SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA *SELF EFICACY* DENGAN KEPATUHAN *LOCUS* KONTROL PASIEN *DIABETES MELLITUS* DI INSTALASI RAWAT JALAN INTERNE RSD Dr. SOEGIRI LAMONGAN

PENELITIAN KORELASIONAL

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh :

MOCH. NUKHUN

NIM. 130915156

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2011

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 17 Februari 2011

Yang Menyatakan

MOCH NUKHUN
NIM. 130915156

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 17 FEBRUARI 2011

Oleh:

Pembimbing I

Kusnanto, S.Kp.,M.Kes
NIP. 196808291989031002

Pembimbing II

Sukma Randani Ismono, S.Kep.,Ns
NIK. 139080790

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wadek I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 19790424006042002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah diuji

Pada Tanggal, 17 Februari 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua	:	Ninuk Dian K, S.Kep.,Ns.,MANP NIP. 197703162005012001	(.....)
Anggota	:	Kusnanto, S.Kp.,M.Kes NIP. 196808291989031002	(.....)
		Sukma Randani Ismono, S.Kep.,Ns NIK. 139080790	(.....)

Mengetahui,

a.n Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Wadek I

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 19790424006042002

MOTTO

Senyum, Santun, Jujur, Kerja Keras dan Sejahtera

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan memanjatkan rasa puji syukur atas kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, dengan judul "***Hubungan antara self efficacy dengan kepatuhan locus kontrol pasien Diabetes Mellitus Di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan***".

Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih sebesar – besarnya pada yang terhormat :

1. Purwaningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Drg Fida Nuraida M.Kes, selaku Direktur RSD Dr Soegiri Lamongan yang telah memberikan bantuan fasilitas penelitian
3. Alifin SKM.,MM.Kes, selaku Wadir Pelayanan dan penunjang, Ub. Kepala bidang penunjang RSD Dr Soegiri Lamongan yang telah memberikan bantuan fasilitas tempat penelitian
4. Yuni Sufyanti Arief,S.Kp.,M.Kes, selaku penguji proposal yang telah memberikan saran dan arahan dalam perbaikan
5. Ninuk Dian K.,S.Kep.,Ns.,M.ANP selaku penguji skripsi yang telah memberikan saran dan arahan dalam perbaikan skripsi ini

6. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing ketua yang telah memberi kesempatan, bimbingan, dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
7. Sukma Randani I, S.Kep.,Ns. selaku pembimbing. Terima kasih atas kesabaran dalam memberikan bimbingan, perhatian, kebaikan, dan waktu yang diluangkan dalam proses penyusunan skripsi ini hingga selesai.
8. Sumarlin, S.Kep.,Ns, selaku Kepala instalasi rawat jalan interne RSD Dr Soegiri Lamongan yang telah banyak membantu dalam kelancaran penelitian
9. Semua pasien *Diabetes mellitus* yang telah memberikan kesediannya sebagai responden dalam penelitian ini
10. Seluruh staf dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
11. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair. Terima kasih atas bantuan yang diberikan.
12. Kedua orang tuaku, mertuaku, Istriku tercinta, Alef dan Ariq buah hatiku terkasih, motivatorku.
13. Teman-teman seperjuangan B12 yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Skripsi ini. Penulis menyadari bahwa Skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap Skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 17 Februari 2011

Moch Nukhun

ABSTRACT

THE CORRELATION OF SELF EFFICACY AND COMPLIANCE OF LOCUS CONTROL IN PATIENT WITH DIABETES MELLITUS AT OUTPATIENT INSTALATION INTERNE Dr SOEGIRI HOSPITAL LAMONGAN

Correlation

Moch Nukhun

Diabetes Mellitus is a long life chronic disease that can not be cured but can be prevented and controlled through compliance controls. If negative words and perceptions in the mind cannot be avoided, it may continue to an emotional distress that may develop into psychological disorder (adjustment disorder) and worse the patient's condition, so that decrease self-efficacy. This study aimed to explain the correlation of self-efficacy and compliance of locus control in patient with *Diabetes Mellitus*.

This study was a correlation study using cross sectional design. Populations were 137 patient with DM who come to visit at outpatient installation interne Dr Soegiri hospital lamongan on 7-22 January 2011. Samples were 48 patient taken by consecutive sampling according inclusion criteria. Independent variable was self efficacy. Dependent variable was compliance of locus control. Data were collected using questionnaire and analyzed using Chi square test.

The results showed that there were a significant the correlation of self-efficacy and compliance of locus control with $p = 0.000$.

It can be concluded that increasing of self-efficacy was related to compliance of locus control in patient with *Diabetes Mellitus*. It is hoped that patient with *Diabetes Mellitus* have an ability to solve their problems and nursing service department can increase health education and counseling.

Keywords: *self-efficacy, compliance of locus control, patients with DM*

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

Halaman

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

BAB I

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ancaman *Diabetes mellitus* terus membayangi kehidupan masyarakat. Sekitar 12-20% penduduk dunia diperkirakan mengidap penyakit ini dan setiap 10 detik di dunia orang meninggal akibat komplikasi yang ditimbulkan. Hingga saat ini *Diabetes mellitus* merupakan penyakit menahun yang diderita seumur hidup dan tidak dapat di sembuhkan sepenuhnya tetapi dapat dicegah dan dikendalikan melalui kepatuhan kontrol dengan baik. Meningkatnya komplikasi penyakit ini terjadi pada semua organ dalam tubuh yang dialiri pembuluh darah kecil dan besar dengan penyebab kecacatan dan kematian salah satunya adalah ketidakmampuan mengendalikan penyakitnya dengan benar yaitu ketidakpatuhan kontrol (Soegondo, 2009). Niven, (2002) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan diantaranya: pemahaman tentang intruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial dan keluarga dan keyakinan.

Sebelum ditemukan beberapa pengobatan, *Diabetes mellitus* merupakan penyakit yang mengerikan dan cepat membawa kematian, namun dalam perjalanannya masih menjadi penyakit yang sangat ditakuti, saat seseorang terdiagnosis terkena *Diabetes mellitus,* mungkin akan kaget, timbul rasa takut, tidak berdaya dan bingung. Hal ini karena biasanya dibayangkan mengenai orang lain dan sekarang harus mengalami sendiri, yang terbayangkan harus mengatur makan, tidak boleh makan banyak apalagi manis, harus selalu minum obat. Belum lagi kemungkinan timbulnya komplikasi lain yang akan menambah gejolak psikis

Kata-kata atau ucapan serta persepsi bersifat negatif yang ada dalam pikiran, batin, apabila tidak dapat di cegah atau dihindari akan berlanjut menjadi keadaan *emotional distress*, hal ini apabila tidak dapat dikendalikan juga dapat berkembang menjadi kesengsaraan kronis, merasa tidak mampu menangani suatu masalah, tidak mempunyai tujuan hidup serta berujung terjadi gangguan psikologis (*adjustment disorder*) yang dapat memperburuk kondisi fisik penderita. Kondisi psikologis merupakan penggerak hidup untuk berbuat menjadi lebih baik atau lebih buruk, yang tergantung pada kemampuan dalam mengendalikan kondisi psikologis. Gambaran reaksi pada penderita *Diabetes mellitus* umumnya merasa khawatir, firasat buruk, murung, kelelahan dan gelisah (*stress reaction*). Sumber *self efficacy* yang di kombinasikan dari *mastery experience, vicarious experience*, persuasi verbal, keadaan fisiologis dan emosional, dibutuhkan dengan harapan meningkatkan keyakinan terhadap diri penderita sehingga dapat mengubah persepsi ketidakpatuhan, ketidakmampuan diri menjadi yakin dan mempu mengorganisasikan serta mengambil tindakan selanjutnya (Niven, 2002). Berdasarkan hasil penelitian Widia (2010) tentang hubungan *Self-Efficacy* dan motivasi dengan stres pada penderita *Diabetes Melitus* di wilayah kerja Puskesmas Mojo pada subyek peneliti yang berjumlah 36 orang yang diperoleh pada tanggal 5-20 Juni 2010. Didapatkan angka stres penderita *Diabetes Melitus* di wilayah kerja Puskesmas Mojo berada pada kriteria rendah. Faktor-faktor yang berhubungan dengan stres penderita *Diabetes mellitus* di wilayah kerja Puskesmas Mojo antara lain *self-efficacy* dan motivasi pasien. Dimana hasil yang didapatkan penderita *Diabetes melitus* memiliki tingkat *self-efficacy* yang tinggi dan motivasi yang tinggi pula. Sedangkan untuk hasil hubungan *self-efficacy* dengan stres

penderita *Diabetes melitus* adanya hubungan yang signifikan dengan tingkat korelasi hubungan sedang dan untuk hasil hubungan motivasi pasien dengan stres penderita *Diabetes melitus* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan tingkat korelasi hubungan yang sedang. Namun belum dketahuinya hubungan *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus*.

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO), penderita *Diabetes mellitus* (DM) di dunia mengalami peningkatan dengan data terakhir pada tahun 2000 = ±175,4 juta, tahun 2010 = ± 279,3 juta dan diperkirakan tahun 2020 = ± 300 juta. Sedangkan di Indonesia atas dasar prevalensi ± 1,5% dapatlah diperkirakan jumlah penderita DM pada tahun 2010 = ± 6 juta dan 2020 = ± 8 juta. Perhitungan data epidemiologi menurut data *International Diabetes mellitus Federation* (IDF) 2003, jumlah pasien DM dari Indonesia menempati nomor 6 di dunia (Tjokroprawiro, 2007). Selanjutnya berdasarkan pola pertambahan penduduk, diperkirakan pada tahun 2030 nanti akan ada 194 juta penduduk yang berusia diatas 20 tahun dan dengan asumsi prevalensi DM pada urban (14,7%) dan rural (7,2%) maka diperkirakan terdapat 12 juta penyandang *Diabetes mellitus* didaerah urban dan 8,1 juta di daerah rural (PERKENI, 2006). *Survey* awal yang dilakukan pada tanggal 20 Oktober 2010 di Instalasi Rawat Jalan (IRJ) Interne dari 10 pasien melalui wawancara didapatkan 7 orang (70%) yang tidak melakukan pemeriksaan ulang (kontrol) dimana masih banyak didapatkan pasien yang belum mengerti tentang penyakitnya, berkeyakinan penyakitnya tidak dapat di sembuhkan meskipun harus berobat terus dan hanya 3 orang (30%) yang melakukan kontrol dimana pasien merasa penyakitnya sudah semakin memburuk,

sedangkan berdasarkan catatan status pasien pada 10 orang didapatkan 8 orang (80%) tidak melakukan kontrol dan 2 orang (20%) melakukan kontrol ulang.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kepatuhan pasien kepada regimen yang diberikan oleh dokter pada pengobatan penyakit yang bersifat kronik, umumnya rendah. Penelitian terhadap penyandang *Diabetes mellitus*, mendapatkan 80% diantaranya menyuntik insulin dengan cara yang tidak tepat, 58% memakai dosis yang salah dan 75% tidak mengikuti diet yang dianjurkan (Soegondo S, 2009). Menurut Leg dan Spelman (1967) dan Ley (1988) yang dikutip Niven N (2002), menyatakan bahwa diantara pasien yang berusaha untuk mematuhi instruksi yang diberikan adalah 25% dan 75% mungkin meminum dosis yang salah. Derajat ketidakpatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut *kuratif* atau *preventif*, jangka panjang atau pendek dan derajat ketidakpatuhan rata-rata 50%, bertambah buruk sesuai waktu.

Kompleksitas prosedur pengobatan *Diabetes mellitus*, derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi nasihat, keparahan penyakit merupakan stressor baru bagi penderita, yang sering menimbulkan masalah atau stress. Perasaan negatif dan informasi yang kurang dari petugas kesehatan tentang penatalaksanaan DM dapat menimbulkan stress dalam hal ini dapat mengurangi *self efficacy* (Alwisol, 2004). Apabila stress tidak dapat diatasi, maka pasien akan mengalami emosi yang semakin negatif yang menuju ke tahapan stress lebih lanjut. Hal tersebut bisa memperburuk kondisi pasien, baik fisik maupun psikis. Kondisi stress pasien *Diabetes mellitus* memiliki pengaruh yang signifikan pada perjalanan penyakit. Stress mempengaruhi motivasi dan keyakinan untuk mengambil keputusan dalam hidup, untuk itu perlu

meningkatkan *self efficacy* dan menciptakan lingkungan yang kondusif selama proses pengobatan. Kepercayaan kesehatan yang tinggi diharapkan klien dapat mengatasi stress dan akan berusaha mencapai kesembuhan yang diharapkan atau mengubah tingkah laku menjadi perilaku sehat sehingga stress berkurang dan *self efficacy* pasien akan lebih baik (Alwisol, 2004).

Menurut Subiyanto, (2010), *Diabetes mellitus* sering disebut dengan *the great imitator* yang berarti dapat menyerang semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai keluhan, juga sering dinamakan *the silent killer* seperti rayap, bekerja diam dan merusak organ di dalam tubuh. Penyakit ini timbul secara perlahan sehingga seseorang tidak menyadari adanya berbagai perubahan dalam dirinya. Apabila pasien DM tidak mematuhi aturan dalam regimen *therapy*, memasuki dan menyelesaikan program pengobatan, menggunakan medikasi dengan tepat dan mengikuti anjuran perubahan perilaku atau diet dengan kata lain ketidakpatuhan maka kadar gula dalam darah tersebut tidak akan dapat diketahui meningkat atau menurun dalam waktu relatif singkat sehingga bisa mengakibatkan komplikasi *mikrovaskuler* yaitu terjadi *hipoglikemia, hiperglikemia, koma diabetic, koma hiperosmolar non ketotik* dan *koma lakto asidosis*. Sedangkan apabila kadar glukosa darah yang terus menerus tinggi juga bisa menyebabkan komplikasi *makrovaskuler*, diantaranya stroke, kebutaan, serangan jantung, gagal ginjal, impotensi dan kesulitan berkemih serta terjadi ganggren, sehingga upaya ke keadaan normal sangat sulit dilakukan dan kerusakan yang sudah terjadi umumnya akan menetap.

PERKENI (2006), menyatakan pilar penatalaksanaan DM diantaranya edukasi, terapi gizi medis, latihan jasmani dan intervensi farmakologis.

Sedangkan untuk mengatasi ketidakpatuhan tersebut, penyuluhan, peningkatan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan peningkatkan kualitas hidup bagi penyandang *Diabetes mellitus* beserta keluarganya mutlak diperlukan disamping pengobatan dengan obat-obatan, pengaturan jumlah, jadwal, jenis makanan serta olah raga yang tidak dapat ditinggalkan (Soegondo, 2009). Sebagai upaya yang nyata di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan saat ini sudah dilakukan penyuluhan, pembagian *leaflet* tentang penyakit DM kepada pasien dan keluarganya untuk meningkatkan pengetahuan.

Dinicola dan DiMatteo (1984) dikutip oleh Niven, (2002) menyatakan lima titik rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien, diantaranya: mengembangkan tujuan kepatuhan, perilaku sehat yang dipengaruhi kebiasaan, faktor kognitif, dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu dan uang serta dukungan dari professional kesehatan yang bertujuan membentuk respon emosi positif, peningkatan pertahanan diri, pencapaian perasaan rileks yang berdampak penyandang *Diabetes mellitus* dapat patuh pada regimen *therapy* mampu hidup lebih lama dan berkualitas dalam kebahagiaan, dapat merawat dirinya sendiri, tetap produktif dalam meningkatkan kualitas ekonomi serta *self efficacy* pasien akan lebih baik sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi. Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti ingin menjelaskan hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi tingkat *self efficacy* pasien *Diabetes mellitus.*
2. Mengidentifikasi tingkat kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus.*
3. Menganalisis hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus.*

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi tentang pentingnya *self efficacy* dan kepatuhan *locus* kontrol dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *Diabetes mellitus.*

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bidang Pelayanan Perawatan RSD Dr.Soegiri Lamongan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk dapat meningkatkan pelayanan prima pada masyarakat dengan mengikuti trend terkini dalam bidang pendidikan dan pelatihan-pelatihan pada sumber daya manusia.

2. Kepala Ruangan Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi alternatif pilihan pengetahuan dan pengelolaan sumber daya manusia dalam meningkatkan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

3. Perawat Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan kepatuhan *locus* kontrol yang rendah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan dijelaskan mengenai konsep-konsep yang berhubungan dengan masalah penelitian. Konsep yang akan diuraikan yaitu *self efficacy,* kepatuhan *lokus* kontrol, model keyakinan kesehatan, stress dan konsep *Diabetes mellitus*.

2.1 Konsep *Self Efficacy*

2.1.1 Pengertian *self efficacy*

Self Efficacy adalah *belief* atau keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil (*outcomes*) yang positif (Santrock, 2003). Seseorang dalam hidupnya dituntut oleh keyakinan dia akan *self efficacy*nya. Menurut Bandura (1997) dikutip oleh Alwisol (2004) untuk melihat *self efficacy* seseorang tidak perlu dengan mengukur ketrampilan yang dipunyai, tetapi kepercayaan tentang apa yang bisa dikerjakan seseorang dalam berbagai kondisi dengan apapun ketrampilan yang dimiliki. Tingginya *self efficacy* membawa masyarakat lebih tahan terhadap permasalahan yang susah, membuang pemecahan masalah yang tidak efektif dan lebih cepat mengambil strategi, mengkaji ulang pekerjaan mereka terhadap kesalahan, menyiapkan diri mereka pada tujuan yang lebih menantang dan menggunakan lebih sedikit waktunya untuk khawatir terhadap konsekuensi dari kegagalan. Implikasi psikologi ini mengandung arti bahwa *self efficacy* cenderung menjadi ramalan keyakinan diri.

Self efficacy berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan

Keyakinan seseorang akan kemampuannya berfungsi sebagai seperangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang berperilaku, berfikir dan bagaimana reaksi emosional yang ditunjukkan dalam mengatasi situasi tertentu. Bandura (1997) dikutip oleh Alwisol, (2004) menyatakan bahwa jika seseorang dihadapkan pada situasi yang menekan, maka keyakinan *self efficacy* yang dimiliki oleh individu tersebut akan mempengaruhi reaksi terhadap situasi. Baik reaksi emosional maupun usaha yang diyakini. Keyakinan atau harapan diri disebut sebagai *self efficacy* atau *efficacy expectation* dan harapan hasilnya disebut *outcome expectations*, yang djabarkan sebagai berikut:

1. *Efficacy expectation*, yaitu persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu.
2. *Outcome expectations*, yaitu perkiraan atau estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan diri itu akan mencapai hasil tertentu.

2.1.2 Sumber *self efficacy*

Menurut Bandura (1997) dikutip oleh Alwisol, (2004), perubahan tingkah laku, kuncinya adalah perubahan *self efficacy*. *Self efficacy* atau keyakinan kebisaan diri itu dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan, melalui salah satu atau kombinasi empat sumber, yakni *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *social persuation* dan pembangkitan emosi (*emotional/physiological states*) yang dijabarkan sebagai berikut:

1. *Performance accomplishment*

Performance accomplishment adalah prestasi yang pernah dicapai pada masa yang telah lalu. Sebagai sumber, *performance* masa lalu menjadi pengubah *self efficacy* yang paling kuat pengaruhnya. Prestasi masa lalu yang bagus meningkatkan *efficacy*, sedang kegagalan akan menurunkan *efficacy*.

2. *Vicarious experience*

Vicarious experience diperoleh melalui model sosial. *Efficacy* akan meningkat ketika mengamati keberhasilan orang lain, sebaliknya *efficacy* akan menurun jika mengamati orang yang kemampuannya kira-kira sama dengan dirinya ternyata gagal.

3. *Social persuation*

Self efficacy juga dapat diperoleh, diperkuat atau dilemahkan melalui persuasi sosial. Dampak dari sumber ini terbatas, tetapi pada kondisi yang tepat persuasi diri orang lain dapat mempengaruhi *self efficacy*. Kondisi itu adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi, dan sifat realitik dari apa yang dipersuasikan.

4. Keadaan emosi

Keadaan emosi yang mengikuti suatu kegiatan akan mempengaruhi *efficacy* dibidang kegiatan itu. Emosi yang kuat, takut, cemas, stress, dapat mengurangi *self efficacy*. Namun bisa terjadi, peningkatan emosi (yang tidak berlebihan) dapat meningkatkan *self efficacy*.

2.1.3 Proses *self efficacy*

Menurut Bandura (2006), proses *self-efficacy* mempengaruhi fungsi manusia bukan hanya secara langsung, tetapi juga mempunyai pengaruh tidak langsung terhadap faktor lain. Secara langsung, proses *self-efficacy* mulai sebelum

individu memilih pilihan mereka dan mengawali usaha mereka. Yang pertama, orang cenderung mempertimbangkan, mengevaluasi, dan mengintegrasikan informasi mengenai kapabilitas yang dirahasiakan. Yang penting, langkah awal dari proses tersebut tidak berhubungan dengan kemampuan atau sumber individu, tetapi lebih pada bagaiamana mereka menilai atau menyakini bahwa mereka dapat menggunakan kemampuan dan sumber mereka untuk menyelesaikan tugas yang diberikan. Selanjutnya evaluasi atau persepsi menghasilkan harapan atas efikasi personal yang pada gilirannya menentukan:

1. Keputusan untuk menampilkan tugas tertentu dalam konteks ini
2. Sejumlah usaha yang akan dilakukan menyelesaikan tugas
3. Tingkat daya tahan yang akan muncul (selain masalah), tidak sesuai dengan bukti dan kesulitan yang dihadapi

Self efficacy dapat mempengaruhi bagaimana orang merasakan, berfikir, memotivasi dirinya dan beraksi. *Self efficacy* mengatur fungsi manusia melalui empat macam proses. Proses-proses yang berbeda ini beroperasi secara bersama-sama daripada sendiri-sendiri. Proses-proses tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Proses kognitif

Self-efficacy mempengaruhi proses berpikir yang dapat meningkatkan atau mengurangi *performance* dan bisa muncul dalam berbagai bentuk, antara lain:

1) Kontruksi kognitif

Sebagaian besar tindakan pada awalnya dibentuk dalam pikiran. Konstruksi kognitif tersebut kemudian hadir sebagai penuntut tindakan. Keyakinan orang akan *self-efficacy* akan mempengaruhi bagaimana mereka

menafsirkan situasi dan tipe-tipe skenario pengantisipasian dan memvisualkan masa depan yang mereka gagas. Orang yang memiliki *self-efficacy* yang tinggi akan memandang situasi yang dihadapi sebagai sesuatu yang menghandirkan kesempatan-kesempatan yang dapat dicapai. Mereka memvisualisasikan skenario kesuksesan yang dapat memberi arahan positif bagi *performance* mereka. Orang yang mengganggap dirinya tidak mampu akan menafsirkan situasi yang tidak pasti sebagai sesuatu yang berisiko dan mereka cenderung memvisualisasikan kegagalan.

2) *Inferential* thinking

Fungsi utama berpikir adalah orang yang mampu untuk memprediksi hasil dari berbagai tindakan yang berbeda dan untuk mencipatakn kontrol terhadap hal-hal yang mempengaruhi kehidupannya. Ketrampilan-ketrampilan dalam *problem solving* memerlukan pemrosesan kognitif dari berbagai informasi yang kompleks, ambigu dan tidak pasti, secara efektif. Fakta bahwa faktor-faktor prediktif yang sama mungkin memiliki prediktor yang berbeda menciptakan suatu ketidakpastian. *Self-efficacy* yang tinggi diperlukan dalam mengahadapi berbagai ketidakpastian.

Alwisol, (2004) menyatakan pada proses kognitif, pemikiran manusia ditentukan oleh pemikiran sebelumnya mengenai tujuan yang hendak dicapai. Penetapan tujuan tersebut dipengaruhi oleh *self efficacy*. Semakin tinggi *self efficacy* seseorang, maka semakin tinggi pula komitmen atau keterlibatannya terhadap tujuan tersebut. Dengan berpikir, seseorang mempunyai kemungkinan untuk mampu memperkirakan peristiwa yang mungkin akan terjadi padanya, sehingga dapat mengontrolnya. Orang yang memiliki *self efficacy* tinggi

mempunyai gambaran keberhasilan yang memberi dasar positif pada penampilan atau perilakunya. Sedangkan orang yang menilai dirinya tidak mampu lebih cenderung mempunyai gambaran kegagalan yang mendasari penampilan atau perilakunya. *Self efficacy* mempunyai fungsi kognitif melalui pengaruh bersama dari suatu proses motivasional dan pemrosesan informasi.

2. Proses motivasional

Self efficacy seseorang akan mempengaruhi motivasi dalam beberapa hal. Kepercayaan akan *self efficacy* individu akan mempengaruhi tingkat komitmen individu terhadap tujuannya, yang direfleksikan dalam seberapa lama dia akan bertahan dalam menghadapi rintangan. Ketika menghadapi kesulitan, orang yang merasa ragu akan keemampuannya akan mengurangi usahanya atau bahkan akan menggagalkan usaha tersebut lebih awal. Sebaliknya, orang yang mempunyai keyakinan yang kuat akan kemampuannya akan meningkatkan usahanya untuk mengatasi tantangan. Usaha manusia untuk mencapai dan mewujudkan keberadaan diri yang positif memerlukan perasaan *personal efficacy* yang optimis.

3. Proses afektif

Keyakinan seseorang mengenai kemampuannya dipengaruhi seberapa banyak tekanan yang dialami ketika menghadapi situasi-situasi yang mengancam. Reaksi emosional tersebut dapat mempengaruhi tindakan baik langsung maupun tidak langsung melalui perubahan jalan pikiran. Orang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi yang mengancam, menunjukkan kemampuan, sehingga tidak merasa cemas atau terganggu oleh ancaman yang dihadapinya. Sedangkan orang yang merasa bahwa dirinya tidak dapat mengontrol situasi yang mengancam, akan mengalami kecemasan yang tinggi.

4. Proses seleksi

Manusia merupakan bagian dari produk lingkungan. Dengan menyeleksi lingkungannya, orang akan mempunyai kekuasaan akan menjadi apa mereka. Pilihan tersebut dipengaruhi oleh keyakinan individu akan kapabilitas personalnya. Orang akan menolak aktivitas dan lingkungan yang mereka yakini melebihi kapabilitas mereka, tetapi mereka siap untuk melakukan aktivitas dan memilih lingkungan sosial yang mereka nilai dapat mereka atasi. Semakin tinggi penerimaan, semakin menantang aktivitas yang mereka pilih.

Alwisol (2004), menjelaskan bahwa *self-efficacy* dapat mempengaruhi :

1. Pemilihan perilaku, (misalnya, keputusan dibuat berdasarkan bagaimana *efficacy* yang didasarkan seseorang terhadap pilihan, misalnya tugas pekerjaan atau bidang karier).
2. Usaha motivasi (misalnya, orang mencoba lebih keras dan berusaha melakukan tugas dimana *self-efficacy* mereka lebih tinggi daripada mereka yang memiliki penilaian *self-efficacy* rendah.
3. Daya tahan (misalnya, orang dengan efikasi diri tinggi akan bangkit, bertahan saat menghadapi masalah atau kegagalan, sementara orang dengan *self-efficacy* diri rendah cenderung menyerah atau muncul rintangannya).
4. Pola pemilkiran fasilitatif (misalnya, penilian *efficacy* mempengaruhi perkataan pada diri sendiri (*self-talk*) seperti orang-orang dengan *self-efficacy* tinggi mungkin mengatakan pada diri sendiri "saya tahu saya dapat menemukan cara untuk memecah kanmasalah ini, "sementara orang dengan *self-efficacy* rendah mungkin berkata pada diri sendiri "saya tahu saya tidak bisa melakukan hal ini, saya tidak punya kemampuan)".

5. Daya tahan terhadap stress (misalnya, orang dengan *self-efficacy* rendah cenderung mengalami stress diri tinggi memasuki situasi penuh tekanan sedangkan dengan percaya diri dan kepastian dan dengan demikian dapat menahan reaksi stres.

2.1.4 Mekanisme *self-efficacy* dalam perilaku kehidupan manusia

Dalam teori belajar sosial dari Bandura (1986), *self-efficacy* merupakan komponen penting dari serangkaian sistem diri (*self system*) manusia, dalam hal ini sistem diri merupakan pusat penentu hubungan timbal balik antara pribadi individu dengan lingkungan eksternal dalam perubahan perilaku (Alwisol, 2004).

Mekanisme *self-efficacy* memuat penjelasan bagaimana *self-efficacy* bekerja atau bagaimana *self-efficacy* berlangsung kepada individu. Menurut Bandura (2006) persepsi diri atas *efficacy* yang berlangsung dalam diri individu keberadaannya sebagai suatu fungsi yang menentukan dalam cara bagaimana individu bertindak, membangun pola-pola pemikiran dan reaksi emosi. Hal ini dapat dijelaskan dibawah ini:

1. Pemilihan perilaku

Pengambilan keputusan tentang tindakan itu yang dilakukan dan sebagai lama tindakan itu dilakukan. Keputusan tersebut melibatkan pilihan aktivitas dan lingkungan sosial tertentu yang sebagian ditentukan oleh personalnya. Individu cenderung menghindari tugas-tugas dan situasi-situasi yang diyakini melebihi kapabilitanya, akan tetapi menyetujui dan mendukung aktivitas yang diyakini.

Persepsi diri yang menguntungkan tentang *self-efficacy* akan mendukung kemampuannya. Sebaliknya persepsi yang *inefficacy* akan mengarah pada pengabaian pengayaan aktivitas dari lingkungan dan tindakan.

2. Kesungguhan usaha dan ketahanan

Self-efficacy dipandang sebagai mekanisme pengaktifan yang memungkinkan seseorang menggabungkan dan menerapkan kemampuan kognitif, *behavioural* dan sosialnya pada saat melaksanakan pada suatu tugas. *Self-efficacy* dapat tercermin dari keyakinan individu terhadap kemampuannya untuk melakukan suatu tugas dengan berhasil pada tingkatan tertentu atau keyakinan seseorang bahwa ia mampu melakukan suatu tindakan yang diperlukan untuk mencapai suatu hasil tertentu dengan berhasil.

Keyakinan yang kuat tentang efektifitas kemampuan seseorang sangat menentukan usahanya untuk mencoba mengatasi situasi yang sulit. Keyakinan *self-efficacy* tersebut menentukan jenis koping *behaviour*, seberapa keras usaha yang dilakukan untuk mengatasi persoalan atau menyelesaikan tugas seberapa lama ia akan mampu berhadapan dengan hambatan-hambatan atau pengalaman-pengalaman yang tidak diinginkan.

3. Pola berfikir dan reaksi emosi

Pertimbangan individu akan kemampuannya juga mempengaruhi pola berfikir dan reaksi emosi selama pengantisipasian dengan stimulus dari lingkungan individu yang merasa dirinya *inefficacy* dalam mengatasi tuntutan lingkungan atau mengalami kesukaran kognitif. Dalam pencarian pemecahan permasalahan-permasalahan yang sukar, individu yang memiliki *efficacy* tinggi menganggap kegagalannya sebagai akibat dari usaha yang tidak memadai yang dikaitkan dengan ketrampilan. Sedangkan individu yang memiliki *efficacy* rendah menganggap kegagalan sebagai akibat defisit kemampuan. Peneliti Bandura yang dilakukan di laboratorium atau ditempat-tempat lain menunjukkan bahwa

keyakinan tentang *self-efficacy* menyentuh sebagai besar aktivitas manusia, termasuk reaksi stres, pencapaian prestasi dan pembinaan karir (Gold & Breznitz, 1982) *self- efficacy* yang tinggi mendorong orang untuk memunculkan reaksi yang adekuat terhadap stres dan mencari pemecahan secara adekuat pula.

2.1.5 Manfaat *self efficacy*

Wulansari (2001) menyatakan ada beberapa fungsi dari *self efficacy* yaitu:

1. Pilihan perilaku

Self efficacy yang dimiliki oleh seseorang akan menetapkan tindakan apa yang akan dilakukan dalam menghadapi suatu tugas untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

2. Pilihan karir

Self efficacy merupakan mediator yang cukup berpengaruh terhadap pemilihan karir seseorang. Apabila seseorang merasa mampu melaksanakan tugas-tugas dalam karir tertentu maka biasanya akan memilih karir tersebut.

3. Kuantitas usaha dan keinginan untuk bertahan pada tugas

Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi biasanya akan berusaha keras untuk menghadapi kesulitan dan bertahan dalam mengerjakan suatu tugas bila mereka telah mempunyai keterampilan prasyarat. Sedangkan individu yang mempunyai *self efficacy* yang rendah akan terganggu oleh keraguan terhadap kemampuan diri dan mudah menyerah dalam menghadapi kesulitan dalam mengerjakan tugas

4. Kualitas usaha

Penggunaan strategi dalam memproses suatu tugas secara lebih mendalam dan keterlibatan kognitif dalam belajar memiliki hubungan yang erat dengan self

efficacy yang tinggi. Suatu penelitian dari Pintrich dan De Groot menemukan bahwa siswa yang memiliki self efficacy tinggi cenderung akan memperlihatkan penggunaan kognitif dan strategi belajar yang lebih bervariasi.

2.1.6 *Self efficacy* sebagai prediktor tingkah laku

Sumber pengontrol tingkah laku menurut Bandura (1997) dalam Alwisol (2004), adalah resiprokal antara lingkungan, tingkah laku, dan pribadi. *Self efficacy* merupakan variabel pribadi yang penting, jika digabungkan dengan tujuan-tujuan spesifik dan pemahaman mengenai prestasi, akan menjadi penentu tingkah laku mendatang yang penting. Setiap individu mempunyai *self efficacy* yang berbeda-beda pada situasi yang berbeda, tergantung kepada :

1. Kemampuan yang dituntut oleh situasi yang berbeda
2. Kehadiran orang lain khususnya saingan dalam situasi itu
3. Keadaan fisiologis dan emosional: kelelahan, kecemasan, apatis, murung

Self efficacy yang tinggi atau rendah, dikombinasikan dengan lingkungan yang responsif atau tidak responsif, akan menghasilkan empat kemungkinan prediksi tingkah laku.

Tabel 2.1: Kombinasi *Efficacy* Dengan Lingkungan Sebagai Prediktor Tingkah Laku (Alwisol, 2004)

Efficacy	Lingkungan	Prediksi hasil tingkah laku
Tinggi	Responsif	Sukses, melaksanakan tugas yang sesuai dengan kemampuannya
Rendah	Tidak responsive	Depresi, melihat orang lain sukses pada tugas yang dianggapnya sulit
Tinggi	Tidak responsive	Berusaha keras mengubah lingkungan menjadi responsif, melakukan protes, aktivitas sosial, bahkan memaksakan perubahan
Rendah	Responsif	Apatis, pasrah, merasa tidak mampu

2.1.7 Cara penilaian *self efficacy*

Skala yang dipakai dalam pengukuran *self efficacy* adalah Kesehatan Mental Vanderbilt *Self Efficacy* Kuesioner dikembangkan dan digunakan oleh Bickman dan rekan-rekannya (1991) sebagai bagian dari proyek pemberdayaan keluarga. Ukuran terdiri dari 25 item skala pengukuran *Likert* keyakinan diri orangtua dan perilaku kemanjuran harapan tentang mendapatkan dan berpartisipasi dalam perawatan kesehatan mental anak-anak mereka yang djabarkan sebagai berikut: *Efficacy expectation*, yaitu persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu.*Outcome expectations*, yaitu perkiraan atau estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan diri itu akan mencapai hasil tertentu. S*elf efficacy scale* ini adalah penilaian kemampuan orangtua untuk memenuhi tujuan yang diinginkan. Penilaian setiap item terdiri dari sangat setuju (5), setuju (4), kadang-kadang (3), tidak setuju (2), dan untuk sangat tidak setuju (1) (Godwin, 2004).

2.2 Konsep Dasar Kepatuhan

2.2.1 Pengertian kepatuhan

Kepatuhan (*Complaince*) juga dikenal sebagai ketaatan (*adherence*), adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya. Contoh dari kepatuhan adalah mematuhi perjanjian, memasuki dan menyelesaikan program pengobatan, menggunakan medikasi secara tepat dan mengikuti anjuran perubahan perilaku atau diet. Perilaku kepatuhan tergantung pada situasi klinis tertentu sifat penyakit, dan program pengobatan. (Harold dkk. 1997)

Sackett (1976) dalam Niven, (2002) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan.

2.2.2 Tingkat ketidakpatuhan

Menurut Niven, (2002) derajat ketidakpatuhan ditentukan oleh beberapa faktor diantaranya kompleksitas prosedur pengobatan, derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi nasihat tersebut, apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan, apakah pengobatan tersebut terlihat berpotensi menyelamatkan hidup, keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan professional kesehatan.

2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Ketidakpatuhan

Niven, (2002) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian:

1. Pemahaman tentang intruksi

Seseorang tidak dapat mematuhi intruksi jika salah paham tentang intruksi yang diberikan namun hal ini bisa juga disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah medis dan memberikan banyak intruksi yang harus diingat oleh pasien.

Anderson (1986) dikutip Niven, (2002) bahwa hasil penelitian tentang komunikasi dokter dan pasiennya di Hongkong, mendapatkan bahwa pasien yang rata-rata di beri 18 jenis informasi untuk diingat dalam setiap konsultasi, hanya mampu mengingat 31% saja. Ketepatan dalam memberikan informasi secara jelas dan *eksplisit* terutama sekali penting dalam pemberian antibiotic karena seringkali pasien menghentikan obat tersebut setelah gejala yang dirasakannya hilang bukan saat obat tersebut habis. Pendekatan praktis untuk meningkatkan kepatuhan pasien

diantaranya buat intruksi tertulis yang jelas dan mudah diinterpretasikan, berikan informasi tentang pengobatan sebelum menjelaskan hal-hal lain, maka aka nada efek keunggulan yaitu mereka berusaha menginggat hal-hal yang pertama kali tertulis. Efek keunggulan ini telah terbukti mampu mengingatkan ingatan tentang informasi medis serta intruksi harus ditulis dengan bahasa umum dan hal-hal penting perlu ditekankan.

2. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Korsch dan Negrete (1972) dikutip Niven, (2002) dalam penelitiannya telah mengamati 800 kunjungan orangtua dan anak-anaknya ke rumah sakit anak di Los Angeles. Selama 14 hari mereka mewawancarai ibu-ibu tersebut untuk memastikan apakah ibu-ibu tersebut melaksanakan nasihat yang diberikan dokter, mereka menemukan bahwa ada kaitan yang erat antara kepuasaan ibu terhadap konsultasi dengan seberapa jauh mereka mematuhi, nasehat dokter; tidak ada kaitan antara lamanya konsultasi dengan kepuasan ibu. Jadi konsultasi yang pendek tidak akan menjadi tidak produktif jika diberikan perhatian untuk meningkatkan kualitas interaksi. Beberapa keluhan yang spesifik adalah kurangnya minat yang diperlihatkan oleh dokter, penggunaan istilah medis yang berlebihan, kurangnya empati dan hamper setengah dari ibu-ibu tersebut tidak memperoleh kejelasan tentang penyebab penyakit anaknya yang sering kali menimbulkan kecemasan.

3. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Peran yang dimainkan

keluarga dalam pengembangan kebiasaan kesehatan dan pengajaran terhadap anak-anak mereka. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial secara *negative* berhubungan dengan kepatuhan. Anggota-anggota jaringan sosial individu seringkali mempengaruhi seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan. Jaringan kerja rujukan biasa terdiri dari sekelompok orang, biasanya keluarga atau teman, dimana seseorang pertama kali menceritakan keluhannya dan meminta nasehat.

4. Keyakinan

Becker (1979) di kutip Niven, (2002) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Mereka menggambarkan kegunaan model tersebut dalam suatu penelitian bersama yang memperkirakan ketidakpatuhan terhadap ketentuan untuk pasien hemodialisa kronis, 50 orang pasien dengan gagal gunjal kronis tahap akhir yang harus mematuhi program pengobatan yang kompleks, meliputi diet, pembatasan cairan, pengobatan dan dialisa. Pasien tersebut di wawancarai tentang keyakinan kesehatan mereka dengan menggunakan suatu model. Ahli psikologi yang lain telah menyelidiki tentang hubungan antara pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Mereka menemukan bahwa data kepribadian secara benar dibedakan antara orang patuh dengan yang gagal. Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan

terhadap lingkungan. Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan social mengukur tentang bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Bahwa ciri kepribadian yang disebutkan diatas itu yang menyebabkan seseorang cenderung tidak patuh dari program pengobatan. Jadi memang ada bukti hasil penelitian yang penting bahwa hubungan antara professional kesehatan dan pasien, keluarga dan teman keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan

2.2.4 Mengurangi ketidakpatuhan

Menurut Dinicola dan Dimatteo (1984) dikutip oleh Niven, (2002) mengusulkan lima titik rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien, diantaranya:

1. Mengembangkan tujuan kepatuhan

Banyak dari pasien yang tidak patuh pernah memiliki tujuan untuk mematuhi nasehat medis pada awalnya. Singkat kata seseorang akan dengan senang hati mengemukakan tujuannya mengikuti program diet jika ia memiliki keykinan dan sikap positif terhadap diet dan keluarga serta teman mendukung keyakinan tersebut. Pernyataan yang dipublikasikan dapat meningkatkan kepatuhan seseorang. Kontrak tertulis juga dapat meningkatka kepatuhan, tetapi seperti yang telah kita lihat kontrak kemungkinan dapat menjadi tidak efektif untuk kurun waktu yang lama. Akhirnya kesepakatan apapun yang diharapkan dari pasien harus berasal dari pasien sendiri, paksaan tenaga kesehatan hanya akan menghasilkan efek yang negatif.

2. Perilaku sehat yang dipengaruhi kebiasaan

Hal ini perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya mengubah perilaku tetapi juga untuk mempertahankan perubahan tersebut. Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri sendiri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri terhadap perilaku yang baru tersebut. Sebagai contoh program penurunan berat badan membutuhkan seseorang untuk menyadarkan berapa banyak makanan yang mereka makan, mengevaluasi seberapa baik mereka mampu mempertahankan program dietnya dan secara terus menerus memberikan penghargaan dalam mempertahankan program dietnya.

3. Pengontrolan perilaku sering sekali tidak cukup untuk mengubah perilaku itu sendiri. Faktor kognitif juga berperan penting.

Suatu program data secara total dihancurkan sendiri oleh pasien dengan menggunakan pernyataan pertahanan diri seperti "oh, saya benar-benar seperti seekor babi jika makan makanan macam ini. Saya tidak dapat bergantung pada diet apapun. Saya dihukum untuk tetap menjadi gemuk. Untuk menghindari pernyataan semacam ini, penting untuk mengembangkan perasaan mampu, bisa mengontrol diri dan percaya diri sendiri pada setiap pasien.

4. Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang.

Contoh yang sederhana tidak memiliki pengasuh, transportasi tidak ada dan anggota keluarga yang sakit dapat mngurangi kepatuhan pasien. Keluarga dan teman dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

5. Dukungan dari professional kesehatan

Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku yang sehat baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien dan secara terus menerus memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

Berikut juga ditampilkan lima faktor yang mendukung kepatuhan pasien, jika faktor ini lebih besar dari pada hambatannya, kepatuhan harus mengikuti. Feuerstein (1986) dikutip oleh Niven, (2002) juga menyampaikan suatu program tindakan yang terdiri dari lima elemen:

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami kecemasan dalam menghadapi sesuatu harus diturunkan dahulu tingkat kecemasannya dengan cara menyakinkan dia atau dengan tekhnik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan. Jika tingkat ansietas terlalu tinggi atau terlalu rendah maka kepatuhan pasien akan berkurang.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsi alkohol.

4. Perubahan model *therapy*.

Program pengobatan dapat dibuat sederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut. Dengan cara ini komponen sederhana dalam program pengobatan dapat diperkuat untuk selanjutnya dapat mematuhi komponen yang lebih kompleks.

5. Meningkatkan interaksi professional kesehatan dengan pasien.

Suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang kondisinya saat itu, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu. Seseorang yang menderita migren dapat menduga bahwa ia mungkin menderita tumor otak. Suatu penjelasan tentang penyebab migren dn bagaimana pengobatannya dapat membantu meningkatkan kepercayaan pasien. Untuk melakukan konsultasi dan selanjutnya dapat membantu meningkatkan kepatuhan.

2.2.5 Cara meningkatkan kepatuhan

Harold dkk. (1997) mengatakan bebagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan ketaatan, seperti misalnya meningkatkan ketrampilan komunikasi para dokter, memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit

yang dideritanya serta cara pengobatananya, keterlibatan lingkungan (misalnya keluarga), dan beberapa pendekatan perilaku.

1. Strategi meningkatkan ketaatan

Salah satu strategi untuk meningkatkan ketaatan adalah memperbaiki kumonikasi antara dokter dan pasien.

Strategi untuk meningkatkan ketaatan antara lain :

1) Meningkatkan ketrampilan komunikasi antara dokter dan pasien
2) Memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang dideritanya.
3) Cara pengobatan
4) Keterlibatan lingkungan sosial (dukungan sosial, peran keluarga).

2. Faktor-faktor Ketaatan

Menurut Subagio, (1999), faktor-faktor yang berkaitan dengan ketaatan maupun ketidaktaatan meliputi.

1) Ciri-ciri kesakitan dan ciri-ciri pengobatan

Perilaku ketaatan lebih rendah untuk penyakit kronis karena tidak ada akibat buruk yang segera di rasakan atau resiko yang jelas, saran mengenai gaya hidup yang umum dan kebiasaan yang lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping, dan lain-lain. Sedangkan tingkat ketaatan rata-rata minum obat untuk menyembuhkan kesakitan akut dengan pengobatan jangka pendek adalah sekitar 78%, untuk kesakitan kronis dengan pengobatan jangka panjang tingkat tersebut menurun sampai 54%.

2) Persepsi dan harapan klien

Menurut Suliha, (2002), pertama, persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Kedua pokok pikiran tersebut akan mempengaruhi atas dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat-sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat sakit kita, maka jelas masyarakat belum tentu tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan sedangkan persepsi sehat-sakit masyarakat sudah sama dengan pengertian kita maka kemungkinan besar fasilitas yang diberikan akan digunakan. Kedua klien dianggap sebagai seorang "pengambil keputusan" dan ketaatan sebagai hasil proses pengambilan keputusan, sehingga klien sendirilah yang harus memutuskan tentang perilaku yang harus dilakukannya sehingga makin tinggi pendidikan atau pengetahuan seseorang, maka makin tinggi pula kesadaran untuk berperan.

3) Komunikasi antar klien dengan petugas kesehatan

Berbagai aspek komunikasi klien dengan petugas kesehatan mempengaruhi tingkat ketaatan maupaun ketidaktaatan seseorang. Misalnya informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter atau perawat, ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan.

4) Variabel-variabel sosial.

Hubungan antara ketaatan dengan dukungan sosial telah di pelajari secara luas, secara umum orang-orang yang merasa menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat dari petugas kesehatan dari pada klien yang merasa kurang mendapatkan dukungan sosial.

5) Karakteristik Individual

Variabel-variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan ketidaktaatan, umur atau status perkembangan merupakan sektor yang penting. Selain itu pendapat lain menyatakan bahwa kepatuhan dipengaruhi oleh ketidaktahuan penderita, peran petugas, motivasi, pekerjaan dan fasilitas kesehatan.

2.2.6 Perilaku kontrol

Menurut Niven, (2002). Kontrol merupakan kompleksitas suatu konsep. Ada 2 pendekatan utama kontrol :

1. Kontrol sebagai mekanisme kognitif (Kontrol yang dirasakan-*perceived control).*
2. Kontrol sebagai sumber kepribadian (*Locus of Control*)

Konsep "*Locus of Control*" adalah bagian teori belajar sosial menurut Lefcourt "*Locus of Control*" mengacu pada "Derajat dimana individu memandang peristiwa dalam kehidupannya sebagai konsekuensi perbuatannya, dengan demikian dapat dikontrol (Kontrol Internal) atau sebagai pribadinya (Kontrol Eksternal)". Menurut Niven, (2002) *Locus of Control* adalah keyakinan internal yang berhubungan dengan niat mencari informasi lebih lanjut tentang suatu penyakit, mengikuti aturan-aturan diet, dan menmpati kunjungan-kunjungan medis, kemampuan menjadi kurus, berhenti merokok, sejumlah tindakan preventif medis (olah raga, pemeliharaan pencegahan sakit gigi, dan lain-lain)

Locus of Control merupakan konsep kompleks dan memiliki hubungan yang sangat jelas dengan kesehatan. Konsep ini merupakan prediktor bagus ketika:

1. Dibuat operasional sebagai konsep multi dimensional.
2. Digunakan dalam kombinasi dengan variabel-veriabel lain, seperti nilai kesehatan.

2.2.7 Model kontrol

Menurut Niven, (2002) jenis kontrol diantaranya:

1. Kontrol Perilaku (*Behaviour Control*)

Melibatkan kemampuan untuk mengambil tindakan yang kongkrit untuk mengurangi dampak stressor. Tindakan mungkin mengurangi intensitas peristiwa yang penuh dengan tekanan atau memperpendek jangka waktu.

2. Kontrol Informasi (*Informational Control*)

Melibatkan kesempatan untuk memperoleh pengetahuan tentang kejadian yang penuh tekanan apa yang akan terjadi, mengapa, dan apa konsekuensi yang akan terjadi.

3. Kontrol Kognitif *(Cognitive Control*)

Kemampuan untuk menggunakan proses dan strategi yang sudah dipikirkan untuk mengubah pengaruh stressor. Ini merupakan pemikiran tentang apa yang pada akhirnya dilakukan seandainya.

4. Kontrol Putusan (*Decision Control*)

Kesempatan tentang apa dan siapa yang akan menyebabkan alternatif dan lainnya.

5. Kontrol Retrospektif (*Restrospective Control*)

Keyakinan tentang apa dan siapa yang akan menyebabkan peristiwa yang penuh dengan stress setelah hal itu terjadi.

2.2.8 Pengukuran kontrol

Skala yang dipakai dalam pengukuran *lokus of control* adalah multidimensional kesehatan lokus kontrol skala (MHLC) oleh Wallston (1978) merupakan lokus kesehatan umum yang mengandung tiga subskala yaitu internal, *chance* dan *powerfull* (dokter dan orang lain) yang terdiri dari 18 item skala pengukuran *Likert.* Faktor internal merupakan keyakinan seseorang bahwa kejadian dalam hidupnya ditentukan terutama oleh kemampuan dirinya sendiri, terungkap dalam item nomor 1, 6, 8, 12, 13, 17. Faktor *chance* adalah keyakinan seseorang bahwa kejadian dalam hidupnya ditentukan terutama faktor nasib, peluang dan keberuntungan, terdapat pada item nomor 2, 4, 9, 11, 15, 16. Sedangkan faktor *powerfull* merupakan keyakinan seseorang bahwa kejadian dalam hidup ditentukan oleh orang yang berkuasa dan orang lain, terungkap pada item 3, 5, 7, 10, 14 dan 18 (Zylstra, 1993).

2.3 Konsep Dasar Model Keyakinan Kesehatan

2.3.1 Pengertian model keyakinan kesehatan

Model keyakinan kesehatan menurut *Rosenstoch* (1974) dan Becker dan Maiman (1975) dalam Potter dan Perry (2005) menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkannya. Perilaku individu ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa memperdulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain tentang apa yang baik menurut individu tersebut. Meskipun berbeda dengan realitas, menurut Rosenstoch, pendapat subyektif inilah yang justru

merupakan kunci dari dilakukannya (atau dihindarinya) suatu tindakan kesehatan. Artinya, individu tersebut baru akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika dia benar-benar merasa terancam oleh penyakit tersebut. Jika tidak, maka dia tidak akan melakukan tindakan apa-apa. Komponen dari model ini adalah:

1. Persepsi individu tentang kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit.

   Individu yang merasa dapat terkena penyakit akan lebih cepat merasa terancam.

2. Persepsi individu terhadap keseriusan penyakit

   Yaitu resiko dan kesulitan apa saja yang akan dialaminya dari penyakit tersebut. Makin berat resiko suatu penyakit maka dirasakan besar ancamannya. Ancaman ini mendorong individu untuk melakukan tindakan penyembuhan penyakit. Namun ancaman yang terlalu besar malah menimbulkan rasa takut dalam diri individu yang justru menghambatnya untuk melakukan tindakan karena individu merasa tidak berdaya melawan ancaman tersebut.

3. Persepsi seseorang tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan yang diambil.

   Komponen ini dimana individu akan melakukan tindakan preventif. Tindakan preventif ini antara lain mengubah gaya hidup, meningkatkan kepatuhan pada terapi medis atau mencari pengobatan medis. Model keyakinan-kesehatan membantu perawat memahami berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi, keyakinan, dan perilaku klien, serta membuat rencana perawatan yang

paling efektif untuk membantu klien memelihara atau memperoleh kembali status kesehatannya dan mencegah terjadinya penyakit (Potter dan Perry, 2005).

2.3.2 Variabel yang mempengaruhi keyakinan dan praktik kesehatan

Menurut Potter dan Perry (2005), variabel internal dan eksternal dapat mempengaruhi bagaimana individu berpikir dan bertindak. Penjelasannya sebagai berikut:

1. Variabel internal

Variabel internal mencakup tahap perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi terhadap fungsi personal, dan faktor emosional dan spiritual seseorang.

1) Tahap perkembangan

Pola pikir dan pola perilaku seseorang mengalami perubahan sepanjang hidupnya. Perawat harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien pada saat perawat menggunakan keyakinan terhadap kesehatan dan cara klien melaksanakannya sebagai dasar dalam membuat rencana perawatan.

2) Latar belakang intelektual

Keyakinan seseorang terhadap kesehatan sebagian terbentuk oleh variabel intelektual, yang terdiri dari pengetahuan tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang, termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri.

3) Persepsi tentang fungsi

Cara seseorang merasakan fungsi fisik akan berakibat pada keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya. Sehingga keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakan kesehatan pada masing-masing orang cenderung berbeda. Individu yang sudah berhasil sembuh dari penyakit akut yang parah mungkin akan mengubah keyakinan mereka terhadap kesehatan dan cara mereka melaksanakannya.

4) Faktor emosional

Seseorang yang mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara menghawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

5) Faktor spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup. Spiritual bertindak sebagai suatu tema yang terintegrasi dalam kehidupan seseorang. Spiritual seseorang akan mempengaruhi cara pandangnya terhadap kesehatan dilihat dari perspektif yang luas.

2. Variabel eksternal

Variabel eksternal terdiri dari pelaksanaan kesehatan di keluarga, faktor sosio ekonomi, dan variabel budaya.

1) Praktik di keluarga

Keluarga yang sehat biasanya akan mencari cara untuk membantu seluruh anggota keluarganya mencapai potensi mereka yang paling besar. Fleksibilitas dalam keluarga yang sehat mendorong anggota keluarganya untuk merubah tanggung jawab peran, karena seluruh anggota keluarga mampu melaksanakan tugas-tugas anggota keluarga yang lain dalam waktu sementara.

2) Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakit. Variabel psikososial mencakup stabilitas perkawinan atau hubungan intim seseorang, kebisaaan gaya hidup, dan lingkungan kerja. Variabel ekonomi juga dapat mempengaruhi tingkat kesehatan klien dengan cara meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara bagaimana atau dimana klien masuk dalam sistem pelayanan kesehatan.

3) Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebisaaan individu. Budaya juga mempengaruhi tempat masuk ke dalam sistem pelayanan kesehatan dan mempengaruhi cara melaksanakan kesehatan pribadi.

2.4 Konsep Dasar Stress

2.4.1 Pengertian stress dan stressor

Menurut Selye, (1976) dalam Potter dan Perry, (2005) bahwa stress adalah segala situasi dimana tuntutan non-spesifik mengharuskan seseorang individu untuk berespon atau melakukan tindakan. Stress dapat menyebabkan perasaan

negatif atau berlawanan dengan apa yang diinginkan atau mengancam kesejahteraan emosional. Stres dapat mencerap realitas, menyelesaikan masalah, berpikir secara umum, dan hubungan seseorang dan rasa memiliki. Selain itu stress dapat mengganggu pandangan umum seseorang terhadap hidup, sikap yang ditunjukan pada orang yang disayangi, dan status kesehatan. Persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan besar menimbulkan stress. Stimuli yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut stressor. Stressor menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi dan kebutuhan tersebut bisa saja kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan, spiritual, dan kebutuhan kultural.

2.4.2 Sumber stres

Di sisi lain, *stressor* adalah sumber yang dipersepsi seseorang atau sekelompok orang memberi tekanan/cekaman terhadap keseimbangan diri mereka. Ada 3 sumber utama bagi stres, yaitu :

1. Lingkungan

Kehidupan memberi berbagai tuntutan penyesuaian diri seperti antara lain; cuaca, kebisingan, kepadatan, tekanan waktu, standard prestasi, berbagai ancaman terhadap rasa aman dan harga diri, tuntutan hubungan antar pribadi, penyesuaian diri dengan teman, pasangan, dengan perubahan keluarga

2. Fisiologik

Fisiologik dari tubuh kita. Perubahan kondisi tubuh: masa remaja; haid, hamil, menopause,andropause, proses menua, kecelakaan, kurang gizi, kurang tidur. Reaksi tubuh: reaksi terhadap ancaman dan perubahan lingkungan mengakibatkan perubahan pada tubuh kita, menimbulkan stres.

3. Pikiran kita

Pemaknaan diri dan lingkungan. Pikiran menginterpretasi dan menerjemahkan pengalaman perubahan dan menentukan kapan menekan tombol panik. Bagaimana kita memberi makna atau label pada pengalaman dan antisipasi ke depan, bisa membuat kita *relax* atau stres (Gunarya, 2008).

Potter dan Perry, (2005) menyatakan stressor secara umum dapat diklasifikasikan:

1. Stressor internal, berasal dari dalam diri seseorang (misal demam, tumor atau penyakit lain, keadaan emosi seperti rasa bersalah)
2. Stressor eksternal, berasal dari luar diri seseorang (misalnya perubahan dalam peran keluarga atau sosial, tekanan dari orang lain)

Pengaruh stressor terhadap individu tergantung pada :

1. Sifat dari stressor.
2. Jumlah stressor yang bisa diatasi pada saat bersamaan.
3. Pengalaman masa lalu terhadap stressor yang bisa dibandingkan.
4. Tingkat perkembangan.

Menurut Santrock, (2003) faktor-faktor penyebab stress diantaranya:

1. Faktor-faktor lingkungan

Faktor pertama adalah beban yang terlalu berat, konflik dan frustasi atau yang sering digunakan untuk beban yang terlalu berat di masa kini atau *burnout*, perasaan tidak berdaya, tidak memiliki harapan, yang disebabkan oleh stres akibat pekerjaan yang sangat berat. *Burnout* membuat penderitanya merasa sangat kelelahan secara fisik dan emosional. Berbagai stimulus bukan hanya dapat menjadi beban yang terlalu berat, namun juga bisa menjadi sumber konflik.

Konflik terjadi ketika seseorang harus mengambil keputusan dari dua atau lebih stimulus yang tidak cocok. Frustasi merupakan situasi apapun dimana individu tidak dapat mencapai tujuan yang diinginkan. Kegagalan dan kehilangan adalah dua hal yang terutama membuat frustasi. Kedua adalah kejadian besar dalam hidup dan gangguan sehari-hari.

2. Faktor-faktor kepribadian

Pola Tingkah Laku Tipe A (*type A Behavior Pattern*) Adalah sekelompok karakteristik-rasa kompetitif yang berlebihan, kemauan keras, tidak sabar, mudah marah, dan sikap bermusuhan yang dianggap berhubungan dengan masalah jantung. Penelitian mengenai pola tingkah laku tipe A pada anak-anak dan remaja menemukan bahwa anak-anak dan remaja dengan pola tingkah laku tipe A cenderung menderita lebih banyak penyakit, gejala gangguan jantung, ketegangan otot, dan gangguan tidur, dan bahwa anak-anak dan remaj dengan tipe A biasanya memiliki orang tua yang juga memiliki pola tingkah laku A.

3. Faktor-faktor kognitif

Penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan interpretasi individu terhadap kejadian-kejadian dalam hidup mereka sebagai sesuatu yang berbahaya, mengancam, atau menantang dan keyakinan mereka apakah mereka memiliki kemampuan untuk menghadapi suatu kejadian dengan efektif.

4. Faktor-faktor sosial budaya

Stres akulturatif (*acculturation*) mengacu pada perubahan kebudayaan yang merupakan akibat dari kontak langsung yang sifatnya terus menerus antara

dua kelompok kebudayaan yang berbeda. Sedangkan stres akulturatif (*acculturative*) adalah konsekuensi negatif dari akulturasi.

5. Faktor-faktor psikologis

Faktor psikologis diantaranya:

1) Tekanan (*pressure*)

Tekanan terjadi karena adanya suatu tuntutan untuk mencapai sasaran atau tujuan tertentu maupun tuntutan tingkah laku tertentu. Secara umum tekanan mendorong individu untuk meningkatkan performa, mengintensifkan usaha atau mengubah sasaran tingkah laku. Tekana sering ditemui dalam kehidupan sehari-hari dan memiliki bentuk yang berbeda-beda pada setiap individu. Tekanan pada beberapa kasusu tertentu dapat menghabiskan sumber-sumber daya yang dimiliki dalam proses pencapaian sasarannya, bahkan bila berlebihan dapat mengarah pada perilaku *maladaptive*.

2) Frustasi

Frustasi dapat terjadi apabila usaha individu untuk mencapai sasaran tertentu mendapat hambatan atau hilangnya kesempatan dalam mendapatkan hasil yang didinginkan. Frustasi juga dapat diartikan sebagai efek psikologis terhadap situasi yang mengancam, seperti misalnya timbul reaksi marah, penolakan maupun depresi.

3) Konflik

Konflik terjadi ketika seseorang harus mengambil keputusan dari dua atau lebih stimulus yang tidak cocok. Tiga tipe konflik utama adalah: Mendekat-mendekat (*approach-approach conflict*), terjadi bila individu harus memilih antara dua stimulus atau keadaan yang sama menarik. Konflik

mendekat/mendekat adalah konflik yang tingkat stresnya paling rendah dibandingkan dua tipe konflik lainnya karena dua pilihannya memberikan hasil yang positif. Menghindar-menghindar (*avoidance-avoidance conflict*), terjadi ketika individu harus memilih antara dua stimulus yang sama-sama tidak menarik, yang sebenarnya ingin dihindari keduanya, namun mereka harus memilih salah satunya. Pada banyak kasus, individu memilih untuk menunda mengambil keputusan dalam konflik menghindar/menghindar samap saat-saat terakhir. Mendekat-menghindar (*approach-avoidance conflict*), terjadi bila hanya ada satu stimulus atau keadaan namun memiliki kara kriteristik yang positif dan juga negatif. Bila dihadapkan dalam konflik seperti ini (timbul dilema), biasanya individu merasa bimbang sebelum mengambil keputusan. Ketika waktunya untuk mengambil keputusan semakin dekat, kecenderungan untuk menghindar biasanya semakin mendominasi.

6. Faktor usia

Menyatakan bahwa individu yang semakin tua akan memiliki emosi yang cenderung akan semakin stabil dan kestabilan emosi ini berpengaruh terhadap daya tahan terhadap stres. Usia yang semakin bertambah mengakibatkan seseorang akan semakin mudah mengalami stres. Hal ini berkaiatan dengan faktor fisiologis yang mengalami kemunduran dalam berbagai kemampuan seperti kemampuan visual, berpikir, mengingat dan mendengar.

2.4.3 Tanda dan gejala stress

Menurut Braham dalam Handoyo, (2001) gejala stres dapat menimbulkan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Fisik, yaitu sulit tidur atau tidur lidak teratur, sakit kepala, sulit buang air besar, adanya gangguan pencemaan, radang usus, kulit gatal, punggung terasa sakit, urat-urat pada bahu dan leher terasa tegang, keringat berlebihan, berubah selera makan, tekanan darah tinggi atau serangan jantung, kehilangan energi.
2. Emosional, yaitu marah-marah, mudah tersinggung dan terlalu sensitif, gelisah dan cemas, suasana hati mudah berubah-ubah, sedih, mudah menangis dan depresi, gugup, agresif terhadap orang lain dan mudah bermusuhan serta mudah menyerang, dan kelesuan mental.
3. Intelektual, yaitu mudah lupa, kacau pikirannya, daya ingat menurun, sulit untuk berkonsentrasi, suka melamun berlebihan, pikiran hanya dipenuhi satu pikiran saja.
4. Interpersonal, yaitu acuh dan mendiamkan orang lain, kepercayaan pada orang lain menurun, mudah mengingkari janji pada orang lain, senang mencari kesalahan orang lain atau menyerang dengan kata-kata, menutup din secara berlebihan, dan mudah menyalahkan orang lain

2.4.4 Tahapan stress

Gejala-gejala stres pada diri seseorang seringkali tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stres timbul secara lambat, baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di tempat kerja ataupun di pergaulan lingkungan sosialnya. Amberg (1979) dalam penelitiannya membagi tahapan-tahapan stres sebagai berikut:

1. Stres tahap I

Tahapan ini merupakan tahapan stres yang paling ringan, dan gejala yang dirasakan oleh penderita antara lain, sebagai berikut:

1) Semangat bekerja besar, berlebihan (*over acting*)
2) Penglihatan "tajam" tidak sebagaimana biasanya
3) Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya; namun tanpa disadari cadangan energi dihabiskan (*all out*) disertai rasa gugup yang berlebihan pula.
4) Merasa senang dengan pekerjaanya itu semakin bertambah semangat, namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis.

2. Stres tahap II

Dalam tahapan ini dampak stres yang semula "menyenangkan" sebagaimana diuraikan pada tahap I di atas mulai menghilang, dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan karena cadangan energi tidak lagi cukup waktu untuk beristirahat. Istirahat antara lain dengan tidur yang cukup bermanfaat untuk mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit. Analogi dengan hal ini adalah misalnya *handphone* (HP) yang sudah lemah harus kembali diisi ulang (*di-charge*) agar dapat digunakan lagi dengan baik. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang yang berada pada stres tahap II adalah sebagai berikut:

1) Merasa letih sewaktu bangun pagi, yang seharusnya merasa segar
2) Merasa mudah lelah sesudah makan siang
3) Lekas merasa capek menjelang sore hari
4) Sering mengeluh lambung atau perut tidak nyaman (*bowel discomfort*)

5) Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar)

6) Otot-otot punggung dan tengkuk tersa tegang

7) Tidak bisa santai.

3. Stres tahap III

Bila seseorang itu tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan sebagaimana diuraikan pada stres tahap II tersebut di atas, maka yang bersangkutan akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu yaitu :

1) Gangguan lambung dan usus semakin nyata; misalnya keluhan *dispepsia* (gastritis), buang air besar tidak teratur (diare)

2) Ketegangan otot-otot semakin terasa

3) Perasaan ketidak-tenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat

4) Gangguan pola tidur (*insomnia*), misalnya sukar untuk mulai masuk tidur (*early insomnia*), atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (*middle insomnia*), atau bangun terlalu pagi atau dini hari dan tidak dapat kembali tidur (*late insomnia*)

5) Koordinasi tubuh terganggu (badan terasa sempoyongan dan serasa mau pingsan).

Pada tahapan ini seseorang sudah harus berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau bisa juga beban stres hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami defisit.

4. Stres tahap IV

Seseorang pada waktu memeriksakan diri ke dokter sehubungan dengan keluhan-keluhan stres tahap III di atas, oleh dokter dinyatakan tidak sakit karena tidak ditemukan kelainan-kelainan fisik pada organ tubuhnya. Bila hal ini terjadi dan yang bersangkutan terus memaksakan diri untuk bekerja tanpa mengenal istirahat, maka gejala stres tahap IV akan muncul :

1) Untuk bertahan sepanjang hari saja sudah terasa amat sulit.
2) Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit.
3) Yang semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespon secara memadai (*adequat*).
4) Ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari
5) Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan
6) Seringkali menolak ajukan (*negativism*) karena tiada semangat dan kegairahan
7) Daya konsentrasi dan daya ingat menurun
8) Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

5. Stres tahap V

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, seseorang mengalami serangan panik (*panic attack*) dan perasaan takut mati. Seseorang yang mengalami stres tahap VI ini berulang-kali dibawa ke Unit Gawat Darurat bahkan ke ICCU, meskipun pada akhirnya dipulangkan karena tidak ditemukan kelainan fisik organ tubuh. Gambaran stres tahap VI ini adalah sebagai berikut:

1) Debaran jantung teramat keras

2) Susah bernafas (sesak dan megap-megap)

3) Sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran

4) Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan

5) Pingsan atau kolaps (*collapse*)

Bila dikaji maka keluhan atau gejala-gejala sebagaimana digambarkan di atas lebih didominasi oleh keluhan-keluhan fisik yang disebabkan oleh gangguan faal (fungsional) organ tubuh sebagai akibat stresor psikososial yang melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya (Hawari, 2008).

2.4.5 Bentuk stres

Menurut Wellen, (2005) terdapat dua bentuk stres pada penderita *Diabetes mellitus* yanga akan muncul pada situasi berikut ini:

1. Stres psikologik

1) Pada saat seseorang didiagnosis menderita *Diabetes mellitus*

2) Pada waktu seorang penderita *Diabetes mellitus* mendapatkan informasi secara lengkap tentang penyakit dan komplikasinya.

3) Pada waktu penderita *Diabetes mellitus* mulai menjalankan petunjuk-petunjuk medis (mematuhi diet, mentaati program *exercise*, dilarang merokok, mentaati program pengobatan, menjalani operasi, melihat fluktuasi gula darah yang belum memuaskan,dll).

4) Biaya pengobatan yang semakin mahal dan beban kerja berat.

2. Stres fisik

1) Infeksi dan berbagai komplikasi *Diabetes mellitus* yang mungkin terjadi

2) Kecelakaan

3) Tindakan-tindakan operasi untuk menangani komplikasi Diabetes mellitus
4) Penurunan kualitas fisik

2.4.6 Manifestasi klinis stres

Manifestasi klinis dari suatu stres sangat individual, dan hakekatnya merupakan *resultante* dari beberapa faktor yang saling berpengaruh, faktor-faktor tersebut adalah jenis dari taraf berat ringannya stres, dan persepsi dari penderitaan yang dihayati oleh penderitaan (Santrock, 2003). Dampak stres terhadap manifestasi psikologis, hakekatnya adalah dalam bentuk emosi dan manifestasi emosi tersebut dapat bermacam yaitu antara lain: amarah (anger), anxietas, depresi, ketakutan, rasa bersalah atau rasa malu (Hawari, 2004).

Menurut Kathryn E (2005) terdapat beberapa gejala stres sebagai berikut:

1. Gejala fisik: merasa lelah, insomnia, nyeri kepala, otot kaku dan tegang (terutama leher atau tengkuk, bahu, dan punggung bawah), berdebar-debar, nyeri dada, nafas pendek, gangguan lambung dan pencernaan, mual, gemetar, tangan dan kaki merasa dingin, wajah terasa panas, berkeringat, sering flu, dan siklus menstruasi terganggu.
2. Gejala mental: berkurangnya konsentrasi dan daya ingat, ragu-ragu, bingung, pikiran penuh atau kosong, kehilangan rasa humor.
3. Gejala emosi: cemas pada berbagai situasi, depresi, putus asa, mudah marah, ketakutan, frekuensi, tiba-tiba menangis, fobia, menghindari kegiatan yang sebelumnya disenangi.
4. Gejala perilaku: mondar-mandir, gelisah, menggigit kuku, menggerakan gerakan anggota badan atau jari-jari, perubahan pola makan, merokok, minum

minuman keras, menangis, berteriak, mengumpat, bukan melempar barang atau memukul.

Menurut Potter dan Perry (2005) terdapat dua indikator stres yang terdiri dari indikator fisiologik dan psikologik-perilaku, yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.2 Indikator fisiologis dan emosional stres (Potter & Perry,2005)

NO	Indikator fisiologis stres	Indikator emosional/psikologis-perilaku stres
1.	Kenaikan tekanan darah	Ansietas
2.	Peningkatan ketegangan di leher	Depresi
3.	Peningkatan denyut nadi dan RR	Peningkatan penggunaan bahan kimia
4.	Gelisah, kesulitan untuk tidur atau sering terbangun saat tidur	Perubahan dalam kebiasaan makan, tidur dan pola aktivitas
5.	Telapak tangan berkeringat	Kelelahan mental, perasaan tidak adekuat
6.	Tangan dan kaki dingin	Kehilangan harga diri
7.	Postur tubuh yang tidak tegap	Peningkatan kepekaan
8.	Keletihan	Kehilangan minat dan motivasi
9.	Sakit kepala	Ledakan emosional dan menangis
10.	Gangguan lambung	Penurunan produktivitas dan kualitas kinerja dari pekerjaan
11.	Hasil laboratorium abnormal : peningkatan kadar hormon adrenokortikotropik, kortisol, ketokolamin dan hiperglikemia	Kecendrungan untuk membuat kesalahan (misalnya buruknya penilaian), mudah lupa dan pikiran buntu
12.	Mual, muntah dan diare	Kehilangan perhatian terhadap hal-hal yang rinci.
13.	Perubahan nafsu makan	Ketidakmampuan berkonsentrasi pada tugas
14.	Perubahan berat badan	Peningkatan ketidakhadiran
15.	Perubahan frekuensi berkemih	
16.	Dilatasi pupil	

2.4.7 Respon terhadap stress

Menurut Taylor (1991) dalam Potter dan Perry, (2005), ketika terjadi stress, seseorang menggunakan energi fisiologis dan psikologis untuk berespon dan mengadaptasi.

1. Respon fisiologis; dapat ditandai dengan meningkatnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi dan system pernafasan.
2. Respon kognitif; dapat terlihat lewat terganggunya proses kognitif individu seperti pikiran menjadi kacau, menurunnya daya konsentrasi, pikiran berulang dan pikiran tidak wajar.
3. Respon emosi; dapat muncul sangat luas, menyangkut emosi mungkin dialami individu seperti takut, cemas, malu marah.
4. Respon tingkah laku; dapat dibedakan menjadi *fight*, yaitu melawan situasi yang menekan dan *flight* yaitu menghindari situasi yang menekan.

2.4.8 Stres pada *Diabetes melitus*

Penyakit DM merupakan salah satu penyakit dimana faktor emosional mempunyai peranan yang cukup penting, baik sebagai faktor pencetus maupun sebagai faktor yang menentukan perjalanan penyakit dan kontrol terhadap penyakit itu sendiri.

Wijayanti (2006) menggambarkan hubungan antara faktor emosional dengan perjalanan penyakit DM dan menentukan sedikitnya tiga faktor yang dapat menjelaskan hubungan tersebut.

1. Pengaruh langsung

Wills (2003) dalam Wijayanti (2006) mengemukakan bahwa kesedihan yang terus-menerus seperti trauma emosional, kecelakaan/kehilangan dapat

memicu timbulnya penyakit Diabetes. Namun dikemudian hari, seiring berkembangkannya teori genetik dan molekuler, faktor emosional dianggap sebagai faktor pencetus suatu keadaan genetik yang sudah ada sejak lahir dan berpotensi untuk menjadi Diabetes.

2. Pengaruh tidak langsung

Faktor emosional merupakan faktor penting karena dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan dan pengobatan penderitaan yang terpengaruh emosinya akan sengaja tidak mematuhi aturan diet, pengobatan dan pemeriksaan sehingga sukar mengontrol kadar gula darah.

3. Pengertian penyakit bagi tiap individu

Bagaimana penderitaan diabetes mempersepsi dan merespon penyakitnya akan sangat mempengaruhi keinginannya untuk sembuh dan kedisiplinannya dalam berobat.

Sejauh mana faktor emosional dapat mempengaruhi perjalanan penyakit DM bergantung pada penderita itu sendiri. Secara ideal untuk mencegah fluktuasi gula darah secara berlebihan maka sesorang penderita harus mentaati diet, obat-obatan, melakukan exercise dan juga menghindari stres. Telah diketahui bahwa kehidupan penuh stres (*stressfull changes*) akan berpengaruh terhadap fluktuasi kadar gula darah, meskipun upaya-upaya lainnya (diet, exercise dan obat) telah dilaksanakan secermat mungkin. Hal tersebut disebabkan oleh karena terjadinya peningkatan beberapa hormon yaitu: glukokortikoid, ketokolamin, *growth hormone*, glukagon dan beta endorphine. Peningkatan *counter regulatory hormone*, seperti epinefrin, glukagon, kortisol dan *growth hormone* pada kondisi stres secara langsung dapat menimbulkan resisten insulin.

2.4.9 Respon endokrin terhadap stres dan rangsangan psikologik

Menurut Lazarus (2005), semua hormon yang dihasilkan *hipophyse* dibawah pengaruh hipotalamus dan konteks serebri. *Corticotropin releasing hormone (*CRH) dan *locus Ceruleus-Norepinephrine system* adalah principal *biologic effectors* dari respon stres secara umum. Selye pada 40 tahun yang lalu telah menggambarkan hal tersebut sebagai sindroma adaptasi umum *(general adaptive syndrome*), yang ditandai dengan peningkatan aktifitas *simpatoadrenal* dan aktifitas hormon *epinefrin* dan *norepinefrin* tubuh

Sindroma adaptasi umum tersebut digambarkan sebagai berikut :

1. Adanya stres akan mengakibatkan sistem tersebut bekerja dan mempengaruhi CNS *effectors* yang terdiri CNS *neurons* dan *Locus ceruleus*.
2. Efektor ini berperan didalam susunan saraf pusat, melalui dua cara yaitu, mempunyai pengaruh positif dengan meningkatkan alur adaptasi saraf (fasilitate adaptive neural pathwayss), dengan akibat timbulnya "perhatian, kesadaran dan sifat agresive" atau menghambat alur saraf non adaptasi (*non adaptive neural pathways),* yang berperan pada fungsi vegetatif (makan,seksual dan reproduksi).
3. Di perifer, CRH dan sistem locus ceruleus nor epinefrin bekerja melalui hormon glkokortikoid dan katekolamin yang akan membawa pengaruh terhadap organ sasaran atau melalui mekanisme "*negative feed back*"memberikan pengaruh kembali ke pusat.

2.4.10 Koping stress

Menurut Lazarus (2005), koping merupakan suatu tindakan merubah kognitif secara konstan dan juga suatu usaha tingkah laku untuk mengatasi

tuntutan internal atau eksternal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu. Koping dipandang sebagai suatu usaha untuk menguasai situasi tertekan tanpa memperhatikan akibat dari tekanan tersebut, maka koping yang membantu seseorang untuk mentoleransi dan menerima situasi menekan dan tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Ada dua strategi koping, diantaranya:

1. Problem-focused coping

Yaitu usaha mengatasi stress dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. Diantaranya:

1) *Confrontative coping;* usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi dan pengambilan resiko
2) *Seeking social support*; usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain
3) *Planful problem solving;* usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analitis.

2. Emotional-focused coping

Merupakan usaha mengatasi stress dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan nampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan, diantaranya:

1) Self-control; usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan

2) *Distancing;* usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan yang positif seperti menganggap masalah sebagai lelucon
3) *Positive reappraisal;* usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan terfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius
4) *Accepting responsibility;* usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik, strategi ini baik terlebh bila masalah terjadi karena pikiran dan tindakannya sendiri. Namun strategi ini menjadi tidak baik bila individu tidak seharusnya bertanggungjawab atas masalah tersebut
5) *Escape/avoidance;* usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok atau menggunakan obat-obatan.

Untuk mendapatkan koping dapat dilakukan dengan efektif, maka strateginya perlu mengacu pada lima fungsi tugas koping, yaitu

1. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya
2. Mentoleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan negative
3. Mempertahankan gambaran diri yang positif
4. Mempertahankan keseimbangan emosional
5. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain.

2.4.11 Cara menanggulangi stres

Menurut Sriati, (2008), terdapat beberapa cara menanggulangi stres, antara lain :

1. Meditasi

Meditasi adalah salah satu teknik yang telah lama dikenal bisa membantu mengatasi stres. Meditasi mampu mengurangi keparahan penyakit psoriasis, menurunkan tekanan darah, mengurangi kecanduan, hingga mencegah depresi. Menurut Paul Wilson dalam bukunya teknik hening meditasi tanpa mistik, meditasi bisa membantu memperbaiki kualitas hidup, kesehatan dan pemahaman seseorang. Hal ini dapat dicapai melalui suatu keadaan hayati yang disebut keadaan hening, yaitu keadaan tenang dan damai penuh keagungan. Bila seseorang mampu mencapai keadaan ini, stres yang diakibatkan segala permasalahan akan berkurang, bahkan hilang sama sekali.

2. Latihan relaksasi

Relaksasi merupakan penyegaran yang teratur setelah bekerja keras. Stres akan menyebabkan ketegangan otot-otot. Dengan melakukan relaksasi, ketegangan diharapkan akan berkurang.

3. Olah raga

Olah raga teratur dapat meningkatkan tonus otot, mengontrol berat badan, mengurangi ketegangan dan meningkatkan relaksasi, mengurangi penyakit kardiovaskuler meningkatkan pelepasan opiad endrogen yang menciptakan perasaan senang dan gembira.

4. Latihan yoga

Yoga merupakan pengetahuan tentang olah fisik dan mental. Pada dasarnya latihan yoga terdiri dari pengaturan nafas, relaksasi, pembentukan sikap tubuh dan meditasi. Latihan yoga bisa meningkatkan vitalitas, menurunkan tekanan darah, membuat lebih rileks, mengurangi stres dan kecemasan.

5. Humor

Hipotesis fisiologis menyatakan bahwa tertawa akan melepaskan endorphin kedalam sirkulasi dan perasaan stres pun akan hilang.

6. Istirahat

Tubuh butuh istirahat, ketika sesorang tertidur semua sel-sel yang rusak akan diperbaiki dan diganti, akibatnya ketika bangun pagi tubuh akan terlihat lebih segar dan bersemangat. Seseorang yang mengalami stres sangat dianjurkan untuk meluangkan waktunya untuk tidur dan istirahat karena akan membantu seseorang menjadi lebih rileks secara mental.

7. Spiritual

Praktik berdoa, meditasi atau baca-bacaan keagamaan sudah terbukti dapat mengurangi stres. Aktivitas spiritual memberi efek positif bagi individu.

8. Terapi seni

Terapi seni, misalnya melukis, juga mampu membantu mengatasi stres. Kuas dan cat aneka warna akan membawa kita memasuki dunia lain, dimana kita bisa mengekspresikan rasa sedih, tertekan dan stres. Terapi seni menggunakan aktivitas yang bersifat kreatif untuk membantu seseorang mengatasi konflik emosional, membangun kesadaran diri, dan meningkatkan rasa percaya diri. Banyak penderita kronis yang mempunyai kesulitan dalam mengekspresikan rasa

takut dan emosinya. Proses pembuatan karya seni yang diikuti dengan pengertian tentang makna simbolisnya, bisa membantu pasien mengatasi emosinya yang tersembunyi. Selain itu, pasien juga menjadi lebih percaya diri karena merasa mampu membuat sesuatu yang bisa dinikmati dan dihargai orang lain. Hal itu membuat mereka merasa lebih puas dan nyaman dengan dirinya sendiri.

9. Nutrisi

Stres bisa merusak pertahanan alami tubuh dan mengaktifkan hormon stres yang bisa menguras nutrisi dan cadangan energi tubuh. Untuk membantu tubuh agar kuat menghadapi stres,kita perlu banyak mengkonsumsi makanan dari kelompok karbohidrat kompleks, misalnya beras merah, pasta, roti gandum, serta polong-polongan, buah-buahan, dan sayur-sayuran. Saraf dan sistem kekebalan tubuh juga membutuhkan makanan kaya vitamin B untuk mengatasi kelelahan yang ditimbulkan oleh stres.

10. Aromaterapi

Aromaterapi merupakan istilah modern untuk ilmu pengetahauan kuno pada proses penyembuhan dengan cara penggunaan sari tumbuhan aromatik murni guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan tubuh, jiwa dan rohani.

11. Terapi musik

Musik bisa memberikan ketenangan dan perasaan lega. Karena secara psikis, musik bisa membuat seseorang merasa rileks. Dalam keadaan rileks, metabolisme tubuh bisa bekerja dengan baik, sehingga sistem kekebalan tubuh pun menjadi lebih baik.

2.5 Konsep *Diabetes mellitus*

2.5.1 Pengertian *Diabetes mellitus*

Diabetes mellitus merupakan sekumpulan gejala pada seseorang ditandai dengan kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal (*hiperglikemia*) akibat tubuh kekurangan *insulin* baik *absolut* maupun *relatif*, dengan tanda dan gejala awal yang sering dikeluhkan pasien atau penderita DM adalah rasa haus, banyak kencing, rasa lapar, badan terasa lemas, dan berat badan yang turun (Suyono, 2004).

Menurut Tjokroprawiro, (2007) *Diabetes mellitus* (DM) adalah penyakit metabolik yang kebanyakan herediter, dengan tanda-tanda *hiperglikemia* dan *glukosuria*, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik, sebagai akibat dari kuranganya insulin di dalam tubuh. Gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein.

2.5.2 Etiologi *Diabetes mellitus*

Menurut Tjokroprawiro (2007), *Diabetes mellitus* mempunyai etiologi yang heterogen, dimana berbagai lesi dapat menyebabkan insufisiensi insulin, tetapi determinan genetik biasanya memegang peranan penting pada mayoritas DM. Faktor lain yang dianggap sebagai kemungkinan etiologi DM yaitu :

1. Kelainan sel beta pankreas, berkisar dari hilangnya sel beta sampai kegagalan sel beta melepas insulin.
2. Faktor-faktor lingkungan yang mengubah fungsi sel beta, antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, diet dimana pemasukan karbohidrat dan gula yang diproses secara berlebihan, obesitas dan kehamilan.

3. Gangguan sistem imunitas. Sistem ini dapat dilakukan oleh autoimunitas yang disertai pembentukan sel-sel antibodi antipankreatik dan mengakibatkan kerusakan sel-sel penyekresi insulin, kemudian peningkatan kepekaan sel beta oleh virus.
4. Kelainan insulin. Pada pasien obesitas, terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat kurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membran sel yang responsir terhadap insulin.

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) menyebutkan ada beberapa tipe Diabetes Melitus yang berbeda, penyakit ini dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya.

1. Tipe I: *Diabetes Melitus* (DM) tergantung insulin (*insulin dependent diabetes mellitus*)/IDDM

DM Tipe I ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas. Kombinasi faktor-faktor genetik, imunologi dan faktor-faktor lingkungan (misalnya, infeksi virus) diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta.

1) faktor-faktor genetik

Penderita DM tidak mewarisi diabetes Tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu faktor predisposisi atau kecenderungan genetik kearah diabetes Tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen (*Human Leucocyte Antigen*) HLA tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

2) faktor-faktor imunologi

Pada *diabetes* Tipe I terdapat bukti adanya respon autoimun. Respon ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh

dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Auto antibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen (*interbal*) terdeteksi pada saat diagnosis dibuat dan bahkan beberapa tahun sebelum timbulnya tanda-tanda klinis diabetes tipe I.

3) faktor-faktor lingkungan

Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal terjadinya destruksi sel beta. Sebagai contoh, hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

2. Tipe II: *Diabetes Melitus* (DM) tidak tergantung insulin (*non insulin dependent diabetes melitus*)/NIDDM

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi inuslin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes Tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik yang diperkirakan memegang peranan penting dalam proses terjadinya reisistensi insulin.

Penyebab pasti dari *Diabetes mellitus* belum diketahui dari beberapa penderita diabetes mellitus para ahli telah merumuskan bahwa penyebabnya adalah sebagai berikut :

1. Faktor lingkungan.
2. Obesitas.
3. Riwayat pankreatitis kronis.
4. Melahirkan anak lebih dari 4 kg.
5. Riwayat glukosurin selama stres (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit atau terapi obat glukokortikosteroid, serta kontrasepsi oral).

6. Kebiasaan diet.
7. Riwayat keluarga dengan diabetes tipe 2 (Harrison, 2000)

2.5.3 Klasifikasi *Diabetes mellitus*

Menurut PERKENI (2006), klasifikasi *Diabetes mellitus* dan gangguan toleransi sebagai berikut :

1. *Diabetes mellitus*

1) *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) atau *Diabetes mellitus* Tergantung Insulin (DMTI).
2) *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) atau *Diabetes mellitus* Tidak Tergantung Insulin (DMTTI) yaitu tidak gemuk dan gemuk.
3) *Malnutrition Related Diabetes Mellitus* (MRDM) atau *Diabetes mellitus* Terkait Malnutrisi (DMTM).
4) Diabetes *tipe* lain yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu: Penyakit pancreas, penyakit hormonal, karena obat atau bahan kimia lain, kelainan reseptor insulin, sindrom genetik tertentu, sirosis hepatitis.

2. Toleransi glukosa terganggu

1) Tidak gemuk.
2) Gemuk.
3) Yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu.

3. *Diabetes mellitus gestasional*

Komisi *Food agriculture organization* (FAO), *world health organization* (WHO), *United nation organization* (UNO) 1985 menyarankan tambahan energi bagi wanita hamil sebesar:

1) Aktivitas berat = (+) 285 kalori/hari.

2) Aktivitas sedang = (+) 245 kalori/hari.

3) Aktivitas ringan = (+) 200 kalori/hari.

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) menyebutkan ada beberapa tipe *Diabetes melitus* yang berbeda, penyakit ini dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya. Klasifikasi *Diabetes melitus* yang utama adalah:

Tabel 2.3 Klasifikasi *Diabetes melitus* dan ciri-ciri kliniknya (Smeltzer dan Bare, 2002)

Klasifikasi sekarang	Klasifikasi sebelumnya	Ciri-ciri klinik
Diabetes Melitus (DM) Tipe I (*insulin dependent diabetes meliuts*)/IDDM	*Diabetes Juvenilis* (*Juvenile-onset diabetes*)/diabetes cenderung ketosis/Brittle diabetes	1) Awitan terjadi pada segala usia, tetapi biasanya usia muda (<30 tahun) 2) Biasanya bertubuh kurus saat didiagnosa, dengna penurunan berat badan yang baru saja terjadi 3) Etiologi mencakup faktor genetik, imunologi atau lingkungan 4) Sering memiliki antibodi pulau Langerhans 5) Sering memiliki antibodi terhadap insulin sekalipun belum pernah mendapatkan terapi insulin 6) Sedikit atau tidak mempunyai insulin endogen 7) Memerlukan insulin untuk mempertahankan kelangsungan hidup 8) Cenderung mengalami ketosis jika memiliki insulin 9) Komplikasi akut: ketoasidosis diabetik
Diabetes Melitus (DM) Tipe II (*non insulin dependent diabetes melitus*)/NIDDM	Diabetes awitan dewasa (*Maturity onset diabetes*)/Diabetes resisten ketoasis (*stable diabetes*)	1) Awitan terjadi disegala usia biasanya > 30 tahun 2) Bertubuh gemuk saat didiagnosis 3) Etiologi mencakup faktir herditer, obesitas dan lingkungan 4) Tidak ada antibodi pulau Langerhasn 5) Penurunana produksi insulin endogen atau peningkatan resistensi insulin 6) Mayoritas gula darah dapat diturunkan denga penurunana berat badan 7) OHO dapat dipergunakan bila diet dan latihan fisik tidak berhasil 8) Mungkin diperlukan insulin untuk

		jagka waktu pendek atau panjang untuk mencegah hiperglikemi 9) Ketoasis jarang terjadi kecuali dalam keadaan stres atau menderita infeksi 10) Komplikasi: sindrom hiperosmolar non ketotik
Diabetes Melitus (DM) yang berkaitan dengan keadaan atau sindrom lain	*Diabetes* sekunder	1) Disertai dengan kedaan yang diketahui atau dicurigai dapat menyebabkan penyakit pankreatitis, kelainan hormonal, obat-obat seperti glukokortiroid dalam preparat yang mengandung estrogen 2) Bergantung pada kemampuan pankreas untuk menghasilkan insulin: pasien mungkin memerlukan terapi dengan obat oral atau insulin
Diabetes gestasional (GDM)	*Diabetes gestasional*	b. Awitan selama kehamilan, biasanya terjadi pada trimester kedua atau ketiga c. Disebabkan oleh hormon yang disekresi oleh plasenta yang menghambat kerja insulin d. Resiko terjadinya perinatal di atas normal, khususnya makrosomia e. Diatasi dengan diet dan insulin (jika diperlukan) untuk mempertahankan secara ketat kadar normal glukosa darah f. Terjadi 2-5% daris eluruh kehamilan g. Intoleransi glukosa terjadi untuk sementara waktu tetap dapat kambuh kembali: pada kehamilan berikutnya, 30-40% akan mengalami diabetes yang nyata (khususnya DM Tipe II) h. Faktor resiko mencakup obesitas, usia >30 tahun, riawayat diabetes dalam keluarga, pernah melahirkan dengan makrosomia sebelumnya.

2.5.4 Kelas resiko statistik

Pasien dengan toleransi glukosa yang normal, tetapi jelas mempunyai resiko yang lebih besar untuk timbulnya *diabetes mellitus*, seperti:

1. Toleransi glukosa pernah abnormal, dan
2. Toleransi glukosa potensial abnormal.

2.5.5 Patofisiologi *Diabetes mellitus*

Menurut Tjokroprawiro, (2007), patofisiologi terbagi sesuai dengan tipe DM:

1. DM tipe 1 (*Diabetes mellitus* tergantung insulin atau DMT1)

DMT1 merupakan diabetes mellitus yang tergantung insulin, sehingga kelainan terletak pada sel beta yang bisa idiopatik atau imunologik. Pangkreas tidak mampu sintesisi dan sekresi insulin dalam kualitas atau kuantitas yang cukup bahkan kadang-kadang tidak ada sekresi insulin sama sekali. Biasanya reseptor insulin di jaringan perifer kuantitas dan kualitasnya cukup atau normal (jumlah reseptor insulin antara 31.000-35.000); jumlah reseptor insulin pada orang normal: ± 35.000 sedang pada DM dengan obesitas ± 20.000 reseptor insulin.

2. DM tipe 2 (*Diabetes mellitus* tidak tergantung insulin atau DMT2)

DMT2 ini pada awalnya kelainan terletak pada jaringan perifer (*resistensi* insulin) dan kemudian disusul dengan disfungsi sel beta pancreas (defek pada fase pertama sekresi insulin), yaitu sebagai berikut:

1) Sekresi insulin oleh pancreas mungkin cukup atau kurang namun terdapat keterlambatan sekresi insulin fase-1 sehingga glukosa sudah diabsorbsinmasuk darah tetapi jumlah insulin yng efektif belum memadai.
2) Jumlah reseptor di jaringan perifer kurang (antara 20.000-30.000).
3) Kadang jumlah reseptor cukup tetapi kulitas reseptor jelek sehingga kerja insulin tidak efektif atau afinitas atau sensivitas terganggu.
4) Terdapat kelainan di pasca reseptor sehingga proses glikolisis intraseluler terganggu.

5) Adanya kelainan campuran diantara nomor 1, 2, 3 dan 4.

3. DM terkait malnutrisi atau DMTM

DMTM dapat terjadi:

1) Kekurangan protein jangka panjang yang bersamaan dengan makanan utama singkong yang tinggi sebagai makanan utama dan berlangsung lama yang berakibat HCN dri singkong merusak sel bet pancreas.
2) Kekurangan protein dan kalori jangka panjang atau kekurangan kalori dan protein dapat menyebabkan gangguan atau rusaknya sel beta.
3) Atau sebab lain yang beum jelas misalnya akibat dari *toxic agents* lain.

Sedangkan menurut Harrison, (2000) sebagian besar gambaran patologik dari DM dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

1. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200 mg/dl.
2. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
3. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yng parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180 mg/100 ml), akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri

disertai kehilangan sodium, klorida, potasium dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi *polifagi*. Akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat telah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi.

Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan *arterosklerosis*, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer. Ini akan memudahkan terjadinya gangrene.

2.5.6 Gejala klinik

Gejala klinik *diabetes mellitus* yang klasik: mula-mula *polifagia, polidipsia, poliuria*, dan berat badan naik, kemudian polidipsia, poliuria, dan berat badan turun, bahkan dapat disusul dengan muntah-muntah dan koma diabetic, apabila keadaan ini tidak segera diobati maka akan timbul gejala *fase dekompensasi* yang kemudian disebut *trias syndrome diabetes akut* (*polifagia, polidipsia* dan berat badan menurun). Gejala kronik lain yang sering: lemah badan, kesemutan, mata kabur yang berubah-ubah, *mialgia, antralgia*, penurunan kemampuan seksual dan lain-lain (Tjokroprawiro, 2007).

2.5.7 Diagnosis *Diabetes mellitus*

Menurut PERKENI (2006), kriteria diagnosis DM adalah:

1. Gejala klasik DM ditambah glukosa plasma ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L), glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir.

2. Gejala klasik DM ditambah kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl (7.0 mmol/L), puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahn sedikitnya 8 jam
3. Gadar glukosa plasma 2 jam pada test toleransi glukosa oral (TTGO) ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/L), TTGO dilakukan dengan standar WHO, menggunakan beban glukosa setara dengan 75 g *glukosa anhidrus* yang dilarutkan ke dalam air.

2.5.8 Diagnosis banding

Menurut Tjokroprawiro, (2007), diagnosis bandingnya:

1. Untuk kasus-kasus dengan *hiperglikemia* sesudah makan (2 jam pp):

1) Penyakit hepar (sirosisi, hepatitis kronis)
2) Gagal ginjal kronis (GGK)
3) Hipertiroid

2. Untuk kasus dengan reduksi urine positif:

1) Glukosuria renal (karena nilai ambang ginjal rendah)
2) Galaktosuria pada kehamilan
3) Obat-obatan: vitamin c dosis tinggi.

Tetapi kesemuanya ini (2a,2b,2c) biasanya tidak diserta dengan hiprglikemia.

2.5.9 Komplikasi *Diabetes mellitus*

Menurut Tjokroprawiro, (2007), komplikasi yang terjadi merupakan penyulit yang timbul sebagi akibat dari DM baik sistemik, organ atau jaringan tubuh lain. Diantaranya:

1. Komplikasi akut: *Hipoglikemia, koma laktosidosis, ketoasidosisi diabetic-*

koma diabetic, koma hiperosmolar non ketotik

2. Komplikasi kronik

1) Infeksi (Furunkel, Karbunkel, TBC paru, UTI, mikosis)

2) Mata (*Retinopati, maculopati, proliferative retinopati*)

3) Mulut (*Xerestomia diabetic, gingivitis, periodontitis DM*)

4) Jantung (PJK, atau infark)

5) Tractus urogenetalis (*nefropati diabetic, syndrome kiemmelstiel Wilson, pielonefritis, necrotizing papillitis, diabetis neurogenic vesikel disfungtion*)

6) Saraf (*parastesia, anesthesia, glove neuropaty, kramp, nocturnal pain*)

2.5.10 Penatalaksanaan *Diabetes mellitus*

Menurut PERKENI (2006), penatalaksanaan secara umum adalah meningkatnya kualitas hidup penyandang diabetes.

1. Tujuan penatalaksanaan

Untuk dapat berhasil mengelola pasien dengan baik diperlukan perencanaan yang matang berupa tujuan jangka pendek, tujuan jangka panjang, tindakan dan kegiatan yang dilakukan, pemeriksaan berkala, serta penyuluhan.

Berikut ini perencanaan yang dimaksud:

1) Tujuan jangka pendek: menghilangkan keluhan dan gejala penyakit *Diabetes mellitus*.

2) Tujuan jangka panjang: mencegah komplikasi kronis yang dapat menyerang pembuluh darah, jantung, ginjal, mata, syaraf, kulit dan kaki.

3) Tindakan yang dilakukan: menormalkan kadar glukosa, lemak, insulin dalam darah dan memberikan pengobatan bila terdapat penyakit kronis lainnya.

2. Langkah-langkah penatalaksanaan.

1) Riwayat Penyakit

a. Gejala yang timbul,

b. Hasil pemeriksaan laboratorium terdahulu termasuk A1C, hasil pemeriksaan khusus,

c. Pola makan, status nutrisi, riwayat perubahan berat badan,

d. Riwayat tumbuh kembang pada pasien anak atau dewasa muda,

e. Pengobatan yang pernah diperoleh sebelumnya secara lengkap, termasuk terapi gizi medis dan penyuluhan yang telah diperoleh tentang perawatan DM secara mandiri, serta kepercayaan yang diikuti dalam bidang terapi kesehatan,

f. Pengobatan yang sedang dijalani, termasuk obat yang digunakan, perencanaan makan dan program latihan jasmani,

g. Riwayat komplikasi akut, riwayat infeksi sebelumnya, gejala dan

h. Riwayat pengobatan komplikasi kronik dan pengobatan lain yang mungkin berpengaruh pada glukosa darah,

i. Faktor resiko, riwayat penyakit dan pengobatan di luar DM,

j. Pola hidup, budaya, psikososial, pendidikan, status ekonomi,

k. Kehidupan seksual, penggunaan kontrasepsi dan kehamilan.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik lengkap meliputi: Pengukuran tinggi badan, berat badan, tekanan darah, menanyakan dan mencari tanda gangguan syaraf seperti rasa kesemutan, memeriksa keadaan kaki dan denyut nadi, pemeriksaan EKG, *Rotgen* dada, pemeriksaan fundus mata.

3) Pemeriksaan laboratorium standart, yang meliput:

a. Darah; darah rutin, gula darah puasa dan dua jam setelah makan, *albumin,*

kolesterol total, HDL & LDL kolesterol, HbA1c, kreatinin, SGPT (ALT) serta *trigliserida.*

b. Urine; *sedimen, albumin*, bakteri

c. Laboratorium tambahan yang sesuai dengan kebutuhan.

4) Tindakan rujukan

a. Ke bagian mata, konsultasi keluarga berencana

b. Konsultasi dengan educator diabetes dan ke spesialis kaki, perilaku

3. Tindakan berkala

a. Pemeriksaan *HbA1c*, gula darah puasa dan dua jam setelah puasa setiap tiga bulan.

b. Pemeriksaan fisik lengkap diulang tiap satu tahun

Menurut Tjokroprawiro, (2007), penatalaksanaan dasar therapi DM meliputi:

1. Terapi Primer

1) Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) tentang DM

Diabetes tipe 2 umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan mapan. Pemberdayaan penyandang diabetes memerlukan partisipasi aktif pasien, keluarga dan masyarakat. Tim kesehatan mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perlaku dibutuhkan edukasi yang komprehensif dan upaya peningkatan motivasi.

2) Latihan fisik (LF): primer dan sekunder.

Menurut Suyono (2004), yang dimaksud dengan latihan jasmani bagi penderita DM adalah *Aerobik* yaitu olahraga yang berjalan terus menerus dan

berlangsung dalam waktu cukup lama serta dilakukan secara sadar. Dengan melakukan latihan jasmani secara teratur dan berkesinambungan diharapkan kadar glukosa darah akan turun.

Untuk penderita yang tergantung insulin ringan atau sedang latihan jasmani bisa dilakukan dengan aman, tapi bagi penderita yang mempunyai resiko atau disertai komplikasi maka latihan jasmani sebaiknya dikonsultasikan ke dokter terlebih dahulu.

Manfaat dari latihan jasmani adalah untuk kesegaran tubuh, membuang kelebihan *kalori*, mengontrol *glukosa* darah, mengurangi kebutuhan obat atau *insulin*, dan untuk penderita yang beresiko latihan jasmani berguna untuk menurunkan tekanan darah tinggi, mengurangi resistensi insulin, dan memperbaiki profil lemak darah yang terganggu.

Latihan jasmani dilakukan selama 50-60 menit, dan selama latihan denyut nadi harus mencapai zona latihan yaitu denyut nadi yang harus dicapai selama latihan untuk memperoleh suatu manfaat. Untuk mengetahui denyut nadi yang diperbolehkan selama latihan, dapat dihitung dengan rumus :

Denyut nadi maximal = 220 – umur

Zona latihan = 70-85 % dari denyut nadi maximal

Latihan jasmani sebaiknya dilakukan sesuai dengan program CRIPE yaitu:

a. *Continuous* : Latihan jasmani dilakukan secara terus menerus selama 50-60 menit tanpa berhenti.
b. *Rhytmical* : Latihan dilakukan secara berirama dan teratur.
c. *Interval*: Latihan dilakukan berselang-seling, kadang cepat, kadang lambat

tetapi tanpa berhenti.

d. *Progresive* : Latihan dilakukan secara bertahap dengan beban latihan ditingkatkan perlahan-lahan.

e. *Endurance* : Latihan ketahanan untuk meningkatkan kesegaran jantung dan pembuluh darah

3) Diet

Suyono, (2004) menyebutkan bahwa perencanaan makan sebenarnya merupakan penyesuaian pola makan dengan kebutuhan *kalori* penderita sesuai dengan usia, berat badan (status gizi), aktivitas sehari-hari, jenis kelamin, beratnya penyakit yang diderita serta penyakit lainnya. Sehingga total *kalori* dan komposisi makanan ditentukan dalam range (kisaran persentasi, bukan suatu angka mutlak).

Dalam penyusunan menu sebaiknya diusahakan mendekati kebiasaan makan sehari-hari, sederhana, bervariasi, dan mudah dilaksanakan, seimbang serta sesuai kebutuhan dengan tidak mengesampingkan cara hidup, selera, adat serta kebiasaan penderita. Kalau tidak pasti akan ditinggalkan.

Jadwal makan penderita DM adalah porsi kecil tapi sering. Hal ini dimaksudkan untuk mencegah peningkatan kadar *glukosa* darah yang sekaligus tinggi dan juga *hipoglikemia* bagi pemakai insulin. Komposisi menu pada makanan sehari-hari dianjurkan seimbang antara karbohidrat, protein, lemak, sayur dan buah-buahan. Komposisi standart makanan yang dianjurkan pada penderita DM sehari-hari adalah karbohidrat 60-70 %, protein 10-15 %, lemak 20-25 %, kumlah kandungan kolesterol < 300 mg/hari, dengan mengutamakan serat yang larut dalam air, garam secukupnya untuk menghindari darah tinggi dan pemanis secukupnya.

Untuk jumlah kalori yang dibutuhkan penderita DM setiap hari yang bekerja biasa adalah:

a. Kurus : BB x 40-60 kalori / hari

b. Normal : BB x 30 kalori / hari

c. Gemuk : BB x 20 kalori / hari

d. Obesitas : BB x 10-15 kalori / hari

Apabila terjadi keseimbangan antara makanan yang masuk dengan kebutuhan, dan kemampuan tubuh untuk mengolahnya maka diharapkan glukosa darah terkontrol dalam batas-batas normal. Selain itu juga tersedia cukup tenaga untuk kegiatan sehari-hari penderita dan berat badan juga ideal.

2. Terapi Sekunder

1) Obat hipoglikemia (OHO dan insulin)

Menurut Tjokroprawiro, (2007) obat hypoglikemia adalah obat untuk penderita DM yang berguna untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah yang penggunaannya sesuai petunjuk dokter.

Ada dua macam obat *hipoglikemik*, yaitu berupa suntikan dan tablet dapat diminum dan biasa disebut OHO atau OAD. Obat tablet adalah obat yang cara penggunaannya dengan diminum.

Berdasar waktu paruh masing-masing OHO, obat dibagi atas tiga jenis: *Short-acting* : waktu paruh 4 jam, diberikan 1-3 x/hari, *Intermediate* : waktu paruh 5 – 8 jam, diberikan 1-2 x/hari, *Long-acting* : waktu paruh 24 36 jam, diberikan tiap pagi. Cara minum obat dengan dosis terbagi adalah: pemakaian 1 x/hari pada pagi hari, pemakaian 2 x/hari pada pagi dan siang hari, pemakaian 3 x/hari pada pagi, siang dan sore hari. Apabila obat jenis *intermediate* perlu diberikan 2x/hari,

sedangkan penderita butuh 3 tablet maka obat diberikan pagi hari dua tablet dan siang satu tablet. Golongan obat ini tidak diminum pada malam hari karena akan menyebabkan *hypoglikemia* serta menyebabkan dikeluarkannya beberapa hormon misal *katekolamin*, *kortisol* dan *growth hormon*, dimana dalam jangka lama akan mempercepat kerusakan pembuluh darah. Untuk menambah khasiat menurunkan kadar *glukosa* darah, maka obat diminum ½ jam sebelum makan.

Obat Suntik atau *Insulin* yaitu obat anti *hypoglikemia* yang pemberiannya melalui suntikan,baik secara intra muscular, subcutan maupun intra vena. Obat jenis ini biasanya diberikan pada penderita DM tipe I, DM dengan *gangren*, *ketoasidosis*, *koma*, DM dengan kehamilan, berat badan penderita menurun cepat,tidak berhasil dengan tablet *hypoglikemik*,dan DM yang disertai gangguan hati dan ginjal. Tempat atau lokasi penyuntikan *insulin* adalah lengan atas, dinding perut, paha dan pantat.

2) Cangkok pankreas

Menurut Tjokroprawiro, (2007), belum dilaksanakan di Indonesia, tetapi sudah di USA dan beberapa Negara di eropa. Cangkok penkreas sel islet: dalam bentuk injeksi ± 500 sel beta intravenaporta pada tikus putih telah dilaksanakan pada akhir tahun 1988 oleh Pusat Diabetes dan Nutrisi Surabaya.

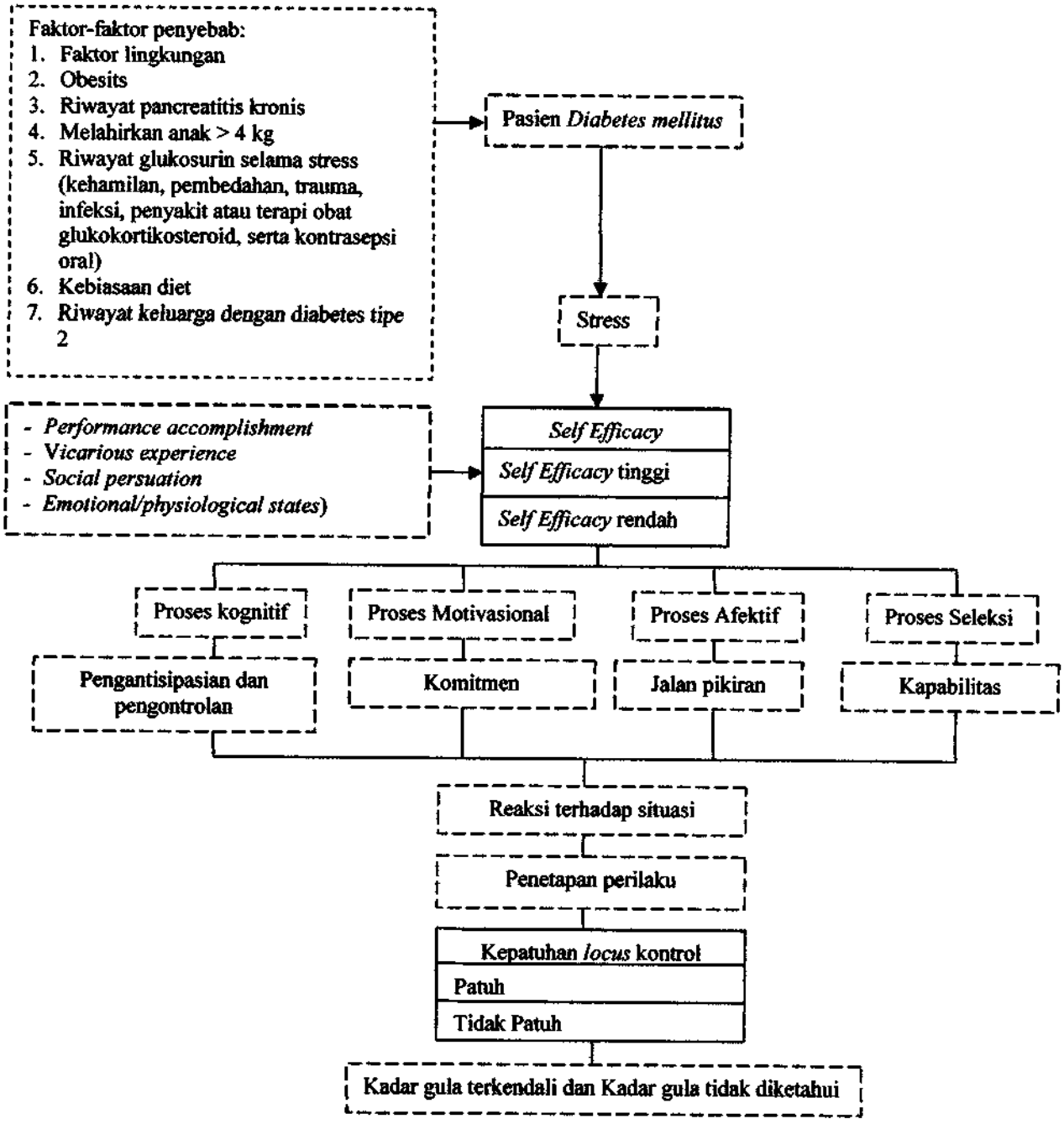
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan

: Diteliti : Tidak diteliti

Gambar 3.1: Kerangka konseptual hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di instalasi rawat jalan interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

Penyebab pasti dari *Diabetes mellitus* belum diketahui dari beberapa penderita diabetes mellitus para ahli telah merumuskan bahwa penyebabnya adalah sebagai berikut: faktor lingkungan, obesitas, riwayat pankreatitis kronis, melahirkan anak lebih dari 4 kg, riwayat glukosurin selama stres (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit atau terapi obat glukokortikosteroid, serta kontrasepsi oral), kebiasaan diet dan riwayat keluarga dengan diabetes tipe 2 (Harrison, 2000)

Diabetes mellitus merupakan penyakit yang mengerikan dan cepat membawa kematian, namun dalam perjalanannya masih menjadi penyakit yang sangat ditakuti, saat seseorang terdiagnosis terkena *Diabetes mellitus,* mungkin akan kaget, timbul rasa takut, tidak berdaya dan bingung. Kata-kata, ucapan dan persepsi negatif seperti perasaan takut yang berlebihan, tekanan batin karena kehilangan sesuatu dari dirinya sering menyebabkan keluhan atau gangguan yang melemahkan diri sendiri (Subiyanto, 2010). Stress dapat menyebabkan perasaan negatif atau yang berlawanan dengan apa yang diinginkan atau mengancam kesejahteraan emosional dan keyakinan diri (Potter dan Perry, 2005). *Self efficacy* atau keyakinan diri itu dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan, melalui salah satu atau kombinasi empat sumber, yakni *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *social persuation* dan pembangkitan emosi (*emotional/physiological states*) (Alwisol, 2004). *Self efficacy* dapat mempengaruhi bagaimana orang merasakan, berfikir, memotivasi dirinya dan beraksi. *Self efficacy* mengatur fungsi manusia melalui empat macam proses. Proses-proses yang berbeda ini beroperasi secara bersama-sama daripada sendiri-sendiri. Proses-proses tersebut sebagai berikut: proses kognitif; semakin tinggi *self*

efficacy seseorang, maka semakin tinggi pula komitmen atau keterlibatannya terhadap tujuan-tujuan tersebut, dengan berpikir, seseorang mempunyai kemungkinan untuk mampu memperkirakan peristiwa-peristiwa yang mungkin akan terjadi padanya, sehingga dapat mengontrolnya, orang yang memiliki *self efficacy* tinggi mempunyai gambaran keberhasilan yang memberi dasar positif pada penampilan atau perilakunya. Proses motivasional: orang yang mempunyai keyakinan yang kuat akan kemampuannya akan meningkatkan usahanya untuk mengatasi tantangan. Proses afektif: Orang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi yang mengancam, menunjukkan kemampuan, sehingga tidak merasa cemas atau terganggu oleh ancaman-ancaman yang dihadapinya. Proses seleksi: Orang akan menolak aktivitas dan lingkungan yang mereka yakini melebihi kapabilitas mereka, tetapi mereka siap untuk melakukan aktivitas dan memilih lingkungan sosial yang mereka nilai dapat mereka atasi. Semakin tinggi penerimaan, semakin menantang aktivitas yang mereka pilih (Bandura, 2006). Sehingga dengan *Self Efficacy* mampu membentuk *belief* atau keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil (*outcomes*) yang positif (Santrock, 2003).

Apabila seorang pasien *Diabetes mellitus* patuh terhadap program dokter maka kadar gula dalam darah akan terkendali atau terkontrol sehingga respon emosi positif, peningkatan pertahanan diri dan perasaan rileks dapat tercapai, penyandang *Diabetes mellitus* dapat hidup lebih lama dan dalam kebahagiaan, dapat merawat dirinya sendiri, tetap produktif dan meningkatkan kualitas ekonomi serta *self efficacy* pasien akan lebih baik sehingga komplikasi yang mungkin

timbul dapat dikurangi dan sebaliknya Dinicola dan Dimatteo (1984) dikutip oleh Niven, 2002)

3.2 Hipotesis Penelitian

H1: Ada hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien D*iabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan jenis penelitian, desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, besar sampel, teknik pengambilan sampel. Variabel dan definisi operasional, instrumen penelitian, tempat dan waktu penelitian, prosedur pengambilan data, cara analisa data, etika penelitian serta keterbatasan.

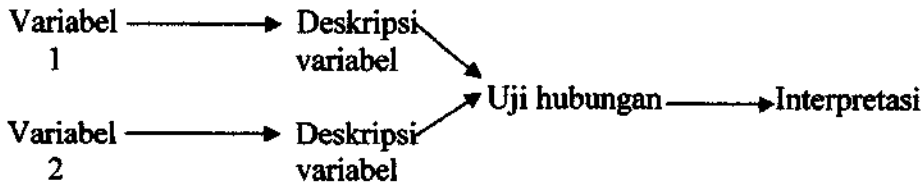
4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian adalah seluruh dari perencanaan atau strategi untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2008). Jenis penelitian menggunakan korelasional yaitu penelitian yang mengkaji hubungan antar variabel. Peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, menguji berdasarkan teori yang ada (Nursalam, 2008).

4.2 Desain Penelitian

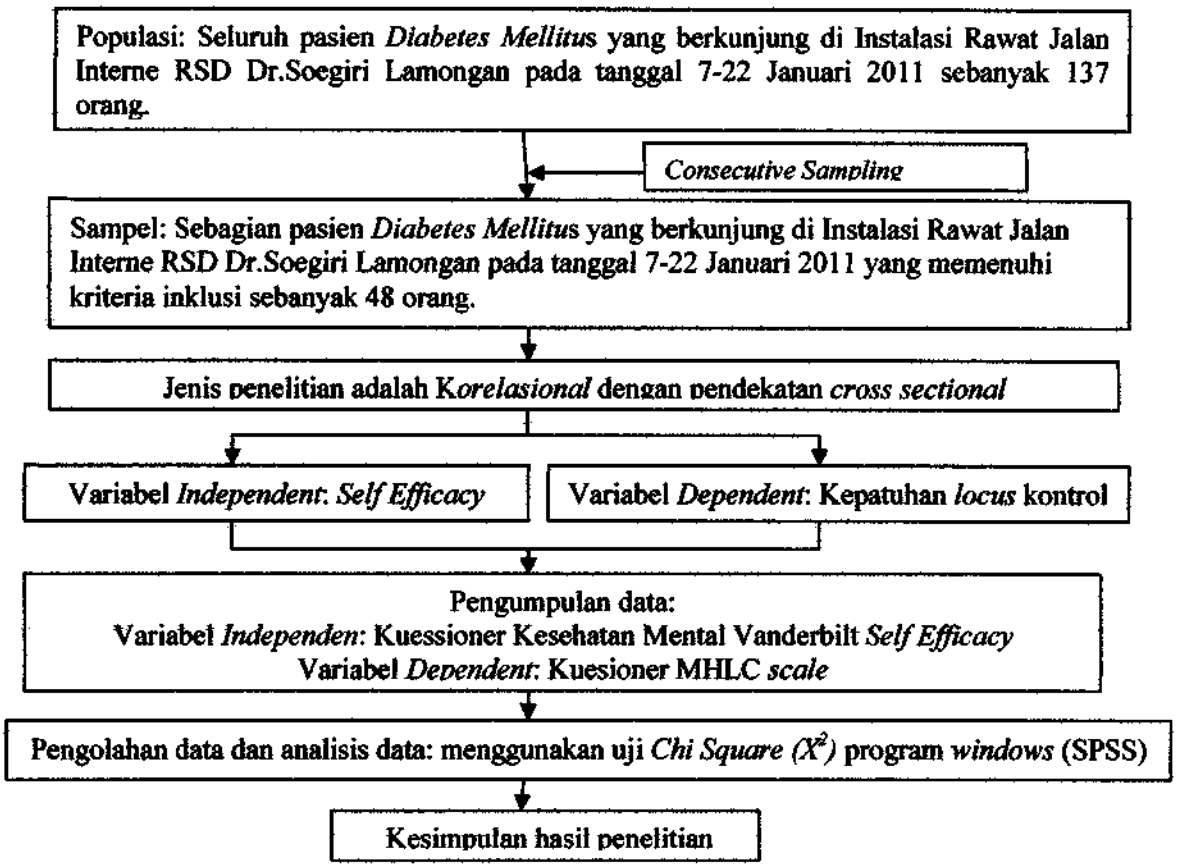
Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang mempengaruhi akurasi suatu hasil. Penelitian yang akan dilaksanakan merupakan *Cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran dan observasi data variabel *independent* dan *dependen* hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini variabel *independent* dan *dependen* dinilai secara simultan pada satu saat, jadi tidak ada *Follow Up* (Nursalam, 2008). Dimana peneliti melakukan pengukuran mengenai tingkat *self efficacy* dengan menggunakan instumen penelitian

kuesioner, kemudian peneliti juga melaksanakan observasi dengan melihat data sekunder di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan pada variable kepatuhan *locus* kontrol hanya pada satu saat, tidak ada tindak lanjut.



Gambar 4.1 Desain Penelitian hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi rawat jalan interne RSD Dr.Soegiri Lamongan

4.3 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Bagan Kerangka kerja penelitian hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di unit rawat jalan interne RSD Dr.Soegiri Lamongan

4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling

4.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien *Diabetes Mellitus* yang berkunjung di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan pada tanggal 7-22 Januari 2011 yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 48 orang.

4.4.2 Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dan keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo S., 2003). Sampel diambil dari sebagian pasien *Diabetes Mellitus* yang berkunjung di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan pada tanggal 7-22 Januari 2011 yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 48 orang. Pengambilan sampel dilakukan dengan penentuan kriteria sampel yang memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Kriteria *inklusi* yang dimaksud adalah:

1. Pasien *Diabetes Mellitus* yang bisa membaca dan menulis
2. Pasien *Diabetes Mellitus* yang berkunjung 3-6 kali di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan selama tanggal 7-22 Januari 2011.
3. Pasien *Diabetes Mellitus* yang terdiagnosa ± 6 bulan
4. Pasien *Diabetes Mellitus* yang tidak mengalami komplikasi

Kriteria *Eksklusi* yang dimaksud adalah: Pasien *Diabetes Mellitus* yang selama pengambilan data berlangsung mengundurkan diri.

4.4.3 Teknik sampling

Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan

subyek penelitian atau suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Kuntoro, 2008)

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menggunakan pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan selama selama tanggal 7-22 Januari 2011yang memenuhi kriteria *inklusi*, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi.

4.5 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas (*Independent Variabel*) yaitu *self efficacy*, sedangkan variabel tergantung (*dependent Variabel*) dalam penelitian ini yaitu kepatuhan *locus* kontrol.

4.5.1 Variabel independen

Variabel *independent* adalah variabel yang nilainya menentukan atau mempengaruhi variabel lain. Dalam ilmu keperawatan, variabel independen biasanya merupakan stimulus atau perlakuan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku klien. Dalam penelitian ini variabel *independent* yang digunakan yaitu *self efficacy*

4.5.2 Variabel Dependen

Variabel *dependent* adalah variabel yang nilainya ditentukan atau dipengaruhi oleh variabel lain, dengan kata lain variabel dependen adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan hubungan atau pengaruh terhadap variabel independen. Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah kepatuhan *locus* kontrol.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan proses pengertian mengenai variabel yang dirumuskan bentuk akurasi, komunikasi dan replikasi untuk observasi dan mengukur secara cermat terhadap suatu obyek penelitian (Nursalam, 2008). Perumusan definisi operasional pada penelitian ini akan diuraikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
Variabel *Independent: Self Efficacy*	Persepsi atau keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan untuk mencapai kesembuhan dan partisipasi dalam Pengobatan	1. *Efficacy expectation* 2. *Outcome expectations*	Kuesioner Kesehatan Mental Vanderbilt *Self Efficacy favourable*: 1, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25. *Unfavourable* :2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 20, 22	Nominal	Pernyataan positif skor SS= 5, S= 4, TS= 2, STS= 1pernyataan negatif SS=1, S= 2, TS= 4, STS= 5 Dikategorikan dalam rendah: ≤ 55%, Kode 1 Tinggi: 56-100%, Kode 2 (Arikunto, 2007)

1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
Variabel *Dependent*: Kepatuhan *locus* kontrol	Derajat keyakinan dan pusat kendali, dimana pasien mengikuti anjuran klinis dokter dalam regimen *therapy*	Locus kontrol sebagai sumber kepribadian (*Locus of Control*) - Internal - *Chance* - *Powerfull* (Dokter dan orang lain)	Kuessioner MHLC *scale* No 1, 6, 8, 12, 13, 17 No 2, 4, 9, 11, 15, 16. No 3, 5, 7, 10, 14, 18	Nominal	Pernyataan dengan skor SS= 5, S= 4, TS= 2, STS= 1 Dikategorikan dalam tidak patuh: ≤ 55%, Kode 1 Patuh: 56-100%, Kode 2 (Arikunto, 2007)

4.7 Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.7.1 Instrumen penelitian

Instrumen adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2008). Instrumen penelitian yang digunakan dalam variabel *independen* ini menggunakan kuisioner yang didapatkan peneliti dari konsep yang sudah ada dengan sedikit modifikasi untuk menyesuaikan dengan keadaan lingkungan responden. Kuesioner *self efficacy* dari *Vanderbilt Mental Health Self Efficacy Questionnaire* yang terdiri dari 25 item pernyataan skala Likert tentang *efficacy expectation*, yaitu persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu dan *outcome expectations*, yaitu perkiraan atau estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan diri itu akan mencapai hasil tertentu dan motivasi untuk berpartisipasi terhadap proses mencapai kesembuhan. Semua item pernyataan adalah *favuorable* dengan pertimbangan pernyataan *unfavourable* yang dapat mempengaruhi kondisi psikologis individu. Kuesioner *self efficacy* adalah kuesioner tertutup dan akan diisi oleh penderita *Diabetes mellitus*. Kuesioner tertutup adalah kuesioner yang

disajikan dalam bentuk sedemikian rupa sehingga responden tinggal memberikan tanda centang (√) pada kolom yang sesuai (Arikunto, 2007). Skala Likert yang dipakai yaitu pernyataan *favourable* terdapat pada 1, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25 dengan penilaian Sangat Setuju (SS) bernilai 5, Setuju (S) bernilai 4, Tidak Setuju (TS) bernilai 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 1 untuk pernyataan *unfavorable* terdapat pada nomor 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 17, 18, 20, 22 dengan penilaian kebalikannya. Peneliti sengaja menghilangkan item yang ada di tengah, yaitu ragu-ragu kerena responden cenderung memilih alternatif yang ada di tengah (karena dirasa aman dan paling gampang kerena hampir tidak berpikir) (Arikunto, 2007).

Sedangkan variabel *dependent* yaitu kepatuhan locus kontrol di ukur dengan menggunakan kuisioner yang didapatkan peneliti dari konsep yang sudah ada yaitu MHLC scale atau *multidimensional health locus of control* yang terdiri dari 18 item pernyataan skala Likert tentang keyakinan tentang kondisi medis. sehingga responden tinggal memberikan tanda centang (√) pada kolom yang sesuai. Skala Likert yang dipakai yaitu Sangat Setuju (SS) bernilai 5, Setuju (S) bernilai 4, Tidak Setuju (TS) bernilai 2 dan Sangat Tidak Setuju (STS) bernilai 1.

4.7.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 7-22 Januari 2011 di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

4.7.3 Prosedur pengambilan data

Dalam penelitian ini pengambilan dan pengumpulan data diperoleh setelah sebelumnya mendapatkan rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan izin dari pihak RSUD

Dr.Soegiri Lamongan untuk mengadakan penelitian. Sebagai langkah awal peneliti menyeleksi responden pada kriteria *inklusi* yang sudah ditentukan. Setelah itu meminta persetujuan pada responden penelitian dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*). Bagi responden yang bersedia diteliti, kemudian diberi kuisioner tentang *self efficacy* dan kepatuhan *locus* kontrol yang sudah disiapkan oleh peneliti dan diisi oleh responden. Pada saat pengisian kuesioner, peneliti mendampingi responden sehingga didapatkan data yang valid dan memudahkan jika terdapat item pernyataan yang kurang dipahami sehingga responden dapat bertanya kepada peneliti dan peneliti dapat menjelaskan cara pengisian kuesioner serta maksud dari item pernyataan.

4.7.4 Analisis data

Data-data yang diperoleh dari responden kemudian dianalisa oleh peneliti. Pertama kali dilakukan pengecekan kelengkapan identitas responden dan untuk menghindari kesalahan. Selanjutnya mengecek kelengkapan data dengan memastikan responden menjawab semua pernyataan yang diberikan. Tahap tabulasi data dilakukan dengan pemberian skor pada setiap item yang perlu diberi skor. Skor *self efficacy* dan kepatuhan *locus* kontrol untuk pernyataan positif maka jawaban SS = 4, S = 3, TS, 2 dan STS = 1 untuk pernyataan negatif nilai kebalikannya yaitu SS = 1, S = 2, TS = 3 dan STS = 4,. kemudian dinilai dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{\sum f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : Proporsi

Σf : Jumlah jawaban benar

n : Jumlah pertanyaan

100% : Angka konstan

Hasilnya di interpretasikan dengan kriteria: rendah: $\leq$ 55 % skor 1, tinggi: 56%-100% skor 2, tidak patuh: $\leq$ 55 % skor 1, patuh: 56%-100% skor 2 (Arikunto, 2007). Data yang terkumpul dan memenuhi syarat dikelompokkan dan ditabulasikan sesuai dengan sub variabel. Kemudian data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekwensi.

Data-data tersebut selanjutnya diolah dan dianalisis menggunakan uji statistik *Chi Square* program Windows SPSS dengan menggunakan derajat kemaknaan $\alpha<0,05$, apabila x^2 hitung > x^2 tabel, $p < 0,05$ sehingga Hi diterima artinya ada hubungan yang signifikan antara x dan y. Apabila frekwensi harapan <5>20% kotak maka uji dinyatakan tidak layak dan diganti dengan uji *Exact fisher.*

Hasil prosentase kemudian diintepretasikan dengan modifikasi kesimpulan menurut kriteria Arikunto (2007), sebagai berikut :

1. 100 % : seluruhnya
2. 76-99% : hampir seluruhnya
3. 51-75% : sebagian besar
4. 50% : setengahnya atau sebagian
5. 26-49% : hampir setengahnya atau hampir sebagian
6. 1-25% : sebagian kecil
7. 0% : tidak satupun

4.8 Etika penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan etik penelitian. Diperlukan rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan permohonan izin ke RSUD Dr.Soegiri Lamongan. Diperlukan juga persetujuan dari penderita dengan menekankan pada masalah etik yang meliputi:

1. *Informed Consent*

Lembar persetujuan menjadi responden diedarkan sebelum penelitian kepada seluruh responden yang bersedia diteliti, yaitu penderita *Diabetes mellitus*. Jika responden bersedia untuk diteliti maka responden harus mencantumkan tanda tangan pada lembar persetujuan dengan terlebih dulu diberi kesempatan membaca isi lembar tersebut. Jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, maka responden tidak perlu mencantumkan nama pada kuesioner. Peneliti hanya menulis nomor kode pada masing-masing lembar kuesioner.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti dengan cara hanya menyajikan kelompok data yang relevan sebagai hasil riset tanpa mengungkapkan sumber informasi secara perorangan. Penyajian dan pelaporan hasil penelitian hanya terbatas pada kelompok tertentu yang terkait dengan penelitian.

4.9 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian. Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

1. Waktu Penelitian

Terbatasnya waktu yang ditentukan dalam melakukan penelitian sehingga sampel yang didapatkan relatif sedikit dan hasilnya kurang representatif.

2. Instrumen

Pengumpulan data menggunakan kuisioner yang diadopsi dari teori orang luar negeri yang berbeda latar belakang, sehingga perlu dimodifikasi berdasarkan kultur budaya yang dianut oleh responden supaya tidak menimbulkan persepsi yang berbeda antara peneliti dan responden sehingga hasilnya dapat mewakili secara kualitatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan disajikan mengenai hasil pengumpulan data dari 48 pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Penyajian data meliputi data umum yang terdiri dari: gambaran tempat penelitian, karakteristik pasien *Diabetes mellitus* yaitu usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan lama terdiagnosa sedangkan data khusus terdiri dari: *self efficacy* dan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Umum

1. Gambaran Tempat Penelitian

Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan adalah bagian dari unit pelayanan kesehatan di RSD Dr. Soegiri Lamongan yang terletak dijalan Kusuma Bangsa No. 7A Lamongan yang terintegrasi khususnya dengan bagian penyakit dalam yang melayani berbagai macam penyakit antara lain hipertensi, *Diabetes Mellitus,* penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), ginjal, hepatitis, demam thypoid, gastroenteritis, asma dan lain-lain. Program kegiatan yang dilakukan berupa penyuluhan, dilakukan setiap hari senin dan kamis oleh tenaga perawat. Susunan anggota pelayanan kesehatan di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan adalah sebagai berikut: 2 dokter spesialis interne

sebagai penanggung jawab, 3 perawat lulusan DIII keperawatan. Kapasitas Instalasi rawat jalan Interne itu sendiri terdiri dari 1 ruangan dengan rincian sebagai berikut: 2 ruang untuk dokter, 1 ruang jaga perawatan, 2 ruang tindakan.

Visi dan Misi di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan sebagai berikut:

Visi: Terwujudnya RSD Dr. Soegiri Lamongan sebagai pelaku utama pelayanan kesehatan dan rujukan bagi masyarakat kabupaten Lamongan.

Misi: Meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit, meningkatnya pengetahuan, kemampuan, dan ketrampilan sumber daya rumah sakit baik medis, paramedis maupun nonmedis, meningkatnya kualitas dan kuantitas sarana dan prasarana rumah sakit baik medis maupun nonmedis.

2. Karakteristik Pasien *Diabetes mellitus*

1) Usia

Tabel 5.1 Distribusi usia pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	Usia	Frekwensi	Prosentase (%)
1.	21-40 tahun	2	4.2
2.	41-60 tahun	39	81.3
3.	> 61 tahun	7	14.6
	Jumlah	**48**	**100.0**

Tabel 5.1 diatas dapat diketahui bahwa dari 48 pasien *Diabetes mellitus* hampir seluruhnya berusia antara 41-60 tahun yaitu 39 (81.3%).

2) Jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi jenis kelamin pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	Jenis Kelamin	Frekwensi	Prosentase (%)
1.	Perempuan	12	25
2.	Laki-laki	36	75
	Jumlah	**48**	**100.0**

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* sebagian besar berjenis kelamin laki-laki yaitu 36 (75%).

3) Status Perkawinan

Tabel 5.3 Distribusi status perkawinan pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	Status Perkawinan	Frekwensi	Prosentase (%)
1.	Kawin	43	89.6
2.	Janda/duda	5	10.4
	Jumlah	**48**	**100.0**

Tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* hampir seluruhnya berstatus kawin yaitu 43 (89.6%).

4) Pendidikan

Tabel 5.4 Distribusi pendidikan pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	Pendidikan	Frekwensi	Prosentase (%)
1.	SD/SMP (Pendidikan Dasar)	11	22.9
2.	SMA (Pendidikan Menengah)	17	35.4
3.	D3/PT (Pendidikan Tinggi)	20	41.7
	Jumlah	**48**	**100.0**

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari 48 pasien *Diabetes mellitus* hampir sebagian berpendidikan D3/PT yaitu 20 (41.7%).

5) Pekerjaan

Tabel 5.5 Distribusi pekerjaan pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	Pekerjaan	Frekwensi	Prosentase (%)
1.	Tidak bekerja/IRT	6	12.5
2.	Petani	10	20.8
3.	Pegawai swasta	3	6.3
4.	PNS	8	16.7
5.	Wiraswasta	20	41.7
6.	Pensiunan	1	2.1
	Jumlah	**48**	**100,0**

Tabel 5.5 diatas dapat diketahui bahwa dari 48 pasien *Diabetes mellitus* hampir sebagian bekerja sebagai wiraswasta yaitu 20 (41.7%).

6) Lama terdiagnosa

Tabel 5.6 Distribusi lama terdiagnosa pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	Lama terdiagnosa	Frekwensi	Prosentase (%)
1.	1-3 bulan	13	27.1
2.	4-6 bulan	35	72.9
	Jumlah	**48**	**100.0**

Tabel 5.6 di atas menunjukkan bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* hampir seluruhnya lama terdiagnosa antara 4-6 bulan yaitu 35 (72.9%).

5.1.2 Data Khusus

1) *Self efficacy* Pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

Tabel 5.7 Distribusi *Self efficacy* Pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	*Self efficacy*	Jumlah	Persentase (%)
1	Rendah	17	35.4
2	Tinggi	31	64.6
	Jumlah	**48**	**100.0**

Berdasarkan tabel 5.7 dapat diketahui bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* sebagian besar mempunyai *self efficacy* tinggi yaitu 31 (64.6%).

2) *Locus* kontrol Pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

Tabel 5.8 Distribusi *Locus* kontrol Pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

No	*Locus* kontrol	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak Patuh	20	41.7
2	Patuh	28	58.3
	Jumlah	**48**	**100.0**

Tabel 5.8 dapat diketahui bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* sebagian besar mempunyai kepatuhan *locus* kontrol yaitu 28 (58.3%).

3) Tabulasi silang *Self efficacy* dan *Locus* kontrol Pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

Tabel 5.9 Tabulasi Silang *Self efficacy* dan *Locus* kontrol Pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan bulan Januari tahun 2011

Self efficacy	***Locus* kontrol**					
	Tidak Patuh		**Patuh**		**Total**	
	∑	%	∑	%	∑	%
Rendah	17	100	0	0	17	100
Tinggi	3	9.7	28	90.3	31	100
Total	20	41.7	28	58.3	48	100
p=0,000, X^2 = 36.853						

Berdasarkan tabel 5.9 dapat diketahui bahwa pasien *Diabetes Mellitus* yang memiliki *self efficacy* rendah seluruhnya terjadi tidak patuh *locus* kontrol yaitu 17 (100%), pasien *Diabetes Mellitus* yang memiliki *self efficacy* tinggi hampir seluruhnya terjadi kepatuhan *locus* kontrol yaitu 28 (90.3%). Hasil uji *Chi-Square* didapatkan hasil X^2 =36.853, p= 0,000 dimana $p<0,05$ maka H_1 diterima artinya terdapat hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

5.2 Pembahasan

1) *Self efficacy* Pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* sebagian besar mempunyai *self efficacy* tinggi.

Hal ini kemungkinan disebabkan bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* hampir seluruhnya berusia antara 41-60 tahun yaitu 39 (81.3%). Menurut Hurlock

(1978) dalam Santrock, (2003) bahwa individu antara usia ini dikatagorikan sebagai masa dewasa akhir dimana masa seseorang memiliki emosi yang semakin stabil dan kestabilan emosi ini berpengaruh terhadap daya tahan atau koping terhadap stres. Rentang usia tersebut keterlibatan, tanggung jawab pribadi dan sosial semakin luas. Perkembangan kognitifnya masih berkembang bagus, bisa mempelajari ketrampilan dan informasi yang baru dan pengalaman terhadap aplikasi sehari-hari sudah matang karena semakin dewasa, tingkat kematangan akan berkembang secara optimal termasuk didalamnya pengalaman serta kekuatan seseorang dalam berfikir dan bekerja sehingga semakin banyak pengalaman hidup yang didapat dan akan berpengaruh terhadap *self efficacy.* Berpikir mempunyai kemungkinan untuk mampu memperkirakan peristiwa-peristiwa yang mungkin akan terjadi padanya, sehingga dapat mengontrol perilakunya (Bandura, 2006)

Sebagian besar pasien *Diabetes Mellitus* berjenis kelamin laki-laki yaitu 36 (75%), faktor fisik dan proses mental seorang laki-laki lebih kuat, tahan dari pada perempuan, sehingga seorang laki-laki diharapkan lebih meningkat *self efficacynya* dari pada perempuan. *Self efficacy* juga dipengaruhi oleh gender. Pada umumnya dilaporkan bahwa laki-laki cenderung lebih percaya diri dari pada perempuan (Meece, 1991 dalam schunk, 1999). Laki-laki dan perempuan juga mempunyai kecenderungan perbedaan sikap ketika mempersepsi *self efficacy.* Perempuan lebih rendah dalam mempresepsi *self efficacy* mereka dari pada laki-laki (Schunk, 1999).

Hampir sebagian pasien *Diabetes Mellitus* berpendidikan D3/PT yaitu 20 atau 41.7%. Penilaian kognitif (*cognitive appraisal*) adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan interpretasi individu terhadap kejadian-kejadian dalam

hidup mereka sebagai sesuatu yang berbahaya, mengancam, atau menantang dan keyakinan mereka memiliki kemampuan untuk menghadapi suatu kejadian dengan efektif (Santrock, 2003). Menurut Potter dan Perry (2005), keyakinan seseorang terhadap kesehatan sebagian terbentuk oleh variabel intelektual, yang terdiri dari pengetahuan tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang, termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilikinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mudah menerima informasi atau pengetahuan yang komplek, pada akhirnya akan mampu mengaplikasikan informasi atau pengetahuan yang dimilikinya dalam hal ini untuk menimbulkan peningkatan *self efficacy*. Pendidikan berpengaruh dalam penerimaan informasi yang diberikan oleh seseorang begitupun penerimaan informasi pada pasien, seseorang dengan pengetahuan yang baik akan meningkatkan *self efficacy*. Dengan demikian semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin mudah pula dalam menerima informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan dan sebaliknya hal ini akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap terhadap perilaku dan kemampuan menanggulangi masalah yang dihadapi sehari-hari serta pertimbangan individu dan reaksi emosi selama pengantisipasian dengan stimulus dari lingkungan individu yang merasa dirinya *inefficacy* dalam mengatasi tuntutan lingkungan atau mengalami kesukaran kognitif. Dalam pencarian pemecahan permasalahan-permasalahan yang sukar, individu yang memiliki *efficacy* tinggi menganggap kegagalannya sebagai akibat dari usaha yang tidak memadai yang

dikaitkan dengan ketrampilan. Sedangkan individu yang memiliki *efficacy* rendah menganggap kegagalan sebagai akibat defisit kemampuan (Bandura, 2006).

Pasien *Diabetes Mellitus* yang mempunyai *self-efficacy* tinggi percaya bahwa anjuran dari tenaga kesehatan yang ada di IRJ Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan mengenai diet, olahraga, dan obat dapat menurunkan kadar gula darah mereka sehingga stresnya rendah. Pengalaman berhasil di masa lalu juga menjadi salah satu faktor tingginya *self-efficacy.* Pekerjaan, dimana hampir sebagian pasien *Diabetes Mellitus* bekerja sebagai wiraswasta yaitu 20 (41.7%) dengan gaji yang besar akan mudah memenuhi kebutuhannya sedangkan untuk sebagian kecil pensiunan, gaji yang tetap juga akan mempermudah untuk memenuhi semua kebutuhannya. Faktor sosial dan psikososial juga dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakit. Variabel psikososial mencakup stabilitas perkawinan atau hubungan intim seseorang, kebisaaan gaya hidup, dan lingkungan kerja hal ini di buktikan hasil penelitian bahwa pasien *Diabetes Mellitus* hampir seluruhnya berstatus kawin yaitu 43 (89.6%). Variabel ekonomi juga dapat mempengaruhi tingkat kesehatan klien dengan cara meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara bagaimana atau dimana klien masuk dalam sistem pelayanan kesehatan (Potter dan Perry, 2005).

Selain faktor diatas juga faktor lamanya seseorang terdiagnosa atau menderita *Diabetes Melitus* mempengaruhi tingginya *self-efficacy*. Pada pasien yang lama terdiagnosis *Diabetes Melitus* yakni hampir seluruhnya lama terdiagnosa antara 4-6 bulan yaitu 33 (72.9%), biasanya sudah jauh paham dan kebal akan pengetahuan diet, kontrol, penyuluhan, dan obat dari petugas

kesehatan jadi mereka tidak pernah lagi melakukan pengelolaan penyakit *Diabetes Mellitus* yang disampaikan oleh tenaga kesehatan. Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa cara seseorang merasakan fungsi fisik akan berakibat pada keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya. Sehingga keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakan kesehatan pada masing-masing orang cenderung berbeda. Individu yang sudah berhasil pulih dari penyakit akut yang parah mungkin akan mengubah keyakinan mereka terhadap kesehatan dan cara mereka melaksanakannya. Keyakinan yang kuat tentang efektifitas kemampuan seseorang sangat menentukan usahanya untuk mencoba mengatasi situasi yang sulit. Keyakinan *self-efficacy* tersebut menentukan jenis koping *behaviour*, seberapa keras usaha yang dilakukan untuk mengatasi persoalan atau menyelesaikan tugas seberapa lama ia akan mampu berhadapan dengan hambatan-hambatan atau pengalaman-pengalaman yang tidak diinginkan (Bandura, 2006). *Self-efficacy* tinggi pasien *Diabetes Melitus* juga ditemukan pada hasil analisa kuessioner bahwa mereka yakin bisa memperoleh kesehatannya kembali setelah orang lain yang sama-sama menderita memberikan penjelasan. Keyakinan seseorang akan kemampuannya berfungsi sebagai seperangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang berperilaku, berfikir dan bagaimana reaksi emosional yang ditunjukkan dalam mengatasi situasi tertentu dapat dilihat dari *efficacy expectation* yaitu percaya bahwa dirinya dapat memperoleh kesembuhan dengan usaha yang sungguh-sungguh diyakini dapat berhasil, dan *outcome expectation* yakni termotivasi, turut berperan serta dalam proses pengobatan, merasa bertanggung jawab dalam proses pengobatan dan mengerti bagaimana usaha yang harus dilakukan untuk membantu mendapatkan

kesembuhan dan *self efficacy* juga dapat diperoleh, diperkuat melalui persuasi sosial yaitu rasa percaya kepada pemberi persuasi, dan sifat realitik dari apa yang dipersuasikan sehingga seseorang termotivasi mengikuti (Alwisol, 2004).

Hasil penelitian tersebut diatas juga dikuatkan oleh pendapat Bandura (1997) dikutip oleh Alwisol (2004) untuk melihat *self efficacy* seseorang tidak perlu dengan mengukur ketrampilan yang dipunyai, tetapi kepercayaan tentang apa yang bisa dikerjakan seseorang dalam berbagai kondisi dengan apapun ketrampilan yang dimiliki. Tingginya *self efficacy* membawa masyarakat lebih tahan terhadap permasalahan yang susah, membuang pemecahan masalah yang tidak efektif dan lebih cepat mengambil strategi, mengkaji ulang pekerjaan mereka terhadap kesalahan, menyiapkan diri mereka pada tujuan yang lebih menantang dan menggunakan lebih sedikit waktunya untuk khawatir terhadap konsekuensi dari kegagalan. Implikasi ini mengandung arti bahwa *self efficacy* cenderung menjadi ramalan keyakinan diri. *Self efficacy* berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan. Keyakinan seseorang akan kemampuannya berfungsi sebagai seperangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang berperilaku, berfikir dan bagaimana reaksi emosional yang ditunjukkan dalam mengatasi situasi tertentu yang diinginkan. *Self efficacy* atau keyakinan kebisaan diri itu dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan, melalui salah satu atau kombinasi empat sumber, yakni *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *social persuation* dan pembangkitan emosi (*emotional/physiological states*).

2) *Locus* kontrol Pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

Hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari 48 pasien *Diabetes Mellitus* sebagian besar mempunyai kepatuhan *locus* kontrol yaitu 28 (58.3%).

Hal ini kemungkinan disebabkan faktor *self efficacy* yaitu bahwa sebagian besar mempunyai *self efficacy* tinggi. *Self efficacy* merupakan keyakinan yang bisa mempengaruhi seseorang dalam merasakan, berfikir, memotivasi dirinya dan beraksi (Alwisol, 2004). Smet (1994) dikutip Alwisol, (2004) menyatakan *self efficacy* bermanfaat untuk memutuskan perilaku tertentu akan dibentuk atau tidak, seseorang tidak hanya mempertimbangkan informasi dan keyakinan tentang kemungkinan kerugian atau keuntungan tetapi juga mempertimbangkan sejauh mana seseorang dapat mengatur perilaku tersebut, *self efficacy* yang rendah dan lingkungan yang tidak mendukung akan menjadikan seseorang menjadi apatis, pasrah atau tidak mampu untuk mengatasi keadaan dan sebaliknya *self efficacy* tinggi dan lingkungan responsif akan menjadikan seseorang bertambah sukses serta mampu melaksanakan tugas sesuai dengan kemampuannya. Sumber *self efficacy* yang di kombinasikan dari *mastery experience, vicarious experience*, persuasi verbal, keadaan fisiologis dan emosional, dibutuhkan dengan harapan meningkatkan keyakinan terhadap diri penderita sehingga dapat mengubah persepsi ketidakpatuhan, ketidakmampuan diri menjadi yakin dan mampu mengorganisasikan serta mengambil tindakan selanjutnya (Niven, 2002).

Hasil penelitian ini dikuatkan oleh pendapat Niven, (2002) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan diantaranya: pemahaman tentang intruksi, kualitas interaksi, isolasi sosial dan keluarga dan keyakinan. Becker (1979) di kutip Niven, (2002) telah membuat suatu usulan bahwa model

keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Mereka menggambarkan kegunaan model tersebut dalam suatu penelitian bersama yang memperkirakan ketidakpatuhan terhadap ketentuan untuk pasien hemodialisa kronis, 50 orang pasien dengan gagal ginjal kronis tahap akhir yang harus mematuhi program pengobatan yang kompleks, meliputi diet, pembatasan cairan, pengobatan dan dialisa. Pasien tersebut di wawancarai tentang keyakinan kesehatan mereka dengan menggunakan suatu model. Ahli psikologi yang lain telah menyelidiki tentang hubungan antara pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Mereka menemukan bahwa data kepribadian secara benar dibedakan antara orang patuh dengan yang gagal. Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan terhadap lingkungan. Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan social mengukur tentang bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Bahwa ciri kepribadian yang disebutkan diatas itu yang menyebabkan seseorang cenderung tidak patuh dari program pengobatan. Jadi memang ada bukti hasil penelitian yang penting bahwa hubungan antara professional kesehatan dan pasien, keluarga dan keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan.

Model keyakinan kesehatan menurut *Rosenstoch* (1974) dan Becker dan Maiman (1975) dalam Potter dan Perry (2005) menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkannya. Perilaku individu

ditentukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa memperdulikan apakah motif dan kepercayaan tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain tentang apa yang baik menurut individu tersebut. Meskipun berbeda dengan realitas, artinya, individu tersebut baru akan melakukan suatu tindakan untuk menyembuhkan penyakitnya jika dia benar-benar merasa terancam oleh penyakit tersebut. Jika tidak, maka dia tidak akan melakukan tindakan apa-apa.

Self efficacy berhubungan dengan keyakinan bahwa diri memiliki kemampuan melakukan tindakan yang diharapkan. Keyakinan seseorang akan kemampuannya berfungsi sebagai seperangkat faktor penentu dari bagaimana seseorang berperilaku, berfikir dan bagaimana reaksi emosional yang ditunjukkan dalam mengatasi situasi tertentu. Bandura (1997) dikutip oleh Alwisol, (2004) menyatakan bahwa jika seseorang dihadapkan pada situasi yang menekan, maka keyakinan *self efficacy* yang dimiliki oleh individu tersebut akan mempengaruhi reaksi terhadap situasi. Baik reaksi emosional maupun usaha yang diyakini, dari komponen ini diyakini dimana individu akan melakukan tindakan preventif antara lain mengubah gaya hidup, meningkatkan kepatuhan pada terapi medis atau mencari pengobatan medis.

3) Hubungan *Self efficacy* dan *Locus* kontrol Pasien *Diabetes Mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan

Terdapat hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr. Soegiri Lamongan.

Menurut Bandura (2006), proses *self-efficacy* mempengaruhi fungsi manusia bukan hanya secara langsung, tetapi juga mempunyai pengaruh tidak

langsung terhadap faktor lain. Secara langsung, proses *self-efficacy* mulai sebelum individu memilih pilihan mereka dan mengawali usaha mereka. Pertama, orang cenderung mempertimbangkan, mengevaluasi, dan mengintegrasikan informasi mengenai kapabilitas yang dirahasiakan. Yang penting, langkah awal dari proses tersebut tidak berhubungan dengan kemampuan atau sumber individu, tetapi lebih pada bagaiamana mereka menilai atau menyakini bahwa mereka dapat menggunakan kemampuan dan sumber mereka untuk menyelesaikan tugas yang diberikan. Selanjutnya evaluasi atau persepsi menghasilkan harapan atas efikasi personal yang pada gilirannya menentukan: keputusan untuk menampilkan tugas tertentu, sejumlah usaha yang akan dilakukan menyelesaikan tugas, tingkat daya tahan yang akan muncul (selain masalah), tidak sesuai dengan bukti dan kesulitan yang dihadapi. *Self efficacy* dapat mempengaruhi bagaimana orang merasakan, berfikir, memotivasi dirinya dan beraksi. *Self efficacy* mengatur fungsi manusia melalui empat macam proses. Proses-proses yang berbeda (*mastery experience, vicarious experience*, persuasi verbal, keadaan fisiologis dan emosional) ini beroperasi secara bersama-sama dari pada sendiri-sendiri.

Kata-kata, ucapan dan persepsi positif, perasaan bahagia akan menimbulkan dampak baik yang menjadi pendorong agar orang berusaha mencapai kualitas hidup yang lebih baik dan lebih sehat sehingga mampu meningkatkan kesehatan fisik dan mental yang akan menentukan kualitas tindakan yang akan dilakukan. Tindakan yang dilakukan secara berulang-ulang dan terus menerus akan menjadi kebiasaan hidup sehari-hari yang menentukan karakter seseorang. Karakter ini akan menentukan realitas dan jati diri yang pada akhirnya akan menentukan *belief* atau keyakinan yang bermanfaat untuk

mengontrol pikiran dan diri seorang penyandang *Diabetes mellitus* (Subiyanto P, 2010)

Kondisi stress pasien *Diabetes mellitus* memiliki pengaruh yang signifikan pada perjalanan penyakit. Stress mempengaruhi motivasi dan keyakinan untuk hidup yang membuat seluruh hormonal tubuh tidak mampu menjadi imun atau kekebalan bagi dirinya sendiri, untuk itu perlu meningkatkan *self efficacy* dan menciptakan lingkungan yang kondusif selama proses pengobatan. Kepercayaan kesehatan yang tinggi diharapkan klien dapat mengatasi stress dan akan berusaha mencapai kesembuhan yang diharapkan atau mengubah tingkah laku menjadi perilaku sehat diantaranya kepatuhan *locus* kontrol regimen *therapy* sehingga stress berkurang dan *self efficacy* pasien akan lebih baik (Alwisol, 2004). Menurut Niven, (2002) *Locus of Control* adalah keyakinan internal yang berhubungan dengan niat mencari informasi lebih lanjut tentang suatu penyakit, mengikuti aturan-aturan diet, dan menepati kunjungan-kunjungan medis, kemampuan menjadi kurus, berhenti merokok, sejumlah tindakan preventif medis (olah raga, pemeliharaan pencegahan sakit gigi, dan lain-lain). *Locus of Control* merupakan konsep kompleks dan memiliki hubungan yang sangat jelas dengan kesehatan yakni keyakinan (*self efficacy*). *Self efficacy* menekankan *Efficacy expectation,* yaitu persepsi diri sendiri mengenai seberapa bagus diri dapat berfungsi dalam situasi tertentu dan *Outcome expectations*, yaitu perkiraan atau estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan diri itu akan mencapai hasil tertentu. *Locus* kontrol betul-betul merupakan jenis harapan hasil karena dikaitkan dengan keyakinan tentang hasil perilaku bukan kemampuan seseorang dalam

membentuk perilaku tertentu yang bisa atau tidak bisa mempengaruhi lingkungan (Bandura, 2006).

Dinicola dan Dimatteo (1984) dikutip oleh Niven, (2002) menyatakan lima titik rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien, diantaranya: mengembangkan tujuan kepatuhan, perilaku sehat yang dipengaruhi kebiasaan, faktor kognitif, dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga, teman, waktu dan uang serta dukungan dari professional kesehatan yang bertujuan membentuk respon emosi positif, peningkatan pertahanan diri, pencapaian perasaan rileks yang berdampak penyandang *Diabetes mellitus* dapat patuh pada regimen *therapy* mampu hidup lebih lama dan berkualitas dalam kebahagiaan, dapat merawat dirinya sendiri, tetap produktif dalam meningkatkan kualitas ekonomi serta *self efficacy* pasien akan lebih baik sehingga komplikasi yang mungkin timbul dapat dikurangi.

Berdasarkan hasil juga ditemukan *self-efficacy* yang tinggi dengan ketidakpatuhan *locus* kontrol yaitu 3 (12.9%), hal ini kemungkinan disebabkan pasien *Diabetes mellitus* hanya mempunyai keyakinan atau harapan diri (*efficacy expectation*) yang tidak di imbangi dengan *outcome expectations* atau perkiraan, estimasi diri bahwa tingkah laku yang dilakukan diri itu akan mencapai hasil tertentu. Sehingga bertolak belakang dengan pendapat para ahli yang menyatakan bahwa semakin tinggi *self-efficacy* pasien maka semakin tinggi pula komitmen atau keterlibatannya terhadap tujuan (kepatuhan *locus* kontrol). Hasil tersebut bisa terjadi mengingat faktor atau sumber yang mempengaruhi *self efficacy* pasien melalui empat macam proses yaitu kognitif, afektif, motivasional dan seleksi ini beroperasi tidak bersama-sama sehingga dalam evaluasi atau persepsi

menghasilkan harapan atas efikasi personal dalam menentukan keputusan untuk menampilkan tugas (pemilihan perilaku), usaha motivasi, pola pemikiran fasilitatif, daya tahan terhadap stress akan rendah.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dan *locus* kontrol pasien *Diabetes Mellitus*. Sehingga *self efficacy* dapat mempengaruhi bagaimana orang merasakan, berfikir, memotivasi dirinya dan beraksi yang bermanfaat untuk mengontrol pikiran serta diri seorang penyandang *Diabetes mellitus* di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan

6.2 Saran

1. Bagi kepala bidang pelayanan perawatan sebaiknya menyediakan program kegiatan atau latihan serta fasilitas untuk mempromosikan atau mensosialisasikan *self efficacy* kepada pasien.
2. Bagi kepala ruangan Instalasi rawat jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan diharapkan *self efficacy* dapat di publikasikan dan aplikasikan dengan cara memperbanyak sarana atau prasarana baik poster, brosur atau leflet.
3. Bagi perawat instalasi rawat jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan diharapkan dapat menerapkannya dengan cara meningkatkan kegiatan penyuluhan atau *health* edukasi kepada pasien.

4. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut tentang hubungan *self efficacy* dengan *locus* kontrol dengan memodifikasi bentuk instrumen sesuai kutur budaya responden.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Alwisol, (2004). *Psikologi kepribadian.* Malang: Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang

Arikunt, (2007). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek.* Jakarta: Rinneka Cipta

Bandura, (2006). *Self efficacy beliefs ofaAdolescents.* http://www.google.com. Tanggal 3 Oktober 2010, jam 11.00

Daldiyono, (2006), *Dukungan nutrisi pada pasien penyakit dalam.* Jakarta: EGC

Godwin, (2004). *Vanderbilt mental health self efficacy questionnaire.* http://www.fasttrackproject.org, Tanggal 20 Nopember 2010, jam 13.00

Gunarya, (2008), *Managemen stress,* http://www.Unhas.ac.id, Tanggal 20 Nopember, jam 20.00

Handoyo, (2001), Stress pada masyarakat Surabaya. *Jurnal Insan Media Psikologi* 3;6174. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Airlangga

Harold, (1997), *Sinopsis Psikiatri:Ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis.* Jakarta: Binarupa Aksara

Harrison, (2000), *Prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam.* Jakarta: EGC

Hawari, (2008). *Manajemen stres, cemas dan depresi.* Jakarta: Balai Penerbit FKUI

Kuntoro, (2008). *Metode sampling dan penentuan besar sampel.* Surabaya: Pustaka Melati

Lazarus dan Lazarus, (2005), *Staying sane in A crazy world,* Alih bahasa Linggawati Haryanto. Jakarta: Bhuana Ilmu.

Maramis, (2004), *Catatan ilmu kedokteran jiwa,* Surabaya: Airlangga University Press

Niven, (2002), *Psikologi kesehatan: pengantar untuk perawat dan profesional kesehatan lain.* Jakarta: EGC

Nursalam, (2008). *Konsep akan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika

PERKENI (2006), *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes mellitus type 2 di Indonesia*. Jakarta.

Potter, dan Perry. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktik volume 1*. Jakarta: EGC

Price, S.A (2006), *Patofisiologi: konsep klinis proses-proses penyakit*. Jakarta: EGC

Ralf Schwarzer, dan Britta Renner. (2005). *Health-specific self-efficacy scales*. http://www.RalfSchwarzer.de. Tanggal 22 Nopember 2010, jam 15.00.

Santrock Jhon W, (2003), *Psikologi perkembangan*. Jakarta: Erlangga

Schunk. (1999). *The Development of academic self efficacy*. http://www eds.purue.edu/moon/EDPS235/Lectures/Theory.htm. diakses Tanggal 22 Nopember 2010, jam 14.00 WIB

Soegondo, (2009), *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. Jakarta: FKUI

Smeltzer, C.S & Bare, G.B. (2002). *Buku ajar keperawatan medical*. Jakarta: EGC

Sriati, (2008), *Tinjauan tentang stress*, http://www.akademik.unsri.ac.id. Tanggal 16 Nopember 2010, jam 13.00

Subagio, (1999). *DM dipandang dari sudut penatalaksanaan medik*. Surabaya: FK. Unair

Subiyanto, (2010), *Self hipnosis bagi diabetisi; cara muda tetap sehat mandiri dan panjang umur*. Yogyakarta: Gosyen Publishing

Suliha, (2002). *Pendidikan kesehatan dalam keperawatan*. Jakarta: EGC

Suyono, (2004), *Pedoman diet diabetes mellitus*. Jakarta:FKUI

Tjokroprawiro, (2007), *Ilmu penyakit dalam*. Surabaya: Airlangga University Press

Wallston, (1994). Condition-spesifik measure of locus control. *Journal of Personality Assessment. 63* (3): 534-553

Wellen at el (2005), Stres, immune diabetes mellitus. *The Journal of Clinical Investigation. 115*(5):1111-1111

Widia Yuniarti, (2010), *Hubungan self efficacy dan motivasi dengan stress pada penderita diabetes mellitus di wilayah kerja puskesmas mojo Surabaya*. Skripsi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan. Universitas Airlangga

Wijayanti, (2006), *Hubungan stress psikologik dengan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus type 2*. Skripsi tidak dipublikasikan Universitas Airlangga Surabaya.

World Health Organization, (1999), *Definition, diagnose and classification of diabetes mellitus and its complication.* Geneva: Departement of noncommunicable Disease Surveillance.

Wulansari, (2001), *Goal orientantion, self efficacy dan prestasi belajar pada siswa peserta program pengajaran intensif di sekolah.* Tesis.Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

Zimmerman, (2006). *Adolescents' development of personal agency: the role of self efficacy beliefs and self regulatory skill.* http://des.emory.edu/mfp/ZimmermanClearyAdoEd5.pdf. Tanggal 25 Nopember 2010

Zylstra, (1993).*The relationship of pain and selected outcomes for patients engaged in treatment for chronic pain.* Dissertation Abstracts Intertio

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR INFORMASI

Penjelasan untuk mendapatkan persetujuan (Informasi *for Concent*)
Kode Studi :
Inisial Pasien :
Dalam lembar informasi dan persetujuan ini yang dimaksud dengan:

- Anda adalah pasien yang inisialnya tercantum di atas dan memenuhi persyaratan dalam penelitian ini
- Anda merupakan pasien *Diabetes mellitus* yang berkunjung di Instalasi Rawat Jalan RSD Interne Dr.Soegiri Lamongan yang memenuhi persyaratan dalam penelitian ini.

Anda ditawarkan untuk ikut dalam penelitian ini. Sebelum anda memutuskan untuk ikut serta, anda harus mengerti mengapa penelitian ini dilakukan, bagaimana informasi yang didapat dari pasien yang terlibat dalam penelitian dan kemungkinan keuntungan yang diterima. Bacalah informasi berikut dengan seksama dan jika anda inginkan, anda dapat mendiskusikan dengan keluarga anda.

Apa latar belakang dan tujuan penelitian ini?
Anda ditawarkan untuk diikutsertakan dalam penelitian ini karena anda pasien *Diabetes mellitus* yang mungkin berisiko mengalami ketidakpatuhan *locus* kontrol.

Apa saya harus ikut serta?
Adalah keputusan anda, anda memutuskan apakah anda ikut serta atau tidak dalam penelitian ini. Apabila anda memutuskan untuk ikut serta, maka anda diberi lembar informasi dan persetujuan tertulis ini untuk ditandatangani, meskipun anda sudah memutuskan untuk ikutserta, anda tetap bebas untuk mengundurkan diri kapan saja tanpa harus memberi alasan.
Sebaliknya, dokter keluarga atau peneliti dapat menghentikan keikutsertaan anda dalam penelitian ini apabila keputusan tersebut dianggap yang terbaik untuk penderita.

Apa yang terjadi pada saya bila ikut serta?
Anda tidak akan diberikan perlakuan atau tindakan apapun, hanya menjawab pernyataan berhubungan dengan kondisi atau yang terjadi pada diri anda.

Prosedur penelitian:
Peneliti akan menentukan anda masuk kriteria penelitian atau tidak. Bila masuk kriteria, maka peneliti memberikan lembar informasi dan persetujuan menjadi responden, jika setuju maka anda diberikan lembar kuesioner.

Apa keuntungan yang mungkin diperoleh bila saya ikut serta?
Dengan mengetahui tingkat *self efficacy* kemungkinan anda mempunyai keyakinan diri akan kemampuan dalam menyelesaikan masalah dengan baik atau tidak, serta mengetahui tingkat pengendalian diri.

Siapa yang harus saya hubungi jika saya membutuhkan informasi/bantuan?
Jika anda mengalami masalah yang berhubungan dengan penelitian atau kapanpun anda mempunyai pertanyaan mengenai penelitian ini atau tentang kondisi yang digunakan dalam penelitian ini, maka anda dapat menghubungi kami.

Moch Nukhun 08123504847

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Moch Nukhun

NIM : 130915156

Mahasiswa program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya akan melakukan penelitian dengan judul "**Hubungan Antara *Self Efficacy* Dengan Kepatuhan *Locus* Kontrol Pasien *Diabetes Mellitus* Di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan**".

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, keahlian dan peran perawat dalam memfasilitasi, meningkatkan dan memahami *self efficacy* serta kepatuhan *locus* kontrol pasien *Diabetes mellitus*.

Partisipasi saudara sekalian sangat saya harapkan dan tidak ada pemaksaan atas hal tersebut. Kerahasiaan saudara akan dijaga dengan sebaik-baiknya. Apabila saudara bersedia, saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan (pada halaman selanjutnya).

Surabaya, Januari 2011

Moch Nukhun
130915156

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada halaman pertama, maka: "Saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Moch Nukhun, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, dengan judul **"Hubungan Antara *Self Efficacy* Dengan Kepatuhan *Locus* Kontrol Pasien *Diabetes Mellitus* Di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan"**.

"Saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan bagi saya, oleh karena itu saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun."

Surabaya, Januari 2011

Responden

(.....)

Lampiran 4

KUESIONER *SELF EFFICACY*

Judul : Hubungan Antara *Self Efficacy* Dengan Kepatuhan *Locus* kontrol Pasien *Diabetes Mellitus* Di Instalasi Rawat Jalan Interne RSD Dr.Soegiri Lamongan.

Petunjuk : Responden diminta untuk memberikan jawaban yang jujur pada semua nomor pertanyaan dengan memberi tanda (X) pada jawaban yang dianggap benar.

No. Responden [ ] (diisi peneliti)

A. Data Demografi Responden

1. Usia: .....
   a. 21-40 tahun
   b. 41-60 tahun
   c. Lebih dari 61 tahun
2. Jenis kelamin
   a. Laki-laki
   b. Perempuan
3. Status perkawinan
   a. Kawin
   b. Belum kawin
   c. Janda/duda
4. Pendidikan terakhir
   a. Tidak sekolah
   b. SD/SLTP
   c. SLTA
   d. D3/Perguruan tinggi/Akademi

5. Pekerjaan
   a. Tidak bekerja/IRT
   b. Petani
   c. Pegawai swasta
   d. PNS
   e. Wiraswasta
   f. Pensiunan
6. Lama terdiagnosa *Diabetes melitus*
   a. < 1 bulan
   b. 1-3 bulan
   c. 4-6 bulan

B. Data *Self Efficacy*

Petunjuk Isian: Bacalah setiap pertanyaan dengan seksama, berikan pendapat saudara dengan memberi tanda check (√) pada tempat kosong yang tersedia yang mewakili jawaban saudara, kejujuran saudara dalam memberikan pendapat akan membantu dalam evaluasi.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Saya percaya bahwa saya dapat turut berperan serta dalam mencapai kesehatan saya					
2	Tidak banyak yang bisa saya lakukan untuk bekerjasama dengan layanan kesehatan					
3	Saya tahu bahwa aku bisa melakukan apa yang perlu dilakukan untuk bekerjasama dengan layanan kesehatan					
4	Saya merasa hal-hal yang berkaitan dengan pengobatan penyakit ini membingungkan bagi saya					
5	Harapan yang sia-sia untuk percaya bahwa saya bisa mendapatkan kesehatan saya					
6	Ada sedikit yang bisa saya lakukan untuk mengubah apa yang dilakukan oleh orang-orang yang menyediakan perawatan untuk saya					
7	Saya tidak merasa yakin pengobatan yang saya jalani ini sangat berguna bagi saya					
8	Saya selalu bercerita kepada petugas kesehatan tentang permasalahan dalam kesehatan saya pengobatan saya					

9	Kemampuan saya dan tenaga kesehatan akan membantu saya untuk menghindari kesalahan dalam pengobatan					
10	Saya tidak yakin akan mendapatkan kembali kesehatan saya meskipun saya berusaha dengan keras					
11	Ketika suatu permasalahan terjadi dengan kesehatan saya, tidak banyak yang bisa saya lakukan untuk mengatasinya					
12	Orang yang menderita penyakit seperti saya bisa mendapatkan kesehatan jika berusaha dengan sungguh-sungguh					
13	Apa yang saya lakukan dengan pelayanan kesehatan ini akan membantu saya mendapatkan pengobatan yang terbaik					
14	Dengan rasa tanggung jawab yang saya punya, saya merasa harus terlibat dalam perencanaan pengobatan saya					
15	Saya akan berusaha berpartisipasi aktif dalam mendapatkan kesehatan saya kembali					
16	Saya merasa tertarik untuk terlibat dalam perencanaan pengobatan saya					
17	Saya tidak merasa senang ketika diminta untuk melakukan sesuatu yang berkaitan dengan pengobatan saya					
18	Saya tidak yakin mampu mendapatkan kembali kesehatan saya melalui pengobatan ini					
19	Berurusan dengan pelayanan kesehatan ini ternyata lebih mudah dari pada yang saya pikirkan sebelumnya					
20	Saya tidak harus mengetahui apa yang terjadi dengan keadaan saya sekarang					
21	Saya telah memberi pengaruh penting dalam upaya mendapatkan kesehatan saya					
22	Saya tidak tahu bagaimana caranya untuk mendapatkan informasi tentang pengobatan terbaik berkenaan dengan penyakit saya					
23	Saya sudah bertemu dengan orang yang menderita penyakit seperti saya yang berhasil mengontrol kesehatannya kembali, saya yakin bisa seperti dia					
24	Pasien lain mengatakan pada saya bagaimana mendapatkan apa yang saya perlukan berkenaan dengan penyakit saya, saya yakin bisa memperoleh hal tersebut untuk mengembalikan kesehatan saya					
25	Tidak peduli apa yang orang lain katakan dan lakukan, saya merasa saya harus terlibat dalam pengobatan Saya					

Lampiran 5

KUESIONER KEPATUHAN *LOCUS* KONTROL

Petunjuk Isian: Setiap item dibawah ini adalah pernyataan keyakinan tentang kondisi medis anda dengan anda mungkin setuju atau tidak setuju, bacalah setiap pertanyaan dengan seksama, berikan pendapat saudara dengan memberi tanda check (√) pada tempat kosong yang tersedia yang mewakili jawaban saudara, pastikan anda menjawab setiap pos dan bahwa anda hanya satu tanda check (√) per item. Ini adaah ukuran dari keyakinan pribadi anda, jelas, tidak ada jawaban benar atau salah.

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Jika saya sakit, itu perilaku saya sendiri yang menentukan seberapa cepat aku sembuh lagi					
2	Seringkali saya merasa bahwa apapun yang saya lakukan, jika saya akan mendapatkan sakit, saya akan sakit					
3	Kontak teratur dengan dokter adalah cara terbaik bagi saya untuk menghindari penyakit					
4	Kebanyakan yang mempengaruhi kesehatan saya terjadi padaku oleh kecelakaan					
5	Setiap kali memperburuk kondisi saya, saya harus berkonsultasi dengan medis yang terlatih profesional					
6	Saya langsung bertanggung jawab atas kondisi saya mendapatkan lebih baik atau lebih buruk					
7	orang lain memainkan peran besar dalam apakah kondisi saya membaik, tetap sama, atau semakin memburuk					
8	Apa yang salah dengan kondisi saya adalah salahku sendiri					
9	Keberuntungan memainkan peran besar dalam menentukan seberapa cepat aku akan sembuh dari penyakit					
10	Kesehatan professional membuat saya sehat					
11	Perbaikan Apapun terjadi dengan kondisi saya adalah sebagian besar masalah keberuntungan					

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Kode
12	Kesejahteraan fisik tergantung pada seberapa baik aku mengurus diriku sendiri					
13	Ketika aku merasa sakit, aku tahu itu karena saya belum mengurus diri sendiri dengan benar					
14	Setiap kali saya sembuh dari penyakit, biasanya karena orang lain (misalnya dokter, perawat, keluarga, teman) telah merawat saya					
15	Tidak peduli apa yang saya lakukan, mungkin aku sakit					
16	Jika saya beruntung, kondisi saya akan menjadi lebih baik					
17	Jika saya mengambil tindakan yang tepat, aku bisa tetap sehat					
18	Mengenai kesehatan saya, saya hanya bisa melakukan apa yang dokter saya suruh saya untuk melakukannya					

Lampiran 6

TABULASI DATA UMUM

Tanggal	No Resp	Kode					
		Usia	Jenis kelamin	Status perkawinan	Pendidikan	Pekerjaan	Lama menderita
7/1/11	1	3	2	2	4	5	1
7/1/11	2	2	2	2	4	4	2
7/1/11	3	3	2	2	4	4	1
7/1/11	4	2	2	2	4	3	1
8/1/11	5	2	2	2	4	2	1
8/1/11	6	2	1	2	3	2	1
8/1/11	7	2	2	2	4	4	1
10/1/11	8	2	2	2	4	4	1
10/1/11	9	2	1	2	2	1	1
10/1/11	10	3	2	3	4	4	1
10/1/11	11	2	1	2	3	0	1
11/1/11	12	2	1	2	4	2	1
11/1/11	13	2	2	2	4	3	1
11/1/11	14	3	2	2	2	1	1
12/1/11	15	2	2	2	4	4	2
12/1/11	16	2	2	2	2	4	1
12/1/11	17	2	1	3	3	0	1
13/1/11	18	2	2	2	4	4	2
13/1/11	19	2	2	2	3	4	2
13/1/11	20	2	2	2	4	4	1
13/1/11	21	2	1	2	3	0	1
13/1/11	22	3	2	3	4	1	1
14/1/11	23	2	2	2	3	4	2
14/1/11	24	3	2	3	2	4	1
14/1/11	25	2	2	2	3	4	1
15/1/11	26	2	1	2	3	0	2
15/1/11	27	2	1	2	2	0	2
15/1/11	28	2	2	2	3	4	1
17/1/11	29	2	2	2	2	1	2
17/1/11	30	3	2	2	4	3	1
17/1/11	31	2	2	2	4	3	2
17/1/11	32	2	2	3	2	1	1
18/1/11	33	2	2	2	3	1	1
18/1/11	34	1	2	2	3	4	2
19/1/11	35	2	2	2	3	4	1
19/1/11	36	2	1	2	2	0	2
19/1/11	37	2	2	2	3	4	1
19/1/11	38	2	2	2	4	3	1
20/1/11	39	2	2	2	4	3	2
20/1/11	40	2	2	2	3	1	1
20/1/11	41	2	2	2	4	3	1
20/1/11	42	2	1	2	2	1	1

Tanggal	No Resp	Kode					
		Usia	Jenis kelamin	Status perkawinan	Pendidikan	Pekerjaan	Lama terdiagnosa
20/1/11	43	2	2	2	2	1	2
21/1/11	44	2	2	2	3	4	1
21/1/11	45	2	1	2	2	1	1
21/1/11	46	1	2	2	3	4	1
22/1/11	47	2	1	2	3	4	1
22/1/11	48	2	2	2	4	3	1

Keterangan

Usia	Kode	Jenis Kelamin	Kode	Status perkawinan	Kode	Pendidikan	Kode
21-40 tahun	: 1	Perempuan	: 1	Belum kawin	: 1	Tidak sekolah	: 1
41-60 tahun	: 2	Laki-laki	: 2	Kawin	: 2	SD/SMP	: 2
> 61 tahun	: 3			Janda/duda	: 3	SMA	: 3
						D3/PT	: 4

Pekerjaan	Kode	Lama terdiagnosa	Kode
Tidak bekerja/IRT	: 0	< 1 bulan	: 3
Tani	: 1	1-3 bulan	: 2
Pegawai swasta	: 2	4-6 bulan	: 1
PNS	: 3		
Wiraswasta	: 4		
Pensiunan	: 5		

Lampiran 7

TABULASI DATA KHUSUS
SELF EFFICACY

No	Soal																									∑	∑ maks	%	*self efficacy*	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25					
1	5	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	101	125	81%	Tinggi	2
2	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	105	125	84%	Tinggi	2
3	5	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	83	125	66%	Tinggi	2
4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	102	125	82%	Tinggi	2
5	4	2	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	2	4	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	78	125	62%	Tinggi	2
6	5	2	4	2	1	2	2	5	4	2	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	2	4	4	4	81	125	65%	Tinggi	2
7	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	102	125	82%	Tinggi	2
8	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	108	125	86%	Tinggi	2
9	4	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	4	2	4	4	2	66	125	53%	Rendah	1
10	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	94	125	75%	Tinggi	2
11	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	2	2	4	2	4	2	2	4	4	68	125	54%	Rendah	1
12	5	2	2	2	2	2	4	2	4	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2	4	4	4	69	125	55%	Rendah	1
13	4	4	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	2	4	2	4	5	4	75	125	60%	Tinggi	2
14	4	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	62	125	50%	Rendah	1
15	4	2	4	2	4	4	2	4	4	2	2	4	5	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	87	125	70%	Tinggi	2
16	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	4	2	5	4	4	4	69	125	55%	Rendah	1
17	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	68	125	54%	Rendah	1
18	4	2	5	2	2	2	2	5	5	2	2	5	5	5	5	5	2	2	4	4	4	4	4	4	2	88	125	70%	Tinggi	2
19	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	5	5	5	2	2	5	2	2	2	4	4	2	76	125	61%	Tinggi	2
20	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	100	125	80%	Tinggi	2
21	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	64	125	51%	Rendah	1
22	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	5	5	5	5	5	2	2	2	2	4	2	4	4	2	79	125	63%	Tinggi	2
23	5	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	4	4	71	125	57%	Tinggi	2
24	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	2	68	125	54%	Rendah	1
25	4	2	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	4	2	76	125	61%	Tinggi	2
26	2	2	4	1	1	1	2	4	4	1	1	4	4	2	4	4	1	2	4	2	4	2	4	4	2	66	125	53%	Rendah	1
27	2	2	2	2	2	2	2	4	4	1	1	2	2	4	4	4	2	2	4	2	2	2	4	4	2	64	125	51%	Rendah	1

28	4	2	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	2	4	4	2	74	125	59%	Tinggi	2
29	2	2	4	1	1	2	2	4	4	1	2	4	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	4	1	64	125	51%	Rendah	1
30	4	2	5	2	2	2	2	4	4	2	2	4	2	2	2	4	2	2	4	2	4	2	4	4	4	73	125	58%	Tinggi	2
31	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	103	125	82%	Tinggi	2
32	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	4	4	2	62	125	50%	Rendah	1
33	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	5	5	2	5	5	2	4	4	4	4	2	4	4	4	82	125	66%	Tinggi	2
34	4	4	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	4	4	80	125	64%	Tinggi	2
35	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	4	4	4	4	92	125	74%	Tinggi	2
36	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	4	2	62	125	50%	Rendah	1
37	4	2	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	4	2	2	4	2	4	4	82	125	66%	Tinggi	2
38	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	110	125	88%	Tinggi	2
39	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	111	125	89%	Tinggi	2
40	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	4	66	125	53%	Rendah	1
41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	104	125	83%	Tinggi	2
42	2	2	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	2	4	4	2	68	125	54%	Rendah	1
43	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	2	2	2	4	4	2	62	125	50%	Rendah	1
44	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	94	125	75%	Tinggi	2
45	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	2	4	2	64	125	51%	Rendah	1
46	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	96	125	77%	Tinggi	2
47	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	98	125	78%	Tinggi	2
48	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	109	125	87%	Tinggi	2

TABULASI DATA *LOKUS* KONTROL

No	Soal																		∑	∑ maks	%	*lokus kontrol*	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18					
1	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	68	90	76%	Patuh	2
2	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	80	90	89%	Patuh	2
3	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	77	90	86%	Patuh	2
4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	68	90	76%	Patuh	2
5	4	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	52	90	58%	Patuh	2
6	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	4	2	2	2	4	39	90	43%	Tidak patuh	1
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	90	80%	Patuh	2
8	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	77	90	86%	Patuh	2
9	4	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	4	2	2	2	42	90	47%	Tidak patuh	1
10	4	4	4	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	82	90	91%	Patuh	2
11	2	4	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	40	90	44%	Tidak patuh	1
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	90	40%	Tidak patuh	1
13	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	40	90	44%	Tidak patuh	1
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	38	90	42%	Tidak patuh	1
15	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	84	90	93%	Patuh	2
16	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	36	90	40%	Tidak patuh	1
17	2	2	2	4	2	2	2	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	39	90	43%	Tidak patuh	1
18	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	83	90	92%	Patuh	2
19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	90	80%	Patuh	2
20	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	86	90	96%	Patuh	2

21	2	2	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	37	90	41%	Tidak patuh	1
22	5	4	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	81	90	90%	Patuh	2
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	68	90	76%	Patuh	2
24	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	37	90	41%	Tidak patuh	1
25	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	76	90	84%	Patuh	2
26	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	35	90	39%	Tidak patuh	1
27	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	33	90	37%	Tidak patuh	1
28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	73	90	81%	Patuh	2
29	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	32	90	36%	Tidak patuh	1
30	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	31	90	34%	Tidak patuh	1
31	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	76	90	89%	Patuh	2
32	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1	1	2	2	2	2	1	35	90	39%	Tidak patuh	1
33	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	76	90	84%	Patuh	2
34	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	73	90	81%	Patuh	2
35	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	79	90	88%	Patuh	2
36	2	2	2	4	2	2	2	2	1	4	2	2	2	2	4	1	2	2	40	90	44%	Tidak patuh	1
37	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	70	90	78%	Patuh	2
38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	75	90	83%	Patuh	2
39	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	81	90	90%	Patuh	2
40	2	2	2	1	4	2	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	2	45	90	50%	Tidak patuh	1
41	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	86	90	96%	Patuh	2
42	2	2	2	1	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	45	90	50%	Tidak patuh	1

43	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	33	90	37%	Tidak patuh	1
44	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	90	80%	Patuh	2
45	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	41	90	46%	Tidak patuh	1
46	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	77	90	86%	Patuh	2
47	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	80	90	89%	Patuh	2
48	4	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	76	90	84%	Patuh	2

Lampiran 8

HASIL ANALISA DATA

Frequencies

Statistics

		Usia	Jenis kelamin	Status Perkawinan	Pendidikan	Pekerjaan	Lama terdignosa	Self efficacy	Lokus kontrol
N	Valid	48	48	48	48	48	48	48	48
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-40 tahun	2	4.2	4.2	4.2
	41-60 tahun	39	81.3	81.3	85.4
	> 61 tahun	7	14.6	14.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	12	25.0	25.0	25.0
	laki-laki	36	75.0	75.0	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Status Perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kawin	43	89.6	89.6	89.6
	Janda/duda	5	10.4	10.4	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD/SMP	11	22.9	22.9	22.9
	SMA	17	35.4	35.4	58.3
	D3/PT	20	41.7	41.7	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja/IRT	6	12.5	12.5	12.5
	Petani	10	20.8	20.8	33.3
	Pegawai swasta	3	6.3	6.3	39.6
	PNS	8	16.7	16.7	56.3
	Wiraswasta	20	41.7	41.7	97.9
	Pensiunan	1	2.1	2.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Lama terdignosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4-6 bulan	35	72.9	72.9	72.9
	1-3 bulan	13	27.1	27.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Self efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	17	35.4	35.4	35.4
	Tinggi	31	64.6	64.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Lokus kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak patuh	20	41.7	41.7	41.7
	Patuh	28	58.3	58.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Self efficacy * Lokus kontrol	48	100.0%	0	.0%	48	100.0%

Self efficacy * Lokus kontrol Crosstabulation

			Lokus kontrol		Total
			Tidak patuh	Patuh	
Self efficacy	Rendah	Count	17	0	17
		Expected Count	7.1	9.9	17.0
		% within Self efficacy	100.0%	.0%	100.0%
	Tinggi	Count	3	28	31
		Expected Count	12.9	18.1	31.0
		% within Self efficacy	9.7%	90.3%	100.0%
Total		Count	20	28	48
		Expected Count	20.0	28.0	48.0
		% within Self efficacy	41.7%	58.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	36.852[b]	1	.000		
Continuity Correction[a]	33.229	1	.000		
Likelihood Ratio	45.490	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	36.084	1	.000		
N of Valid Cases	48				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.08.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.876	.065	12.331	.000[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.876	.065	12.331	.000[c]
N of Valid Cases		48			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Correlations

Correlations

		no 1	no 3	no 8	no 9	no 12	no 13	no 14	no 15	no 16	no 19	no 21	no 23	no 24	no 25	jumlah
no 1	Pearson Co	1	.128	.212	.228	.022	.243	.452*	.310*	.237	.054	.544*	.107	.240	.663*	.598*
	Sig. (2-taile	.	.386	.147	.120	.881	.096	.001	.032	.105	.714	.000	.468	.100	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 3	Pearson Co	.128	1	.170	.037	.338*	.369*	.095	.072	.272	.495*	.353*	-.137	.114	.236	.499*
	Sig. (2-taile	.386	.	.248	.805	.019	.010	.520	.629	.061	.000	.014	.353	.439	.106	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 8	Pearson Co	.212	.170	1	.659*	.336*	.358*	.200	.411*	.446*	.291*	.392*	.501*	.246	.176	.672*
	Sig. (2-taile	.147	.248	.	.000	.019	.012	.172	.004	.001	.045	.006	.000	.092	.233	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 9	Pearson Co	.228	.037	.659*	1	.341*	.259	.326*	.448*	.344*	.166	.394*	.341*	.126	.156	.609*
	Sig. (2-taile	.120	.805	.000	.	.018	.076	.024	.001	.017	.259	.006	.018	.394	.289	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 1:	Pearson Co	.022	.338*	.336*	.341*	1	.313*	.008	.327*	.325*	.284	.242	.156	.069	.029	.486*
	Sig. (2-taile	.881	.019	.019	.018	.	.030	.956	.023	.024	.050	.098	.288	.642	.846	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 1:	Pearson Co	.243	.369*	.358*	.259	.313*	1	.373*	.429*	.467*	.110	.365*	-.067	.299*	.206	.632*
	Sig. (2-taile	.096	.010	.012	.076	.030	.	.009	.002	.001	.459	.011	.653	.039	.161	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 1	Pearson Co	.452*	.095	.200	.326*	.008	.373*	1	.487*	.404*	.145	.369*	.021	.257	.159	.579*
	Sig. (2-taile	.001	.520	.172	.024	.956	.009	.	.000	.004	.325	.010	.889	.077	.280	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 1!	Pearson Co	.310*	.072	.411*	.448*	.327*	.429*	.487*	1	.357*	.364*	.408*	.081	.138	.102	.657*
	Sig. (2-taile	.032	.629	.004	.001	.023	.002	.000	.	.013	.011	.004	.583	.350	.491	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 1	Pearson Co	.237	.272	.446*	.344*	.325*	.467*	.404*	.357*	1	.211	.172	.160	.221	.195	.622*
	Sig. (2-taile	.105	.061	.001	.017	.024	.001	.004	.013	.	.151	.243	.278	.131	.185	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 1	Pearson Co	.054	.495*	.291*	.166	.284	.110	.145	.364*	.211	1	.185	-.121	.014	.176	.473*
	Sig. (2-taile	.714	.000	.045	.259	.050	.459	.325	.011	.151	.	.208	.413	.926	.230	.001
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 2	Pearson Co	.544*	.353*	.392*	.394*	.242	.365*	.369*	.408*	.172	.185	1	.051	.313*	.391*	.690*
	Sig. (2-taile	.000	.014	.006	.006	.098	.011	.010	.004	.243	.208	.	.733	.030	.006	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 2:	Pearson Co	.107	-.137	.501*	.341*	.156	-.067	.021	.081	.160	-.121	.051	1	.088	-.047	.204
	Sig. (2-taile	.468	.353	.000	.018	.288	.653	.889	.583	.278	.413	.733	.	.552	.749	.164
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 2	Pearson Co	.240	.114	.246	.126	.069	.299*	.257	.138	.221	.014	.313*	.088	1	.285*	.378*
	Sig. (2-taile	.100	.439	.092	.394	.642	.039	.077	.350	.131	.926	.030	.552	.	.049	.008
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
no 2!	Pearson Co	.663*	.236	.176	.156	.029	.206	.159	.102	.195	.176	.391*	-.047	.285*	1	.508*
	Sig. (2-taile	.000	.106	.233	.289	.846	.161	.280	.491	.185	.230	.006	.749	.049	.	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
jumla	Pearson Co	.598*	.499*	.672*	.609*	.486*	.632*	.579*	.657*	.622*	.473*	.690*	.204	.378*	.508*	1
	Sig. (2-taile	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.164	.008	.000	.
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1.	VAR00001	no 1
2.	VAR00002	no 3
3.	VAR00003	no 8
4.	VAR00004	no 9
5.	VAR00005	no 12
6.	VAR00006	no 13
7.	VAR00007	no 14
8.	VAR00008	no 15
9.	VAR00009	no 16
10.	VAR00010	no 19
11.	VAR00011	no 21
12.	VAR00012	no 23
13.	VAR00013	no 24
14.	VAR00014	no 25

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	3.7292	.9618	48.0
2.	VAR00002	3.4583	1.0306	48.0
3.	VAR00003	3.7500	.9109	48.0
4.	VAR00004	3.7083	.7978	48.0
5.	VAR00005	3.8333	.8337	48.0
6.	VAR00006	3.7500	.9785	48.0
7.	VAR00007	3.4167	1.0485	48.0
8.	VAR00008	3.6250	.9368	48.0
9.	VAR00009	3.8542	.8503	48.0
10.	VAR00010	3.5625	.9432	48.0
11.	VAR00011	3.5208	.9673	48.0
12.	VAR00012	3.8750	.4892	48.0
13.	VAR00013	4.1042	.3087	48.0
14.	VAR00014	3.1458	1.0312	48.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	51.3333	46.4397	6.8147	14

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	47.6042	39.5208	.4956	.8064
VAR00002	47.8750	40.4947	.3723	.8167
VAR00003	47.5833	38.9291	.5877	.7995
VAR00004	47.6250	40.4521	.5273	.8050
VAR00005	47.5000	41.6170	.3837	.8143
VAR00006	47.5833	38.9716	.5329	.8034
VAR00007	47.9167	39.2695	.4620	.8094
VAR00008	47.7083	38.9344	.5669	.8009
VAR00009	47.4792	39.9570	.5358	.8039
VAR00010	47.7708	41.2442	.3554	.8170
VAR00011	47.8125	38.2832	.6032	.7977
VAR00012	47.4583	45.3174	.1340	.8254
VAR00013	47.2292	44.9464	.3378	.8198
VAR00014	48.1875	40.3684	.3822	.8159

Reliability Coefficients

N of Cases = 48.0 N of Items = 14

Alpha = .8212

Correlations

Correlations

		2	4	5	6	7	10	11	17	18	20	22	jumlah
2	Pearson Corr	1	.837*	.756*	.804*	.763*	.845*	.771*	.748*	.802*	.626*	.599*	.879*
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
4	Pearson Corr	.837*	1	.916*	.865*	.903*	.905*	.849*	.756*	.848*	.699*	.749*	.958*
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
5	Pearson Corr	.756*	.916*	1	.865*	.837*	.841*	.729*	.753*	.772*	.585*	.754*	.904*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
6	Pearson Corr	.804*	.865*	.865*	1	.764*	.809*	.731*	.793*	.756*	.585*	.713*	.892*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
7	Pearson Corr	.763*	.903*	.837*	.764*	1	.828*	.764*	.680*	.794*	.623*	.667*	.885*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
10	Pearson Corr	.845*	.905*	.841*	.809*	.828*	1	.841*	.826*	.861*	.703*	.749*	.945*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
11	Pearson Corr	.771*	.849*	.729*	.731*	.764*	.841*	1	.756*	.848*	.775*	.604*	.888*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
17	Pearson Corr	.748*	.756*	.753*	.793*	.680*	.826*	.756*	1	.780*	.698*	.797*	.878*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
18	Pearson Corr	.802*	.848*	.772*	.756*	.794*	.861*	.848*	.780*	1	.822*	.638*	.913*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
20	Pearson Corr	.626*	.699*	.585*	.585*	.623*	.703*	.775*	.698*	.822*	1	.750*	.800*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
22	Pearson Corr	.599*	.749*	.754*	.713*	.667*	.749*	.604*	.797*	.638*	.750*	1	.818*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
jumlal	Pearson Corr	.879*	.958*	.904*	.892*	.885*	.945*	.888*	.878*	.913*	.800*	.818*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.
	N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1.	VAR00001	2
2.	VAR00002	4
3.	VAR00003	5
4.	VAR00004	6
5.	VAR00005	7
6.	VAR00006	10
7.	VAR00007	11
8.	VAR00008	17
9.	VAR00009	18
10.	VAR00010	20
11.	VAR00011	22

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	2.8125	1.1422	48.0
2.	VAR00002	2.7292	1.1250	48.0
3.	VAR00003	2.6875	1.1139	48.0
4.	VAR00004	2.7292	1.1250	48.0
5.	VAR00005	2.8542	1.0914	48.0
6.	VAR00006	2.7292	1.1803	48.0
7.	VAR00007	2.7292	1.1250	48.0
8.	VAR00008	2.7083	1.0306	48.0
9.	VAR00009	2.7083	1.0306	48.0
10.	VAR00010	2.8333	.9964	48.0
11.	VAR00011	2.9375	1.0398	48.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	30.4583	113.7429	10.6650	11

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	27.6458	93.6379	.8505	.9709
VAR00002	27.7292	92.0315	.9473	.9679
VAR00003	27.7708	93.4996	.8822	.9699
VAR00004	27.7292	93.6059	.8669	.9703
VAR00005	27.6042	94.3293	.8596	.9706
VAR00006	27.7292	91.3506	.9307	.9684
VAR00007	27.7292	93.6910	.8626	.9705

VAR00008	27.7500	95.5106	.8524	.9708
VAR00009	27.7500	94.7447	.8940	.9697
VAR00010	27.6250	97.7287	.7624	.9732
VAR00011	27.5208	96.6804	.7816	.9727

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 48.0 N of Items = 11

Alpha = .9731

Correlations

Correlations

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	mh loku
Pearson Cor	1	.827*	.784*	.751*	.849*	.844*	.812*	.746*	.805*	.812*	.737*	.783*	.772*	.773*	.778*	.757*	.829*	.761*	.865*
Sig. (2-tailed	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.827*	1	.859*	.795*	.844*	.857*	.882*	.799*	.823*	.812*	.838*	.857*	.820*	.833*	.743*	.792*	.792*	.795*	.923*
Sig. (2-tailed	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.784*	.859*	1	.685*	.800*	.777*	.776*	.771*	.828*	.701*	.763*	.802*	.792*	.807*	.658*	.779*	.764*	.784*	.868*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.751*	.795*	.685*	1	.754*	.745*	.723*	.731*	.726*	.738*	.705*	.740*	.725*	.717*	.693*	.650*	.719*	.709*	.821*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.849*	.844*	.800*	.754*	1	.887*	.860*	.782*	.810*	.806*	.853*	.877*	.859*	.866*	.706*	.761*	.799*	.777*	.915*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.844*	.857*	.777*	.745*	.887*	1	.952*	.884*	.817*	.796*	.814*	.853*	.807*	.800*	.809*	.857*	.808*	.832*	.925*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.812*	.882*	.776*	.723*	.860*	.952*	1	.879*	.858*	.805*	.820*	.850*	.809*	.795*	.815*	.871*	.808*	.810*	.931*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.746*	.799*	.771*	.731*	.782*	.864*	.879*	1	.854*	.707*	.800*	.844*	.832*	.804*	.758*	.880*	.803*	.790*	.902*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.805*	.823*	.828*	.726*	.810*	.817*	.858*	.854*	1	.794*	.827*	.868*	.842*	.821*	.775*	.854*	.833*	.795*	.921*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.812*	.812*	.701*	.738*	.806*	.796*	.805*	.707*	.794*	1	.795*	.774*	.741*	.757*	.814*	.734*	.764*	.724*	.868*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.737*	.838*	.763*	.705*	.853*	.814*	.820*	.800*	.827*	.795*	1	.948*	.943*	.890*	.714*	.824*	.822*	.823*	.920*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.783*	.857*	.802*	.740*	.877*	.853*	.850*	.844*	.868*	.774*	.948*	1	.944*	.933*	.758*	.848*	.844*	.852*	.945*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.772*	.820*	.792*	.725*	.859*	.807*	.809*	.832*	.842*	.741*	.943*	.944*	1	.922*	.756*	.836*	.818*	.824*	.925*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.773*	.833*	.807*	.717*	.866*	.800*	.795*	.804*	.821*	.757*	.890*	.933*	.922*	1	.712*	.812*	.812*	.849*	.916*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.778*	.743*	.658*	.693*	.706*	.809*	.815*	.758*	.775*	.814*	.714*	.758*	.756*	.712*	1	.819*	.730*	.765*	.849*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.757*	.792*	.779*	.650*	.761*	.857*	.871*	.860*	.854*	.734*	.824*	.848*	.836*	.812*	.819*	1	.852*	.899*	.913*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.829*	.792*	.764*	.719*	.799*	.808*	.808*	.803*	.833*	.764*	.822*	.844*	.818*	.812*	.730*	.852*	1	.838*	.903*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48
Pearson Cor	.761*	.795*	.784*	.709*	.777*	.832*	.810*	.790*	.795*	.724*	.823*	.852*	.824*	.849*	.765*	.899*	.838*	1	.901*
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.	.000
N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
Pearson Cor	.865*	.923*	.868*	.821*	.915*	.925*	.931*	.902*	.921*	.868*	.920*	.945*	.925*	.916*	.849*	.913*	.903*	.901*	1
Sig. (2-tailed	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.
N	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	47	48

rrelation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability

****** Method 1 (space saver) will be used for this analysis ******

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

1.	VAR00001	1
2.	VAR00002	2
3.	VAR00003	3
4.	VAR00004	4
5.	VAR00005	5
6.	VAR00006	6
7.	VAR00007	7
8.	VAR00008	8
9.	VAR00009	9
10.	VAR00010	10
11.	VAR00011	11
12.	VAR00012	12
13.	VAR00013	13
14.	VAR00014	14
15.	VAR00015	15
16.	VAR00016	16
17.	VAR00017	17
18.	VAR00018	18

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	3.2979	1.1780	47.0
2.	VAR00002	3.4043	1.2276	47.0
3.	VAR00003	3.3404	1.2208	47.0
4.	VAR00004	3.2128	1.4437	47.0
5.	VAR00005	3.2128	1.2500	47.0
6.	VAR00006	3.2128	1.0822	47.0
7.	VAR00007	3.3191	1.1441	47.0
8.	VAR00008	3.3404	1.1661	47.0
9.	VAR00009	3.0213	1.3908	47.0
10.	VAR00010	3.4468	1.2124	47.0
11.	VAR00011	3.2553	1.1881	47.0
12.	VAR00012	3.3191	1.2529	47.0
13.	VAR00013	3.2553	1.2933	47.0
14.	VAR00014	3.4043	1.1916	47.0
15.	VAR00015	3.5319	1.1200	47.0
16.	VAR00016	3.3404	1.2208	47.0
17.	VAR00017	3.3191	1.2529	47.0
18.	VAR00018	3.2979	1.2321	47.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	59.5319	395.7327	19.8930	18

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	56.2340	355.6179	.8717	.9854
VAR00002	56.1277	352.1138	.9141	.9850
VAR00003	56.1915	355.0712	.8514	.9856
VAR00004	56.3191	350.7872	.7926	.9865
VAR00005	56.3191	351.7438	.9049	.9851
VAR00006	56.3191	356.8742	.9217	.9851
VAR00007	56.2128	354.6929	.9219	.9850
VAR00008	56.1915	355.2451	.8901	.9853
VAR00009	56.5106	346.7336	.9087	.9851
VAR00010	56.0851	355.3404	.8515	.9856
VAR00011	56.2766	353.6827	.9094	.9851
VAR00012	56.2128	350.1277	.9391	.9848
VAR00013	56.2766	349.7697	.9156	.9850
VAR00014	56.1277	353.6790	.9066	.9851
VAR00015	56.0000	359.1304	.8327	.9858
VAR00016	56.1915	352.8973	.9014	.9851
VAR00017	56.2128	352.3016	.8900	.9853
VAR00018	56.2340	353.0962	.8880	.9853

Reliability Coefficients

N of Cases = 47.0 N of Items = 18

Alpha = .9861