

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep Teori Diabetes Mellitus

a. Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus merupakan suatu gangguan dalam metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak akibat kelainan sekresi insulin atau kerja insulin itu sendiri yang mengalami penurunan (*American Diabetes Association, 2012*). Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh hiperglikemia atau kenaikan kadar glukosa dalam darah (*Smeltzer & Bare, 2008*).

Diabetes mellitus merupakan suatu penyakit kronis yang menimbulkan gangguan multisistem dan merupakan salah satu penyakit kronis yang saat ini bisa dijumpai pada anak-anak dan remaja yang dikenal dengan DM tipe I (*National Diabetes Information Clearing House, 2010*). Pada DM tipe 1, terjadi defisiensi absolut insulin karena destruksi sel-sel beta pankreas. DM tipe 1 paling sering terjadi pada anak-anak, tetapi bisa juga terjadi pada usia dewasa, terutama pada usia akhir 30 dan awal 40. Tidak seperti DM tipe 2, DM tipe 1 umumnya tidak gemuk dan sering dengan manifestasi awal sebagai ketoasidosis diabetik (KAD) (*Smeltzer, & Bare, 2008*).

b. Etiologi Diabetes Mellitus

Berdasarkan etiologinya, DM dapat diklasifikasikan menjadi 4, yaitu:

- 1) DM tipe 1 yaitu diabetes mellitus tergantung insulin (Insulin dependent diabetes mellitus (IDDM)) yang bisa disebabkan oleh faktor genetik, imunologi, dan mungkin pula lingkungan (misalnya, infeksi virus) sehingga mengakibatkan kerusakan sel beta pankreas yang berdampak pada terjadinya defisiensi insulin absolut, bersifat autoimun;
- 2) DM tipe II yaitu diabetes mellitus tidak tergantung insulin (Non-Insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM)) disebabkan oleh resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin;
- 3) DM gestasional (GDM) disebabkan oleh pengaruh hormon kehamilan yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah saat kehamilan; dan
- 4) DM tipe lain disebabkan oleh berbagai faktor yang dapat menyebabkan kerusakan pada pankreas yaitu defek genetik fungsi sel beta, defek genetic kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas (pankreatitis, tumor/pankreatektomi, pankreatopati fibrokalkulus), endokrinopati, obat/zat kimia, infeksi, penyebab imunologi yang jarang (antibodi antiinsulin), dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM

(Mansjoer dkk., 2005; Smeltzer & Bare, 2008)

c. Patofisiologi Diabetes Mellitus Tipe I

Pada DM tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pancreas telah dihancurkan oleh sel-sel autoimun. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan *hiperglikemia postprandial* (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar. Akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan yang dinamakan dengan diuresis osmatik. Sebagai dari kehilangan cairan berlebih maka pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) yang disertai dengan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang dapat menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat penurunan simpanan kalori. Gejala lainnya dapat terjadi kelelahan dan kelemahan.

Dalam keadaan normal insulin mengendalikan *glycogenolysis* (pemecahan glukosa yang disimpan) dan *gluconeogenesis* (pembentukan glukosa baru serta asam-asam amino dan substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin proses ini akan

berlangsung tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan terjadinya hiperglikemia. Di samping itu terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk dari pemecahan lemak. Sehingga badan keton yang berlebihan (ketoasidosis) akan mengganggu proses keseimbangan asam basa dalam tubuh. Tanda gejala yang dapat dimunculkan dari hal tersebut yaitu nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton, sampai dengan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian.

(Smeltzer, & Bare, 2008; Mansjoer, dkk,2000; Prince S.A, Wilson, L.M, 2006).

d. Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus Tipe I

Manifestasi klinis yang sering muncul pada pasien dengan DM tipe I secara umum sama dengan tipe DM yang lain yaitu poliuri, polidipsi dan polifagi, berat badan menurun, dan kadar glukosa darah sewaktu >200 mg/dL. Pada penderita asimtomatis ditemukan kadar glukosa darah sewaktu >200 mg/dL atau kadar glukosa darah puasa lebih tinggi dari normal dengan tes toleransi glukosa yang terganggu pada lebih dari satu kali (Smeltzer, & Bare, 2008; Pulungan & Herqutanto,2009).

DM tipe 1 harus dipertimbangkan bila terjadi ketoasidosis pada pasien usia muda. Selain itu, penurunan berat badan, kelemahan, kram otot karena gangguan elektrolit, penglihatan kabur akibat

hiperosmoler lensa dan aquaeus humor, gastrointestinal syndrome (mual, discomfort, atau bila kronis akibat neuropati otonom visceral), dan neuropati perifer. Tanda gejala lain yang dapat muncul yaitu hiperventilasi, nafas berbau aseton, sampai dengan perubahan kesadaran, koma bahkan kematian (Smeltzer, & Bare, 2008, Prince S.A, Wilson, L.M, 2006).

Gejala DM tipe 1 pada anak timbul secara tiba-tiba. Berat badan menurun secara drastis meskipun anak banyak makan, banyak minum dan banyak buang air kecil. Anak yang tadinya tidak mengompol kini mengompol lagi. Bila gejala klinis tersebut disertai hiperglikemia, diagnosis DM tidak diragukan lagi (Pulungan & Herqutanto,2009).

e. Komplikasi Diabetes Mellitus

Komplikasi yang muncul akibat penyakit DM antara lain:

- 1) Akut, meliputi koma hipoglikemia, ketoasidosis, dan koma Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik (HHNK). Koma hipoglikemia terjadi akibat terapi insulin secara terus-menerus, ketoasidosis terjadi akibat proses pemecahan lemak secara terus-menerus yang menghasilkan produk sampingan berupa benda keton yang bersifat toksik bagi otak, sedangkan koma HHNK terjadi akibat hiperosmolaritas dan hiperglikemia yang menyebabkan hilangnya cairan dan elektrolit sehingga terjadi perubahan tingkat kesadaran; dan

2) Kronik, meliputi makrovaskuler (mengenai pembuluh darah besar seperti pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, dan pembuluh darah otak), mikrovaskuler (mengenai pembuluh darah kecil : retinopati diabetik, nefropati diabetik), neuropati diabetik, rentan infeksi, dan kaki diabetik. Komplikasi tersering dan paling penting adalah neuropati perifer yang berupa hilangnya sensasi distal dan berisiko tinggi untuk terjadinya ulkus diabetik dan amputasi (PERKENI, 2011).

f. Penatalaksanaan Diabetes mellitus

Menurut PERKENI (2011), ada 4 pilar manajemen DM, yaitu edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, dan intervensi farmakologis, ditambah dengan monitoring kadar gula dalam darah.

1) Edukasi

Edukasi memegang peranan yang sangat penting dalam penatalaksanaan DM karena pemberian edukasi kepada pasien dapat merubah perilaku pasien dalam melakukan pengelolaan DM secara mandiri. Pemberian edukasi kepada pasien harus dilakukan dengan melihat latar belakang pasien, ras, etnis, budaya, psikologis, dan kemampuan pasien dalam menerima edukasi. Edukasi mengenai pengelolaan DM secara mandiri harus diberikan secara bertahap yang meliputi konsep dasar DM, pencegahan DM, pengobatan DM, dan *self care* (Smeltzer & Bare, 2001; PERKENI, 2011).

2) Terapi Nutrisi Medis

Terapi Nutrisi Medis (TNM) atau diet merupakan bagian dari penatalaksanaan DM. Kunci keberhasilan TNM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari tenaga kesehatan (dokter, ahli gizi, tenaga kesehatan yang lain serta pasien dan keluarganya). Prinsip pengaturan nutrisi pada pasien DM yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pengaturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan merupakan aspek yang sangat penting untuk diperhatikan, terutama pada pasien dengan terapi insulin (Smeltzer & Bare, 2008; PERKENI, 2011).

3) Latihan jasmani

Latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit yang sifatnya CRIPE (Continuous, Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance training). Latihan jasmani bertujuan untuk menjaga kebugaran tubuh, menurunkan berat badan, dan memperbaiki sensitivitas insulin. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan usia dan status kebugaran jasmani, sedangkan pasien DM yang mengalami komplikasi dapat mengurangi intensitas latihan jasmani (Mansjoer dkk., 2005; PERKENI, 2011).

4) Intervensi farmakologis

Intervensi farmakologis meliputi pemberian obat-obatan kepada pasien DM . Obat-obatan yang diberikan dapat berupa obat oral dan bentuk suntikan. Obat dalam bentuk suntikan meliputi pemberian insulin dan agonis GLP-1/incretin mimetic (PERKENI, 2011). Berdasarkan cara kerjanya, obat hiperglikemik oral (OHO) dibagi menjadi 5 golongan, yaitu pemicu sekresi insulin (misalnya sulfonilurea dan glinid), peningkat sensitivitas terhadap insulin (misalnya metformin dan tiazolidindion), penghambat gluconeogenesis (misalnya metformin), penghambat absorpsi glukosa (misalnya penghambat glukosidase alfa), dan DPP-IV inhibitor (Mansjoer dkk., 2005; PERKENI, 2011).

5) Monitoring keton dan gula darah

Monitoring kadar gula darah secara optimal merupakan pilar yang penting dilakukan pada pasien dengan Diabetes Mellitus. Monitoring kadar gula darah sendiri dapat mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia sehingga hal tersebut dapat menurunkan resiko komplikasi dari Diabetes Mellitus (Smeltzer & Bare, 2008).

2. Konsep Anak

1. Pengertian Anak

UU No.39 th 1999 tentang HAM Pasal 1 angka 5 menyatakan bahwa Anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun dan belum menikah, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut UU RI No. I th 1974 Bab IX ps 42 disebutkan bahwa anak yang sah adalah yang dilahirkan dalam perkawinan yang sah.

Dari kedua pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pengertian anak adalah seseorang yang dilahirkan dari perkawinan yang sah yang berusia di bawah 18 tahun dan belum menikah termasuk anak yang masih dalam kandungan. Pengertian anak dalam perkawinan yang sah di sini dimaksudkan bahwa anak yang memiliki kelainan atau penyakit genetik akan mudah dikaji atau dirunut garis keturunannya apabila berasal dari perkawinan yang sah, sehingga dapat diketahui dengan pasti tentang riwayat penyakit dalam keluarganya, misalnya pada anak yang menderita DM tipe I.

2. Kriteria Usia

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0 – 1 tahun), usia bermain/toddler (1 – 2,5 tahun), pra sekolah (2,5 – 5 tahun), usia sekolah (5 – 11 tahun) hingga remaja (11 – 18

tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping, dan perilaku sosial (Hidayat, 2008).

3. Rentang sehat sakit pada anak

Rentang sehat sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak, adalah suatu kondisi anak yang berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis, dan meninggal. Lingkungan internal dan eksternal juga sangat berpengaruh terhadap perubahan status kesehatan anak, seperti keturunan, jenis kelamin, emosi, dan lain-lain. Contoh lingkungan internal misalnya anak lahir dengan penyakit bawaan termasuk penyakit keturunan. Sedangkan contoh lingkungan eksternal adalah status gizi, peran orang tua, saudara, teman sebaya atau masyarakat yang berada dalam lingkungan tersebut juga memiliki potensi untuk mempengaruhi status kesehatan pada anak (Hidayat, 2008).

3. Persepsi dan Pengalaman *Self-Management*

Persepsi diartikan sebagai proses pengamatan seseorang terhadap segala sesuatu di lingkungannya dengan menggunakan indera dan pengetahuan yang dimilikinya untuk memperoleh dan menginterpretasi

stimulus (rangsangan) yang diterima , sehingga menjadi sadar terhadap segala sesuatu yang ada di lingkungan tersebut. Persepsi merupakan hasil dari pengalaman seseorang, karena pengalaman dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, dan sosial budaya (Dali, 1982; Khanif, 2013).

Persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang di dalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman. Persepsi merupakan hasil dari pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan dari informasi tersebut (Thoha, 2008; Jalaludin, 2012).

Pengalaman hidup sehari-hari dalam bentuk apapun dapat diartikan sebagai proses belajar karena pengalaman hidup juga berpengaruh besar terhadap pembentukan kepribadian dan tingkah laku seseorang untuk mengenali dan melakukan *self-management* (secara fisik, emosi, pikiran, jiwa, dan spiritual) sehingga dia mampu mengelola orang lain dan berbagai sumber daya untuk mengendalikan maupun menciptakan realitas kehidupan sesuai dengan misi dan tujuan hidupnya sehingga pengalaman manajemen diri menjadi suatu proses yang menantang dan kompleks (Syah, 2001; Rinanda, 2006; Asril, N., 2012).

Kegiatan *self-management* diabetes merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan manajemen diabetes yang meliputi kegiatan dalam pengaturan diet, latihan jasmani, mengontrol gula darah, dan terapi obat serta penyuluhan (PERKENI, 2011).

Kegiatan *self management* diabetes merupakan bagian dari manajemen klinik sejak 1930, dimana intervensi pada kegiatan ini dapat dikategorikan berdasarkan focus pendidikan yang terdiri dari informasi, gaya hidup, ketrampilan praktik dan ketrampilan coping (Glasgow *et al*, 2007; Pretorius *et al*, 2010). Berdasarkan penelitian di New York tahun 2012 yang dilakukan pada masyarakat Dominika didapatkan hasil bahwa terdapat kesenjangan antara pengetahuan dan pengalaman tentang pencegahan diabetes, alasan dan cara untuk mengembangkan model manajemen diabetes, serta pemahaman tentang dampak fisiologis yang akan muncul apabila tidak mempertahankan gaya hidup sehat (Aponte, Foster, Alsentara, 2012).

4. Persepsi dan Pengalaman Orang Tua dalam *Self-Management* pada Anak dengan DM Tipe I

Persepsi dan pengalaman orang tua dalam membina *self-managemen* khususnya pada anak dapat memberikan pemahaman pada tenaga kesehatan dalam mengukur sejauh mana orang tua termotivasi dalam mengubah perilaku pembinaan *self-management* khususnya pada anak dengan diabetes tipe 1 (Carol, Bettina, Husein, Elaine, 2011).

Ada tiga gaya dalam pengalaman manajemen diri yang muncul dari anak dan laporan orang tua yaitu gaya *methodical* (33%) dengan penekanan pada perencanaan makanan yang matang dan administrasi insulin yang benar; gaya adaptif (46%), ditandai dengan tingginya

frekuensi pelaksanaan tes glukosa darah, olahraga, dan penyesuaian perawatan diri; serta ada pula gaya yang tidak memadai (21%) dengan tingkat moderat penyesuaian perawatan diri sehingga skor DSMP (*Diabetes self management profile*) dinyatakan rendah. Pengetahuan dari beberapa orang tua masih belum cukup, bahkan ada yang masih percaya bahwa diabetes yang dialami oleh anaknya merupakan dampak buruk yang diturunkan oleh keluarga mereka. Berdasarkan data tersebut penting kiranya untuk memberikan dukungan guna mengenali kelompok pasien dengan pola multidimensi yang unik dalam perilaku dan salah satu dukungan yang dapat diberikan pada pasien DM adalah dukungan dari orang tua (Schneider, *et al*, 2007; Asril, N., 2012).

Orang tua adalah bagian dari suatu keluarga dimana keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi, hidup dalam suatu rumah tangga, saling berinteraksi satu sama lain dalam peranannya masing-masing untuk menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon dan Maglaya, 1978 dalam Murwani A., 2014).

Carol *et al* (2011) menemukan bahwa terdapat beberapa hal yang dilakukan orang tua dalam pengalaman *self-management* pada anak dengan DM Tipe 1, yaitu ada yang memiliki pengalaman negatif menyangkut perjuangan, frustrasi dan khawatir tentang *self management* pada anak dengan DM tipe 1, ada pula orang tua yang mendukung manajemen diri pada anak mereka terutama dengan mengingatkan,

mengakui aspek positif dari manajemen diabetes pada anaknya, dan memberikan lebih banyak kebebasan, namun ada pula orang tua yang menghambat manajemen diabetes pada anak dengan tindakan berupa memarahi dan menilai, memeriksa, dan mengomel, dan menjadi emosional pada beberapa kondisi yang terjadi menyangkut penerapan self-management pada anak mereka.

5. Teori Keperawatan Dorothea Elizabeth Orem

Self-care adalah penampilan atau aktivitas praktek berdasarkan keinginan individu dan dilaksanakan untuk mempertahankan hidup, sehat dan kesejahteraan. Bila *self-care* dilaksanakan secara efektif, itu akan menolong untuk memelihara integritas dirinya dan fungsi kemanusiaan serta berkontribusi terhadap perkembangan kemanusiaan (Muhlisin & Idrawati, 2010).

Orem mengembangkan teori Self Care Deficit meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu : 1). *Self Care*, 2). *Self care defisit* dan 3) *Nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care*, *self care agency*, kebutuhan *self care terapeutik*, *self care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar) (Alligood, M.R., 2014).

a. Teori Self Care

Untuk memahami teori self care sangat penting terlebih dahulu memahami konsep self care, self care agency, basic conditioning

factor dan kebutuhan self care terapeutik. Self care adalah performance atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika self care dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Self care agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan self care. Kemampuan individu untuk melakukan self care dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber.

Kebutuhan self care therapeutic (*Therapeutic self care demand*) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan self care dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

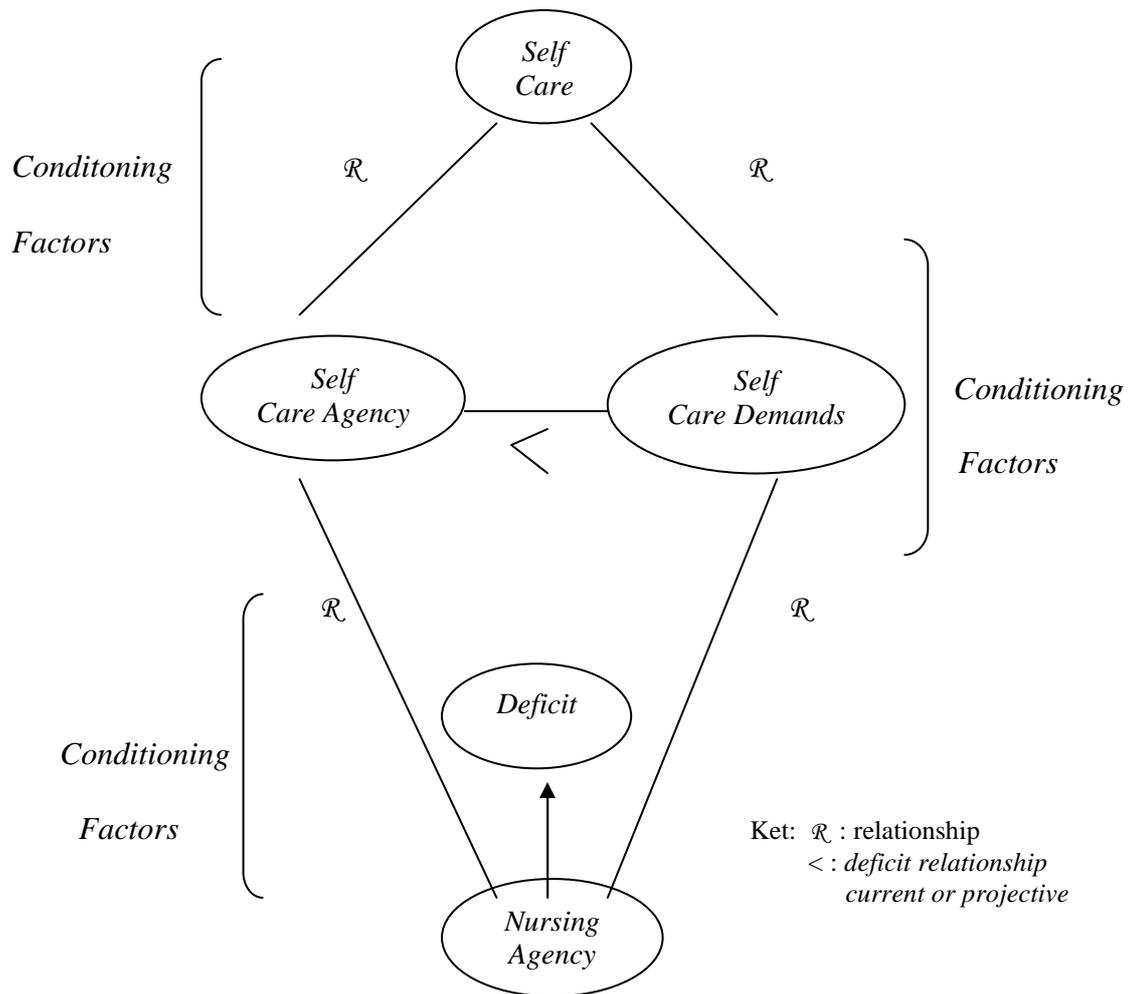
Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasi tiga kategori *self care requisite* yaitu :

- 1) Universal meliputi; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
- 2) Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
- 3) Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau injury.

b. *Teori Self Care Deficit*

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa atau pada kasus ketergantungan tidak mampu atau terbatas dalam melakukan self care secara efektif.

Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan. Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care* yaitu: tindakan yang dilakukan untuk orang lain, memberikan petunjuk dan pengarahan, memberikan dukungan fisik dan psikologis, memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal, dan pendidikan.



Gambar 2.1 Konsep kerja Teori Orem

Sumber: *Conceptual framework for nursing (From Orem, D.E.(2001))*

Berdasarkan gambar 2.1 dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai domain keperawatan. Orem (1991) mengidentifikasi lima area aktifitas keperawatan yaitu:

- 1) Masuk ke dalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.
- 2) Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
- 3) Bertanggungjawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
- 4) Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
- 5) Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien, atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

c. *Teory Nursing System*

Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care*

defisit, self care agency dan kebutuhan *self care terapeutik* maka keperawatan akan diberikan.

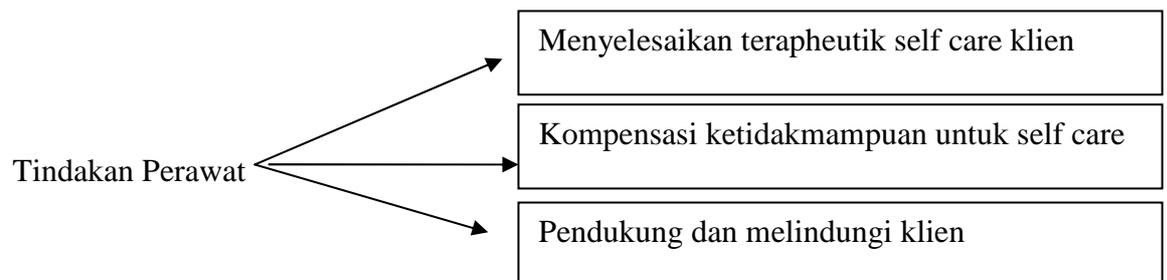
Self care didefinisikan sebagai aktivitas praktek seseorang untuk berinisiatif dan menunjukkan dengan kesadaran dirinya sendiri untuk memelihara kehidupan, fungsi kesehatan, melanjutkan perkembangan dirinya, dan kesejahteraan dengan menemukan kebutuhan untuk pengaturan fungsi dan perkembangan (Orem, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2010). *Self care agency* merupakan kompleks yang akan mempengaruhi seseorang untuk bertindak dan mengatur fungsi dan perkembangan dirinya, sedangkan *nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah dididik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care* terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency* (Orem, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2010).

Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi *nursing system* yaitu:

1) *Wholly Compensatory system*

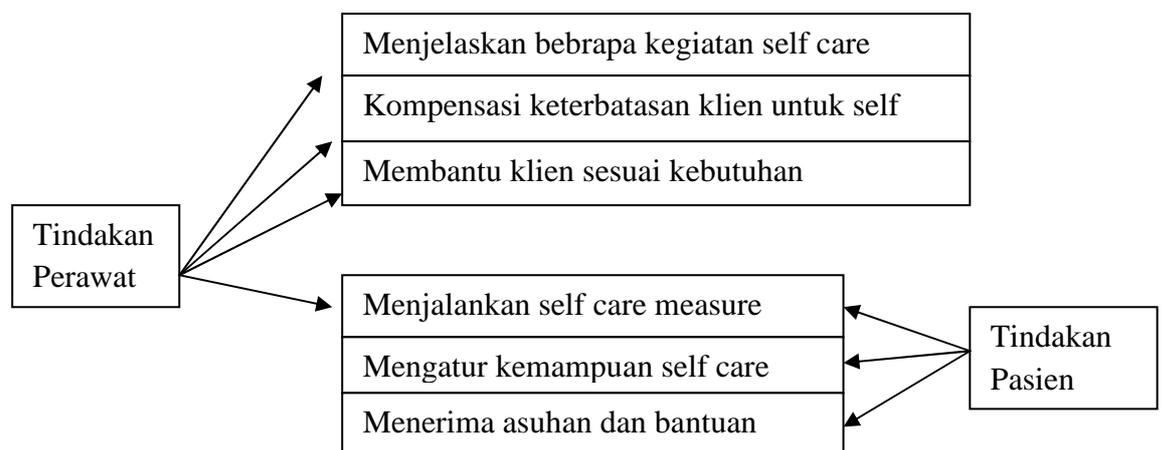
Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu; tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan

pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care* nya.



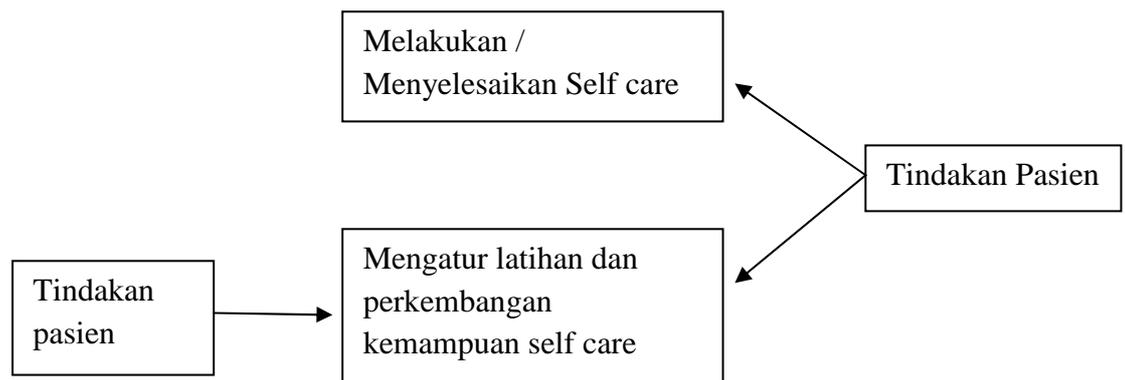
2) *Partially compensatory nursing system*

Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan self care.



3) *Supportive educative system*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau external self care tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.



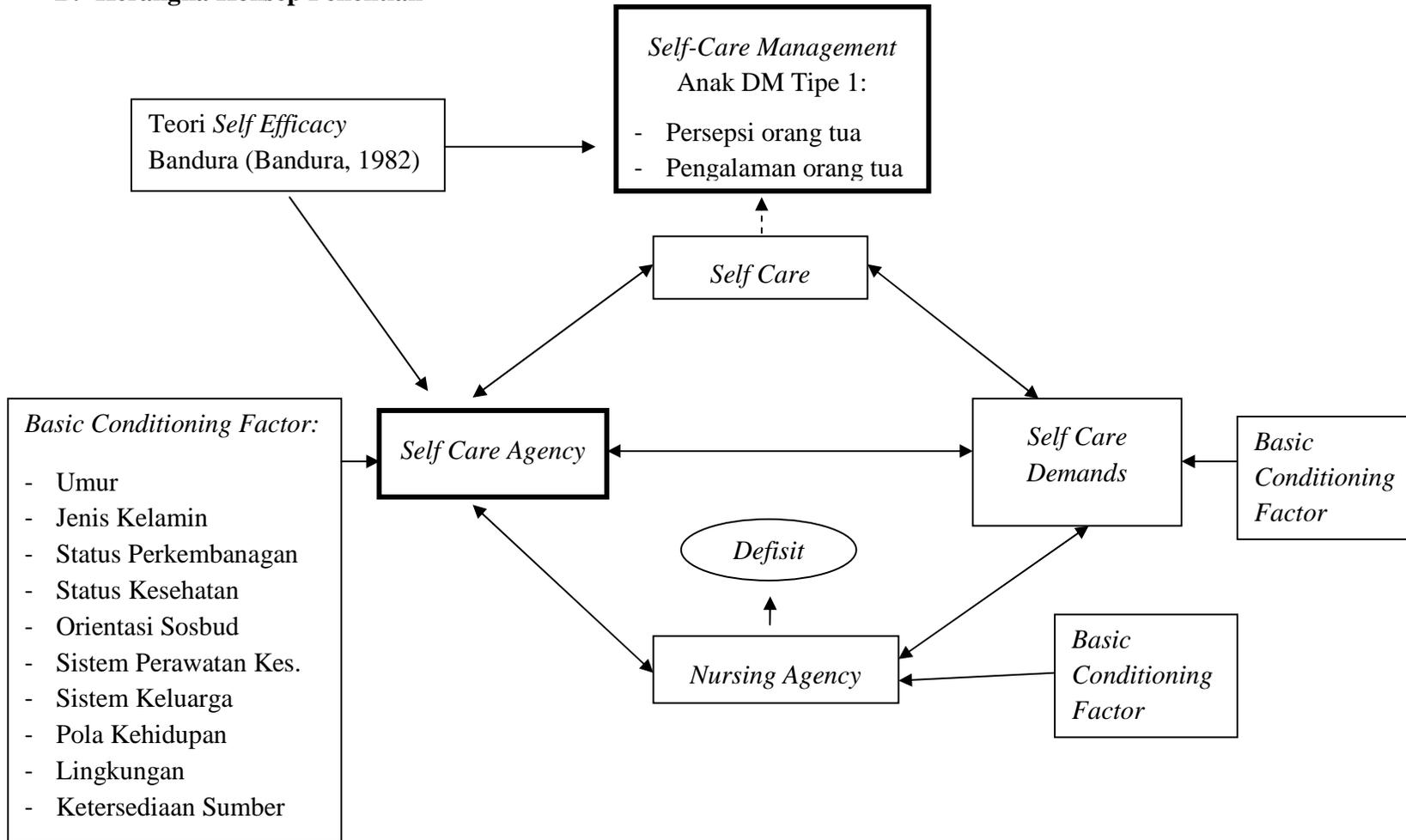
6. Teori *Self Efficacy* Bandura

Efficacy diri adalah sebuah teori kognitif yang dikembangkan oleh Albert Bandura dan terdiri dari 4 determinan penting yaitu pengalaman yang dimiliki, belajar dari hasil observasi, keikutsertaan emosi, dan pendekatan verbal. Bandura juga mendefinisikan *self efficacy* sebagai penilaian diri seseorang atas kemampuannya untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan yang mengarah pada pencapaian tujuan tertentu. Bandura menggunakan istilah *self efficacy* ini sebagai keyakinan (*beliefs*) seseorang tentang keyakinannya untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan untuk pencapaian hasil (Bandura, 1997 dalam Mukhid, 2009; Ngurah & Sukmayanti, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Bag & Mollaoglu, 2010, menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara *self care agency* dengan *self care efficacy*, dimana peningkatan dari *self care agency* dibarengi dengan peningkatan *self efficacy* begitu pula sebaliknya. Efek keyakinan terhadap *self efficacy* pada proses kognitif tentunya bervariasi. Kebanyakan perilaku diatur oleh pemikiran sebelumnya terhadap tujuan personal yang ingin diwujudkan. Pengaturan tujuan personal ini dipengaruhi oleh penilaian diri akan kemampuannya. Keyakinan *self efficacy* yang kuat membuat seseorang mengatur tujuan yang terbaik dalam diri mereka. Keteguhan mereka dalam hal tersebut merupakan komitmen untuk mereka. Keyakinan diri terhadap *self efficacy* juga memegang peranan kunci dalam pengaturan motivasi diri seseorang (Bandura, 1993 dalam Arova, 2013)

Persepsi seseorang yang tinggi terhadap *self efficacy* dapat berdampak pada kesiapan dan pelaksanaan usaha yang berbeda (Bandura, 1982). Perasaan *efficacy* yang kuat mampu meningkatkan kecakapan seseorang dan kesejahteraannya karena seseorang yang memiliki *self efficacy* yang tinggi membuat perasaannya tenang dan memandang tugas-tugas yang sulit sebagai tantangan untuk ditangani bukan sebagai ancaman untuk dihindari. Sehingga menurut Bandura persepsi atau keyakinan terhadap perilaku tertentu dapat digunakan sebagai tolok ukur dari *self efficacy* seseorang, khususnya pada area pemeliharaan kesehatan dalam hal ini *self management* pada pasien dengan diabetes mellitus (Mukhid, 2009; stretcher dkk, 1986; Arova, 2014).

B. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2.
Kerangka Konsep penelitian
Modifikasi dari Orem (2001) dalam Allgood dan Tommy (2010), Bandura (1982)

