. EFIKASI DIRI

No	Item Pernyataan	Sangat Tidak Mampu	Tidak Mampu	Kurang Mampu	Mampu	Sangat Mampu
1	Saya mampu memeriksa gula darah saya apabila diperlukan					
2	Saya mampu menstabilkan gula darah saya ketika kadarnya terlalu tinggi					
3	Saya mampu menstabilkan gula darah saya ketika kadarnya terlalu rendah					
4	Saya mampu memilih makanan yang tepat					
5	Saya mampu menjaga berat badan saya tetap terkontrol					
6	Saya mampu memeriksa keadaan kaki saya jika ada luka					
7	Saya mampu mengatur pola makan ketika sakit					
8	Saya mampu mengikuti aturan makan yang sehat setiap waktu					
9	Saya mampu berolahraga ketika dokter menyarankan					
10	Saya mampu menyesuaikan aturan makan ketika saya berolahraga					
11	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya berada di luar rumah					
12	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya menghadiri suatu pesta					
13	Saya mampu mengatur pola makan ketika saya merasa stres atau cemas					
14	Saya mampu meminum obat sesuai resep secara teratur					
15	Saya mampu menyesuaikan pengobatan ketika saya sakit					

## B. KUALITAS HIDUP

No	Item Pertanyaan	Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Kurang Puas	Puas	Sangat Puas
1	Puaskah Anda dengan waktu yang Anda gunakan untuk mengelola diabetes Anda?					
2	Puaskah Anda dengan waktu yang Anda habiskan untuk melakukan <i>check-up</i> ?					
3	Puaskah Anda dengan waktu yang Anda habiskan untuk menentukan target gula darah Anda?					
4	Puaskah Anda dengan perawatan atau pengobatan Anda sekarang?					
5	Puaskah Anda dengan penyesuaian aturan makan yang Anda miliki?					
6	Puaskah Anda dengan penerimaan keluarga terhadap diabetes Anda?					
7	Puaskah Anda dengan pengetahuan yang Anda miliki tentang diabetes?					
8	Puaskah Anda dengan tidur Anda?					
9	Puaskah Anda dengan hubungan sosial dan pertemanan Anda?					
10	Puaskah Anda dengan kehidupan seksual Anda?					
11	Puaskah Anda dengan pekerjaan/ pendidikan/ kegiatan rumah tangga Anda?					
12	Puaskah Anda dengan penampilan fisik Anda?					
13	Puaskah Anda dengan waktu yang Anda gunakan untuk berolah raga?					
14	Puaskah Anda dengan waktu luang Anda?					
15	Puaskah Anda dengan kehidupan Anda sekarang?					

No	Item Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang	Sering	Selalu
16	Seberapa sering Anda merasa sakit akibat pengobatan diabetes Anda?					
17	Seberapa sering Anda merasa malu mengaku pada orang lain bahwa Anda memiliki diabetes?					
18	Seberapa sering kadar gula darah Anda rendah?					
19	Seberapa sering diabetes Anda mengganggu kehidupan keluarga Anda?					



No	Item Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang	Sering	Selalu
20	Seberapa sering Anda merasakan sakit secara fisik karena diabetes yang Anda derita?					
21	Seberapa sering Anda mengalami gangguan tidur di malam hari?					
22	Seberapa sering Anda merasa bahwa diabetes Anda membatasi hubungan sosial dan pertemanan Anda?					
23	Seberapa sering Anda merasa bahwa diri Anda dalam kondisi baik?					
24	Seberapa sering Anda merasa terbatas karena diet Anda?					
25	Seberapa sering diabetes Anda mengganggu kehidupan seksual Anda?					
26	Seberapa sering diabetes Anda menghambat Anda saat mengendarai kendaraan atau saat menggunakan alat mesin?					
27	Seberapa sering diabetes Anda mengganggu olah raga Anda?					
28	Seberapa sering Anda tertinggal dalam pekerjaan/ pendidikan/ kegiatan rumah tangga Anda karena diabetes?					
29	Seberapa sering Anda memahami arti memiliki diabetes?					
30	Seberapa sering diabetes Anda mengganggu kegiatan di waktu luang Anda?					
31	Seberapa sering Anda menceritakan diabetes Anda ke orang lain?					
32	Seberapa sering Anda dihina karena Anda memiliki diabetes?					
33	Seberapa sering Anda merasa bahwa diabetes membuat Anda lebih sering pergi ke kamar mandi dibandingkan orang lain?					
34	Seberapa sering Anda memakan sesuatu secara diam-diam yang seharusnya tidak boleh dimakan?					
35	Seberapa sering Anda menyembunyikan pada orang lain bahwa Anda memiliki diabetes?					
36	Seberapa sering Anda merasa khawatir bahwa Anda tidak dapat menikah karena memiliki diabetes?					

No	Item Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang	Sering	Selalu
37	Seberapa sering Anda merasa khawatir bahwa Anda tidak dapat memiliki keturunan karena diabetes?					
38	Seberapa sering Anda merasa khawatir bahwa Anda tidak mendapatkan pekerjaan karena memiliki diabetes?					
39	Seberapa sering Anda merasa khawatir bahwa Anda tidak dapat memiliki asuransi?					
40	Seberapa sering Anda merasa khawatir bahwa Anda tidak mampu menyelesaikan pendidikan karena memiliki diabetes?					
41	Seberapa sering Anda merasa khawatir akan kehilangan pekerjaan karena memiliki diabetes?					
42	Seberapa sering Anda merasa khawatir tidak dapat bepergian/liburan karena memiliki diabetes?					
43	Seberapa sering Anda merasa khawatir tentang kemungkinan pingsan karena kadar glukosa Anda terlalu rendah/tinggi?					
44	Seberapa sering Anda merasa khawatir tubuh Anda terlihat berbeda karena diabetes?					
45	Seberapa sering Anda merasa khawatir mengalami komplikasi akibat diabetes?					
46	Seberapa sering Anda merasa khawatir tidak dapat berkencang dengan pasangan karena memiliki diabetes?					