

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- β , 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- β , 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 β 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) ≥ 25 kg/m² (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 ≥ 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) ≥ 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) ≥ 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 ± 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 ≥ 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:

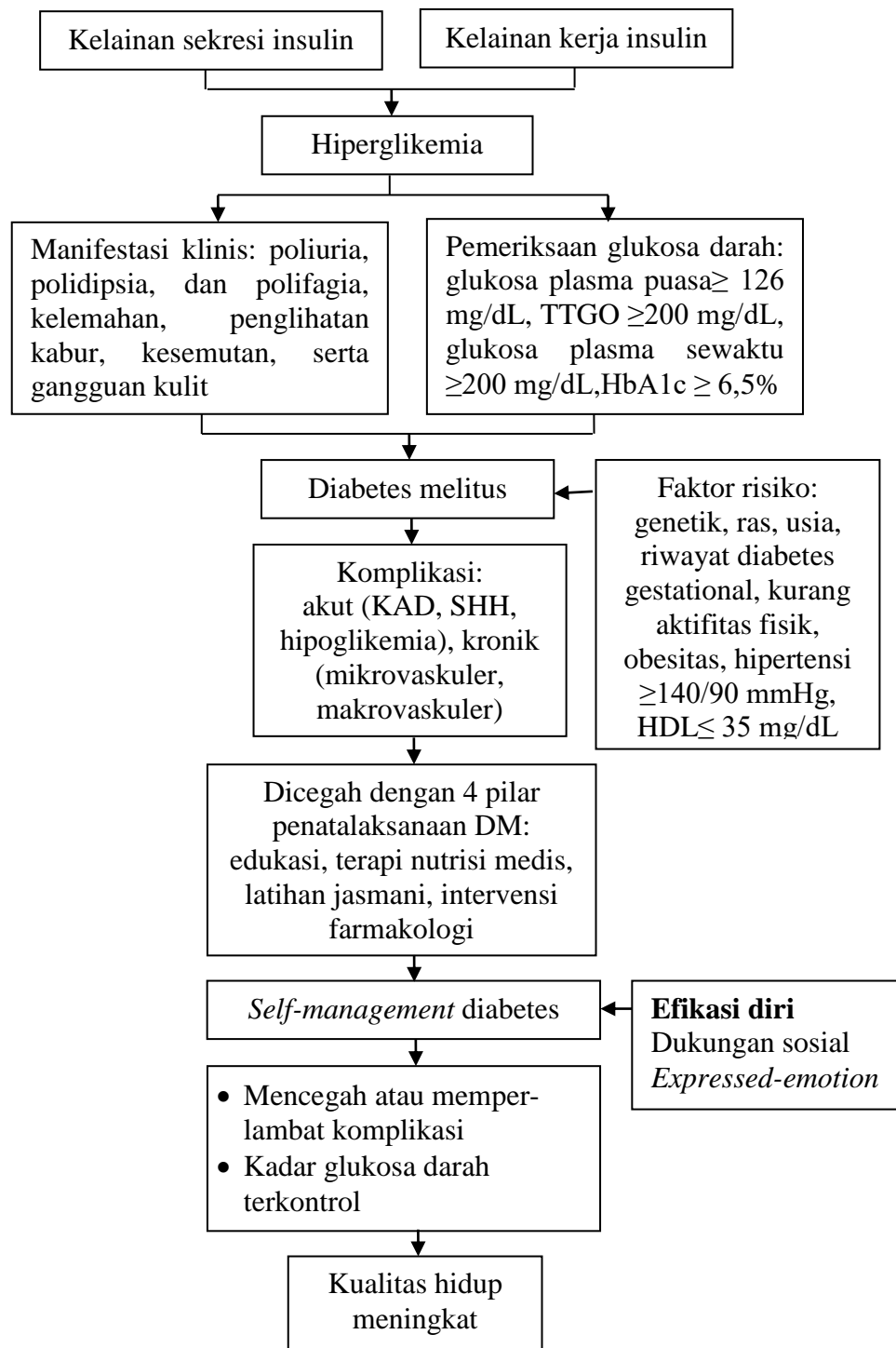
- 1) Demografi. Kualitas hidup individu dipengaruhi oleh beberapa faktor demografi, seperti jenis kelamin, usia, status pendidikan, status ekonomi, dan status pernikahan.
- 2) Medis. Kualitas hidup merupakan faktor penting untuk menggambarkan kehidupan individu dengan penyakit yang dideritanya. Kualitas 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 koping, 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.

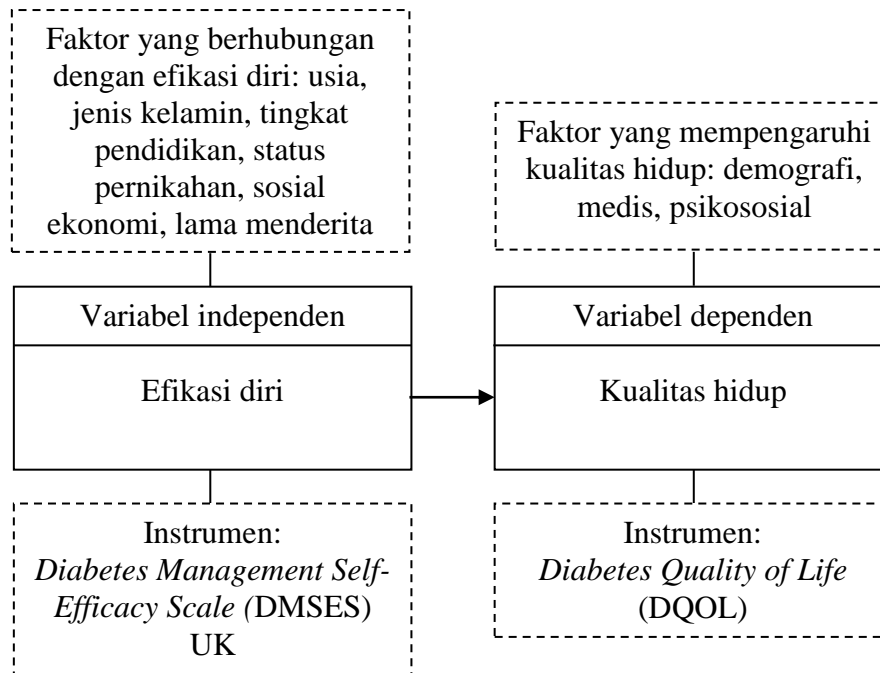
B. Kerangka Teori



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

□ (dashed) : 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.