

**TESIS**  
**MODEL PENINGKATAN *SELF CARE BEHAVIOR* PADA PASIEN**  
**DIABETES MELITUS TIPE 2 DI DENPASAR**



**MADE MAHAGUNA PUTRA**  
**NIM. 131614153089**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**SURABAYA**  
**2018**

**MODEL PENINGKATAN *SELF CARE BEHAVIOR* PADA PASIEN  
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI DENPASAR**

**TESIS**

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

**Oleh**

**Nama : Made Mahaguna Putra**

**NIM. 131614153089**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2018**

**i**





**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Made Mahaguna Putra

NIM : 131614153089

Tanda Tangan :



Tanggal : 18 Mei 2018

**LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS**

**MODEL PENINGKATAN *SELF CARE BEHAVIOR* PADA PASIEN  
DIABETES MELITUS TIPE 2 DI DENPASAR**

Oleh :  
Made Mahaguna Putra  
NIM. 131614153089

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL, 18 Mei 2018

Oleh  
Pembimbing Ketua



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

Pembimbing Kedua



Candra Panji Asmoro, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK. 198706032016113101



Mengetahui,  
Koordinator Program Studi  
Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes  
NIP. 197212172000032001

## LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Made Mahaguna Putra  
NIM : 131614153089  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Model Peningkatan *Self Care Behavior* Pada Pasien Diabetes  
Melitus Tipe 2 Di Denpasar

Tesis ini telah diuji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
Pada Tanggal, 26 April 2018

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Windhu Purnomo, dr., M.S.  
NIP: 195406251983031002
2. Anggota : Dr. H. Kusnanto, S.Kp., M.Kes  
NIP. 19680829198903100
3. Anggota : Candra Panji Asmoro, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIK. 198706032016113101
4. Anggota : Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes  
NIP: 197212172000032001
5. Anggota : Sri Murtiwi, dr., SpPD., K-EMD, FINASIM  
NIP: 195402151980032003

(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)  
(.....)

Mengetahui,  
Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes  
NIP. 197212172000032001

## HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Univeritas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Made Mahaguna Putra  
NIM : 131614153089  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Departemen : Peminatan Keperawatan Medikal Bedah  
Fakultas : Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Model Peningkatan *Self Care Behavior* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Denpasar beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya  
Pada tanggal : 18 Mei 2018

enyatakan



Made Mahaguna Putra

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Model Peningkatan *Self Care Behavior* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Denpasar”**. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan tesis ini sangatlah besar sehingga penyusunan tesis dapat terwujud, untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan dosen pembimbing yang telah memberikan kesempatan, fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan dan dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat waktu.
3. Bapak Candra Panji Asmoro, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat waktu.
4. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III dan Ibu Eka Mishbahtul Mar'ah Has, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II yang telah memberikan kesempatan, dorongan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
5. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan, dorongan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
6. Dr. Windhu Purnomo, dr. MS., dr. Sri Murtiwi, Sp.PD K-EMD, FINASIM dan Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan sehingga tesis ini dapat selesai dengan baik.
7. Segenap dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu, pengalaman, dan pengarahan.
8. Segenap staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan.
9. Kepala Badan Penanaman Modal dan Perizinan Prov. Bali, Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar, Kepala Dinas Kesehatan Kota

Denpasar, seluruh Kepala Puskesmas di Denpasar yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.

10. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia mengikuti penelitian saya sehingga saya bisa menyelesaikan tesis ini.
11. Seluruh keluarga yang saya cintai I Wayan Suratha, Ni Ketut Ari Ayuni, Putu Sudharyana, Komang Novhia Dharma Pratiwi. Terima kasih yang tak terhingga atas cinta, kesabaran, motivasi, dan doa yang senantiasa kalian panjatkan untuk saya.
12. Yang saya sayangi drh. Ni Komang A.W.S. beserta keluarga yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan tesis ini.
13. Sahabat-sahabat super Magister Angkatan 9. Terima kasih untuk memotivasi dan memberikan saya semangat dalam menjalani kuliah dan menyelesaikan tesis ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, namun harapan peneliti adalah semoga tesis ini dapat membawa manfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan nantinya.

Surabaya, 18 Mei 2018

Penulis

## EXECUTIVE SUMMARY

Diabetes is a disease that requires self-care by the patient, because 99% of patients DM (Diabetes Mellitus) should be able to perform self-care independently. The main problem of Diabetes management is the patient's attitude toward their illness, because they have different concepts and beliefs. Patients who acquire knowledge of disease management is not always implement the desired behavior change (Sharoni and Vivienne, 2012). Lack of attention to self-care behavior in Diabetes patients is a major cause of failure of the Diabetes health program (Vazini and Barati, 2014). Lifestyle has been associated consistently with the risk of type 2 diabetes mellitus (Braver et al., 2017). Based on preliminary study interviews conducted on 2 nurses at primary health care stated that primary health care already have chronic disease management program (Prolanis in Indonesia) but still found low self care behavior patients DM. 50% (5 out of 10) of DM patients in primary health care have low self care behavior. Existing evidence suggests that self-care behavior among patients with diabetes is low (Vazini and Barati, 2014).

The literature review in this study consists of 1) Diabetes mellitus concept which contains: definition, risk factors, diagnostic criteria, pathophysiology, management, and complications. 2) Self efficacy, 3) Family support, 4) Health Promotion Model Theory. Bandura (1997) states that individuals with high self efficacy will have strong self-control capabilities in the face of threats, have fewer problems and more easily recover quickly. Individuals with high self efficacy are also involved with less depression than those with low self efficacy. Behavior according to Bandura (1997) is influenced by individual perceptions of three things, namely the perception of risk level, followed by the expectation that behavior will decrease the risk, and their expectation that they are capable of behavior change. These three perceptions will simultaneously affect the intention and effort to change behavior, and retain the new behavior that has been done. This family-oriented approach is done in cultures with strong family ties as expressed in daily life and in interaction with the family. Family support is associated with better self-care behavior (Wichit et al., 2016). Self care Diabetes is an independent action performed by Diabetes clients in everyday life with the aim to control blood sugar that includes dietary eating activities (diet), physical exercise (exercise), monitoring blood sugar levels, taking medication and foot care.

This research was used cross-sectional approach. The sample size in this study was 177 patients with Diabetes mellitus type 2. Stratified random sampling was used in this study. The inclusion criteria in this study were: 1) Age 20-65 years (age > 80 years may be difficult to read, low prevalence of type 2 DM at <20 years (Lee et al., 2016)), 2) Minimum high school education. Exclusion criteria in

this study were 1) Have a psychiatric illness diagnosed by a doctor, such as schizophrenia or hallucinations, 2) Suffer a cognitive disorder diagnosed by a doctor. Partial Least Square test found that: 1) Personal factors have influenced self care behavior with parameter coefficient value of 0.208 and value  $t = 2.891 > 1.96$ . 2) Personal factors have influenced self efficacy with parameter coefficient value of 0.167 and value  $t = 2.015 > 1.96$ . 3) The personal factor has affected the family support with the parameter coefficient value of 0.351 and the value  $t = 5.137 > 1.96$ . 4) Self efficacy does not affect self care behavior with parameter coefficient value equal to -0,010 and value  $t = 0,139 < 1,96$ . 5) Family support has influenced self care behavior with parameter coefficient value of 0.370 and t value = 5,746 > 1,96.

Personal factors (income, education, and perception) have a weak effect on self care behavior in patients with type 2 DM. Personal factors (income, education, and perception) have a weak influence on self efficacy in patients with type 2 diabetes. Personal factors (income, education, and perception) have a weak influence on family support in patients with type 2 DM. Family support has a weak influence on self-care behavior in patients with type 2 DM. Self efficacy does not affect self-care behavior in patients with type 2 diabetes mellitus. The relationship between the variables are very weak.



## RINGKASAN

Diabetes adalah penyakit yang membutuhkan perawatan mandiri oleh pasien, karena 99% pasien DM (Diabetes Melitus) harus mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Masalah utama manajemen Diabetes adalah sikap pasien terhadap penyakit mereka, karena mereka memiliki konsep dan keyakinan yang berbeda. Pasien yang mendapatkan pengetahuan tentang manajemen penyakit tidak selalu menerapkan perubahan perilaku yang diinginkan (Sharoni and Vivienne, 2012). Kurangnya perhatian terhadap perilaku perawatan mandiri pada pasien Diabetes merupakan penyebab utama kegagalan program kesehatan Diabetes (Vazini and Barati, 2014). Perilaku gaya hidup telah dikaitkan secara konsisten dengan risiko Diabetes mellitus tipe 2 (Braver *et al.*, 2017). Berdasarkan studi pendahuluan wawancara yang dilakukan terhadap 2 orang perawat di puskesmas menyatakan bahwa puskesmas sudah menjalankan program prolanis DM akan tetapi masih ditemukan rendahnya *self care behavior* klien DM. 50 % (5 dari 10) klien DM yang berada di puskesmas memiliki *self care behavior* yang rendah. Bukti yang ada menunjukkan bahwa perilaku perawatan diri di antara pasien Diabetes rendah (Vazini and Barati, 2014).

Tinjauan pustaka dalam penelitian ini terdiri dari 1) Konsep Diabetes melitus yang berisikan : definisi, faktor risiko, kriteria diagnostik, patofisiologi, penatalaksanaan, dan komplikasi. 2) *Self efficacy*, 3) Dukungan keluarga, 4) Teori *Health Promotion Model*. Bandura (1997) menyatakan bahwa individu dengan *self efficacy* yang tinggi akan mempunyai kemampuan kontrol diri yang kuat dalam menghadapi ancaman, mempunyai masalah yang lebih sedikit dan lebih mudah pulih dengan cepat. Individu dengan *self efficacy* tinggi juga terlibat mengalami depresi yang lebih sedikit dari pada mereka yang *self efficacy* nya rendah. Perilaku seseorang menurut Bandura (1997) dipengaruhi persepsi individu terhadap tiga hal, yaitu persepsi tentang tingkat resiko, yang diikuti oleh harapan bahwa perilaku akan menurunkan resiko, dan harapan mereka bahwa mereka mampu untuk melakukan perubahan perilaku. Tiga persepsi tersebut secara bersama-sama akan mempengaruhi intensi dan usaha untuk melakukan perubahan perilaku, dan mempertahankan perilaku baru yang sudah dilakukan. Pendekatan berorientasi keluarga ini dilakukan dalam budaya yang memiliki ikatan kekeluargaan yang kuat seperti yang diungkapkan dalam kehidupan sehari-hari dan dalam interaksi dengan keluarga. Dukungan keluarga dikaitkan dengan perilaku perawatan diri yang lebih baik (Wichit *et al.*, 2016). *Self care* Diabetes adalah tindakan mandiri yang dilakukan oleh klien Diabetes dalam kehidupan sehari-hari dengan tujuan untuk mengontrol gula darah yang meliputi aktifitas pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), pemantauan kadar gula darah, minum obat dan perawatan kaki.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 177 pasien dengan Diabetes melitus tipe 2. *Stratified random sampling* digunakan dalam penelitian ini. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah : 1) Usia 20-65 tahun ( umur > 80 tahun mungkin kesusahan untuk membaca, prevalensi rendah DM tipe 2 pada umur < 20 tahun (Lee *et al.*, 2016)),

2) Pendidikan minimal SMA. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah : 1) Memiliki penyakit kejiwaan yang didiagnosis oleh dokter, seperti skizofrenia atau halusinasi, 2) Menderita gangguan kognitif yang didiagnosis oleh dokter. Uji *Partial Least Square* menunjukkan bahwa : 1) Faktor personal berpengaruh terhadap *self care behavior* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,208 dan nilai  $t=2,891 > 1,96$ . 2) Faktor personal berpengaruh terhadap *self efficacy* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,167 dan nilai  $t=2,015 > 1,96$ . 3) Faktor personal berpengaruh terhadap dukungan keluarga dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,351 dan nilai  $t=5,137 > 1,96$ . 4) *Self efficacy* tidak berpengaruh terhadap *self care behavior* dengan nilai koefisien parameter sebesar -0,010 dan nilai  $t=0,139 < 1,96$ . 5) Dukungan keluarga berpengaruh terhadap *self care behavior* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,370 dan nilai  $t=5,746 > 1,96$ .

Faktor personal (pendapatan, pendidikan, dan persepsi) memiliki pengaruh yang lemah terhadap *self care behavior* pada pasien DM tipe 2. Faktor personal (pendapatan, pendidikan, dan persepsi) memiliki pengaruh yang lemah terhadap *self efficacy* pada pasien DM tipe 2. Faktor personal (pendapatan, pendidikan, dan persepsi) memiliki pengaruh yang lemah terhadap dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2. Dukungan keluarga memiliki pengaruh yang lemah terhadap *self care behavior* pada pasien DM tipe 2. *Self efficacy* tidak memengaruhi *self care behavior* pada pasien DM tipe 2. Hubungan yang dimiliki antara variabel tersebut adalah sangat lemah.

### ABSTRACT

**Introduction:** Diabetes mellitus (DM) is a major health problem in the world. DM patients should be able to perform self-care independently. Diabetic self-care behavior is an effective strategy for controlling Diabetes. The purpose of this study was a validation of model hypothesis that influences self-care behavior of type 2 Diabetes patient. **Method:** This cross-sectional design was used. 177 patients with DM type 2 were recruited from the primary health care in Denpasar through stratified random sampling. The data taken are personal factors (age, gender, education, body mass index, socioeconomic status, self-motivation, disease perception, and belief), self efficacy, family support, and self-care behavior. The structural equation model was used to validate the model hypothesis. **Results and Analysis:** Significantly, personal factors (education, socioeconomic, and perceptions) (T statistics= 2,891) and family support (T statistics= 5,746) were associated with self-care behavior. Self efficacy did not affect self-care behavior (T statistic = 0.139). **Discussion and Conclusion:** The lack of education may lead to an understanding of the DM patient's knowledge less so that self-care behavior of the patient is poor. Several types of social support are involved in facilitating self-care and improving the use of health resources. This support includes emotional, rewarding, informed, and instrumental support. Families provide health promotion and preventive health care, as well as care for their sick members. The next researcher will need to test the effectiveness of the recommended module to improve self care behavior and observe the retrieval of self care behavior data

Keywords: Diabetes mellitus, self efficacy, family support, personal factors, self-care behavior

## ABSTRAK

**Introduction :** Diabetes melitus (DM) adalah masalah utama kesehatan di dunia. Pasien DM harus mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Perilaku perawatan Diabetes adalah strategi yang efektif untuk mengontrol Diabetes. Tujuan dari penelitian ini adalah validasi hipotesis model yang mempengaruhi *self care behavior* pasien DM tipe 2. **Method :** Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*. Secara keseluruhan, 177 pasien dengan DM tipe 2 di rekrut dari Puskesmas di Denpasar melalui *stratified random sampling*. Data yang diambil adalah faktor personal (usia, jenis kelamin, pendidikan, indeks masa tubuh, status sosial ekonomi, motivasi diri, persepsi penyakit, dan kepercayaan), *self efficacy*, dukungan keluarga, dan *self care behavior*. *Structural equation model* digunakan untuk memvalidasi hipotesis model. **Result and Analysis :** Secara signifikan faktor personal (pendidikan, sosio ekonomi, dan persepsi) (T statistik= 2,891) dan dukungan keluarga (T statistik= 5,746) berhubungan dengan *self care behavior*. *Self efficacy* tidak mempengaruhi *self care behavior* (T statistik= 0,139) **Discussion and Conclusion :** Rendahnya pendidikan mungkin menyebabkan pemahaman tentang pengetahuan pasien DM kurang sehingga *self care behavior* pasien buruk. Beberapa jenis dukungan sosial dilibatkan dalam memfasilitasi perawatan diri dan memperbaiki penggunaan sumber daya kesehatan. Dukungan ini termasuk emosional, penghargaan, dukungan informasi, serta instrumental. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagai perawatan bagi anggotanya yang sakit. Peneliti selanjutnya perlu menguji efektivitas modul yang direkomendasikan untuk meningkatkan *self care behavior* dan melakukan observasi terhadap pengambilan data *self care behavior*.

Kata Kunci : Diabetes melitus, *self efficacy*, dukungan keluarga, faktor personal, *self care behavior*

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
EXECUTIVE SUMMARY.....	vii
RINGKASAN .....	ix
ABSTRACT .....	xi
ABSTRAK .....	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR .....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
DAFTAR SINGKATAN .....	xx
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Kajian Masalah.....	6
1.3. Rumusan Masalah .....	7
1.4. Tujuan Penelitian .....	8
1.4.1 Tujuan umum.....	8
1.4.2 Tujuan khusus.....	8
1.5. Manfaat Penelitian .....	8
1.5.1 Teoritis.....	8
1.5.2 Praktis .....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	10
2.1. Diabetes Melitus.....	10
2.1.1 Definisi DM tipe 2.....	10
2.1.2 Faktor risiko.....	11
2.1.3 Kriteria diagnostik .....	11
2.1.4 Patofisiologi.....	12
2.1.5 Penatalaksanaan.....	17

2.1.6	Komplikasi.....	21
2.2.	<i>Self efficacy</i> .....	22
2.3.	Dukungan Keluarga .....	24
2.4.	<i>Self Care Behavior</i> .....	30
2.5.	Teori <i>Health Promotion Model</i> .....	33
2.6.	Keaslian Penelitian.....	38
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....		45
3.1.	Kerangka Konseptual .....	45
3.2.	Hipotesis.....	48
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		49
4.1.	Desain Penelitian.....	49
4.2.	Populasi, Sampel, Besar Sampel, Sampling.....	49
4.2.1.	Populasi .....	49
4.2.2.	Sampel .....	49
4.2.3.	Sampling .....	50
4.3.	Kerangka Kerja Penelitian .....	53
4.4.	Identifikasi Variabel.....	54
4.5.	Definisi Operasional.....	54
4.6.	Instrumen Penelitian.....	60
4.7.	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	64
4.8.	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	66
4.9.	Prosedur Pengumpulan Data .....	66
4.10.	Analisis Data .....	68
4.11.	Etik Penelitian .....	70
BAB 5 HASIL PENELITIAN .....		73
5.1.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	73
5.1.1.	Geografi .....	73
5.1.2.	Topografi dan iklim .....	74
5.1.3.	Kependudukan .....	75
5.1.4.	Sosial ekonomi .....	75
5.1.5.	Sarana kesehatan.....	76

5.2. Deskripsi Variabel Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> .....	78
5.2.1. Analisis deskripsi faktor personal.....	78
5.2.2. Analisis deskripsi <i>self efficacy</i> .....	80
5.2.3. Analisis deskripsi dukungan sosial keluarga.....	80
5.2.4. Analisis deskripsi <i>self care behavior</i> .....	81
5.3. Analisis Inferensial Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> .....	81
5.3.1. Pengujian <i>measurement model (outer model)</i> .....	81
5.3.2. Pengujian model struktural ( <i>inner model</i> ).....	83
5.3.3. Pengujian hipotesa.....	85
5.4. Hasil FGD .....	87
5.5. Rekomendasi Dari Hasil FGD .....	88
BAB 6 PEMBAHASAN .....	89
6.1. Pengaruh Faktor Personal Terhadap <i>Self Care Behavior</i> Pasien DM Tipe 2 .....	89
6.2. Pengaruh Faktor Personal Terhadap <i>Self Efficacy</i> Pasien DM Tipe 2 .....	92
6.3. Pengaruh Faktor Personal Terhadap Dukungan Keluarga Pasien DM Tipe.....	94
6.4. Pengaruh <i>Self Efficacy</i> Terhadap <i>Self Care Behavior</i> Pasien DM Tipe 2.....	96
6.5. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap <i>Self Care Behavior</i> Pasien DM Tipe2 .....	98
6.6. Temuan Penelitian.....	102
6.7. Keterbatasan Penelitian .....	103
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....	104
7.1. Simpulan .....	104
7.2. Saran.....	105
DAFTAR PUSTAKA .....	106

### DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Proporsi sampel pada masing-masing puskesmas Penelitian model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM (Health Promotion Model) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	51
Tabel 4.2	Variabel Penelitian model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM (Health Promotion Model) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	54
Tabel 4.3	Definisi operasional model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM (Health Promotion Model) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	55
Tabel 4.4	Penilaian item dukungan sosial keluarga .....	63
Tabel 4.5	Jadwal penelitian Pengembangan model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM (Health Promotion Model) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	66
Tabel 5.1	Letak geografis dan luas wilayah Kota Denpasar .....	74
Tabel 5.2	Distribusi puskesmas berdasarkan desa yang diwilayahi .....	76
Tabel 5.3	Distribusi rumah sakit publik berdasarkan pengelola .....	78
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan variabel faktor personal pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018.....	78
Tabel 5.5	Distribusi responden berdasarkan variabel <i>self efficacy</i> pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018 .....	80
Tabel 5.6	Distribusi responden berdasarkan variabel dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018 .....	80
Tabel 5.7	Distribusi responden berdasarkan variabel <i>self care behavior</i> pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018 .....	81
Tabel 5.8	Perhitungan <i>measuremen model (outer model)</i> pada Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> Pasien DM tipe 2 di Denpasar .....	83
Tabel 5.9	Perhitungan <i>measuremen model (inner model)</i> pada Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> Pasien DM tipe 2 di Denpasar .....	85



Tabel 5.10 Hasil perhitungan uji t ( <i>T-Test</i> ) pada pada Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> Pasien DM tipe 2 di Denpasar .....	87
Tabel 5.11 Hasil FGD Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> pada Pasien DM Tipe 2 Di Denpasar .....	88

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Identifikasi masalah pengembangan model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	6
Gambar 2.1	Kerangka konsep teori <i>health promotion model</i> .....	34
Gambar 3.1	Kerangka konseptual model peningkatan <i>self care behavior</i> berbasis teori HPM ( <i>Health Promotion Model</i> ) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	45
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Pengembangan model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM ( <i>Health Promotion Model</i> ) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar.....	53
Gambar 4.2	Model peningkatan <i>self are behavior</i> berbasis teori HPM ( <i>Health Promotion Model</i> ) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar .....	70
Gambar 5.1	<i>Measurement model (outer model)</i> .....	82
Gambar 5.2	<i>Measurement model (inner model)</i> .....	84
Gambar 5.3	<i>Structural model</i> (Pengujian hipotesa).....	86
Gambar 6.1	Temua penelitian .....	87

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian.....	115
Lampiran 2 Lembar <i>Informed Consent</i> .....	118
Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian.....	119
Lampiran 4 Kuesioner Penelitian.....	120
Lampiran 5 Panduan FGD .....	130
Lampiran 6 Surat Permohonanan Data Awal.....	135
Lampiran 7 Surat Ijin Permohonanan Data Awal .....	136
Lampiran 8 Surat Permohonanan Data Awal.....	137
Lampiran 9 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian .....	138
Lampiran 10 Surat Ijin Penelitian .....	139
Lampiran 11 Absensi FGD .....	142

## DAFTAR SINGKATAN

- ADA : American Diabetes Association  
BB : Berat Badan  
BMI : Body Mass Index  
BPS : Badan Pusat Statistika  
DM : Diabetes Melitus  
DMSES : Diabetes Mellitus *Self Efficacy* Scale  
DPP4-Inh : Dipeptidyl Peptidase IV inhibitor  
Faskes : Fasilitas Kesehatan  
FGD : Focus Group Discussion  
HBA1C : Hemoglobin-glikosilat  
HDFSS : Hensarling's Diabetes Family Support Scale  
HPM : Health Promotion Model  
IDF : International Diabetes Federation  
IDFE :International Diabetes Federation Europe  
IPQ-R : Illness Perception Questionnaire  
KAD : Ketoacidosis  
OHO : Obat Hipoglikemik Oral  
PLS : Partial Least Square  
Prolanis : Program pengelolaan penyakit kronis  
Riskesdas : Riset Kesehatan Dasar  
SDSCA : Summary of Diabetes Self Care Activities  
SMBG : Self Monitoring of Blood Glucose  
TB : Tinggi Badan  
TRSQ : Treatment Self Regulation Questionnaire  
WHO : World Health Organization

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Diabetes adalah penyakit yang membutuhkan perawatan mandiri oleh pasien, karena 99% pasien DM (Diabetes Melitus) harus mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Masalah utama manajemen Diabetes adalah sikap pasien terhadap penyakit mereka, karena mereka memiliki konsep dan keyakinan yang berbeda. Pasien yang mendapatkan pengetahuan tentang manajemen penyakit tidak selalu menerapkan perubahan perilaku yang diinginkan (Sharoni and Vivienne, 2012). Kurangnya perhatian terhadap perilaku perawatan mandiri pada pasien Diabetes merupakan penyebab utama kegagalan program kesehatan Diabetes (Vazini and Barati, 2014). Perilaku gaya hidup telah dikaitkan secara konsisten dengan risiko Diabetes mellitus tipe 2 (Braver *et al.*, 2017).

Program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) DM meliputi a) konsultasi medis, b) edukasi kelompok peserta Prolanis merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan, c) *Reminder* melalui SMS *gateway* adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke Faskes Pengelola tersebut, d) *home visit*, e) aktivitas klub dan pemantauan kesehatan (BPJS, 2015). Berdasarkan studi pendahuluan wawancara yang dilakukan terhadap 2 orang perawat di puskesmas menyatakan bahwa

puskesmas sudah menjalankan program prolanis DM akan tetapi masih ditemukan rendahnya *self care behavior* klien DM. 50 % (5 dari 10) klien DM yang berada di puskesmas memiliki *self care behavior* yang rendah. Bukti yang ada menunjukkan bahwa perilaku perawatan diri di antara pasien Diabetes rendah (Vazini and Barati, 2014).

Jumlah pasien Diabetes meningkat, dengan lebih 346 juta orang diperkirakan menderita Diabetes secara global, dan jumlah ini diperkirakan akan meningkat menjadi 592 juta pada tahun 2035 (Bhandari and Kim, 2016; Waki *et al.*, 2016). Penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insidensi dan prevalensi DM tipe 2 di berbagai penjuru dunia. WHO memprediksi adanya peningkatan jumlah penderita Diabetes yang cukup besar pada tahun-tahun mendatang. Sekitar 20% -25% penduduk berusia di atas 65 tahun di Amerika Serikat dan Korea menderita Diabetes (Kusnanto, 2013; Song *et al.*, 2015; Al-amer *et al.*, 2016). WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030 dan komposisinya lebih banyak pada usia muda dan usia yang produktif. *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2009, memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM dari 7,0 juta pada tahun 2009 menjadi 12,0 juta pada tahun 2030. Laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2–3 kali lipat pada tahun 2030 (Kusnanto, 2013). Proporsi penderita Diabetes di kalangan masyarakat umum di provinsi Jawa Timur Indonesia lebih besar (2,5%) daripada rata-rata nasional (2,1%). Sebanyak 19.167 kasus morbiditas di Kota Malang terkait dengan

Diabetes melitus tipe 2 pada tahun 2013 (Dwi, Amatayakul and Karuncharernpanit, 2017). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 12 Oktober 2017 jumlah kasus baru pasien DM pada tahun 2016 di wilayah kerja puskesmas Denpasar sebanyak 3.400 kasus.

Pasien dengan Diabetes akan menghadapi komplikasi kronis dari penyakit ini (Kav *et al.*, 2017). Efek DM juga mempengaruhi kesehatan mental dan fisik sosial seseorang. Mempertimbangkan beberapa komplikasi kronis Diabetes, seperti gangguan mata, ginjal, kardiovaskular dan saraf. Pencegahan, pengendalian dan perawatan penyakit yang tepat dan segera, akan dapat mengatasi masalah pasien Diabetes. Perawatan Diabetes, biaya pengobatan dan komplikasi, perubahan perilaku, meningkatkan kontrol metabolik merupakan tujuan utama dalam pengobatan Diabetes yang bergantung pada perilaku perawatan diri pasien. Perawatan diri akan meningkatkan kualitas hidup dan secara berkelanjutan dapat mencegah komplikasi akut dan kronis dari penyakit ini atau menunda komplikasi (Vazini and Barati, 2014). Penelitian (Kiani and Hesabi, 2017) menjelaskan bahwa kepercayaan agama memiliki peran penting dalam kehidupan manusia. Kepercayaan seseorang terhadap agama dapat menghambat terciptanya sikap negatif, gangguan pikiran dan penyakit psikologis pada manusia.

Kejadian diabetes di masa depan akan meningkatkan beban medis dan ekonomi penyakit lebih lanjut, sehingga membutuhkan strategi pencegahan dan kuratif yang efisien (Laxy *et al.*, 2014). Upaya untuk meningkatkan kualitas hidup penderita DM telah dilakukan baik berupa *Diabetes Mellitus Self Care* maupun *Diabetes Self Management Education*, masih banyak penderita DM yang belum



mandiri dalam mengelola penyakitnya. Penderita bertanggung jawab atas pengelolaan *day-to-day care* atas penyakitnya (Kusnanto, 2013) (Laxy *et al.*, 2014) . Penderita harus memiliki pengetahuan keterampilan dan keyakinan diri dalam melakukan tindakan medis tertentu seperti tes gula darah, injeksi insulin, serta pemahaman akan pengelolaan emosi untuk dapat mengelola penyakitnya secara efektif . Hal utama dalam mengelola penyakit DM selalu berkenaan dengan manajemen gaya hidup antara lain perencanaan makan, latihan jasmani, penggunaan obat hipoglikemik secara teratur, pengontrolan berat badan, pemantauan kadar glukosa darah atau urin serta pengontrolan kondisi emosi dan psikis penderita (Kusnanto, 2013). Untuk mencegah komplikasi terkait Diabetes pada orang dewasa, kepatuhan terhadap perilaku pengelolaan diri diperlukan. Kepatuhan terhadap perilaku ini dapat mencegah komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup. Penyedia layanan kesehatan harus mempertimbangkan perilaku dan pengukuran ini saat merencanakan program pendidikan untuk pasien Diabetes. Selain itu, program pendidikan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap perilaku pengelolaan mandiri diabetes harus mempertimbangkan konteks budaya dan sosial pasien, serta karakteristik pasien (Seo *et al.*, 2016).

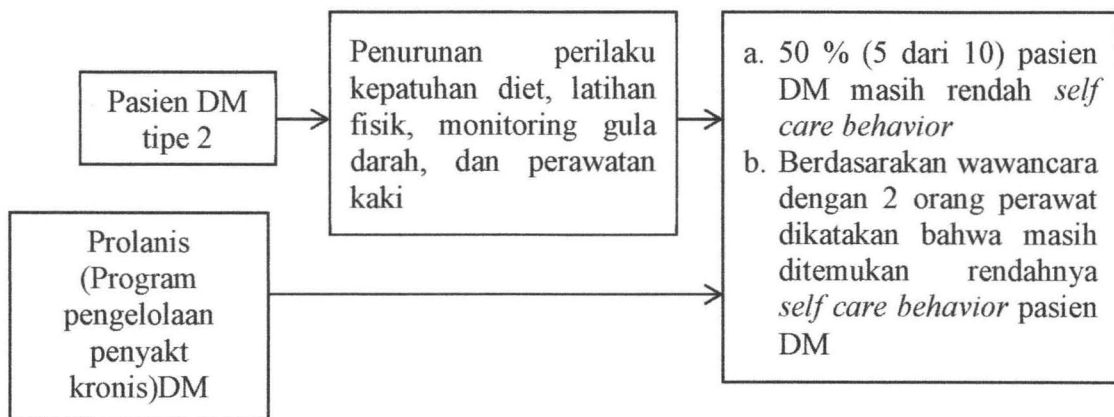
Federasi Diabetes Internasional Eropa (IDFE) dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan komitmen untuk mengoptimalkan pengelolaan perawatan bagi pasien Diabetes mellitus dengan tujuan untuk mengurangi risiko komplikasi jangka panjang. Perilaku perawatan diri memberikan landasan dalam pengelolaan Diabetes; penderita Diabetes diharapkan mengikuti serangkaian perilaku kompleks yang harus diintegrasikan dalam rutinitas sehari-hari mereka.

Ini termasuk pengaturan diet, aktifitas fisik, dan pengelolaan obat Diabetes (Gatt and Sammut, 2008). Penelitian (Song *et al.*, 2015) menjelaskan peningkatan perilaku manajemen diri pada penderita Diabetes merupakan strategi penting yang disertakan pada terapi medis untuk mencapai kontrol gula darah, tekanan darah, dan kolesterol. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa perawatan mandiri akan memberikan hasil yang bermanfaat seperti memperbaiki kesehatan dan kualitas hidup, meningkatkan kepuasan pasien, mengurangi biaya kesehatan, pengelolaan gejala yang lebih baik dan meningkatkan harapan hidup (Vazini and Barati, 2014).

*Health Promotion Model* (HPM) adalah model teoretis yang komprehensif yang biasa digunakan untuk menjelaskan perilaku peningkatan kesehatan. Model ini menggambarkan efek timbal balik individu dan lingkungan interpersonal dan fisik mereka dalam mengikuti kesehatan. Elemen model ini mencakup faktor pribadi, perilaku terkait sebelumnya, manfaat tindakan yang dirasakan, hambatan tindakan yang dirasakan, pengaruh *self-efficacy*, situasional dan interpersonal yang dirasakan, dampak aktivitas terkait (positif dan negatif), komitmen terhadap rencana tindakan, dan tuntutan (Dehdari, Rahimi and Aryaeian, 2014). Model Promosi Kesehatan Pender menjelaskan bahwa faktor pribadi, manfaat tindakan yang dirasakan, hambatan yang dirasakan untuk bertindak, *self efficacy* yang dirasakan, pengaruh aktivitas, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional merupakan elemen penting dalam perubahan perilaku (Dwi, Amatayakul and Karunchareernpanit, 2017). Meskipun HPM dapat digunakan untuk menjelaskan berbagai perilaku kesehatan, hanya sedikit penelitian yang menggunakan model

ini (Dehdari, Rahimi and Aryaeian, 2014). Perlu adanya suatu model untuk dapat meningkatkan *self care behavior* pada pasien DM karena mempertahankan perilaku perawatan diri yang optimal sangat penting dalam manajemen Diabetes. Memahami faktor-faktor yang terkait dengan perilaku perawatan diri dan jalurnya dapat membantu penyedia layanan kesehatan mengembangkan dan mendesain intervensi berbasis bukti pada pasien Diabetes melitus. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian model peningkatan *self care behavior* berbasis teori HPM pada klien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar.

## 1.2. Kajian Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah pengembangan model peningkatan *self care behavior* berbasis teori HPM (*Health Promotion Model*) pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

Berdasarkan Gambar 1.1 Diabetes adalah penyakit yang membutuhkan perawatan mandiri oleh pasien, karena 99% pasien DM (Diabetes Melitus) harus mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Masalah utama manajemen Diabetes adalah sikap pasien terhadap penyakit mereka, karena mereka memiliki konsep dan keyakinan yang berbeda. Pasien yang mendapatkan pengetahuan tentang manajemen penyakit tidak selalu menerapkan perubahan perilaku yang

diinginkan (Sharoni and Vivienne, 2012). Kurangnya perhatian terhadap perilaku perawatan mandiri pada pasien diabetes merupakan penyebab utama kegagalan program kesehatan Diabetes (Vazini and Barati, 2014). Perilaku gaya hidup telah dikaitkan secara konsisten dengan risiko Diabetes mellitus tipe 2 (Braver *et al.*, 2017). Program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) DM meliputi a) konsultasi medis, b) edukasi kelompok peserta Prolanis merupakan suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan dalam upaya memulihkan penyakit dan mencegah timbulnya kembali penyakit serta meningkatkan status kesehatan, c) *Reminder* melalui SMS *gateway* adalah kegiatan untuk memotivasi peserta untuk melakukan kunjungan rutin kepada Faskes Pengelola melalui pengingatan jadwal konsultasi ke Faskes Pengelola tersebut, d) *home visit*, e) aktivitas klub dan pemantauan kesehatan (BPJS, 2015). Berdasarkan studi pendahuluan wawancara yang dilakukan terhadap 2 orang perawat di puskesmas menyatakan bahwa puskesmas sudah menjalankan program prolanis DM akan tetapi masih ditemukan rendahnya *self care behavior* klien DM. 50 % (5 dari 10) klien DM yang berada di puskesmas memiliki *self care behavior* yang rendah. Bukti yang ada menunjukkan bahwa perilaku perawatan diri di antara pasien Diabetes rendah (Vazini and Barati, 2014).

### 1.3. Rumusan Masalah

Bagaimanakah model peningkatan *self care behavior* yang sesuai untuk pasien DM tipe 2 di Denpasar ?

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan umum**

Mengembangkan model *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar

### **1.4.2 Tujuan khusus**

- 1) Menganalisis pengaruh faktor personal dengan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar
- 2) Menganalisis pengaruh faktor personal terhadap *Self efficacy* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar
- 3) Menganalisis pengaruh faktor personal terhadap dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2 di Denpasar
- 4) Menganalisis pengaruh dukungan keluarga terhadap *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar
- 5) Menganalisis pengaruh *self efficacy* terhadap *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar
- 6) Menyusun model *self care behavior* pada klien DM tipe 2 di Denpasar

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Teoritis**

Hasil perumusan model berbasis teori HPM sebagai kerangka pemikiran dalam pengembangan keilmuan keperawatan terutama pada klien DM tipe 2, sebagai penerapan model teori HPM, dan memberikan pedoman langkah penerapan *self care behavior* pasien DM tipe 2.

### 1.5.2 Praktis

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan terutama berkaitan dengan pengelolaan penyakit DM dan sebagai masukan untuk meningkatkan *self care behavior* Diabetes secara teratur.

# **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Diabetes Melitus

##### 2.1.1 Definisi DM tipe 2

DM merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai oleh ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein sehingga menyebabkan peningkatan kadar gula darah (Black & Hawks, 2009). (*American Diabetes Association*, 2013) mendefinisikan DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kelainan kerja insulin (tidak efektif), atau keduanya. Terdapat dua jenis DM, yaitu DM tipe 1 akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, dan DM tipe 2 akibat penurunan sensitivitas reseptor insulin (*tyrosine kinase*) di permukaan sel, sehingga pada jenis DM tipe 2 jumlah insulin yang disekresikan oleh sel beta pankreas bisa normal, bahkan meningkat (Smeltzer & Bare, 2009). DM tipe 2 inilah yang jumlahnya paling banyak di Indonesia dengan usia rata-rata di atas 40 tahun (Risksedas, 2013).

Insulin adalah hormon yang berperan dalam regulasi glukosa darah melalui peningkatan *up take* glukosa darah ke dalam sel dan jaringan (melalui *GLUT 4*) serta pembentukan cadangan glukosa (glikogen di hati dan otot, trigliserida, dan protein). Pengeluaran insulin dipengaruhi beberapa faktor yaitu kadar glukosa dan asam amino dalam darah, hormon pada saluran cerna (GLP-1 (glucagon-like polypeptide-1) dan GIP (glucose-dependent insulinotrophic polypeptide atau disebut juga gastric inhibitory



polypeptide) (PERKENI, 2015) dan aktivitas saraf parasimpatik pada saluran cerna (Sherwood, 2011). Dalam keadaan normal, insulin akan ditangkap oleh reseptor insulin yang ada pada permukaan sel, kemudian membuka pintu masuk ke sel, hingga glukosa dapat masuk. Pada pasien DM tipe 2 proses ini tidak dapat berjalan dengan baik, sehingga menghambat metabolisme glukosa, baik penggunaan oleh sel maupun penyimpanan menjadi glikogen.

### **2.1.2 Faktor risiko**

Faktor resiko terjadinya DM (Smeltzer & Bare 2009):

- 1) Keturunan
- 2) Usia lebih dari 40 tahun
- 3) Obesitas
- 4) Tekanan darah tinggi
- 5) Kadar trigliserida tinggi
- 6) Kadar kolesterol tinggi

### **2.1.3 Kriteria diagnostik**

DM menurut (*American Diabetes Association*, 2013) ditemukan pada kondisi sebagai berikut:

- 1) HbA1C  $\geq$  6,5 % berdasarkan NGSP (National Glycated Hemoglobin Standardization) atau,
- 2) Kadar Gula Darah Puasa (GDP)  $\geq$  126 mg/dl. Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam atau,
- 3) Terdapat trias klasik Diabetes Melitus (poliuri, polidipsi dan penurunan BB) dan kadar Gula Darah Acak (GDA)  $\geq$  200 mg/dl atau,

- 4) Kadar Gula Darah 2 jam post pandrial (PP) atau Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) 75 gr anhidridous yang dilarutkan dalam air (standar WHO)  $\geq$  200 mg/dl.

Kategori peningkatan risiko untuk Diabetes (preDiabetes):

- 1) Kadar glukosa darah puasa 100 mg/dL sampai dengan 125 mg/dL atau,
- 2) Kadar Gula Darah 2 jam post pandrial (PP) atau Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) 75 gr adalah 140 mg/dL sampai dengan 199 mg/dL atau,
- 3) HbA1C 5,7 – 6,4 %.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Resistensi insulin pada otot dan liver serta kegagalan sel beta pankreas telah dikenal sebagai patofisiologi kerusakan sentral dari DM tipe-2. Belakangan diketahui bahwa kegagalan sel beta terjadi lebih dini dan lebih berat daripada yang diperkirakan sebelumnya. Selain otot, liver dan sel beta, organ lain seperti: jaringan lemak (meningkatnya lipolisis), gastrointestinal (defisiensi incretin), sel alpha pancreas (hiperglukagonemia), ginjal (peningkatan absorpsi glukosa), dan otak (resistensi insulin), kesemuanya ikut berperan dalam menimbulkan terjadinya gangguan toleransi glukosa pada DM tipe-2. Delapan organ penting dalam gangguan toleransi glukosa ini (*ominous octet*) penting dipahami karena dasar patofisiologi ini memberikan konsep tentang (PERKENI, 2015):

1. Pengobatan harus ditujukan guna memperbaiki gangguan patogenesis, bukan hanya untuk menurunkan HbA1c saja
2. Pengobatan kombinasi yang diperlukan harus didasari atas kinerja obat pada gangguan multipel dari patofisiologi DM tipe 2.

3. Pengobatan harus dimulai sedini mungkin untuk mencegah atau memperlambat progresivitas kegagalan sel beta yang sudah terjadi pada penyandang gangguan toleransi glukosa.

Tidak hanya otot, liver dan sel beta pankreas saja yang berperan sentral dalam patogenesis penderita DM tipe-2 tetapi terdapat organ lain yang berperan yang disebutnya sebagai the *ominous octet*. Secara garis besar patogenesis DM tipe-2 disebabkan oleh delapan hal (omnious octet) berikut:

1. Kegagalan sel beta pancreas : Pada saat diagnosis DM tipe-2 ditegakkan, fungsi sel beta sudah sangat berkurang. Obat anti diabetik yang bekerja melalui jalur ini adalah sulfonilurea, meglitinid, GLP-1 agonis dan DPP-4 inhibitor.
2. Liver: Pada penderita DM tipe-2 terjadi resistensi insulin yang berat dan memicu gluconeogenesis sehingga produksi glukosa dalam keadaan basal oleh liver (HGP=*hepatic glucose production*) meningkat. Obat yang bekerja melalui jalur ini adalah metformin, yang menekan proses gluconeogenesis.
3. Otot: Pada penderita DM tipe-2 didapatkan gangguan kinerja insulin yang multiple di intramioselular, akibat gangguan fosforilasi tirosin sehingga timbul gangguan transport glukosa dalam sel otot, penurunan sintesis glikogen, dan penurunan oksidasi glukosa. Obat yang bekerja di jalur ini adalah metformin, dan tiazolidindion.
4. Sel lemak: Sel lemak yang resisten terhadap efek antilipolisis dari insulin, menyebabkan peningkatan proses lipolysis dan kadar asam lemak bebas

(FFA= *Free Fatty Acid*) dalam plasma. Peningkatan FFA akan merangsang proses glukoneogenesis, dan mencetuskan resistensi insulin di liver dan otot. FFA juga akan mengganggu sekresi insulin. Gangguan yang disebabkan oleh FFA ini disebut sebagai lipotoxocity. Obat yang bekerja dijalur ini adalah tiazolidindion.

5. Usus: Glukosa yang ditelan memicu respon insulin jauh lebih besar dibanding kalau diberikan secara intravena. Efek yang dikenal sebagai efek incretin ini diperankan oleh 2 hormon GLP-1 (glucagon-like polypeptide-1) dan GIP (glucose-dependent insulinotropic polypeptide atau disebut juga gastric inhibitory polypeptide). Pada penderita DM tipe-2 didapatkan defisiensi GLP-1 dan resisten terhadap GIP. Disamping hal tersebut incretin segera dipecah oleh keberadaan enzim *DPP-4*, sehingga hanya bekerja dalam beberapa menit. Obat yang bekerja menghambat kinerja *DPP-4* adalah kelompok *DPP-4* inhibitor. Saluran pencernaan juga mempunyai peran dalam penyerapan karbohidrat melalui kinerja enzim alfa-glukosidase yang memecah polisakarida menjadi monosakarida yang kemudian diserap oleh usus dan berakibat meningkatkan glukosa darah setelah makan. Obat yang bekerja untuk menghambat kinerja enzim alfa-glukosidase adalah akarbosa.
6. Sel Alpha Pancreas: Sel- $\alpha$  pancreas merupakan organ ke-6 yang berperan dalam hiperglikemia dan sudah diketahui sejak 1970. Sel- $\alpha$  berfungsi dalam sintesis glukagon yang dalam keadaan puasa kadarnya di dalam plasma akan meningkat. Peningkatan ini menyebabkan HGP dalam keadaan basal meningkat secara signifikan dibanding individu yang normal. Obat yang

menghambat sekresi glukagon atau menghambat reseptor glukagon meliputi GLP-1 agonis, DPP4 inhibitor dan amylin.

7. Ginjal: Ginjal merupakan organ yang diketahui berperan dalam pathogenesis DM tipe-2. Ginjal memfiltrasi sekitar 163 gram glukosa sehari. Sembilan puluh persen dari glukosa terfiltrasi ini akan diserap kembali melalui peran SGLT-2 (Sodium Glucose coTransporter) pada bagian *convulated* tubulus proksimal. Sedang 10% sisanya akan di absorpsi melalui peran SGLT-1 pada tubulus desenden dan asenden, sehingga akhirnya tidak ada glukosa dalam urine. Pada penderita DM terjadi peningkatan ekspresi gen SGLT-2. Obat yang menghambat kinerja SGLT-2 ini akan menghambat penyerapan kembali glukosa di tubulus ginjal sehingga glukosa akan dikeluarkan lewat urine. Obat yang bekerja di jalur ini adalah SGLT-2 inhibitor. Dapaglifozin adalah salah satu contoh obatnya.
8. Otak: Insulin merupakan penekan nafsu makan yang kuat. Pada individu yang obes baik yang DM maupun non-DM, didapatkan hiperinsulinemia yang merupakan mekanisme kompensasi dari resistensi insulin. Pada golongan ini asupan makanan justru meningkat akibat adanya resistensi insulin yang juga terjadi di otak. Obat yang bekerja di jalur ini adalah GLP-1 agonis, amylin dan bromokriptin.

Diabetes mellitus sebagai salah satu penyakit metabolik yang disebabkan karena kekurangan atau ketidakefektifan hormon insulin. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal yaitu kerusakan pada sel beta pankreas, gaya hidup tidak seimbang, yaitu intake glukosa yang tinggi tidak diimbangi dengan aktivitas fisik,

menyebabkan glukosa yang bersirkulasi di dalam darah tinggi, atau karena stres kronik yang menyebabkan tingginya kadar kortisol di dalam darah yang menurunkan sensitivitas sel terhadap insulin, sehingga kadar glukosa darah tidak terkontrol (hipergikemi). Diabetes yang tidak terkontrol telah banyak menyebabkan berbagai komplikasi seperti penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi, kebutaan, penyakit ginjal, penyakit sistem saraf, amputasi kaki, dan kematian awal (Sratton et al., 2000).

Penyakit Diabetes yang bersifat kronis serta potensi Diabetes terhadap komplikasi yang serius sering menyebabkan masalah psikologis, finansial dan menurunkan kualitas hidup (Coffey et al., 2002). Selain itu kadar glukosa darah yang fluktuatif memerlukan kontrol ketat terhadap pola diet dan aktivitas fisik, sehingga pasien mengalami perubahan dan penyesuaian besar dalam pola hidupnya terutama apabila jatuh pada komplikasi DM, dan hal inilah yang paling dikhawatirkan oleh pasien DM. Oleh karena itu DM tidak hanya berpengaruh secara fisik, tetapi juga berpengaruh secara kejiwaan. Saat seseorang didignosis menderita DM maka respon emosi yang muncul yaitu penolakan, cemas, stress, hingga depresi (Tylor, 1995). Pada pasien yang menderita DM dalam waktu lama, respon psikologis yang sering ditemukan adalah bosan, kehilangan motivasi, putus asa dan acuh terhadap program manajemen yang dijalani sehingga berpotensi menurunkan kualitas hidup pasien (Coffey, 2002).

Untuk mengatasi masalah yang ditimbulkan akibat Diabetes mellitus, maka diperlukan upaya perbaikan kondisi psikologis yang akan mendorong motivasi pasien dan berdampak pada stabilisasi kadar glukosa darah serta pencegahan

komplikasi hiperglikemi, yaitu dengan memperbaiki persepsi pasien DM terhadap penyakitnya (Fisher & Strycker 2010). Salah satu pendekatan dalam memperbaiki persepsi yang dapat dilakukan oleh perawat adalah dengan pendekatan spiritual yaitu dengan membangun kesadaran diri dalam mengambil hikmah dari sakit yang diberikan oleh Allah dan kepercayaan terhadap kuasa Allah (Hadiarni 2008; Potter & Perry 2009; Sholeh, 2009).

### **2.1.5 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan DM dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/atau suntikan. Obat anti hiperglikemia oral dapat diberikan sebagai terapi tunggal atau kombinasi. Pada keadaan emergensi dengan dekompensasi metabolik berat, misalnya: ketoasidosis, stres berat, berat badan yang menurun dengan cepat, atau adanya ketonuria, harus segera dirujuk ke Pelayanan Kesehatan Sekunder atau Tersier.

Pengetahuan tentang pemantauan mandiri, tanda dan gejala hipoglikemia dan cara mengatasinya harus diberikan kepada pasien. Pengetahuan tentang pemantauan mandiri tersebut dapat dilakukan setelah mendapat pelatihan khusus (PERKENI, 2015).

#### **1) Edukasi**

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu dilakukan sebagai bagian dari pencegahan dan pengelolaan DM secara holistik. Materi edukasi terdiri dari materi edukasi tingkat awal dan materi edukasi tingkat lanjutan.

- a. Materi edukasi pada tingkat awal dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Primer yang meliputi :
- a) Perjalanan penyakit DM
  - b) Pengendalian dan pemantauan DM secara berkesinambungan
  - c) Penyulit DM dan risikonya
  - d) Intervensi non-farmakologis dan farmakologis serta target pengobatan
  - e) Cara pemantauan glukosa darah dan pemahaman hasil glukosa darah atau urin mandiri
  - f) Mengenal gejala dan penanganan awal hipoglikemia
  - g) Pentingnya latihan jasmani teratur
  - h) Pentingnya perawatan kaki
- b. Materi edukasi tingkat lanjut dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Sekunder dan / atau Tersier, yang meliputi :
- a) Mengenal dan mencegah penyulit akut DM
  - b) Pengetahuan mengenai penyulit menahun DM
  - c) Penatalaksanaan DM selama menderita penyakit lain
  - d) Rencana untuk kegiatan khusus
  - e) Kondisi khusus yang dihadapi (Contoh: puasa, hamil, hari-hari sakit)
  - f) Hasil penelitian dan pengetahuan masa kini dan teknologi mutakhir tentang DM.
  - g) Pemeliharaan/ perawatan kaki.



## 2) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

TNM merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DMT2 secara komprehensif. Kunci keberhasilannya adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain serta pasien dan keluarganya). Guna mencapai sasaran terapi TNM sebaiknya diberikan sesuai dengan kebutuhan setiap penyandang DM.

Prinsip pengaturan makan pada penyandang DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

## 3) Jasmani

Latihan jasmani adalah salah satu pilar dalam pengelolaan DMT2 apabila tidak disertai adanya nefropati. Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali seminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit perminggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan glukosa darah sebelum latihan. Apabila kadar glukosa darah  $< 100$  mg/dL pasien harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila  $>250$  mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan jasmani. Kegiatan sehari-hari / aktivitas sehari-hari bukan termasuk ke dalam latihan jasmani meskipun dianjurkan untuk selalu aktif setiap hari. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan

berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50%-70% denyut jantung maksimal) seperti : jalan cepat, bersepeda santai, *jogging*, dan berenang. Denyut jantung maksimal dihitung dengan cara mengurangi angka 220 dengan usia pasien.

Pada penderita DM tanpa komplikasi (contoh: osteoarthritis, hipertensi yang tidak terkontrol, retinopati, nefropati) dianjurkan juga melakukan *resistance training* (latihan beban) 2-3 kali/perminggu sesuai dengan petunjuk dokter. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Intensitas latihan jasmani pada penyandang DM yang relatif sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada penyandang DM yang disertai komplikasi intensitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan dengan masing-masing individu.

#### 4) Terapi Farmakologis

##### a. Obat antihiperqlikemia Oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat antihiperqlikemia oral dibagi menjadi 5 golongan:

- a) Pemacu sekresi insulin (*Insulin secretagogue*)
  - b) Peningkatan sensitivitas terhadap insulin
  - c) Penghambat absorpsi glukosa di saluran pencernaan
  - d) Penghambat DPP-IV (*Dipeptidyl Peptidase-IV*)
  - e) Penghambat SGLT-2 (*Sodium Glucose Cotransporter 2*)
- ##### b. Obat antihiperqlikemia suntik

Termasuk antihiperqlikemia suntik, yaitu insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin dan agonis GLP-1.

### 2.1.6 Komplikasi

#### 1. Komplikasi jangka pendek (akut) :

##### 1) Hipoglikemia

Hipoglikemi ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah  $< 70$  mg/dL. Hipoglikemi adalah penurunan konsentrasi glukosa serum dengan atau tanpa adanya gejala-gejala sistem otonom, seperti adanya *whipple's triad* :

- a. Terdapat gejala-gejala klinis hipoglikemia
- b. Kadar glukosa darah yang rendah (GDS  $< 70$  mg/dL)
- c. Gejala membaik dengan pemberian glukosa

Hipoglikemi diklasifikasikan ke dalam beberapa bagian terkait dengan derajat keparahannya : a) hipoglikemi berat : pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk pemberian karbohidrat, glukagon, atau resusitasi lainnya, b) hipoglikemi simtomatik apabila GDS  $< 70$  mg/dL disertai gejala hipoglikemia, c) hipoglikemia asimtomatik apabila GDS  $< 70$  mg/dL tanpa gejala hipoglikemia, d) hipoglikemia relatif apabila GDS  $> 70$  mg/dL dengan gejala hipoglikemia, e) *Probable* hipoglikemia apabila gejala hipoglikemia tanpa pemeriksaan GDS (PERKENI, 2015).

##### 2) Ketoasidosis (KAD)

Ketoasidosis Diabetik (KAD) adalah komplikasi akut Diabetes yang ditandai dengan peningkatan kada glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dL), disertai tanda dan gejala asidosis metabolik dan plsama keton (+) kuat. Osmolaritas

plasma meningkat (300-320 mOs/ml) dan terjadi peningkatan anion gap (PERKENI, 2015).

### 3) Status Hiperglikemi Hiperosmolar (SHH)

Suatu keadaan dimana terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dL), tanpa tanda dan gejala asidosis metabolik, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/ml), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat (PERKENI, 2015).

## 2. Komplikasi jangka panjang

Komplikasi jangka panjang dapat menyerang pembuluh darah besar (makrovaskuler) dan pembuluh darah kecil (mikrovaskuler). Komplikasi makrovaskuler terjadi akibat perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar. Komplikasi ini berupa penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler, *peripheral vascular disease*. Komplikasi mikrovaskuler ditandai dengan penebalan membrane basalis sel endotel kapiler yang disebabkan oleh kadar glukosa darah yang tinggi. Komplikasi mikrovaskuler ini dapat berupa retinopati diabetic, nefropati dan neuropati diabetic (.Smelzer & Bare, 2009).

### 2.2. *Self efficacy*

*Self-efficacy* adalah prasyarat terpenting untuk perubahan perilaku. *Self-efficacy* mengacu pada kepercayaan seseorang dalam melakukan aktivitas tertentu, termasuk kepercayaan diri untuk melakukan aktivitas saat hambatan muncul (Klein, Peters and Yarandi, 2016). *Self efficacy* menggambarkan kepercayaan tentang kemampuan diri sendiri, atau merupakan keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil yang positif. *Self efficacy*

merupakan kepercayaan seseorang dalam menentukan bagaimana orang merasakan, memikirkan, menggerakkan dan bertindak (Bandura, 1994) *Self efficacy* juga merupakan keyakinan bahwa seseorang mempunyai kemampuan untuk melakukan kegiatan tertentu. Persepsi *self-efficacy* telah diketahui mempengaruhi keputusan tentang perilaku apa yang diambil. *Self efficacy* yang kuat akan tercipta pula kemampuan *self care management* yang tinggi. Individu dengan *self efficacy* tinggi memiliki keyakinan dalam kemampuan mereka untuk menerapkan perilaku tertentu (Chen *et al.*, 2015).

Bandura di dalam Shortridge-Baggett (2001) menyatakan bahwa *self efficacy* merupakan prediktor yang paling efektif dalam menilai perubahan perilaku seseorang. Bandura (1986) di dalam Wu (2007) juga menyatakan bahwa *self efficacy* akan mempengaruhi cara individu berpikir, perasaan, motivasi dan penampilan yang ditunjukkan individu. Motivasi seseorang untuk menunjukkan perilaku tertentu tergantung pada kemampuan individu mengevaluasi *self efficacy* yang dimilikinya. Semakin tinggi *self efficacy* individu maka akan memudahkan individu memecahkan masalah dalam keadaan sulit. Individu yang meyakini bahwa dia mampu melakukan suatu perilaku tertentu akan melakukan perilaku tersebut. Sedangkan individu dengan *efficacy* rendah cenderung untuk tidak melakukan perilaku tersebut atau menghindarinya. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi akan lebih mudah mengadopsi perilaku baru.

Bandura (1997) menyatakan bahwa individu dengan *self efficacy* yang tidak berarti tidak akan mengalami kecemasan atau stress dalam melakukan perilaku baru. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi akan mempunyai kemampuan

kontrol diri yang kuat dalam menghadapi ancaman, mempunyai masalah yang lebih sedikit dan lebih mudah pulih dengan cepat Individu dengan *self efficacy* tinggi juga terlibat mengalami depresi yang lebih sedikit dari pada mereka yang *self efficacy* nya rendah. Perilaku seseorang menurut Bandura (1997) dipengaruhi persepsi individu terhadap tiga hal, yaitu persepsi tentang tingkat resiko, yang diikuti oleh harapan bahwa perilaku akan menurunkan resiko, dan harapan mereka bahwa mereka mampu untuk melakukan perubahan perilaku. Tiga persepsi tersebut secara bersama-sama akan mempengaruhi intensi dan usaha untuk melakukan perubahan perilaku, dan mempertahankan perilaku baru yang sudah dilakukan.

Penelitian (Dwi, Amatayakul and Karuncharernpanit, 2017) menjelaskan *self efficacy* yang dirasakan diidentifikasi sebagai faktor terkuat kedua yang memprediksi pengelolaan diri Diabetes di antara orang dewasa dengan Diabetes mellitus tipe 2 di Kota Malang. Penentuan ini menunjukkan bahwa peserta dengan persepsi *self efficacy* yang lebih tinggi memiliki nilai pengelolaan diri Diabetes yang lebih tinggi. *Self efficacy* yang dirasakan mengekspresikan kepercayaan diri orang terhadap kemampuan mereka untuk melakukan perilaku tertentu.

### **2.3. Dukungan Keluarga**

Menurut (Friedman, 2010) dukungan sosial keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup, yang memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh, dengan sifat dan tipe dukungan bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan, yang dapat meningkatkan penyesuaian untuk kelangsungan hidup dalam keluarga. Sejak lahir setiap individu saling terkait dalam suatu kelompok

terutama kelompok keluarga. Dalam hubungan keterkaitan kelompok ini terdapat kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota lainnya. Sehingga dalam kesehariannya perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam suatu aturan normatif tertentu. Demikian pula perilaku individu tersebut terhadap masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada anggota keluarga, baik moril maupun materiil, sehingga dengan dukungan itu seseorang merasa diperhatikan, mendapat saran, atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Smet, 1994).

Pendekatan berorientasi keluarga ini dilakukan dalam budaya yang memiliki ikatan kekeluargaan yang kuat seperti yang diungkapkan dalam kehidupan sehari-hari dan dalam interaksi dengan keluarga. Dukungan keluarga dikaitkan dengan perilaku perawatan diri yang lebih baik (Wichit *et al.*, 2016). Penelitian lain juga menemukan bahwa intervensi keluarga memperbaiki *self efficacy*, pengetahuan tentang Diabetes, dan *self management* Diabetes (Baig *et al.*, 2016). Dukungan keluarga adalah sumber lain yang membantu individu DM tipe 2 untuk memperbaiki aktivitas perawatan diri mereka (Wichit *et al.*, 2016).

Dukungan keluarga sangat penting dalam masyarakat Thailand di mana keluarga memiliki peran penting dalam penyediaan dukungan fisik, mental dan sosio-ekonomi kepada orang-orang yang hidup dengan Diabetes (Lundberg and Thrakul, 2013). Terlepas dari perbedaan agama, secara budaya negara-negara Asia memiliki kesamaan dalam hal tanggung jawab utama terhadap kesehatan anggota keluarga yang secara tradisional tinggal bersama anggota keluarga

lainnya di rumah (Wichit *et al.*, 2016). Peran khusus yang diberikan anggota keluarga untuk mendukung individu dengan Diabetes yaitu mempersiapkan makanan dan manajemen makanan (China (Shi *et al.*, 2016), Jepang, Korea, Taiwan, Thailand (Wichit *et al.*, 2016) ), mendorong dan memantau latihan fisik (China (Shi *et al.*, 2016), Jepang, Thailand (Wichit *et al.*, 2016)) dan pemantauan glukosa darah dan perilaku perawatan diri lainnya (China (Shi *et al.*, 2016), Jepang, Thailand (Wichit *et al.*, 2016)).

Dukungan terdiri atas informasi yang menuntun orang meyakini bahwa ia diperhatikan dan dipedulikan (Smet, 1994). Dimensi dari dukungan keluarga terdiri dari empat aspek :

#### 1) Dukungan emosional

Dukungan ini meliputi ekspresi, rasa empati, dan perhatian terhadap seseorang sehingga membuatnya merasa lebih baik, memperoleh kembali keyakinannya, merasa dimiliki dan dicintai pada saat stress. Dukungan dari keluarga misalnya dengan mendengarkan, terbuka, bersikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, ekspresi kasih sayang, dan adanya pengertian dari anggota keluarga pasien Diabetes mellitus. Komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi anggota keluarga. Dimensi ini didapatkan dari mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa perhatian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain.

Memberi dukungan emosional kepada keluarga termasuk dalam fungsi afektif keluarga. Terpenuhinya fungsi afektif dalam keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup manusia, stabilitas kepribadian, dan perilaku



serta harga diri anggota keluarga. (Friedman, Bowden, dan Jones, 2010) menyatakan bahwa dengan terpenuhinya dukungan emosional dalam keluarga secara positif akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anggotanya. Diabetes mellitus dapat menimbulkan gangguan psikologis bagi penderitanya, hal ini dikarenakan Diabetes tidak dapat disembuhkan dan mempunyai risiko untuk mengalami komplikasi. Kondisi ini dapat mempengaruhi seseorang dalam mengendalikan emosi. Apabila muncul masalah depresi pada pasien, bantuan medis mungkin diperlukan, namun tidak kalah pentingnya dukungan keluarga yang akan mendorong pasien untuk dapat mengendalikan emosi dan waspada terhadap hal yang mungkin terjadi.

## 2) Dukungan informatif

Menurut (Friedman, 1998) keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Dukungan informasi yang diberikan keluarga merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, dengan memberikan penjelasan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi. Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagai perawatan bagi anggotanya yang sakit. (Friedman et al., 2010).

Menurut (Setiadi, 2008) bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan seseorang dalam menanggulangi persoalan yang dihadapi meliputi pemberian nasihat, pengarahan, ide-ide, atau informasi lainnya yang

dibutuhkan dan informasi ini dapat disampaikan kepada orang lain yang mungkin menghadapi persoalan yang sama atau hampir sama. Apabila anggota keluarga yang sakit mendapatkan dukungan berupa informasi yang cukup maka ini dapat menjadikan motivasi baginya agar tetap menjaga kondisi kesehatan untuk menjadi lebih baik. Dengan pengontrolan kesehatan yang baik diharapkan akan meningkatkan status kesehatan pasien.

Dukungan informasi yang dibutuhkan pasien bisa berupa pemberian informasi terkait kondisi yang dialami dan bagaimana cara perawatannya. Dukungan informasi dapat diberikan keluarga dalam bentuk memberi saran, arahan, dan informasi penting yang dibutuhkan oleh penderita dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004).

### 3) Dukungan Penghargaan (*appraisal*)

Dukungan penghargaan merupakan ekspresi keluarga dalam memberikan respons (penilaian) positif, pernyataan membenarkan (setuju) terhadap ide atau perasaan individu, serta umpan balik atau menunjukkan perbandingan sosial dalam rangka membuka wawasannya. Keluarga memberikan persetujuan, dorongan positif dan bimbingan terhadap anggota keluarga. Dukungan ini membuat individu senang karena pendapatnya dihargai dan merasa berkompeten. Bentuk dukungan muncul dari pengakuan dan penerimaan keluarga terhadap kemampuan yang dimiliki anggotanya (Friedman, et al., 2010).

Dukungan penghargaan merupakan bentuk fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi, dan peningkatan

harga diri (Friedman et al., 2010). Dukungan penghargaan akan menyebabkan penderita DM merasa berguna dan berarti bagi keluarga. Dukungan penghargaan dibutuhkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Rifki, 2011). Dukungan tersebut dapat berupa melibatkan penderita dalam musyawarah keluarga, meminta pendapat penderita, dan mempertimbangkan pendapatnya.

#### 4) Dukungan Instrumental (tangible or instrumental support)

Dukungan instrumental merupakan bentuk dukungan yang bersifat nyata berupa bantuan langsung bersifat fasilitas atau materi berupa tenaga, dana dan sarana untuk menolong anggotanya termasuk menyediakan waktu untuk melayani dan mendengarkan anggota keluarga dalam menyampaikan perasaannya. Pada dukungan instrumental keluarga bertindak sebagai sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental termasuk dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga dan fungsi ekonomi yang diterapkan terhadap keluarga yang sakit (Setiadi, 2008). Dukungan ini dapat diwujudkan dengan bentuk menyediakan makanan sesuai kebutuhannya, mengingatkan jadwal rutin untuk cek gula darah, serta mendorong atau mengajak penderita untuk berolahraga secara teratur.

*Hensarling's Diabetes Family Support Scale* (HDFSS) merupakan salah satu instrumen pengukuran dukungan sosial keluarga yang dikembangkan oleh J. Hensarling (2009) yang telah teruji validitasnya untuk mengukur persepsi pasien akan dukungan yang diberikan keluarga. HDFSS terdiri dari 29 pertanyaan dengan empat alternatif jawaban (selalu, sering, jarang, tidak pernah) dengan skor

masing-masing jawaban berbeda. Hensarling merekomendasikan kuesioner ini untuk mengukur dukungan keluarga pasien DM.

#### **2.4. *Self Care Behavior***

Beberapa sumber menjelaskan bahwa dalam aplikasi di klinik *self care* Diabetes diartikan sama dengan *self management* pada klien DM. *Self care* Diabetes merupakan program atau tindakan yang harus dijalankan sepanjang kehidupan klien dan menjadi tanggungjawab penuh bagi setiap klien Diabetes (Bai et al, 2009). *Self care* Diabetes adalah tindakan yang dilakukan perorangan untuk mengontrol Diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi (Sigurdardottir, 2005). Sedangkan Sousa & Zauszniewski (2005) mendefinisikan *self care* Diabetes merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan *self care* dan penampilan tindakan *self care* Diabetes untuk meningkatkan peningkatan pengaturan gula darah

Berdasarkan uraian pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *self care* Diabetes adalah tindakan mandiri yang dilakukan oleh klien Diabetes dalam kehidupan sehari-hari dengan tujuan untuk mengontrol gula darah yang meliputi aktifitas pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), pemantauan kadar gula darah, minum obat dan perawatan kaki.

##### 1) Diet

Pentingnya terapi nutrisi medis dalam pengelolaan Diabetes ditunjukkan dengan baik. Dengan mengikuti diet yang tepat, memungkinkan pasien untuk mengendalikan kadar gula darah dengan lebih baik, dan akibatnya dapat menurunkan kebutuhan obat. Rencana makan menurut pedoman yang relevan

dapat menyebabkan penurunan kadar HbA1C 1-2% pada pasien DM-2, penurunan konsentrasi kolesterol LDL 15-25 mg, penurunan tekanan darah sebesar 5 mmHg untuk sistolik dan 2 mmHg untuk diastolik pada pasien hipertensi dan 3 mmHg sistolik dan diastolik 1 mm Hg pada pasien sehat, dan sekitar 2-5 kg dapat menurunkan berat badan (Chourdakis and Kontogiannis, 2014). Penelitian Chourdakis and Kontogiannis (2014), menyebutkan penghasilan berpengaruh terhadap pola makan sehat (setidaknya 5 porsi buah dan sayur per hari). Diet makanan sehat juga cenderung diikuti oleh pasien yang mempunyai durasi penyakit lebih lama. Hal ini dikaitkan dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi mengenai penyakit mereka. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat memahami informasi kesehatan khususnya diet dengan lebih baik. Salah satu hambatan yang paling sering disebutkan pada pemahaman pasien adalah bahasa yang digunakan dan cara komunikasi informasi kesehatan oleh profesional kesehatan.

## 2) Aktifitas fisik

Manfaat dari program olahraga untuk pasien DM tipe 2 telah didokumentasikan dengan baik dan termasuk menurunkan gula darah, menurunkan risiko penyakit kardiovaskuler, dan meningkatkan aktifitas insulin. Selain itu menjadi kurus memiliki efek positif bagi psikologis pasien. Berolahraga selama lebih dari 30 menit per hari dengan kombinasi diet yang direkomendasikan dapat menyebabkan penurunan kebutuhan pengobatan, sedangkan 30 menit latihan selama 5 hari per minggu dapat memperbaiki kadar HbA1C (Chourdakis and Kontogiannis, 2014).

Penelitian Chourdakis and Kontogiannis (2014) menjelaskan pria, pasien dengan tingkat pendidikan tinggi, dan pasien dengan durasi penyakit yang lebih lama lebih cenderung untuk berolahraga dibandingkan dengan wanita, pasien dengan tingkat pendidikan rendah, dan durasi penyakit yang pendek. Olahraga memainkan peran penting dalam DM tipe 2, karena risiko komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular semakin berkurang, kontrol glikemik, sensitivitas insulin, risiko penyakit kardiovaskuler berkurang.

### 3) Regimen medikasi

### 4) Perawatan kaki

Pasien DM tipe 2 berisiko tinggi mengalami masalah terkait dengan kaki dan memiliki risiko 25% untuk menderita ulkus kaki. Menerima informasi tentang keuntungan mempertahankan kadar gula darah dalam batasan normal dan mengenakan sepatu yang sesuai juga sangat penting. Di Amerika Serikat lebih dari 80.000 amputasi dilakukan setiap tahun pada orang dengan DM dan estimasi biaya penyembuhan untuk ulkus tanpa infeksi 8.000 \$ dan untuk ulkus dengan infeksi 17.000\$ dan untuk amputasi 45.000\$

### 5) Monitoring mandiri gula darah

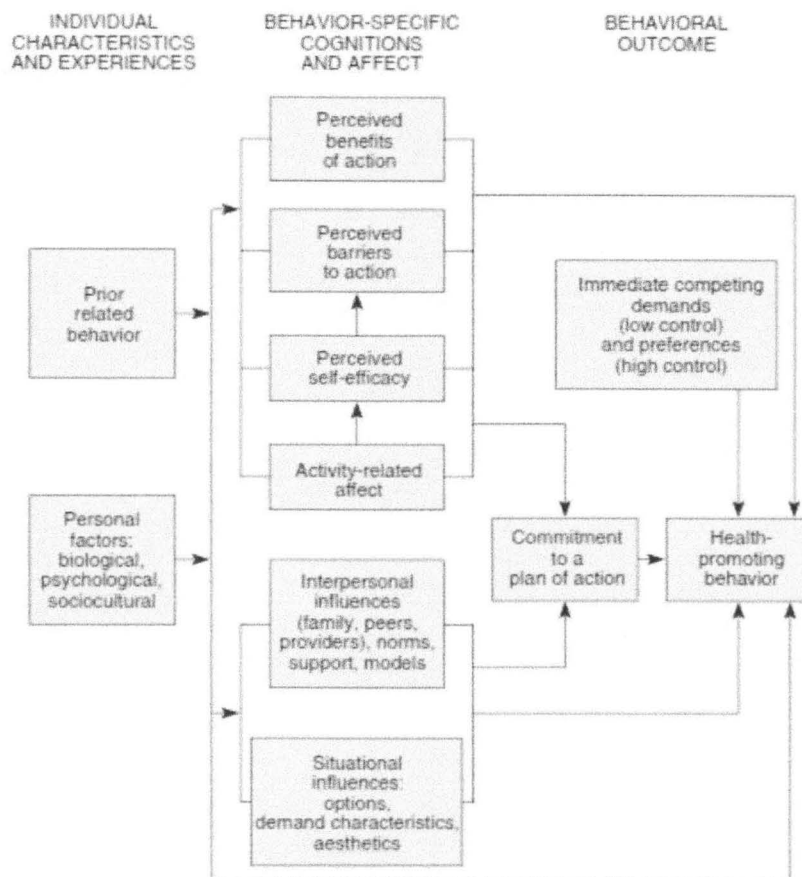
Pengukuran *self care* Diabetes menggunakan pengukuran aktifitas *self care* Diabetes (*The Summary of Diabetes Self-Care Activities/SDSCA*) yang dikembangkan oleh Toobert, D.J et al (2000). Aktifitas yang termasuk dalam *self care* Diabetes tersebut meliputi pengaturan pola makan (diet), latihan fisik/*exercise*, pemantauan gula darah, pengobatan dan perawatan kaki.

Rejimen perawatan mandiri multidimensi termasuk DM tidak terbatas pada pengendalian diet, olahraga, pemantauan glukosa darah, perawatan kaki, penanganan stres, dan asupan agen hipoglikemik oral dan/atau suntik dan dipengaruhi oleh berbagai faktor sosiodemografi, psikologis, dan penyakit. Kepatuhan terhadap rejimen perawatan mandiri multidimensi merupakan tantangan dan menempatkan beban yang signifikan pada kesejahteraan fisik dan mental. Berbagai faktor eksternal seperti ketersediaan dukungan sosial, faktor psikologis seperti *self-efficacy*, faktor sosial ekonomi (misalnya, pendapatan rendah, status pekerjaan), faktor demografi (misalnya, jenis kelamin, agama, status perkawinan, status pendidikan, harapan mengenai penuaan), faktor budaya, dan faktor terkait penyakit (seperti adanya komplikasi terkait DM, adanya komorbiditas) telah diidentifikasi untuk mempengaruhi perilaku perawatan orang dewasa dengan DM (Bhandari and Kim, 2016).

### **2.5. Teori *Health Promotion Model***

Latar belakang Pender dalam keperawatan, perkembangan manusia, psikologi eksperimental dan pendidikan membimbingnya dalam menggunakan sudut pandang keperawatan yang holistik, psikologi sosial, dan teori pembelajaran sebagai fondasi HPM. HPM mengintegrasikan beberapa gagasan. Teori yang menjadi pusat HPM adalah teori pembelajaran sosial milik Albert Bandura, yang mengemukakan pentingnya proses-proses kognitif dalam perubahan perilaku. Teori pembelajaran sosial, sekarang dinamai teori kognitif sosial, mencakup kepercayaan-kepercayaan pada diri seperti yang berikut ini: atribusi diri (*self efficacy*) merupakan satu gagasan pusat HPM.

Model ini ekspektansi atas motivasi manusia yang dijelaskan oleh Feather bahwa perilaku itu bersifat rasional dan ekonomis dan juga penting bagi pengembangan model ini. HPM memiliki bentuk yang serupa dengan model kepercayaan kesehatan, yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit; tetapi yang membuat HPM berbeda dari model kepercayaan kesehatan adalah tidak disertakannya rasa takut atau ancaman sebagai sumber motivasi bagi perilaku kesehatan. HPM mencakup secara luas untuk menunjukkan perilaku yang dibutuhkan dalam meningkatkan kesehatan dan menerapkannya sepanjang hidup (Alligood, 2014)



Gambar 2.1 Kerangka konsep teori *health promotion model* (Alligood, 2014)



Berikut ini karakteristik individu dan pengalaman yang memengaruhi tindakan kesehatan setelahnya.

1) Perilaku yang berkaitan dengan masa lalu

Frekuensi perilaku yang sama atau mirip dengan perilaku di masa lalu. Efek-efek langsung dan tidak langsung terhadap kecenderungan menjalankan perilaku yang mempromosikan kesehatan.

2) Faktor personal

Dikategorikan menjadi faktor biologi, psikologis, dan sosiokultural. Faktor-faktor ini bersifat prediktif berdasarkan perilaku yang ada dan dibentuk oleh kondisi perilaku sasaran yang sedang diteliti

a. Faktor biologi personal

Yang termasuk kedalamnya factor ini adalah variable seperti usia, jenis kelamin, IMT, status puber, status menopause, kemampuan aerobik, kekuatan, kecepatan dan keseimbangan.

b. Faktor psikologis personal

Faktor-faktor ini meliputi variabel seperti penghargaan diri, motivasi diri, persepsi status kesehatan, dan definisi kesehatan

c. Faktor sosiokultural personal

Faktor-faktor seperti ras, etnis, akulturasi, pendidikan, dan status sosioekonomi merupakan factor-faktor yang turut serta.

Berikut ini kognisi dan afeksi yang berkaitan spesifik dengan perilaku yang dianggap memiliki signifikansi motivasi yang besar; variabel tersebut dapat dimodifikasi melalui tindakan keperawatan.

3) Keuntungan yang dirasa atas suatu tindakan

Keuntungan yang dirasa atas suatu tindakan merupakan hasil positif yang diantisipasi akibat tindakan keehatan.

4) Halangan yang dirasa untuk melakukan tindakan

Halangan yang dirasa untuk melakukan tindakan adalah rintangan yang diantisipasi, dibayangkan, atau yang nyata dan harga yang harus dibayarkan secara pribadi akibat melakukan perbuatan atau perilaku tersebut

5) Keyakinan diri yang dipersepsikan

Keyakinan diri yang dipersepsikan adalah peritmbangan atas kemampuan diri untuk mengorganisirdan melakukan suatu perilaku yang mempromosikan kesehatan. Keyakinan diri yang dirasa memengaruhi halangan yang dirasa bagi tindakan, sehingga semakin tinggi tingkat keyakinan maka semakin rendah tingkat halangan yang dirasa terhadap pengerjaan suatu perilaku.

6) Afek yang berkaitan dengan Aktivitas

Menjelaskan perasaan positif dan negatif yang subjektif yang muncul sebelum, saat, dan setelah perilaku yang berasal dari sifat stimulus dari perilaku itu sendiri. Afek yang berkaitan dengan aktifitas memengaruhi keyakinan diri yang dirasa, sehingga semakin positif perasaan subjektifnya maka semakin besar perasaan manjurnya. Sebagai gantinya, peningkatan perasaan yakin dapat menghasilkan afek positif yang lebih jauh.

7) Pengaruh interpersonal

Pengaruh-pengaruh ini merupakan kognisi yang menyangkut perilaku, kepercayaan, atau sikap terhadap orang lain. Pengaruh-pengaruh interpersonal

termasuk norma-norma (ekspektasi terhadap pasangan), dukungan sosial (dorongan instrumental dan emosional), dan pemodelan (pembelajaran tidak langsung melalui observasi terhadap orang lain yang sedang menjalankan perilaku tersebut). Sumber-sumber utama atas pengaruh interpersonal adalah keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan.

#### 8) Pengaruh situasional

Persepsi dan kognisi personal pada situasi apapun atau konteks yang dapat memfasilitasi atau menghentikan suatu perilaku. Pengaruh tersebut termasuk persepsi atas pilihan yang tersedia, karakteristik tuntutan, dan ciri estetika ketika perilaku yang mempromosikan kesehatan diminta untuk dilakukan. Pengaruh situasional dapat berpengaruh secara langsung maupun tidak langsung terhadap perilaku kesehatan.

#### 9) Komitmen terhadap rencana tindakan

Komitmen ini menjabarkan konsep dari maksud dan identifikasi atas sebuah strategi yang direncanakan yang membawa menuju implementasi perilaku kesehatan.

#### 10) Pilihan dan tuntutan bersaing yang segera

Tuntutan yang bersaing adalah perilaku alternatif yang tiap individu hanya memiliki sedikit kendali atasnya, dikarenakan adanya kontingensi lingkungan seperti pekerjaan dan tanggung jawab keluarga. Pilihan bersaing adalah perilaku alternatif yang tiap individu memiliki kendali yang relatif lebih banyak atasnya, seperti pemilihan es krim atau apel untuk kudapannya.

## 11) Perilaku yang mempromosikan kesehatan

Sebuah perilaku yang mempromosikan kesehatan adalah titik akhir atau wujud tindakan yang diarahkan menuju pencapaian perwujudan kesehatan yang positif seperti kesejahteraan yang optimal, pemenuhan personal, dan kehidupan yang produktif. Contoh-contoh perilaku yang mempromosikan kesehatan adalah memakan makanan sehat, berolahraga dengan teratur, mengatasi tekanan, mendapatkan istirahat yang cukup dan pertumbuhan spiritual, dan membangun hubungan yang positif.

### 2.6. Keaslian Penelitian

Keaslian pada penelitian ini menggunakan mesin pencari jurnal *scopus* dengan kata kunci “*self care*” AND “*Diabetes*” tahun publikasi 2012-2017, *subject area nursing* ditemukan 1126 publikasi yang digunakan dalam keaslian penelitian sebanyak 14 jurnal. 1 jurnal berasal dari jurnal *ners* dengan kata kunci “*Diabetes melitus*” ditemukan 23 publikasi.

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	<i>Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece</i> (Chourdakis and Kontogiannis, 2014)	D: Deskriptif Cross-sectional S : 177 pasien DM tipe 2 V : <b>Variabel Independen</b> : Self care behavior <b>Variabel Dependen</b> : Umur, pendidikan, lama terdiagnosis, umur terdiagnosis, BB, TB, BMI, lingkaran pinggang, lingkaran pinggul, HBA1C, rasio tinggi dengan pinggang I : <i>Diabetes Self-Care Activities</i> (SDSCA)	Studi penelitian ini melaporkan empat temuan utama. Untuk pasien yang lebih tua - dan juga untuk orang dengan durasi penyakit yang lebih lama - lebih mungkin mereka mengikuti pengobatan optimal. Kedua, berkaitan dengan olahraga, laki-laki, mereka yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dan durasi penyakit yang lebih lama terbukti lebih aktif secara fisik. Ketiga, pasien yang lebih muda cenderung tidak mengikuti

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		A : ANOVA	rekomendasi mengenai diet, pengobatan, pemeriksaan BG, perawatan kaki dan olahraga dibandingkan dengan pasien yang lebih tua. Ke empat, durasi penyakit tampaknya berkorelasi positif dengan perilaku perawatan diri, karena pasien dengan durasi diabetes yang lebih lama mengelola penyakit mereka dengan lebih baik.
2	<i>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</i> (Klein, Peters and Yarandi, 2016)	D: A randomized two-group pre-test/post-test experimental design S : 118 pasien HD V : <b>Variabel Independen</b> : edukasi dan regulasi diri, <b>Variabel Dependen</b> : tekanan darah efikasi, tujuan perawatan diri, kontrol tekanan darah klien hemodialysis. I : Lembar observasi A : ANOVA	Self efficacy tekanan darah ada kaitannya dengan perilaku perawatan diri: tekanan darah pada pasien dengan HD kronis
3	<i>Self-care Behaviour of Nepalese Adults With Type 2 Diabetes</i> (Bhandari and Kim, 2016)	D: Mix method (kuantitatif dan kualitatif) S : kuantitatif =230, kualitatif = 13 pasien DM tipe 2 V : <b>Variabel Independen</b> : DMSE, dukungan sosial, dan ERA <b>Variabel Dependen</b> : diabetes self-care I : DMSE dan SDSCA(summary of diabetes self care ativities) A : IBM SPSS dan AMOS	Intervensi psikososial individual dan berbasis kelompok untuk mempromosikan perawatan diri dapat bermanfaat bagi orang dewasa Nepal dengan DM.
4	<i>Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes</i> (Sheila et al., 2017)	D: Deskriptif, cross-sectional S : 160 pasien V : <b>Variabel Independen</b> : self efficacy, dan perilaku	Orang dewasa dengan DM tipe 2 dengan kontrol glikemik yang buruk lebih mungkin untuk memiliki self efficacy dan perilaku perawatan diri yang

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
5	<i>Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey</i> (Kav et al., 2017)	<p>perawatan diri , <b>Variabel Dependen</b> : BMI, tekanan darah, dan gula darah puasa            I : DMSE, SDSCA            A : ANOVA</p> <p>D: Deskriptif dan cross-sectional            S : 200 pasien diabetes tipe 2            V : <b>Variabel Independen</b> : HBA1C , <b>Variabel Dependen</b> : Perilaku perawatan diri, self efficacy dan depresi            I : SDSCA, SES (self-efficacy scale) dan BDI (Beck Depression Inventory)            A : Independent t test dan statistik korelasi</p>	<p>buruk. Kontrol glikemik berpengaruh pada peningkatan diet, olahraga, pengobatan, efisiensi dan perilaku perawatan kaki.</p> <p>Gejala depresi umum terjadi dan hubungan antara self-efficacy dan self care positif pada kelompok ini. Tujuan utama perawatan diabetes adalah kualitas hidup yang baik, kontrol metabolik yang baik dan meminimalkan komplikasi akibat diabetes. Pengelolaan diri dan kualitas hidup yang efektif adalah hasil utama dari pendidikan manajemen diri diabetes dan harus diukur dan dipantau sebagai bagian dari perawatan kesehatan. Efektivitas pendidikan diabetes dan manajemen penyakit harus dipantau secara teratur dan faktor psikososial harus ditangani.</p>
6	<i>Predictors of diabetes self-management among type 2 diabetes in Indonesia: Application theory of the health promotion model</i> (Dwi, Amatayakul and Karuncharernpanit, 2017)	<p>D: Cross-sectional            S : 127 pasien DM tipe 2            V : <b>Variabel Independen</b> : Umur, jenis kelamin, Lama diabetes, Treatmen, Edukasi, Income, Pengetahuan diabetes, Manfaat yang di dapat, masalah diabetes, Self efikasi, dukungan sosial, pengaruh situasi. <b>Variabel Dependen</b> : diabetes self management            I : Kuesioner pengetahuan umum diabetes, Keyakinan Efektifitas Pengobatan, Skala Distress Diabetes, Self efficacy, dukungan sosial, Kuesioner Situasional dan</p>	<p>Manajemen diri diabetes orang dewasa dengan diabetes mellitus tipe 2 dapat ditingkatkan dengan meningkatkan self efficacy mereka untuk mencapai perilaku pengelolaan diri mereka sendiri, seperti memiliki pola makan yang sehat, berolahraga secara teratur, secara aktif memantau kadar glukosa darah, minum obat dan perawatan kaki. , dan memberikan dukungan untuk mempromosikan pengaruh situasional yang baik</p>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		Ringkasan Aktivitas Perawatan Diri Diabetes. A : Regresi linier	
7	<i>Pathways of emotional autonomy, self-care behaviors and depressive symptoms on health adaptation in adolescents with type 1 diabetes</i> (Chen et al., 2017)	D: Cross-sectional S : 265 pasien (remaja) DM tipe 1 V : <b>Variabel Independen</b> : kematangan emosi, gejala depresi, perilaku perawatan diri <b>Variabel Dependen</b> : Kualitas hidup dan HBA1C I : Emotional autonomy scale, self care inventory, chinese beck youth inventories of emotional and social impairment scale, diabetes life satisfaction subscale A : perbandingan : independent t test, korelasi : pearson correlation	Kematangan emosional merupakan faktor risiko yang berkontribusi terhadap adaptasi kesehatan yang buruk. Penyedia layanan kesehatan perlu membantu remaja dengan T1DM untuk menyeimbangkan emosi dan adaptasi kesehatan.
8	<i>Self-efficacy, depression, and self-care activities in adult Jordanians with type 2 diabetes: the role of illness perception</i> (Al-amer et al., 2016)	D: Cross-sectional, random sampling S : 220 T2DM V : <b>Variabel Independen</b> : Dukunga social, self efikasi, depresi , koping spiritual dan agama, <b>Variabel Dependen</b> : Self Care Management behavior I : Sociodemographic and clinical standardized questionnaires: Brief Illness Perception Questionnaire, Patients' Health Questionnaire9; ENRICH Social Support Instrument; Religious and Spiritual Coping Subscale; Diabetes Management Self-Efficacy Scale; and Summary of Diabetes Self-Care Activities.	Program pendidikan kesehatan, konseling, dan pemberdayaan yang meningkatkan keterampilan perawatan diri dengan mempertimbangkan faktor psikososial yang terkait dengan penelitian ini termasuk: persepsi penyakit, gejala depresi, self efficacy, dukungan sosial, religiusitas dan penanganan spiritual, diperlukan untuk mencapai perawatan diri yang memuaskan.

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
		A : SEM	
9	Model <i>Self Care Management-Holistic Psychospiritual Care</i> Terhadap Kemandirian, Glukosa Darah, Dan HBA1C Penderita DM Tipe 2 (Kusnanto, 2013)	D: Quasy experiment S : 50 penderita DM tipe 2 V : <b>Variabel Independen</b> : Modul manajemen diri diabetes dan Pengembangan model manajemen perawatan diri , <b>Variabel Dependen</b> : Glukosa darah 2 Jam sebelum dan sesudah makan, HBA1C, kemandirian I : Metode heksokinase, dan HPLC A : Wilcoxon, man whitney dan uji t	Pengembangan model <i>self care management-holistic psychospiritual care</i> dengan media modul Pengelolaan Diabetes Mandiri efektif dalam meningkatkan kognitif, afektif dan psikomotor penderita Diabetes Mellitus
10	<i>Self-efficacy and self-care behavior of Malaysian with type 2 diabetes: a ross sectional survey</i> (Sharoni and Vivienne, 2012)	D: Cross-sectional S : 388 penderita DM tipe 2 V : <b>Variabel Independen</b> : self efficacy <b>Variabel Dependen</b> : perilaku perawatan diri I : SDSCA dan DMSES A : MANOVA dan ANOVA	Self efficacy dapat digunakan sebagai model untuk memahami perilaku perawatan diri. Intervensi keperawatan individual yang didasarkan pada teori self efficacy harus digunakan pada pasien diabetes berisiko tinggi untuk membantu dan memperbaiki perilaku perawatan diri.
11	<i>The Helath Belief Model and Self Care Behavior among Type 2 Diabetic Patients</i> (Vazini and Barati, 2014)	D : Cross sectional, simple random S : Pasien DM tipe 2 V : <b>Variabel Independen</b> : prediktor perilaku perawatan diri <b>Variabel Dependen</b> : HBM I : HBM scales, The self-administered questionnaire A : A series of independent T-tests, one-way ANOVA, linear regression and bivariate correlations and descriptive analysis	Self efficacy, kepekaan, tingkat keparahan dan hambatan dianggap sebagai faktor untuk memprediksi perilaku perawatan diri.
12	<i>Self management of physical activity in adults with type 1</i>	D : Cross sectional S : 83 pasien DM tipe 1 V : <b>Variabel Independen</b> :	Penelitian ini menyoroti rendahnya tingkat aktivitas fisik, dan tingginya tingkat



No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>diabetes</i> (Mccarthy <i>et al.</i> , 2017)	biologi (tekanan darah, body mass index, lemak, HbA1c, komplikasi diabetes, medical comorbidities), psychological (gejala depresi, diabetes distress, kekhawatiran hipoglikemia) and sosial (halangan aktifitas fisik,). <b>Variabel Dependen</b> : diabetes self management I : Patient health questionnaire (PHQ), Diabetes Distress Scale (DDS), The Hypoglicemia Fear Survey-II, Barries to physical activity in type 1 diabetes (BAPAD-1), The self care inventory revised (SCI-R) A : Korelasi pearson, Chi square, dan ANOVA	kelebihan berat badan dan obesitas pada sampel orang dewasa dengan T1D, serta beberapa faktor yang terkait dengan aktivitas fisik.
13	<i>Randomized cntrolled trial of family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemc control and quality of life among thai individuals with type 2 diabetes</i> (Wichit <i>et al.</i> , 2016)	D : quasy experiment, single blinded, randomized control trial S : 140 T2DM V : <b>Variabel Independen</b> : self management berorientasi oada keluarga <b>Variabel Dependen</b> : diabetes self efficacy, self management, kualitas hidup, pengetahuan diabetes, kontrol glikemik I : SDSCA, DMSES, PTES (Perceived Therapeutic Efficacy Scale), Kuesioner QoL A : Mann Whitney dan Friedman test	Program pendidikan diabetes yang berorientasi keluarga disampaikan oleh perawat, yang dikembangkan dari teori self efficacy dan melibatkan anggota keluarga dalam perawatan suportif telah meningkatkan self efficacy dan perilaku perawatan diri yang penting untuk mengurangi komplikasi diabetes.
14	<i>Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by</i>	D : kuantitatif cross sectional S : 200 pre diabetes V : <b>Variabel Independen</b> :	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prediktor perilaku perawatan kesehatan yang mempromosikan

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	<i>applying Bandura social learning theory</i> (Chen <i>et al.</i> , 2015)	karakteristik personal, pengetahuan pre diabetes, self efficacy, dukungan sosial, persepsi proses pemberdayaan <b>Variabel Dependen</b> : health promotion self care behavior I : Pre diabetes knowledge scale, Self efficacy of health behavior scale, social support survey, diabetes empowerment process scale, dan Health promotion lifestyle profil (HPLP) A : ANOVA dan korelasi pearson	kesehatan pada orang dengan pra-diabetes mencakup faktor pribadi (yaitu, riwayat diabetes, pengetahuan pra-diabetes dan self efficacy) dan faktor lingkungan (misalnya, persepsi tentang proses pemberdayaan).
15	<i>Pathway of empowerment perceptions, health literacy, self efficacy, and self care behavior to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus</i> (Lee <i>et al.</i> , 2016)	D : Cross sectional S : 295 T2DM V : <b>Variabel Independen</b> : health literacy, efikasi diri, dan persepsi pemberdayaan <b>Variabel Dependen</b> : Self care behavior I : Diabetes empowerment process scale, diabetes health literacy scale, diabetes management scale, diabetes self care scale A : SEM	Persepsi pemberdayaan dan melek kesehatan relatif mempengaruhi self efficacy dan perilaku perawatan diri. Self efficacy dan perilaku perawatan diri relatif terhadap kontrol glikemik pada pasien dengan T2DM.

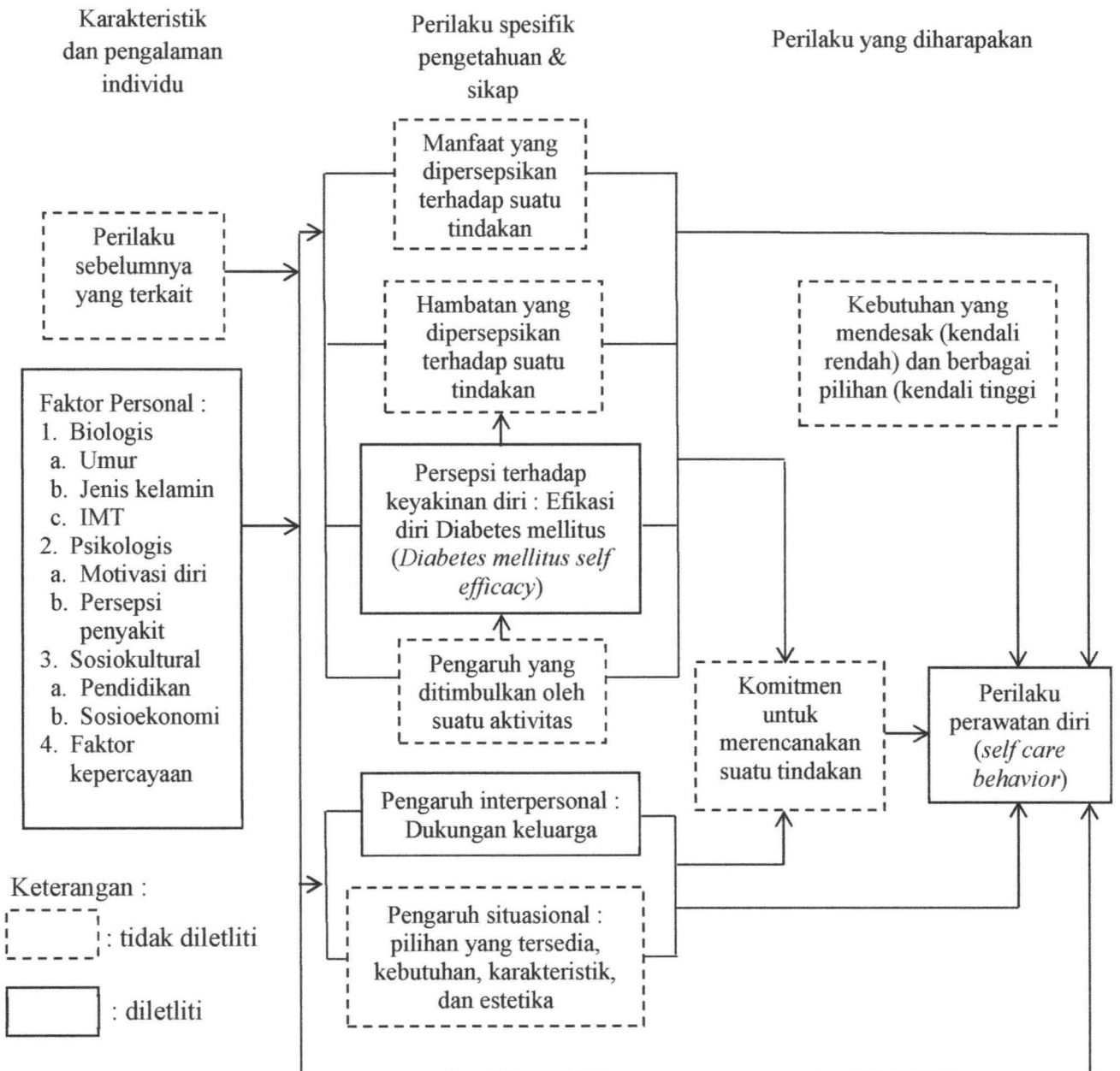
# **BAB 3**

## **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

**3.1. Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka konseptual model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

Gambar 3.1 menjelaskan revisi *Health Promotion Model* (HPM) yang digunakan sebagai panduan teoritis dalam penelitian ini. HPM terdiri dari tiga komponen konseptual yaitu : karakteristik dan pengalaman individu, perilaku spesifik dan perilaku yang diharapkan. Dalam model karakteristik dan pengalaman individu terdiri dari perilaku sebelumnya yang terkait kesehatan dan faktor biologis, psikologis dan sosiokultural. Karakteristik individu diposisikan langsung memengaruhi perilaku atau tidak langsung melalui pengetahuan dan sikap terlebih dahulu. Manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, *self-efficacy* yang dirasakan, pengaruh aktivitas, pengaruh interpersonal, dan pengaruh situasional termasuk dalam HPM sebagai kognisi dan pengaruh perilaku (Bhandari and Kim, 2016). Dalam penelitian ini komponen HPM yang dipilih seperti umur, jenis kelamin, IMT (Indeks Masa Tubuh), motivasi diri, persepsi penyakit, pendidikan, dan sosioekonomi dimasukkan sebagai variabel karakteristik individu. *Self efficacy* dan dukungan keluarga sebagai diukur sebagai kognisi perilaku spesifik. Hasil perilaku yang ditargetkan dalam penelitian ini adalah perilaku perawatan diri (*self care behavior*) Diabetes.

Berbagai faktor personal seperti faktor sosial ekonomi, faktor demografi (misalnya jenis kelamin, agama (kepercayaan), status pendidikan, dan faktor psikologis telah diidentifikasi untuk mempengaruhi perilaku perawatan diri pasien DM (Bhandari and Kim, 2016).

Pada model ini *Self-efficacy* adalah prasyarat terpenting untuk perubahan perilaku. *Self-efficacy* mengacu pada kepercayaan seseorang dalam melakukan aktivitas tertentu, termasuk kepercayaan diri untuk melakukan aktivitas saat

hambatan muncul (Klein, Peters and Yarandi, 2016). *Self efficacy* menggambarkan kepercayaan tentang kemampuan diri sendiri, atau merupakan keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil yang positif.

Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada anggota keluarga, baik moril maupun materiil, sehingga dengan dukungan itu seseorang merasa diperhatikan, mendapat saran, atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Smet, 1994). Pendekatan berorientasi keluarga ini dilakukan dalam budaya yang memiliki ikatan kekeluargaan yang kuat seperti yang diungkapkan dalam kehidupan sehari-hari dan dalam interaksi dengan keluarga. Dukungan keluarga dikaitkan dengan perilaku perawatan diri yang lebih baik (Wichit *et al.*, 2016). Penelitian lain juga menemukan bahwa intervensi keluarga memperbaiki *self efficacy*, pengetahuan tentang Diabetes, dan *self management* Diabetes (Baig *et al.*, 2016). Dukungan keluarga adalah sumber lain yang membantu individu DM tipe 2 untuk memperbaiki aktivitas perawatan diri mereka (Wichit *et al.*, 2016).

*Self care* Diabetes merupakan program atau tindakan yang harus dijalankan sepanjang kehidupan klien dan menjadi tanggungjawab penuh bagi setiap klien Diabetes (Bai *et al.*, 2009). *Self care* Diabetes adalah tindakan yang dilakukan perorangan untuk mengontrol Diabetes yang meliputi tindakan pengobatan dan pencegahan komplikasi (Sigurdardottir, 2005). Sedangkan Sousa & Zauszniewski (2005) mendefinisikan *self care* Diabetes merupakan kemampuan seseorang dalam melakukan *self care* dan penampilan tindakan *self care* Diabetes untuk meningkatkan peningkatan pengaturan gula darah

Berdasarkan uraian pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *self care* Diabetes adalah tindakan mandiri yang dilakukan oleh klien Diabetes dalam kehidupan sehari-hari dengan tujuan untuk mengontrol gula darah yang meliputi aktifitas pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), pemantauan kadar gula darah, minum obat dan perawatan kaki.

### 3.2. Hipotesis

Hiptotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Ada pengaruh faktor personal terhadap *self care behavior* pasien DM Tipe 2
2. Ada pengaruh faktor personal dan *Self efficacy* dengan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2
3. Ada pengaruh faktor personal dan dukungan keluarga dengan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2
4. Ada pengaruh dukungan keluarga terhadap *self care behavior* pasien DM Tipe 2, dan
5. Ada pengaruh *self efficacy* terhadap *self care behavior* pasien DM Tipe 2



# **BAB 4**

# **METODE PENELITIAN**



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1. Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *explanative observational*. Penelitian ini dilakukan untuk menemukan suatu kejadian atau gejala terjadi dengan hasil akhir adalah gambaran mengenai hubungan sebab akibat variabel bebas dan variabel terikat. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah *cross sectional* karena variabel bebas dan variabel terikat diamati secara bersamaan (Sugiyono, 2006). Perumusan isu strategis dengan *focus group discussion* (FGD) bersama kepala puskesmas dan perawat pemegang program Diabetes melitus.

#### 4.2. Populasi, Sampel, Besar Sampel, Sampling

##### 4.2.1. Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien DM tipe 2 yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Denpasar sebanyak 310.

##### 4.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah yang masuk kedalam kriteria inklusi yaitu:

- 1) Usia 20-65 tahun ( umur > 80 tahun mungkin kesusahan untuk membaca, prevalensi rendah DM tipe 2 pada umur < 20 tahun (Lee *et al.*, 2016))
- 2) Pendidikan minimal SMA

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Memiliki penyakit kejiwaan yang didiagnosis oleh dokter, seperti skizofrenia atau halusinasi,
- 2) Menderita gangguan kognitif yang didiagnosis oleh dokter.

Besarnya sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus (Supriyadi, 2014):

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sum_{h=1}^L \left[ \frac{N_h^2 P_h (1-P_h)}{W_h} \right]}{N^2 d^2 + Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \sum_{h=1}^L N_h P_h (1-P_h)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 (242,3354839)}{(310)^2 (0,05)^2 + (1,96)^2 (46,13440166)}$$

$$n = 177,22 \text{ dibulatkan menjadi } 177 \text{ responden}$$

Keterangan :

N : besar populasi

N<sub>h</sub> : populasi masing-masing strata

P<sub>h</sub> : proporsi kejadian di masing-masing strata

L : jumlah strata

d : presisi atau kesalahan (absolut) yang dapat ditoleransi = 0,05

Z<sub>1 -  $\frac{\alpha}{2}$</sub>  : nilai distribusi normal baku (tabel Z) = 1,96

Berdasarkan rumus besar sampel di atas ditemukan jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 177 orang

#### 4.2.3. Sampling

Teknik sampling adalah cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan objek penelitian (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini peneliti menggunakan *probability sampling*,

yaitu *stratified random sampling*. Metode ini membagi populasi ke dalam kelompok-kelompok yang homogen (strata). Kemudian dari tiap strata diambil diambil sampel secara *simple random sampling*. Strata adalah kelompok yang memiliki karakteristik tertentu yang akan diteliti. Dari strata yang ada, dipilih sampel secara proporsional, yaitu jumlah sampel tiap strata bergantung pada perbandingan jumlah sesungguhnya dalam populasi. Jadi sampel yang diperlukan untuk masing-masing puskesmas yang dihitung dengan menggunakan alokasi proporsional adalah sebagai berikut (Supriyadi, 2014) :

$$W_h = \frac{N_h}{N}$$

Dengan  $W_h$  : alokasi proporsional

$N$  : besar populasi

$N_h$  : pupulasi masing-masing strata

Besar sampel pada masing-masing puseksmas :

$$n_i = W_h \times n$$

Tabel 4.1 Proporsi sampel pada masing-masing puskesmas Penelitian model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

No	Puskesmas	$N_h$	$N$	$W_h$	$n$	$n_i$
1	Puskesmas I Denpasar Utara	11	310	0.035	177	6
2	Puskesmas II Denpasar Utara	120	310	0.387	177	68
3	Puskesmas III Denpasar Utara	15	310	0.048	177	9
4	Puskesmas I Denpasar Timur	8	310	0.025	177	5
5	Puskesmas II Denpasar Timur	26	310	0.083	177	15
6	Puskesmas I Denpasar Barat	12	310	0.038	177	7
7	Puskesmas II Denpasar Barat	67	310	0.216	177	38

No	Puskesmas	Nh	N	Wh	n	ni
8	Puskesmas I Denpasar Selatan	22	310	0.070	177	12
9	Puskesmas II Denpasar Selatan	15	310	0.048	177	9
10	Puskesmas III Denpasar Selatan	2	310	0.006	177	1
11	Puskesmas IV Denpasar Selatan	12	310	0.038	177	7
	Total	310		177		

Keterangan :

Wh : alokasi proporsional

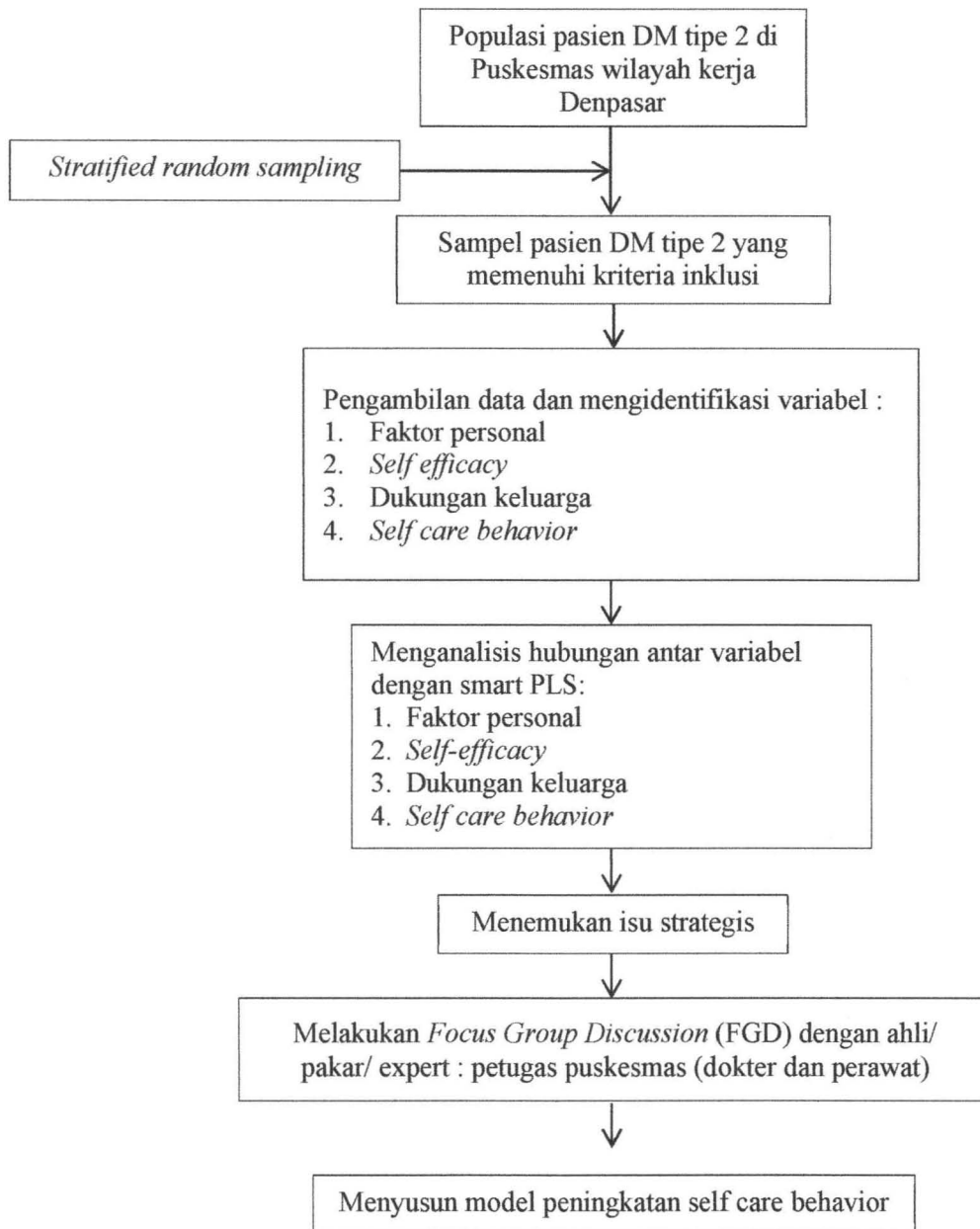
N : besar populasi

Nh : pupulasi masing-masing strata

n : besar sampel

ni : besar sampel tiap puskesmas

### 4.3. Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengembangan model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

#### 4.4. Identifikasi Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah faktor personal, dukungan keluarga, *self efficacy* dan *self care behavior*

Tabel 4.2 Variabel Penelitian model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

Variabel	Keterangan	Indikator
X1	Faktor personal	X1.1 = Usia
		X1.2 = Jenis kelamin
		X1.3 = Pendidikan
		X1.4 = IMT (Indeks Masa Tubuh)
		X1.5 = Status sosio ekonomi
		X1.6 = Motivasi diri
		X1.7 = Persepsi penyakit
		X1.8 = Kepercayaan
X2	<i>Self efficacy</i>	
X3	Dukungan keluarga	X2.1 = Dukungan emosional
		X2.2 = Dukungan informatif
		X2.3 = Dukungan penghargaan
		X2.4 = Dukungan instrumental
Y1	<i>Self care behavior</i>	

#### 4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional bertujuan untuk menciptakan variable yang jelas dan terukur (Dharma 2011) dan memudahkan pembaca untuk mengartikan variabel dalam penelitian.

Tabel 4.3 Definisi operasional model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Faktor personal (X1)					
Usia (X1.1)	Hitungan jumlah tahun mulai dari lahir sampai ulang tahun terakhir	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Interval	1) 20-25 th (remaja akhir) 2) 26-35 th (dewasa awal) 3) 36-45 th (dewasa akhir) 4) 46-55 th (lansia awal) 5) 56-65 th (lansia akhir)
Jenis kelamin (X1.2)	Pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin klien yang ditentukan secara biologis yang melekat pada pensifatan tersebut	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Nominal	1) Laki-laki 2) Perempuan
Pendidikan (X1.3)	Jenjang pendidikan sekolah tertinggi yang ditempuh klien	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Ordinal	1) Menengah (SMA) 2) Tinggi (Perguruan tinggi)
IMT (X1.4)	Ukuran berat disesuaikan untuk tinggi, dihitung	Berat badan diukur dengan timbangan. Tinggi badan	Kuesioner	Interval	Kurang < 18,5 Normal 18,5-

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	sebagai berat dalam kilogram dibagi dengan kuadrat tinggi dalam meter ( $\text{Kg/m}^2$ )	diukur dengan meteran			22,9 Lebih $\geq$ 23,00
Status sosioekonomi (X1.5)	Tingkat sosial ekonomi pasien berdasarkan jumlah penghasilan keluarga/bulan	Jumlah penghasilan keluarga responden perbulan berdasarkan UMR Kota Denpasar	Kuesioner	Interval	$\geq$ 2.173.000 tinggi, < 2.173.000 rendah
Motivasi diri (X1.6)	Dorongan internal yang dimiliki oleh klien DM tipe 2 sebagai alasan untuk melakukan perawatan mandiri Diabetes	Kuesioner dari TSRQ, 19 item pernyataan terdiri dari medikasi, kontrol gula darah, diet dan latihan fisik, Penilaian menggunakan skala likert: 1: sangat tidak setuju 2: tidak setuju 3: setuju 4: sangat setuju.	Modifikasi kuesioner <i>Treatment Self Regulation Questionnaire</i> (TRSQ)	Interval	Nilai 19-76  Nilai $\geq$ 80% (skor total $\geq$ 61) baik, < 80% (skor total < 61) kurang baik
Persepsi penyakit (X1.7)	Perasaan yang dimiliki oleh klien DM tipe 2 terhadap penyakit yang dialaminya	Skor yang diperoleh dari hasil pengisian kuesioner Brief IPQ-R oleh responden yang menggunakan skala likert dengan 11 titik (kisaran skor 0-10) dan terdiri dari 8 pertanyaan yang meliputi 8 dimensi CSM	Kuesioner IPQ ( <i>The Brief Illness Perception Questionnaire</i> )	Interval	Hasil skor: 0-80  <i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean. 1. $\geq$ nilai mean baik 2. < nilai mean buruk



Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Kepercayaan (X1.8)	Suatu keyakinan dan pemujaan kepada Tuhan dan sesuatu yang lebih tinggi dari manusia yang berhubungan dengan praktek-praktek agama seseorang yang bersifat pribadi	Pertanyaan tentang kepercayaan yang terdiri dari 15 item Menggunakan skala Likert 0 : Sangat tidak setuju 1 : tidak setuju 2 : setuju 3 : sangat setuju	Kuesioner SBI ( <i>System of Belief Inventory</i> )-15R	Interval	Hasil skor 0-45 <i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean. 1. $\geq$ nilai mean baik 2. $<$ nilai mean buruk
<i>Self efficacy</i> (X2)	Keyakinan dan kemampuan atau kekuatan pribadi pasien dalam mengatur dan melakukan perawatan diri sendiri	Pertanyaan tentang <i>self efficacy</i> penderita DM tipe 2 yang terdiri dari 15 item Menggunakan skala Likert 1 : Sangat tidak setuju 2 : tidak setuju 3 : setuju 4 : sangat setuju	Kuesioner DMSES	Interval	Hasil skor : 15 - 75 Kategori: Baik : $X \geq$ Mean  Buruk: $X <$ Mean
<b>Dukungan keluarga (X3)</b>					
Dukungan emosional (X3.1)	Tindakan atau bantuan nyata yang diberikan anggota keluarga kepada penderita DM	Empati, Kepedulian dan Perhatian Penilaian menggunakan skala likert: 1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: selalu.	Kuesioner <i>Hensarlin g Diabetes Family Support Scale</i>	Interval	1. Kurang, jika jumlah skor 10-25 2. Baik, jika jumlah skor 26-40 (10 pertanyaan)
Dukungan informatif (X3.2)	Tindakan atau bantuan nyata yang diberikan	Pemberian nasehat, petunjuk, saran dan umpan balik	Kuesioner <i>Hensarlin</i>	Interval	1. Kurang jika jumlah skor

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
	anggota keluarga kepada penderita DM	Penilaian menggunakan skala likert: 1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: selalu.	<i>g Diabetes Family Support Scale</i>		7-17 2. Baik, jika jumlah skor 18-28 (7 pertanyaan)
Dukungan penghargaan (X3.3)	Tindakan atau bantuan nyata yang diberikan anggota keluarga kepada penderita DM	Ungkapan positif dorongan untuk maju Penilaian menggunakan skala likert: 1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: selalu.	Kuesioner <i>Hensarlin g Diabetes Family Support Scale</i>	Interval	1. Kurang, jika jumlah skor 5-15 2. Baik, jika jumlah skor 16-20 (5 pertanyaan)
Dukungan instrumental (X3.4)	Tindakan atau bantuan nyata yang diberikan anggota keluarga kepada penderita DM	Pemberian material dan fasilitas Penilaian menggunakan skala likert: 1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: selalu.	Kuesioner <i>Hensarlin g Diabetes Family Support Scale</i>	Interval	1. Kurang, jika jumlah skor 7-17 2. Baik, jika jumlah skor 18-28 (7 pertanyaan)
<i>Self care behavior</i> (Y1)	Aktifitas yang dilakukan perorangan oleh klien DM tipe 2 untuk mengontrol Diabetes yang dideritanya	Diet (pengaturan pola makan), latihan fisik (olahraga), monitoring gula darah, minum obat secara teratur dan perawatan kaki.	Modifikasi kuesioner SDSCA ( <i>The Summary</i> )	Interval	Hasil skor 14-84 <i>Cut of point</i> dihitung dari nilai mean. 1. $\geq$ nilai mean

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
			<i>of Diabetes Self Care Activities)</i>		baik 2. < nilai mean buruk

#### 4.6. Instrumen Penelitian

##### 1) Data Demografi Responden

Terdiri dari 8 pertanyaan : nama responden (inisial), umur, jenis kelamin, berat badan, tinggi badan, IMT, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, lama menderita DM.

##### 2) Motivasi

Instrumen yang digunakan adalah modifikasi kuesioner yang berasal dari *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TRSQ) yang dikembangkan oleh (Ryan and Deci, 2000). Kuesioner terdiri dari 19 pernyataan yang terdiri dari alasan menjalani pengobatan dan pemeriksaan gula darah (8 item) serta alasan mematuhi aturan makan dan olahraga (11 item), dengan 4 poin skala likert yaitu 1 untuk sangat tidak setuju sampai 4 untuk sangat setuju. Semakin tinggi nilai total maka semakin tinggi motivasi pasien. Untuk analisis selanjutnya, motivasi dikategorikan menjadi 2 yaitu motivasi baik jika skor jawaban  $\geq 80\%$  skor total, motivasi kurang baik jika skor jawaban  $< 80\%$  skor total.

##### 3) Persepsi penyakit

IPQ-R brief (*The Brief Illness Perception Questionnaire*) digunakan untuk mengevaluasi dimensi persepsi penyakit. Terdiri dari 8 item pertanyaan dengan 11 poin skala (rentang 0-10). Setiap item pertanyaan menggambarkan dimensi dari CSM, yaitu cognitive representation sebanyak lima item pertanyaan dan emotional representation sebanyak tiga item pertanyaan. Item pertanyaan menyangkut tentang *consequences* (kepercayaan pasien mengenai seberapa kuat pengaruh penyakit terhadap kehidupan sehari-hari), *timeline* (kepercayaan pasien

mengenai rentang waktu kronis penyakit), *personal control* (kepercayaan pasien mengenai kemampuan diri dalam mengontrol penyakit), *treatment control* (kepercayaan pasien mengenai pengendalian penyakit dengan obat-obatan), *identity* (menyangkut tentang pengalaman mengenai gejala yang timbul sebagai akibat dari perkembangan penyakit), *concerns* (mengenai perasaan khawatir/keprihatian pasien mengenai penyakitnya), *emotional response* (respon emosional pasien terkait penyakit) dan *comprehensibility* (gambaran pemahaman pasien mengenai penyakitnya). Kuesioner ini dapat digunakan untuk pasien dengan DMT2 dan peneliti akan melakukan alih bahasa karena IPQ-R Brief tersedia dalam bahasa asing.

#### 4) Kepercayaan

SBI (*System of Belief Inventory* )-15R adalah alat yang dirancang untuk memperoleh kepercayaan agama (kepercayaan akan transendensi dan makna transenden tentang kehidupan manusia) serta kehadiran praktik keagamaan (subitem kepercayaan, 10 item), dan dukungan yang diterima oleh komunitas religius (subitem dukungan, 5 item: 3, 5, 7, 9, 13). Skor masing-masing item terdiri dari skala Likert 4 poin (dari 0 sampai 3). Skor total berkisar antara 0 dan 30 untuk subskala kepercayaan dan antara 0 dan 15 untuk subskala dukungan. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat religiusitas yang lebih tinggi. Skor untuk keseluruhan kuesioner mudah diperoleh dengan menjumlahkan dua nilai subskala (Ripamonti *et al.*, 2010).

##### 5) Kuesioner *Self efficacy*

Pengukuran *self efficacy* menggunakan kuisisioner *Diabetes management self-efficacy scale* (DMSES) yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan bentuk pilihan rentang keyakinan dalam kemampuan melakukan aktivitas atau tidak dan dilakukan uji validitas dan reliabelitas terlebih dahulu (van der Bijl *et al.*, 1999). Penilaian ini menggunakan skala Linkert yang terdiri atas lima pilihan skala dengan format seperti ini: 1. Sangat tidak setuju, 2. tidak setuju, 3. Setuju dan 4. Sangat setuju. Skala linkert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial (Sugiono, 2009).

Hasil ukur skor berada pada rentang terendah 15 dan 75 untuk skor tertinggi, dengan skala pengukuran ordinal. Selanjutnya Penilaian kuesioner *self efficacy* dikategorikan berdasarkan nilai mean dan standart defiasi sehingga dapat dilakukan pengkategorian menurut Azwar (2010).

##### 6) Kuesioner *Hensarling Diabetes Family Support Scale*

Kuesioner ini mengadaptasi dari *Hensarling's Diabetes Family Support Scale* (HDFSS) yang dikembangkan oleh Hensarling pada tahun 2006 yang terdiri dari 29 item pertanyaan (Hensarling, 2009) yang terdiri dari a) dukungan emosional pertanyaan nomor 4, 5, 6, 13, 15, 17, 21, 24, 26 dan 27, b) dukungan informatif pertanyaan nomor 7, 8, 14, 18, 19, 20 dan 28, c) dukungan penghargaan pertanyaan nomor 1, 2, 9, 10 dan 16, d) dukungan instrumental pertanyaan nomor 3, 11, 12, 22, 23, 25 dan 29. Pemberian jawaban dilakukan dengan memberi tanda ceklis pada salah satu pilihan jawaban yang terdiri dari: tidak pernah, jarang,

sering, dan selalu. Pemberian skor pada setiap item skala dukungan sosial keluarga terhadap pilihan jawaban yang dipilih terdapat pada tabel berikut:

Pilihan jawaban	Skor Favorable (positif)	Skor unfavorable (negatif)
Selalu	4	1
Sering	3	2
Jarang	2	3
Tidak pernah	1	4

Tabel 4.4 Penilaian item dukungan sosial keluarga

#### 7) Kuesioner *self care behavior*

Instrumen yang digunakan adalah modifikasi kuesioner yang berasal dari *The Summary of Diabetes Self Care Activities* (SDSCA) yang dikembangkan oleh (Toobert, Hampson and Glasgow, 2000). Dalam penelitian (Shayeghian *et al.*, 2016), koefisien konsistensi internal alpha Cronbach untuk total SDSCA adalah 0,92 dan untuk subskala SDSCA, berkisar antara 0,84 sampai 0,94. Kuesioner ini terdiri dari 14 pertanyaan terkait dengan aktifitas *self care* Diabetes pada klien DM tipe 2 yang meliputi diet (pengaturan pola makan), latihan fisik, monitoring gula darah, minum obat dan perawatan kaki. Instrumen ini terdiri dari 8 alternatif jawaban yaitu 0 hari sampai dengan 7 hari. Untuk pernyataan positif, pada pertanyaan no 1 – 4, 7 – 14, skor yang diberikan yaitu 0 hari (skor = 0), 1 hari (skor = 1), 2 hari (skor = 2), 3 hari (skor = 3), 4 hari (skor = 4), 5 hari (skor = 5), 6 hari (skor = 6) dan 7 hari (skor = 7). Sedangkan untuk pernyataan negatif, pada pertanyaan no. 5 dan 6, skor yang diberikan yaitu 0 hari (skor = 7), 1 hari (skor = 6), 2 hari (skor = 5), 3 hari (skor = 4), 4 hari (skor = 3), 5 hari (skor = 2), 6 hari (skor = 1) dan 7 hari (skor = 0). Hasil skor pengukuran *self care* Diabetes dinyatakan dalam bentuk interval dengan menghitung jumlah skor kumulatif *self*

*care* Diabetes dibagi dengan jumlah item pertanyaan. Nilai/skor terendah 0 dan nilai/skor tertinggi 7, selanjutnya dianalisis untuk mengetahui nilai *mean*, standar deviasi, min-max.

#### 4.7. Uji Validitas dan Reliabilitas

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Hasil uji coba alat ukur selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur (motivasi diri, persepsi penyakit, *self efficacy*, dukungan keluarga, dan *self care behavior*). Penghitungan validitas item pernyataan dilakukan dengan menggunakan korelasi *Pearson product moment*. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai  $r$  hitung  $\geq r$  tabel dan sebaliknya jika  $r$  hitung  $<$  nilai  $r$  tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid. Uji reliabilitas instrumen bertujuan untuk mengetahui suatu instrument dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Uji reliabilitas instrumen pada penelitian ini akan dilakukan dengan metode penghitungan koefisien *Alpha Cronbach* dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach*. (Sugiyono, 2006).

Berdasarkan penelitian (Kusniawati, 2011) Analisis uji validitas dan reliabilitas menggunakan program SPSS dengan *degree of freedom*  $30-2 = 28$  ( $r$  tabel = 0,361). Hasil uji validitas kuesioner *self care behavior* Diabetes adalah 6 butir pertanyaan dinyatakan tidak valid, yaitu pertanyaan nomor 4 ( $r = 0,277$ ), nomor 5 ( $r = 0,042$ ), nomor 9 ( $r = 0,138$ ), nomor 10 ( $r = 0,237$ ), nomor 12 ( $r = 0,000$ ) dan nomor 14 ( $r = 0,326$ ), tetapi karena pertanyaan pada nomor 4, 9, 10



dan 14 merupakan substansi penting dalam *self care behavior* Diabetes maka pertanyaan-pertanyaan tersebut tidak dibuang namun diperbaiki strukturnya, sehingga hanya dua pertanyaan yang dibuang yaitu pertanyaan nomor 5 dan nomor 12. Dari 12 item pertanyaan yang digunakan, hasil uji validitas diperoleh nilai  $r$  pada rentang 0,200 - 0,743. Sedangkan hasil uji reliabilitas kuesioner ini adalah  $r$  *alpha cronbach's* 0,812 ( $r$  *alpha* > 0,361) sehingga kuesioner ini dinyatakan reliabel.

Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner kepercayaan berdasarkan penelitian (Watkins *et al.*, 2013) menjelaskan konsistensi internal mendukung instrumen total dan *subscales*, seperti korelasi uji ulang, memberikan dukungan untuk reliabilitas sementara.

Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner motivasi diri dan *self efficacy* berdasarkan (Ariani, 2011) dengan *degree of freedom*  $30-2=28$  ( $r$  tabel 0,361) pada kuesioner *self efficacy* dinyatakan valid dengan  $\alpha$  0,840 dan  $r$  hitung 0,362. Untuk kuesioner motivasi pernyataan nomor 13 tidak valid, setelah pernyataan tersebut dibuang, kuesioner motivasi menjadi valid dan reliabel dengan  $\alpha$  0,909 dan  $r$  hitung 0,367.

Hasil uji validitas kuesioner dukungan keluarga berdasarkan penelitian (Yusra, 2011) hasil uji validitas dan reliabilitas dengan *degree of freedom*  $30-2 = 28$  ( $r$  tabel 0.361), pada kuesioner dukungan keluarga terdapat item pertanyaan yang tidak valid yaitu no 12 (dimensi penghargaan), no 12 dan 17 (dimensi emosional) serta no 26 (dimensi instrumental). Keempat pertanyaan tersebut dikeluarkan dari

instrumen, sehingga pertanyaan yang valid dan reliabel 25 item dengan nilai validitas ( $r$  0,395-0,856) dan nilai reliabelnya (*Alpha Cronbach* 0,940).

#### 4.8. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi untuk penelitian ini adalah wilayah kerja Puskesmas Denpasar.

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 9 Januari- 9 Februari 2018.

Tabel 4.5 Jadwal penelitian Pengembangan model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

No	Kegiatan	Bulan Pelaksanaan						
		Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar
1	Penyusunan proposal dan ujian praproposal							
2	Ujian proposal tesis							
3	Uji etik dan uji validitas dan reabilitas							
4	Pengumpulan dan pengolahan data							
5	Ujian hasil dan sidang teis							

#### 4.9. Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian disampaikan kepada Dinas Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali. Setelah mendapat surat balasan ijin dari Dinas Penanaman Modal dan Perijinan Provinsi Bali surat diteruskan ke Bakesbangpol Kota Denpasar dan Dinas Kesehatan Kota Denpasar. Setelah mendapatkan balasan surat ijin penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Denpasar, surat diteruskan ke Puskesmas wilayah kerja Denpasar. Peneliti melakukan koordinasi dengan pihak Puskesmas terkait pelaksanaan penelitian. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 9 Januari-9 Februari 2018. Penelitian dilakukan di seluruh puskesmas wilayah kerja Denpasar. Peneliti berkoordinasi dengan Ners

yang ada di Puskesmas mengenai rencana penelitian. Ners memberikan informasi kepada penderita Diabetes untuk mengikuti kegiatan penelitian.

Peneliti memilih responden yang memenuhi kriteria inklusi. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian, waktu penelitian, hak responden dan kontrak waktu proses penelitian serta meminta persetujuan responden (*informed consent*). Langkah selanjutnya adalah responden mengisi kuesioner yang telah diberikan secara bersamaan dimulai dari kuesioner karakteristik responden (usia, pendidikan, jenis kelamin,), *self efficacy*, dukungan keluarga dan self care behavior. Data yang didapatkan kemudian dianalisis menggunakan *Partial Least Square* (PLS). Hasil analisis didapatkan isu strategis yang akan dibahas pada tahap *Focus Group Discussion* (FGD). FGD dilakukan satu kali. Peserta FGD terdiri dari peneliti, klien DM, petugas Puskesmas dan Kepala Puskesmas yang berada dalam satu kelompok berjumlah 10 orang. Peneliti melakukan koordinasi tempat dan waktu pelaksanaan FGD. FGD dilakukan di ruang pertemuan Puskesmas. Kegiatan dilaksanakan selama 1 jam. Peserta FGD mendapatkan penjelasan tentang kegiatan yang akan dilakukan serta menandatangani *informed consent* sebagai bukti bersedia menjadi peserta FGD. FGD dipimpin oleh peneliti sebagai moderator. Peserta FGD memberikan masukan atau saran terkait isi model sehingga sesuai dengan kebutuhan pasien serta sumber daya dan kebijakan Puskesmas. Konsep solusi yang dihasilkan FGD adalah penyusunan modul untuk klien Diabetes dengan judul “Modul Peningkatan Perilaku Perawatan Diri”. Penyusunan modul dilaksanakan selama 1 minggu dengan proses konsultasi. Modul yang telah disusun dikonsulkan ke pembimbing

dan pihak Puskesmas untuk melengkapi kekurangan yang ada. Modul direkomendasikan untuk menjadi salah satu media untuk peningkatan kepatuhan klien yang menderita Diabetes mellitus.

#### 4.10. Analisis Data

##### 1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk melihat hasil dari masing-masing variabel. Data yang berjenis kategori disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

##### 2. Analisis Inferensial

Teknik analisis yang digunakan adalah model persamaan struktural berbasis *variance* atau *component based* yang disebut PLS (*Partial Least Square*). PLS mempunyai keunggulan yaitu bersifat *powerfull*, hal ini disebabkan karena PLS tidak mengasumsikan data harus memiliki skala tertentu, sampel kecil juga dapat digunakan untuk konfirmasi teori (Ghozali 2008). PLS memungkinkan pengujian rangkaian hubungan antar variabel yang relatif rumit secara simultan. Model analisis jalur semua variabel dalam PLS terdiri atas tiga rangkaian hubungan yaitu : *inner model* mengkhususkan hubungan antar variabel laten (*structural model*), *outer model* yang mengkhususkan hubungan antar variabel laten dengan indikator. Evaluasi model terdiri dari dua bagian evaluasi yaitu evaluasi model pengukuran dan evaluasi struktural.

###### 1) Evaluasi model pengukuran atau *outer model*

Model pengukuran atau *outer model* dengan indikator relatif dievaluasi berdasarkan hasil *validity* dan *reability* indikator. Indikator dikatakan valid

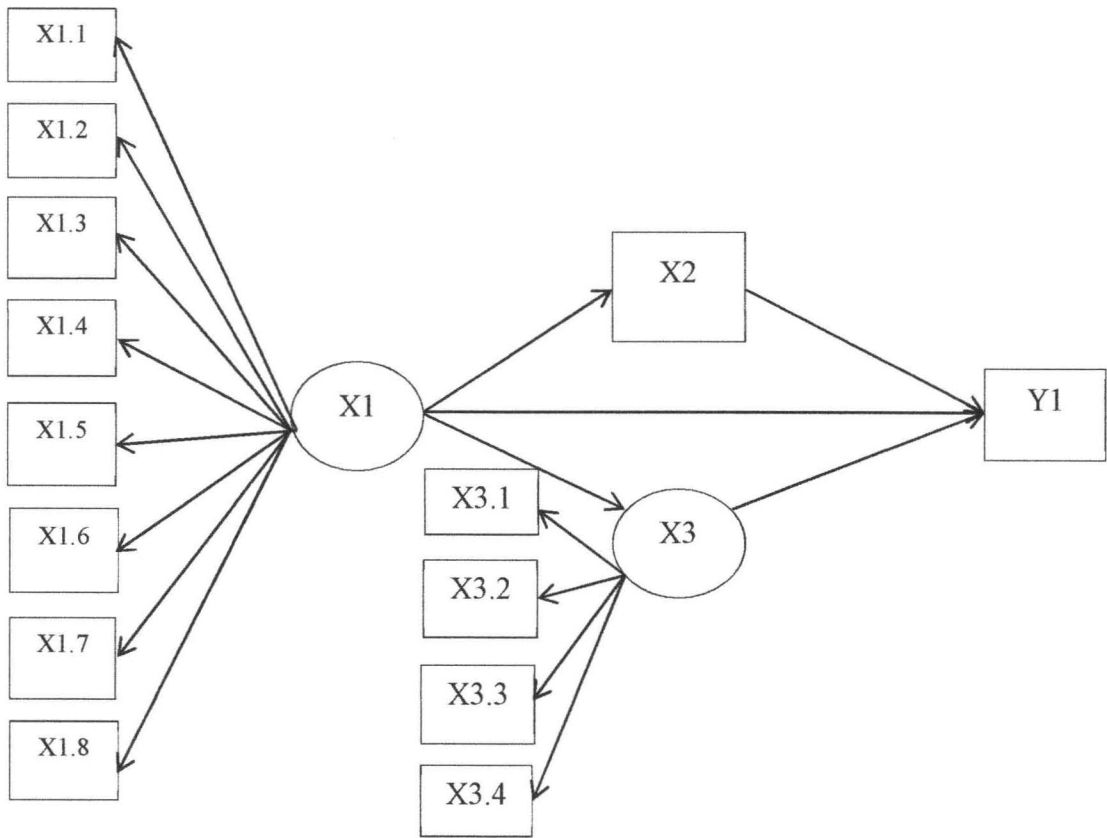
jika memiliki nilai *outer loading* diatas 0,5 dan nilai T- Statistic diatas 1,96. *Reliability* menguji nilai reliabilitas indikator dari konstruk yang membentuknya.

2) Evaluasi model struktural atau *inner model*

Evaluasi *inner model* bertujuan untuk mengetahui besarnya pengaruh atau hubungan kausalitas antar variabel-variabel dalam penelitian, yaitu dengan mendapatkan nilai R *square* atau koefisien determinasi.

3) Pengujian Hipotesis

Pengujian dilakukan dengan t-test, bila diperoleh p-value = 0,05 (a 5%) maka disimpulkan signifikan dan sebaliknya. Bilamana hasil pengujian hipotesis pada outer model signifikan, hal ini menunjukkan bahwa indikator dipandang dapat digunakan sebagai instrumen pengukur variabel laten. Sedangkan apabila hasil pengujian pada inner model adalah signifikan, maka dapat dikatakan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna variabel laten terhadap variabel laten lainnya.



Gambar 4.2 Model peningkatan *self are behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

#### 4.11. Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga No 611-KEPK. Penelitian ini menggunakan etika penelitian sebagai berikut:

##### 1) Prinsip adil (*justice*)

Keterlibatan responden dalam penelitian ini berdasarkan pemilihan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Semua responden diperlakukan sama dan adil pada setiap tahapan penelitian. Responden dalam penelitian ini memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian.

##### 2) Manfaat (*beneficience* dan *nonmaleficience*)

Peneliti mengupayakan semaksimal mungkin manfaat bagi responden dan kerugian yang minimal. Peneliti dalam penelitian ini memperhatikan

beberapa hal, yaitu : 1) meminimalkan risiko penelitian agar sebanding dengan manfaat yang diterima dan proses pengambilan data yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang berisiko bagi responden, 2) desain penelitian ini adalah *crosssectional*, 3) peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk memutuskan apakah melanjutkan proses penelitian atau tidak.

3) *Hormat (respect for human dignity)*

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini diberikan *informed consent* sebelum proses pengumpulan data dilakukan.

4) *Otonomy and freedom*

Responden memiliki otonomi dan kebebasan menentukan pilihan untuk mengikuti penelitian atau tidak, tanpa paksaan, dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Otonomi responden sangat diprioritaskan selama proses pengumpulan data. Responden yang terpilih untuk berpartisipasi dalam penelitian ini diberikan kebebasan untuk ikut atau tidak dalam penelitian.

5) *Veracity and fidelity*

Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya. Peneliti memberikan penjelasan yang sebenar-

benarnya dalam penelitian ini terkait perlakuan yang akan diberikan, manfaat, bahaya yang mungkin akan timbul, dan prosedur penelitian kepada responden sebelum responden diberikan *informed consent*.

6) *Confidentiality*

Peneliti harus menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari responden dan tidak menyampaikan kepada orang lain. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini menuliskan nama insial pada kuesioner. Kuesioner yang telah diisi oleh responden disimpan ditempat yang rahasia oleh peneliti untuk menjaga kerahsiaan.



# **BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN**

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 5.1.1. Geografi

Kota Denpasar terletak pada posisi  $08^{\circ}35'31''$  sampai  $08^{\circ}44'49''$  Lintang Selatan dan  $115^{\circ}00'23''$  sampai  $115^{\circ}16'27''$  Bujur Timur, dengan ketinggian 500 meter dari permukaan laut. Batas wilayah Kota Denpasar di bagian Utara, Selatan dan Barat berbatasan dengan Kabupaten Badung, sedangkan di bagian Timur berbatasan dengan Kabupaten Gianyar.

Kota Denpasar memiliki luas wilayah  $127,78 \text{ km}^2$  atau sebesar 2,18% dari luas wilayah Provinsi Bali. Secara administrasi Kota Denpasar terdiri dari 4 wilayah kecamatan terbagi menjadi 27 desa dan 16 kelurahan. Dari keempat kecamatan tersebut, berdasarkan luas wilayah, Kecamatan Denpasar Selatan memiliki wilayah terluas yaitu  $49,99 \text{ km}^2$  (39,12 persen).

Denpasar Utara memiliki wilayah seluas  $31,12 \text{ km}^2$  (24,35 persen), dan Denpasar Barat dengan luas wilayah sebesar  $24,13 \text{ km}^2$  (18,88 persen). Adapun kecamatan dengan wilayah terkecil yaitu Kecamatan Denpasar Timur dengan luas wilayah  $22,54 \text{ km}^2$  (17,64 persen). Letak geografis dan luas masing-masing kecamatan seperti pada tabel 5.1 berikut : (Dinkes Kota Denpasar, 2016).

Tabel 5.1 Letak geografis dan luas wilayah Kota Denpasar

No	Kecamatan	Letak Geografis		Luas (Km <sup>2</sup> )
		Lintang selatan	Bujur timur	
1	Denpasar Utara	08°35'31"- 08°39'29"	115°12'09"- 115°14'39"	31,42
2	Denpasar Timur	08°35'31"- 08°40'36"	115°12'29"- 115°16'27"	22,31
3	Denpasar Selatan	08°40'00"- 08°44'49"	115°10'23"- 115°14'24"	49,99
4	Denpasar Barat	08°36'24"- 08°41'59"	115°10'23"- 115°14'14"	24,06
	Denpasar	08°35'31"- 08°44'49"	115°10'23"- 115°16'27"	127,78

### 5.1.2. Topografi dan iklim

Topografi Kota Denpasar sebagian besar merupakan dataran rendah yang terbentang dari Selatan ke Utara. Panjang pantai  $\pm$  11 Km, berupa perairan laut yang meliputi pantai padang Galak, pantai Sanur, serta pantai Pulau Serangan. Wilayah Kota Denpasar secara umum beriklim laut tropis yang dipengaruhi oleh angin musim.

Sebagai daerah tropis Kota Denpasar memiliki musim kemarau dan musim hujan yang diselingi oleh musim panca roba, dengan curah hujan berkisar antara 1 – 437 mm. Curah hujan yang paling rendah terjadi pada Bulan September yaitu sebesar 1 mm, sedangkan curah hujan yang paling tinggi terjadi pada Bulan Januari sebesar 437 mm. Suhu maksimum berkisar antara 29,9°C – 33,9°C dan suhu minimum berkisar antara 22,7°C – 25,6°C. Temperatur tertinggi terjadi di Bulan Desember dan terendah terjadi pada Bulan September dengan kelembaban udara berkisar antara 73 hingga 82 persen (Dinkes Kota Denpasar, 2016).

### 5.1.3. Kependudukan

Berdasarkan hasil perhitungan geometris berdasarkan proyeksi Sensus Penduduk 2010 yang dibantu oleh BPS Propinsi Bali, pencerminan penduduk Kota Denpasar pada tahun 2015 berjumlah 880.600 jiwa yang terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 449.700 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 430.900 jiwa.

Sex ratio adalah perbandingan penduduk laki –laki dan penduduk perempuan di suatu wilayah. Sex ratio penduduk Denpasar pada tahun 2015 adalah 104,36 artinya terdapat 104 laki-laki diantara 100 penduduk perempuan. jumlah balita adalah sebesar 8,6% dari 0-4 seluruh total penduduk dan jumlah usila 2,9% dari seluruh total penduduk, sedangkan persentase balita dan anak anak adalah 24,36% dari seluruh total penduduk Denpasar. Berdasarkan data ini dapat kita lihat bahwa komposisi penduduk usia produktif (dewasa) lebih besar dibandingkan usia non produktif (anak-anak dan usia lanjut) (Dinkes Kota Denpasar, 2016).

### 5.1.4. Sosial ekonomi

Pertumbuhan perekonomian Kota Denpasar dapat dilihat dari laju pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB). Selama tahun 2011–2014, laju pertumbuhan ekonomi Kota Denpasar cenderung fluktuatif. Di tahun 2012, laju pertumbuhan ekonomi Denpasar meningkat dari tahun sebelumnya menjadi sebesar 7,51 persen namun pada tahun 2013 pertumbuhan ekonomi Kota Denpasar melambat hanya menjadi 6,96 persen dan selanjutnya pada tahun 2014 dapat sedikit meningkat menjadi 7 persen. Pembentukan PDRB Kota

Denpasar sebagian besar (73,69%) ditopang oleh sektor perdagangan, hotel dan restoran, sektor keuangan, persewaan dan jasa perusahaan, sektor pengangkutan dan sektor jasa-jasa lainnya (Dinkes Kota Denpasar, 2016).

#### 5.1.5. Sarana kesehatan

##### 1) Pusat kesehatan masyarakat

Dalam rangka meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, di Kota Denpasar telah dibangun 11 buah Puskesmas induk yang telah memiliki kemampuan gawat darurat serta kemampuan laboratorium dan 25 buah puskesmas pembantu serta 11 unit puskesmas keliling.

Tabel 5.2 Distribusi puskesmas berdasarkan desa yang diwilayahi

No	Kecamatan	Pusekesmas	Desa/Kelurahan
1	Denpasar Utara	Puskesmas I Denpasar Utara	1. Desa Dangin Puri Kaja 2. Desa Dangin Puri Kangin 3. Kel. Tonja 4. Desa dangin Puri Kauh
		Puskesmas II Denpasar Utara	1. Desa Pemecutan Kaja 2. Kel Ubung 3. Desa. Ubung Kaja
		Puskesmas III Denpasar Utara	1. Desa Dauh Puri Kaja 2. Kel Peguyangan 3. Desa Peguyangan Kaja 4. Desa Peguyangan Kangin
2	Denpasar Timur	Puskesmas I Denpasar Timur	1. Kel. Dangin Puri 2. Ds. Dangin Puri Kelod 3. Kel. Sumerta 4. Desa Sumerta kelod 5. Desa Sumerta Kauh 6. Desa Sumerta Kaja
		Puskesmas II Denpasar Timur	1. Kel. Penatih 2. Desa Kesiman Kertalangu 3. Desa penatih Dangin Puri 4. Desa Kesiman Petilan 5. Kel Kesiman
3	Denpasar Selatan	Puskesmas I Denpasar Selatan	1. Kel Ssetan 2. Desa Sidakarya 3. Kel Panje
		Puskesmas II Denpasar Selatan	1. Kel Sanur

No	Kecamatan	Pusekesmas	Desa/Kelurahan
			2. Kel Renon 3. Desa Sanur Kauh 4. Desa Sanur Kaja
		Puskesmas III Denpasar Selatan	1. Desa Pemogan 2. Kel. Serangan
		Puskesmas IV Denpasar Selatan	1. Kelurahan Pedungan
4	Denpasar Barat	Puskesmas I Denpasar Barat	1. Desa Padang sambian kelod 2. Desa Dauh Puri Kauh 3. Desa Dauh Puri Kangin 4. Desa Dauh Puri Kelod 5. Desa Dauh Puri 6. Desa Pemecutan Kelod
		Puskesmas II Denpasar Barat	1. Desa Padang sambian kaja 2. Desa Tegal Kertha 3. Desa Tegal Harum 4. Kel Padang sambian 5. Kel Pemecutan

Kegiatan Prolanis dilakukan oleh seluruh puskesmas yang berada di wilayah kerja Dinkes Kota Denpasar. Dari 11 Puskesmas yang ada di Kota Denpasar, 2 Puskesmas sudah dikembangkan menjadi Puskesmas Rawat inap yaitu Puskesmas I Denpasar Timur dengan 10 tempat tidur dan Puskesmas IV Denpasar Selatan dengan 10 tempat tidur. Sejak tahun 2009 di Kota Denpasar sudah mengembangkan Puskesmas ( ISO 9001 : 2008 ) Sistem Manajemen Mutu Puskesmas. Sampai dengan tahun 2013 Kegiatan ISO di Puskesmas di Kota Denpasar sudah terlaksana pada 4 (empat) Puskesmas diantaranya (Dinkes Kota Denpasar, 2016):

- a. Puskesmas II Denpasar Selatan tahun 2009
- b. Puskesmas III Denpasar Selatan tahun 2011
- c. Puskesmas IV Denpasar Selatan tahun 2013
- d. Puskesmas II Denpasar Barat tahun 2014

## 2) Rumah sakit

Di Kota Denpasar terdapat 5 buah rumah sakit publik, yang dikelola oleh Kementerian kesehatan, Pemerintah provinsi, Pemerintah Kota Denpasar dan TNI/POLRI (Dinkes Kota Denpasar, 2016).

Tabel 5.3 Distribusi rumah sakit publik berdasarkan pengelola

No	Rumah Sakit	Pengelola
1	RS Pusat Sanglah Denpasar	Kemendes
2	RS Indera Bali Mandara	Pemerintah Provinsi Bali
3	RSU Wangaya	Pemerintah Kota Denpasar
4	RS Polda Bali	Kepolisian RI
5	RS TK II Udayana	TNI

5.2. Deskripsi Variabel Model Peningkatan *Self Care Behavior*

## 5.2.1. Analisis deskripsi faktor personal

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan variabel faktor personal pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018

Karakteristik	f = 177	%	Mean	Std. Deviation
<b>Usia</b>				
Dewasa akhir (36-45 th)	3	1.7	57,35 Tahun	4,89 Tahun
Lansia awal ( 36-45 th)	56	31.6		
Lansia akhir (56-65 th)	118	66.7		
Total	177	100		
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	94	53.1	-	-
Perempuan	83	46.9		
Total	177	100		
<b>Pendidikan</b>				
SMA	117	66.1	-	-
Pendidikan tinggi	60	33.9		
Total	177	100		
<b>IMT</b>				
Kurang	10	5.6	22,96 Kg/m <sup>2</sup>	2,93 Kg/m <sup>2</sup>
Normal	90	50.8		
Lebih	77	43.5		
Total	177	100		
<b>Pendapatan</b>			Rp	Rp

Karakteristik	f = 177	%	Mean	Std. Deviation
Rendah < 2,173,000	126	71.2	1.532.800	1.098.220
Tinggi $\geq$ 2,173,000	51	28.8		
Total	177	100		
Motivasi diri				
Kurang baik	67	37.9		
Baik	110	62.1	-	-
Total	177	100		
Persepsi				
Buruk	94	53.1		
Baik	83	46.9	-	-
Total	177	100		
Kepercayaan				
Buruk	99	55.9	-	-
Baik	78	44.1		

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa rerata usia responden adalah 57,35 tahun. Hampir sebagian besar usia responden dalam kategori lansia akhir. Responden dalam penelitian ini hampir seluruhnya berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA. Rerata Indeks Masa Tubuh (IMT) responden adalah 22,96 Kg/m<sup>2</sup>. Sebagian besar responden memiliki IMT dalam kategori normal. Rerata status ekonomi responden adalah Rp 1.532.800. Sebagian besar responden memiliki status ekonomi rendah. Sebagian besar motivasi diri yang dimiliki responden dalam kategori baik. Sebagian besar responden memiliki persepsi terhadap penyakit yang buruk. Sebagian besar responden memiliki kepercayaan dalam kategori buruk.



### 5.2.2. Analisis deskripsi *self efficacy*

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan variabel *self efficacy* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018

Karakteristik	f = 177	%
Buruk	101	57.1
Baik	76	42.9
Total	177	100

Sebagian besar responden memiliki *self efficacy* yang buruk. Hampir setengah responden memiliki *self efficacy* yang baik.

### 5.2.3. Analisis deskripsi dukungan sosial keluarga

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan variabel dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018

Karakteristik	f = 177	%
<b>Dukungan emosional</b>		
Baik	177	100
Kurang	0	0
Total	177	100
<b>Dukungan informatif</b>		
Kurang	32	18.1
Baik	145	81.9
Total	177	100
<b>Dukungan penghargaan</b>		
Kurang	62	35
Baik	115	65
Total	177	100
<b>Dukungan instrumental</b>		
Kurang	5	2.8
Baik	172	97.2
Total	177	100

Tabel 5.6 menunjukkan seluruh responden dalam penelitian ini memiliki dukungan emosional keluarga dalam kategori baik. Hampir seluruh responden dalam penelitian ini memiliki dukungan informatif dalam kategori baik. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki dukungan penghargaan keluarga

Hampir seluruh responden memiliki dukungan instrumental keluarga dalam kategori baik.

5.2.4. Analisis deskripsi *self care behavior*

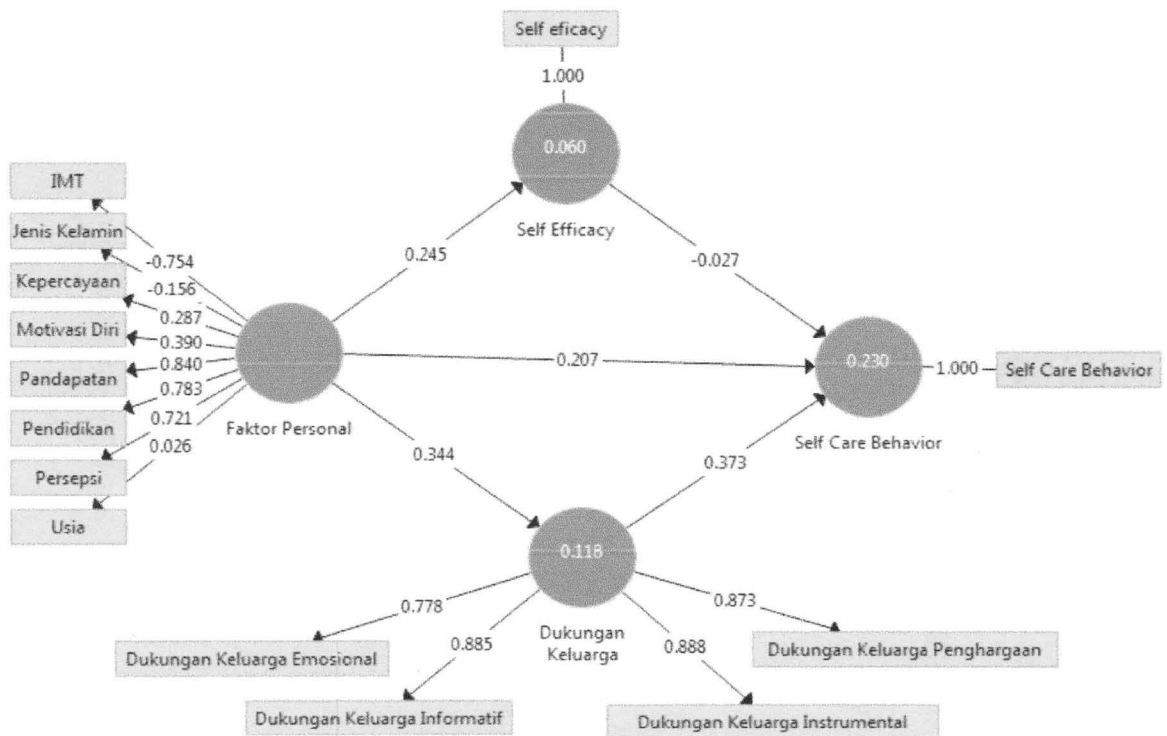
Tabel 5.7 Distribusi responden berdasarkan variabel *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar, Januari-Februari 2018

Karakteristik	f = 177	%
Buruk	89	50.3
Baik	88	49.7
Total	177	100

Tabel 5.7 menunjukkan setengah responden dalam penelitian ini memiliki *self care behavior* yang buruk. Hampir setengahnya memiliki *self care behavior* yang baik.

5.3. Analisis Inferensial Model Peningkatan *Self Care Behavior*

5.3.1. Pengujian *measurement model (outer model)*



Gambar 5.1 *Measurement model (outer model)*

Tahap ini menampilkan gambaran hasil pengujian PLS tahap *measurement model (outer model)* pada variabel faktor personal terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, indeks masa tubuh, status ekonomi, motivasi diri, persepsi penyakit dan kepercayaan, variabel *self efficacy*, variabel dukungan sosial keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan informatif, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental, variabel *self care behavior*. Hasil perhitungan *measurement model* pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 5.8

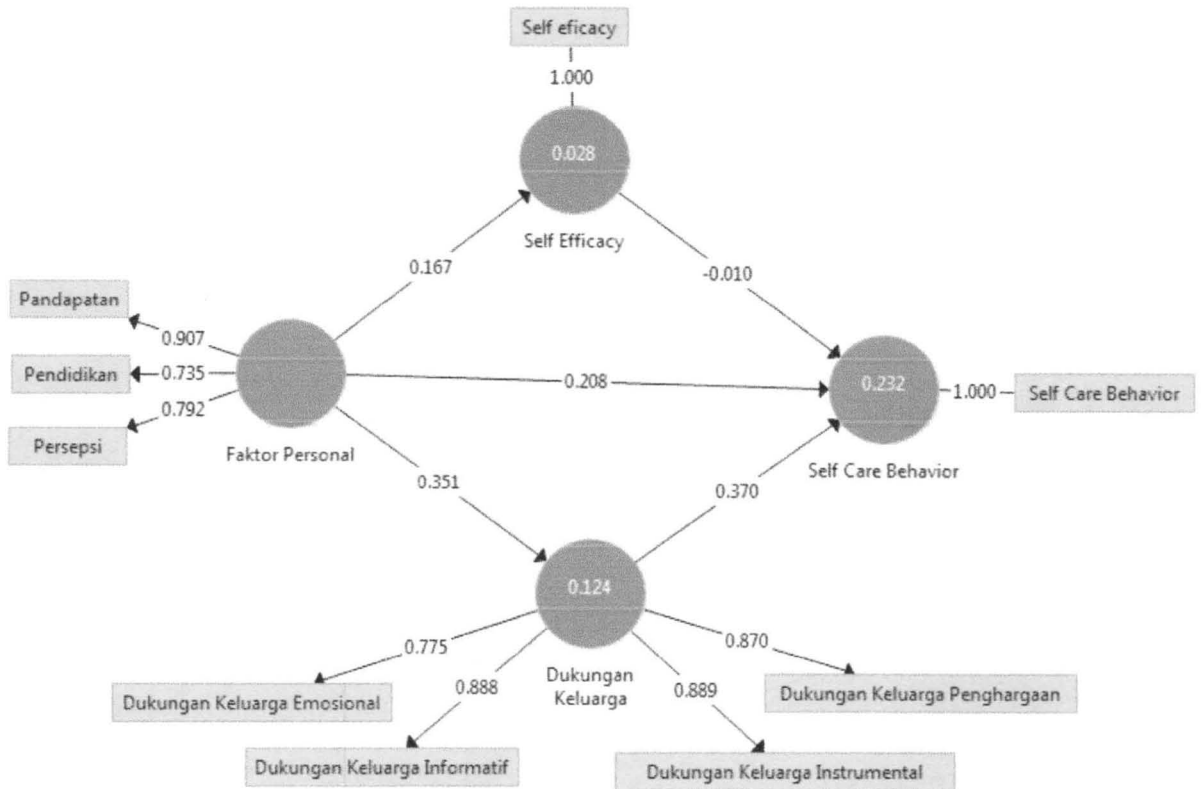
Tabel 5.8 Perhitungan *measurement model (outer model)* pada Model Peningkatan *Self Care Behavior* Pasien DM tipe 2 di Denpasar

Variabel	Sub Variabel	Loading factor	Average Variance Extracted (AVE)	Composite reliability
Faktor personal	Usia	0,026	0,333	0,461
	Jenis kelamin	-0,156		
	Pendidikan	0,783		
	IMT	-0,754		
	Status ekonomi	0,840		
	Motivasi diri	0,390		
	Persepsi penyakit	0,721		
	Kepercayaan	0,287		
<i>Self efficacy</i>		1,000	1,000	1,000
Dukungan sosial keluarga	Dukungan emosional	0,778	0,735	0,917
	Dukungan informatif	0,885		
	Dukungan penghargaan	0,873		
	Dukungan instrumental	0,888		
<i>Self care behavior</i>		1,000	1,000	1,000

Hasil perhitungan tabel 5.8 menunjukkan sub variabel usia, jenis kelamin, kepercayaan, motivasi diri, dan IMT memiliki faktor loading < 0,6. Sub variabel tersebut akan dihapus dari model ini. Pada penelitian ini nilai AVE pada variabel

faktor personal tidak valid ( $0,333 < 0,5$ ). Nilai *composite reliability* pada variabel faktor personal tidak reliabel ( $0,461 < 0,7$ ).

### 5.3.2. Pengujian model struktural (*inner model*)



Gambar 5.2 *Measurement model (inner model)*

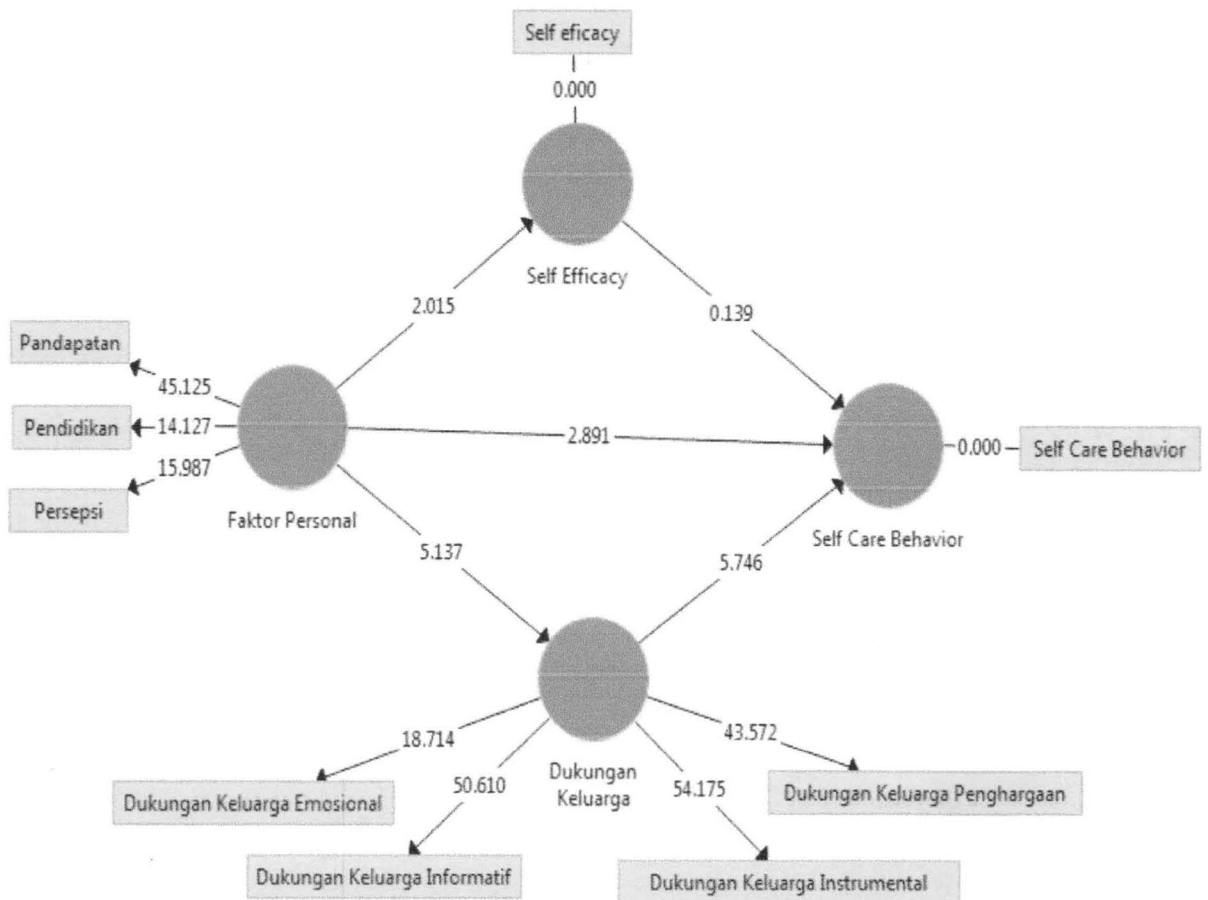
Tahap ini menampilkan gambaran hasil pengujian PLS tahap *measurement model (inner model)* pada variabel faktor personal terdiri dari pendidikan, status ekonomi, dan persepsi penyakit, variabel *self efficacy*, variabel dukungan sosial keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan informatif, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental, variabel *self care behavior*. Hasil perhitungan *measurement model (inner model)* pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9 Perhitungan *measuremen model (inner model)* pada Model Peningkatan *Self Care Behavior* Pasien DM tipe 2 di Denpasar

Variabel	Sub Variabel	<i>Loading factor</i>	Average Variance Extracted (AVE)	<i>Composite reliability</i>
Faktor personal	Status ekonomi	0,907	0,663	0,854
	Pendidikan	0,735		
	Persepsi penyakit	0,792		
<i>Self efficacy</i>		1,000	1,000	1,000
Dukungan sosial keluarga	Dukungan emosional	0,775	0,735	0,917
	Dukungan informatif	0,888		
	Dukungan penghargaan	0,870		
	Dukungan instrumental	0,889		
<i>Self care behavior</i>		1,000	1,000	1,000

Hasil perhitungam tabel 5.9 menunjukkan seluruh variabel memiliki faktor loading  $\geq 0,6$ . Pada penelitian ini nilai AVE pada seluruh variabel valid  $\geq 0,5$ . Nilai *composite reliability* pada seluruh variabel adalah reliabel  $\geq 0,7$ .

## 5.3.3. Pengujian hipotesa

Gambar 5.3 *Structural model* (Pengujian hipotesa)

Tahap selanjutnya adalah melakukan pengujian *structural model*. pada tahap ini memiliki tujuan mengetahui adanya pengaruh variabel. Pengujian ini menggunakan perbandingan uji  $t$  ( $t$ -test), apabila nilai  $t$  hitung lebih besar dari  $t$  tabel,  $t$ -value  $> 1,96$  berarti pengujian signifikan.

Tabel 5.10 Hasil perhitungan uji t (*T-Test*) pada Model Peningkatan *Self Care Behavior* Pasien DM tipe 2 di Denpasar

Hubungan antar variabel	<i>Original sample</i>	<i>Sample mean</i>	<i>Standard Deviation (STDEV)</i>	<i>T Statistic</i>
Faktor Personal → <i>Self Care Behavior</i>	0,208	0,212	0,072	2,891
Faktor Personal → <i>Self Efficacy</i>	0,167	0,172	0,083	2,015
Faktor Personal → Dukungan Keluarga	0,351	0,354	0,068	5,137
<i>Self Efficacy</i> → <i>Self Care Behavior</i>	-0.010	-0.005	0.075	0.139
Dukungan Keluarga → <i>Self Care Behavior</i>	0.370	0.368	0.064	5.746

Berdasarkan tabel 5.10 didapatkan :

- 1) Faktor personal berpengaruh terhadap *self care behavior* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,208 dan nilai  $t=2,891 > 1,96$
- 2) Faktor personal berpengaruh terhadap *self efficacy* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,167 dan nilai  $t=2,015 > 1,96$
- 3) Faktor personal berpengaruh terhadap dukungan keluarga dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,351 dan nilai  $t=5,137 > 1,96$
- 4) *Self efficacy* tidak berpengaruh terhadap *self care behavior* dengan nilai koefisien parameter sebesar -0,010 dan nilai  $t=0,139 < 1,96$
- 5) Dukungan keluarga berpengaruh terhadap *self care behavior* dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,370 dan nilai  $t=5,746 > 1,96$

Pada gambar 5.3 dijelaskan bahwa faktor personal mempengaruhi *self care behavior* secara signifikan melalui variabel dukungan keluarga terlebih dahulu daripada langsung menuju *self care behavior*. *Self efficacy* tidak dapat mempengaruhi *self care behavior* secara langsung. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi *self care behavior* secara langsung.

#### 5.4. Hasil FGD

FGD bertujuan untuk membahas isu strategis dan mendapatkan penyebab dan solusi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi dalam pengembangan model peningkatan *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di Denpasar. FGD dilakukan setelah peneliti melakukan analisis data baik deskriptif maupun inferensial. Dasar pengambilan isu strategis berdasarkan hasil analisis PLS faktor yang memengaruhi *self care behavior* pasien DM yaitu faktor personal dan dukungan keluarga. FGD dilakukan bersama Kepala Puskesmas, dokter, perawat, dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam program prolanis.

Tabel 5.11 Hasil FGD Model Peningkatan *Self Care Behavior* pada Pasien DM Tipe 2 Di Denpasar

Isu strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat peserta FGD	Telaah peneliti
Faktor personal : Pendapatan dalam kategori rendah	Responden yang mengikuti kegiatan prolanis sebagian besar sudah masuk usia pensiun.	Prolanis yang ada di puskesmas memang sebagian besar diikuti oleh lansia yang dari segi produktifitas kerja sudah memasuki masa pensiun	Pendapatan yang cukup dapat meningkatkan perilaku management Diabetes
Faktor personal : Pendidikan dalam kategori Menengah	Tidak peduli dengan pendidikan tinggi	Kebudayaan orang dahulu, dimana orang tua jaman dulu hanya menyekolahkan anaknya hingga SMA dan selanjutnya disuruh mencari kerja untuk membantu hidup	Pendidikan yang tinggi dapat mempermudah dalam memahami perawatan diri pasien DM
Faktor personal : Persepsi dalam kategori buruk	Tingkat pendidikan yang dimiliki dalam kategori menengah dan pengetahuan DM yang masih kurang	Pengetahuan yang dimiliki oleh tiap peserta prolanis berbeda-beda antar satu dengan yang lainnya. Faktor penyakit yang tidak bisa sembuh	Perasaan yang dimiliki oleh klien DM tipe 2 terhadap penyakit yang dialaminya yang dapat membantu pengelolaan DM



Isu strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat peserta FGD	Telaah peneliti
		menyebabkan persepsi pasien DM dalam kategori buruk	
Dukungan keluarga pada ketegori baik	Kebudayaan kekeluargaan yang erat membuat mereka memberikan dukungan yang cukup pada pasien DM	Selama ini dalam kegiatan prolansis belum pernah melibatkan keluarga akan tetapi pada dasarnya seluruh keluarga pasien DM selalu mendukung anggota keluarganya	Dukungan keluarga dapat meningkatkan perilaku perawatan diri pasien dm

### 5.5. Rekomendasi Dari Hasil FGD

- 1) Mempertahankan program prolansis yang telah berlangsung dengan baik
- 2) Meningkatkan pengetahuan tentang Diabetes Melitus baik kepada pasien dan keluarga pasien
- 3) Keluarga pasien memberikan dukungan secara emosional (mendengarkan, terbuka, bersikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, ekspresi kasih sayang, dan adanya pengertian dari anggota keluarga pasien Diabetes melitus), informatif (memberikan penjelasan terhadap sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi, memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif), penghargaan (memberikan dorongan positif, meminta pendapat penderita dan mempertimbangkannya terkait perawatan Diabetes yang akan dijalani), dan instrumental (menyediakan makanan sesuai kebutuhan pasien Diabetes, mengingatkan jadwal rutin cek gula darah, mendorong penderita penderita untuk berolahraga secara teratur).
- 4) Meningkatkan persepsi pasien terhadap penyakit dan dukungan penghargaan dalam keluarga pasien DM dengan modul perawatan diri pasien DM

# **BAB 6**

# **PEMBAHASAN**

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1. Pengaruh Faktor Personal Terhadap *Self Care Behavior* Pasien DM

##### Tipe 2

Penelitian ini menemukan faktor personal memengaruhi *self care behavior*. Faktor personal yang mempengaruhi *self care behavior* adalah status sosio ekonomi, pendidikan, dan persepsi. Berdasarkan tabel 5.4 status sosio ekonomi, pendidikan, dan persepsi secara berturut-turut adalah rendah, menengah dan buruk. Tabel 5.7 menjelaskan pada penelitian ini *self care behavior* pasien DM dalam kategori buruk.

Penelitian (Ortiz *et al.*, 2016) menjelaskan hal yang sama yang ditemukan dalam penelitian ini, responden yang memiliki pendapatan rendah mempunyai *self care behavior* yang buruk. Hubungan status sosio ekonomi dengan perkembangan Diabetes telah diidentifikasi dalam banyak penelitian. (Hill *et al.*, 2013). Individu dengan status sosial ekonomi rendah memiliki tingkat literasi kesehatan yang rendah, stresor hidup, dan gejala depresi yang masing-masing berpengaruh buruk terhadap perawatan diri pasien dan kontrol glikemik (Mayberry, Harper and Osborn, 2016).

Diabetes memiliki hubungan dengan kelompok berpenghasilan rendah. Individu yang hidup dalam kemiskinan juga kurang menerima perawatan diabetes yang direkomendasikan daripada individu dengan pendapatan yang lebih tinggi (Kirk *et al.*, 2015). Penelitian (Le *et al.*, 2016) menjelaskan adanya hubungan status sosioekonomi dan pengelolaan diri Diabetes di

China. Status sosioekonomi memiliki peran penting dalam pengembangan dan pengelolaan Diabetes. Pasien DM di Denpasar mempunyai tingkat ekonomi yang rendah dan mempunyai *self care behavior* yang buruk. Penelitian (Bhandari and Kim, 2016) menjelaskan sosioekonomi mempengaruhi *self care behavior*. Penelitian ini menemukan status sosial ekonomi yang dimiliki pasien DM dalam kategori rendah dan mempunyai *self care behavior* pada kategori buruk. Rendahnya status sosioekonomi dikarenakan para pasien DM sudah memasuki usia pensiun. Status ekonomi yang rendah menyebabkan pasien DM tidak mampu mengoptimalkan perawatan diri.

Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa pasien yang mematuhi perawatan mandiri Diabetes sangat erat kaitannya dengan persepsi mereka tentang penyakit dan perawatannya. Persepsi penyakit adalah konsep utama dari pengaturan diri terhadap sehat dan sakit. Berdasarkan konsep tersebut seseorang memiliki kepercayaan pribadi tentang penyakit mereka, yang sebagian besar dapat menentukan respons seseorang terhadap kondisi mereka. Persepsi penyakit meliputi persepsi yang dirasakan yang dikaitkan dengan kondisi seseorang, keyakinan terhadap lama penyakit yang diderita, konsekuensinya, kemampuan yang dirasakan untuk mengendalikan kondisi dan sejauh mana pengobatan efektif dalam mengendalikan kondisi sakitnya, pemahaman tentang kondisinya, respon emosional dan kekhawatiran mengenai kondisinya, dan keyakinan tentang kemungkinan penyebab kondisi tersebut (Puffelen *et al.*, 2015). Persepsi diri dapat memainkan peran penting dalam perilaku manajemen diri penderita Diabetes. Persepsi kesehatan juga dapat mempengaruhi perawatan diri,

manajemen Diabetes dan beberapa aspek kualitas hidup. Persepsi kesehatan adalah aspek kesehatan, yang bergantung pada apakah ada penyakit dan dampaknya terhadap perilaku mempromosikan kesehatan, dan dianggap penting oleh orang-orang. Proses pengelolaan diri dimulai dengan negosiasi internal antara keyakinan individu tentang kesehatan dan penyakit, yaitu hal yang dihadapi seseorang dengan ancaman penyakit dan kebutuhan akan pengelolaan diri (Rostami *et al.*, 2015). Penelitian ini menemukan pasien DM yang memiliki persepsi dalam kategori buruk memiliki *self care behavior* yang buruk. Persepsi terhadap penyakit mungkin mempunyai pengaruh terhadap *self care behavior*.

Penelitian (Ortiz *et al.*, 2016) menjelaskan hal yang sama yang ditemukan dalam penelitian ini, responden yang memiliki pendidikan yang sangat rendah mempunyai *self care behavior* yang buruk. Penelitian (Bhandari and Kim, 2016) menjelaskan faktor demografi yaitu status pendidikan merupakan faktor yang mempengaruhi *self care behavior*. Pengetahuan yang memadai dianggap sebagai dasar menggabungkan perilaku manajemen mandiri pada pasien Diabetes. Peningkatan pengetahuan telah dikaitkan dengan peningkatan kontrol DM, sedangkan pengetahuan yang tidak memadai dikaitkan dengan kontrol yang buruk (Chourdakis and Kontogiannis, 2014). Penelitian (Bhandari and Kim, 2016) multisenter mereka yang besar, telah menunjukkan bahwa orang dewasa dengan pendidikan kurang memiliki probabilitas lebih rendah untuk terlibat dalam perilaku kesehatan DM. Pendidikan DM harus disesuaikan berdasarkan tingkat pendidikan pasien. Materi pendidikan tentang perawatan mandiri harus dirancang sedemikian rupa sehingga informasi tersebut dapat disebarluaskan dengan jelas,

misalnya dengan menggunakan gambar dan diagram. Penelitian ini menemukan pendidikan pasien DM pada kategori rendah memiliki *self care behavior* yang buruk. Pendidikan kesehatan tentang DM selalu diberikan oleh perawat puskesmas. Rendahnya pendidikan mungkin menyebabkan pemahaman tentang pengetahuan pasien DM kurang sehingga *self care behavior* pasien buruk.

## 6.2. Pengaruh Faktor Personal Terhadap *Self Efficacy* Pasien DM Tipe 2

Penelitian ini menjelaskan bahwa faktor personal memengaruhi *self efficacy*. Faktor personal yang mempengaruhi *self efficacy* adalah status sosio ekonomi, pendidikan, dan persepsi. Pengetahuan dan kepercayaan merupakan komponen yang mendasari pelaksanaan *self management* individu dan keluarga, karena pengetahuan dan kepercayaan memberikan dampak pada perilaku yang lebih spesifik yaitu *self efficacy*. Peningkatan pengetahuan terkait dengan peningkatan perilaku *self regulation* dan fasilitasi sosial. Peningkatan pengetahuan melalui edukasi dapat meningkatkan *self efficacy* dan *self management* behavior pada penderita DM tipe 2 (Rias, 2016). Penelitian ini menemukan level pendidikan rendah yang dimiliki pasien DM mempunyai *self efficacy* buruk. Sehingga dengan pendidikan yang rendah mampu mempengaruhi *self efficacy* pasien DM menjadi buruk. Pengetahuan merupakan komponen penting untuk menguatkan *self efficacy* menjadi lebih baik (Kav *et al.*, 2015)

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *self efficacy* pada penderita Diabetes dipengaruhi oleh faktor individu termasuk fitur etnis budaya, literasi kesehatan, pengalaman sebelumnya, situasi kerja, pengetahuan terkait Diabetes, dukungan sosial, keterampilan fisik, faktor emosional dan adanya depresi. Tingkat

*self efficacy* bergantung pada adanya depresi yang mempengaruhi harga diri, pengambilan keputusan, dan pilihan aktivitas yang berkaitan dengan perawatan Diabetes. Tingkat keparahan depresi dikaitkan dengan kepatuhan diet dan pengobatan yang buruk, gangguan fungsional, dan biaya perawatan kesehatan yang lebih tinggi pada pasien Diabetes (Kav *et al.*, 2015).

Penelitian ini menemukan pendapat pasien DM dalam kategori rendah. Beban biaya perawatan yang tinggi menyebabkan pasien DM mengalami depresi yang pada akhirnya mempengaruhi *self efficacy*. Penelitian ini menemukan *self efficacy* pada pasien yang memiliki pendapatan rendah masuk ke dalam kategori buruk.

Penelitian ini menemukan adanya hubungan faktor personal (persepsi) terhadap *self efficacy*. Hubungan antara konsep persepsi penyakit dan *self efficacy* bisa menjadi rangkaian teori dimana persepsi penyakit dapat memicu terjadinya *self efficacy* (Al-amer *et al.*, 2016). Persepsi penyakit adalah sesuatu yang unik bagi individu; hal ini juga secara signifikan dibentuk oleh konteks budaya, sosial, pengalaman masa lalu, dan keyakinan tentang kesehatan secara umum dan juga oleh pemahaman pasien tentang masalah kesehatan mereka. *Common Sense Model* (CSM) atau *Self-regulation*, menjelaskan bahwa ketika seseorang merasakan ancaman kesehatan, kognisi dan emosional menjadi aktif secara bersamaan. Representasi kognitif dari ancaman kesehatan memiliki lima komponen: identitas (label penyakit); penyebab (seperti turun temurun); konsekuensi (seperti komplikasi Diabetes); *timeline* (perjalanan penyakit); dan kontraktilitas (pengobatan dan pengendalian pribadi) (Al-amer *et al.*, 2016).



Penelitian ini menemukan persepsi penyakit buruk yang dimiliki pada pasien DM mempunyai *self efficacy* yang buruk.

### **6.3. Pengaruh Faktor Personal Terhadap Dukungan Keluarga Pasien DM Tipe 2**

Penelitian ini menemukan bahwa faktor personal mempengaruhi dukungan keluarga. Faktor personal yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah status sosio ekonomi, pendidikan, dan persepsi. Hubungan antara kondisi sosial dengan hasil kesehatan yang ingin dicapai dipengaruhi oleh salah satunya adalah persepsi (Walker *et al.*, 2014). Dukungan dari keluarga misalnya dengan mendengarkan, terbuka, bersikap percaya terhadap apa yang dikeluhkan, ekspresi kasih sayang, dan adanya pengertian dari anggota keluarga pasien Diabetes mellitus. Komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga diperlukan untuk memahami situasi anggota keluarga. Dimensi ini didapatkan dari mengukur persepsi pasien tentang dukungan keluarga berupa perhatian dan kasih sayang dari anggota keluarga yang lain (Sartika, 2016). Pada penelitian ini ditemukan pasien DM yang memiliki persepsi buruk memiliki dukungan sosial keluarga yang baik.

Fungsi perawatan kesehatan bukan hanya fungsi esensial dan dasar keluarga, namun fungsi yang mengemban fokus sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat. Pemenuhan fungsi kesehatan keluarga dapat menjadi sulit, yang bisa dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal seperti struktur keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Agar keluarga dapat menjadi sumber kesehatan primer dan efektif, maka keluarga harus ditingkatkan keterlibatannya dalam tim kesehatan dan proses terapi. Peran partisipasi keluarga ini sangat dibutuhkan baik



pada kebutuhan kesehatan promotif, preventif, dan kuratif (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Ketika mengkaji sebuah keluarga, khususnya ketika anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, perawat harus mengkaji kemampuan keluarga untuk memberikan perawatan diri, motivasi keluarga, dan kompetensi aktual dalam menangani masalah kesehatan. Keluarga perlu memiliki pemahaman mengenai status kesehatan, dan atau masalah kesehatannya sendiri serta langkah-langkah khusus yang diperlukan untuk memperbaiki atau memelihara kesehatan keluarga dalam upaya tanggung jawab terhadap perawatan dirinya sendiri. Pengkajian mengenai kemampuan perawatan diri keluarga, yang berfokus pada pengetahuan motivasi dan kekuatan atau koordinasi keterampilan motorik yang diperlukan untuk melakukan tugas perawatan fisik, memberikan landasan untuk evaluasi kebutuhan akan intervensi keperawatan. Keluarga yang mengemban tanggung jawab perawatan kesehatan bagi anggota keluarga yang lemah atau yang mengalami masalah kesehatan yang berat dapat mengalami tingkat ketegangan fisik dan emosional yang tinggi (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Penelitian ini menemukan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA, status ekonomi rendah dan sebagian responden memiliki persepsi terhadap penyakit yang buruk memiliki dukungan keluarga yang baik. Hubungan faktor personal dan dukungan keluarga dalam penelitian ini adalah lemah. Faktor personal tidak bisa menjelaskan secara penuh variabel dukungan keluarga.

#### 6.4. Pengaruh *Self Efficacy* Terhadap *Self Care Behavior* Pasien DM Tipe 2

Berdasarkan tabel 5.9 menjelaskan bahwa *self efficacy* tidak mempunyai pengaruh terhadap *self care behavior*. Tabel 5.5 menjelaskan *self efficacy* pasien DM pada penelitian ini rendah. Penelitian (Ahmad Sharoni *et al.*, 2017) menemukan pasien dengan *self efficacy* yang baik akan mempunyai *self care behavior* yang baik. Penelitian ini menemukan pasien dengan *self efficacy* yang buruk memiliki *self care behavior* yang buruk. Penelitian (Cheng *et al.*, 2016) menjelaskan bahwa *self efficacy* tidak secara signifikan berhubungan dengan perilaku manajemen diri. *Self efficacy* tidak mampu untuk memulai dan mempertahankan perubahan perilaku yang sehat saat mengatasi hambatan. Hambatan yang dirasakan oleh pasien perlu dipertimbangkan saat merancang intervensi berdasarkan *self efficacy*, karena hambatan cenderung lebih berpengaruh dalam perubahan perilaku. Penelitian (Wendling and Beadle, 2015) di Amerika Serikat menemukan tidak adanya hubungan yang signifikan antara *self-efficacy* dan *self-care behaviour*.

*Self-efficacy* adalah prasyarat terpenting untuk perubahan perilaku. *Self-efficacy* mengacu pada kepercayaan seseorang dalam melakukan aktivitas tertentu, termasuk kepercayaan diri untuk melakukan aktivitas saat hambatan muncul (Klein, Peters and Yarandi, 2016). *Self efficacy* menggambarkan kepercayaan tentang kemampuan diri sendiri, atau merupakan keyakinan seseorang bahwa ia dapat menguasai situasi dan menghasilkan hasil yang positif. Semakin tinggi *self efficacy* individu maka akan memudahkan individu memecahkan masalah dalam keadaan sulit. Individu yang meyakini bahwa dia mampu melakukan suatu

perilaku tertentu akan melakukan perilaku tersebut. Sedangkan individu dengan *efficacy* rendah cenderung untuk tidak melakukan perilaku tersebut atau menghindarinya. Individu dengan *self efficacy* yang tinggi akan lebih mudah mengadopsi perilaku baru (Bandura, 1997).

*Self-efficacy* merupakan kepercayaan diri untuk melaksanakan perilaku tertentu untuk mencapai tujuan yang spesifik. *Self efficacy* mempunyai 2 bagian yang mendasar : *self-efficacy* dan hasil yang diinginkan. *Self-efficacy* mengembangkan kepercayaan diri dalam kemampuan individu untuk melakukan perilaku dan untuk mengatasi hambatan untuk mencapai tujuan tersebut. Hasil yang diinginkan adalah keyakinan seseorang bahwa mereka akan mencapai hasil kesehatan positif yang dihasilkan dari perilaku yang spesifik (Wichit *et al.*, 2016). *Self efficacy* berhubungan dengan motivasi individu dan keyakinan tentang kemampuan mereka dan semua hal tersebut adalah syarat yang paling penting bagi perubahan perilaku (Kav *et al.*, 2017). Pada penelitian ini ditemukan kepercayaan pasien DM dalam kategori buruk. Kepercayaan yang buruk ini menyebabkan *self efficacy* buruk pada pasien DM.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *self efficacy* pada penderita Diabetes dipengaruhi oleh faktor individu termasuk etnis budaya, literasi kesehatan, pengalaman sebelumnya, situasi kerja, pengetahuan terkait Diabetes, dukungan sosial, keterampilan fisik, faktor emosional dan adanya depresi (Kav *et al.*, 2017). Pada penelitian ini ditemukan minimnya literasi kesehatan yang dilakukan oleh pasien DM. Penelitian (Bohanny *et al.*, 2013) menemukan pasien

DM yang mempunyai literasi kesehatan yang tinggi memiliki *self efficacy* yang baik.

Faktor budaya juga mempengaruhi *self efficacy* pasien DM. Budaya yang ada di Bali cenderung menyebabkan *self care behavior* menjadi buruk salah satunya pada diet dikarenakan setiap kegiatan keagamaan cenderung menyajikan makanan pantangan pasien DM.

#### **6.5. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap *Self Care Behavior* Pasien DM Tipe 2**

Penelitian ini menjelaskan bahwa dukungan keluarga mempunyai pengaruh terhadap *self care behavior*. Menurut (Friedman, 2010) dukungan sosial keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup, yang memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh, dengan sifat dan tipe dukungan bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan, yang dapat meningkatkan penyesuaian untuk kelangsungan hidup dalam keluarga. Sejak lahir setiap individu saling terkait dalam suatu kelompok terutama kelompok keluarga. Dalam hubungan keterkaitan kelompok ini terdapat kemungkinan untuk dipengaruhi dan mempengaruhi anggota lainnya. Sehingga dalam kesehariannya perilaku setiap individu anggota kelompok berlangsung di dalam suatu aturan normatif tertentu. Demikian pula perilaku individu tersebut terhadap masalah kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Dukungan keluarga adalah upaya yang diberikan kepada anggota keluarga, baik moril maupun materiil, sehingga dengan dukungan itu seseorang merasa diperhatikan, mendapat saran, atau kesan yang menyenangkan pada dirinya (Smet, 1994). Pendekatan berorientasi keluarga ini dilakukan dalam budaya yang

memiliki ikatan kekeluargaan yang kuat seperti yang diungkapkan dalam kehidupan sehari-hari dan dalam interaksi dengan keluarga. Dukungan keluarga dikaitkan dengan perilaku perawatan diri yang lebih baik (Wichit *et al.*, 2016). Penelitian lain juga menemukan bahwa intervensi keluarga memperbaiki *self management* Diabetes (Baig *et al.*, 2016). Dukungan keluarga adalah sumber lain yang membantu individu DM tipe 2 untuk memperbaiki aktivitas perawatan diri mereka (Wichit *et al.*, 2016).

Dukungan keluarga sangat penting dalam masyarakat Thailand di mana keluarga memiliki peran penting dalam penyediaan dukungan fisik, mental dan sosio-ekonomi kepada orang-orang yang hidup dengan Diabetes (Lundberg and Thrakul, 2013). Terlepas dari perbedaan agama, secara budaya negara-negara Asia memiliki kesamaan dalam hal tanggung jawab utama terhadap kesehatan anggota keluarga yang secara tradisional tinggal bersama anggota keluarga lainnya di rumah (Wichit *et al.*, 2016). Peran khusus yang diberikan anggota keluarga untuk mendukung individu dengan Diabetes yaitu mempersiapkan makanan dan manajemen makanan (China (Shi *et al.*, 2016), Jepang, Korea, Taiwan, Thailand (Wichit *et al.*, 2016) ), mendorong dan memantau latihan fisik (China (Shi *et al.*, 2016), Jepang, Thailand (Wichit *et al.*, 2016)) dan pemantauan glukosa darah dan perilaku perawatan diri lainnya (China (Shi *et al.*, 2016), Jepang, Thailand (Wichit *et al.*, 2016)). Penelitian lain juga menemukan bahwa intervensi keluarga memperbaiki manajemen diri Diabetes. Dukungan keluarga adalah sumber lain yang membantu individu Diabetes melitus untuk memperbaiki aktivitas perawatan diri mereka (Wichit *et al.*, 2016).

Beberapa jenis dukungan sosial dilibatkan dalam memfasilitasi perawatan diri dan memperbaiki penggunaan sumber daya kesehatan. Dukungan ini termasuk emosional (perasaan yang nyaman, nilai dan perilaku pasien), penghargaan (mempromosikan pemahaman tentang peristiwa yang penuh tekanan), dan dukungan informasi (memberi saran dan informasi), serta instrumental (bantuan keuangan atau barang dan layanan praktis lainnya) (Song *et al.*, 2017). Penelitian ini menemukan seluruh responden penelitian memiliki dukungan emosional keluarga dalam kategori baik dan hampir seluruh responden memiliki dukungan instrumental keluarga dalam kategori baik.

Anggota keluarga adalah sumber utama dukungan keluarga instrumental dan dukungan keluarga emosional. Dukungan instrumen mencakup membantu tugas lengkap pasien, seperti membuat janji dengan penyedia layanan kesehatan atau membantu menyuntikan insulin, dukungan emosional dapat mencakup memberikan kenyamanan dan dorongan saat pasien menghadapi kesusahan atau frustrasi selama perawatan Diabetes mereka (Pamungkas, Chamroonsawasdi and Vatanasomboon, 2017).

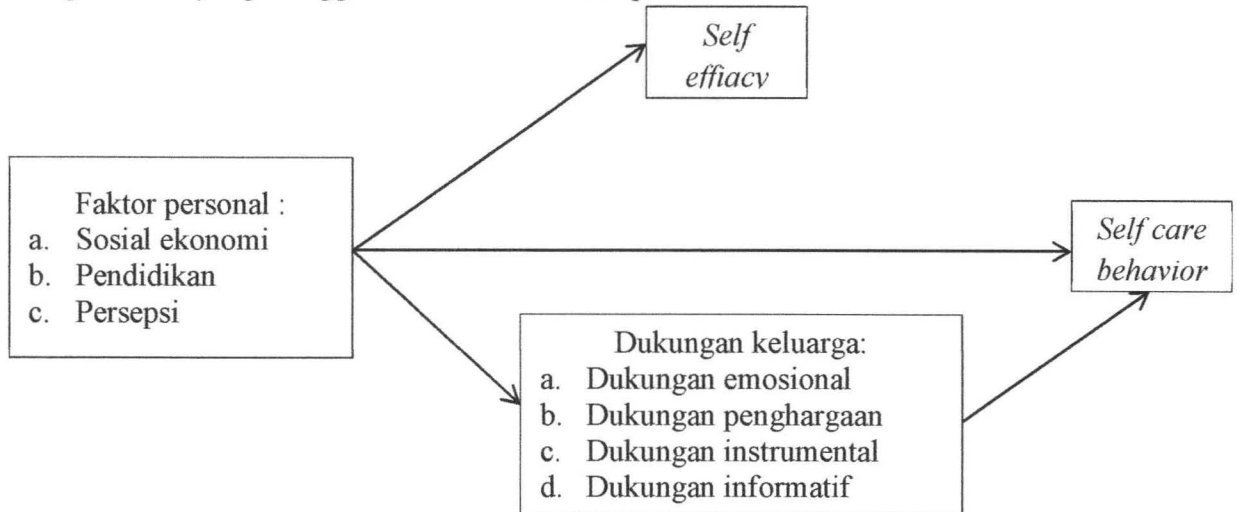
Dukungan informasi yang diberikan keluarga merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit, dengan memberikan penjelasan tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang sedang dihadapi. Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan yang diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagai perawatan bagi anggotanya yang sakit (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Dukungan penghargaan merupakan ekspresi keluarga dalam memberikan respons (penilaian) positif, pernyataan membenarkan (setuju) terhadap ide atau perasaan individu, serta umpan balik atau menunjukkan perbandingan sosial dalam rangka membuka wawasannya. Keluarga memberikan persetujuan, dorongan positif dan bimbingan terhadap anggota keluarga. Dukungan ini membuat individu senang karena pendapatnya dihargai dan merasa berkompeten. Bentuk dukungan muncul dari pengakuan dan penerimaan keluarga terhadap kemampuan yang dimiliki anggotanya. Dukungan penghargaan merupakan bentuk fungsi afektif keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial, semangat, motivasi, dan peningkatan harga diri. Dukungan penghargaan akan menyebabkan penderita DM merasa berguna dan berarti bagi keluarga. Dukungan penghargaan dibutuhkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Friedman, Bowden and Jones, 2010).

Penelitian ini menemukan hampir seluruh responden memiliki dukungan informatif dalam kategori baik. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki dukungan penghargaan keluarga yang baik. Secara keseluruhan dalam penelitian ini dukungan keluarga pasien DM adalah baik. Pada penelitian ini pasien yang memiliki dukungan keluarga yang baik memiliki *self care behavior* yang buruk. Hal ini disebabkan karena hubungan yang lemah antara dukungan keluarga dengan *self care behavior*. Variabel dukungan keluarga hanya mampu menjelaskan 23,2% dari variabel *self care behavior*.

### 6.6. Temuan Penelitian

Berdasarkan keseluruhan hasil pengujian hipotesis maka dapat diketahui jalur signifikansi yang menggambarkan model hasil penelitian ini:



Gambar 6.1 Temuan Penelitian

Gambar 6.1 menunjukkan hasil penelitian berupa rekomendasi model peningkatan *self care behavior* pasien DM. Rekomendasi model tersebut tersusun atas faktor personal (pendapatan, pendidikan, dan persepsi), *self efficacy*, dan dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informatif) yang memengaruhi *self care behavior*. *Self care behavior* Diabetes adalah tindakan mandiri yang dilakukan oleh klien Diabetes dalam kehidupan sehari-hari dengan tujuan untuk mengontrol gula darah yang meliputi aktifitas pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), pemantauan kadar gula darah, minum obat dan perawatan kaki.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti merekomendasikan metode tugas keluarga dalam perawatan diri pasien DM. Tugas keluarga ini akan memberikan dukungan terhadap *self care behavior* pasien DM agar meningkat sehingga dapat mencegah komplikasi DM.



### 6.7. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pengumpulan data *self care behavior* hanya berdasarkan kuesioner untuk peneliti selanjutnya perlu melakukan observasi terkait *self care behavior* pasien
- 2) Penelitian hanya dilakukan di Kota Denpasar sehingga tidak dapat di generalisasi di tempat lain dan populasi di seluruh Indonesia atau dunia
- 3) Pada penelitian variabel yang mempengaruhi *self efficacy* dan dukungan sosial keluarga tidak diukur.

# **BAB 7**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Simpulan

- 1) Faktor personal (sosial ekonomi, pendidikan, dan persepsi) memiliki pengaruh positif yang lemah terhadap *self care behavior* pada pasien DM tipe 2. Semakin rendah status sosial ekonomi, maka *self care behavior* semakin buruk. Pendidikan yang semakin rendah menyebabkan *self care behavior* menjadi buruk. Persepsi yang buruk, maka *self care behavior* semakin buruk.
- 2) Faktor personal (sosial ekonomi, pendidikan, dan persepsi) memiliki pengaruh positif yang lemah terhadap *self efficacy* pada pasien DM tipe 2. Semakin rendah status sosial ekonomi, maka *self efficacy* semakin buruk. Pendidikan yang semakin rendah menyebabkan *self efficacy* menjadi buruk. Persepsi yang buruk, maka *self efficacy* semakin buruk.
- 3) Faktor personal (sosial ekonomi, pendidikan, dan persepsi) memiliki pengaruh negatif yang lemah terhadap dukungan keluarga pada pasien DM tipe 2. Semakin tinggi status sosial ekonomi, maka dukungan keluarga semakin baik. Pendidikan yang semakin tinggi menyebabkan dukungan keluarga menjadi baik. Persepsi yang semakin baik, maka dukungan keluarga semakin baik.
- 4) Dukungan keluarga memiliki pengaruh positif yang lemah terhadap *self care behavior* pada pasien DM tipe 2. Semakin baik dukungan keluarga (dukungan informatif, dukungan emosional, dukungan instrumen, dan dukungan penghargaan), maka *self care behavior* semakin baik.

5) *Self efficacy* tidak mempengaruhi *self care behavior* pada pasien DM tipe 2.

Semakin buruk *self efficacy*, maka *self care behavior* semakin baik.

## 7.2. Saran

### 1. Pasien DM

Menggunakan Modul Peningkatan Perawatan Diri yang diberikan bersama keluarga untuk meningkatkan *self care behavior*

### 2. Seluruh Puskesmas Di Denpasar

1) Mengajak turut serta keluarga pasien dalam kegiatan yang berhubungan dengan *self care behavior* meliputi diet, latihan fisik, monitoring kesehatan, pengobatan, dan perawatan kaki

2) Melakukan pelatihan terkait penggunaan modul kepada keluarga dan pasien DM

### 3. Peneliti selanjutnya

1) Perlu melakukan observasi terkait *self care behavior* pada saat pengambilan data pada pasien.

2) Penelitian dilakukan di seluruh Indonesia

3) Pada penelitian selanjutnya variabel yang mempengaruhi *self efficacy* dan dukungan sosial keluarga tidak diukur.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. 2014. *Nursing Theorist and Their Work*. 8th edn. Elsevier Inc.
- Al-amer, R., Ramjan, L., Glew, P., Randall, S. and Salamonson, Y. 2016. 'Self-Efficacy , Depression , and Self-Care Activities in Adult Jordanians with Type 2 Diabetes: The Role of Illness Perception', *Issues in Mental Health Nursing*.
- Ahmad Sharoni, S., Mohd Razi, M., Abdul Rashid, N., & Mahmood, Y. (2017). Self-efficacy of foot care behaviour of elderly patients with diabetes. *Malaysian Family Physician*, 12(2), 2–8.
- American Diabetes Association, 2013, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 34, pp. 62-9.
- Ariani, Y. 2011, Hubungan Antara Motivasi Dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUP. H. Adam Malik Medan, *Tesis*, Universitas Indonesia.
- Bai, Y.L., Chiou, C.P. and Chang, Y.Y. 2009. Self-care behaviour and related factor in older people with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3308-3315.
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M.T., and Burner, D.L. 2016. 'Family interventions to improve diabetes outcomes for adults', *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Bhandari, P. and Kim, M. 2016. 'Self-Care Behaviors of Nepalese Adults With Type 2 Diabetes', *Nursing Research*, 65, pp. 202–214.
- Black, J, Hawks, and Jane, H., 2009, *Medical surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes*, 8th ed. Vol. 1, St. Louis: Elsevier.
- Bomar, P.J., 2004. *Promoting Health in Families : Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Bohanny, W., Lecturer, R. N., Wu, S. V., & Associate, R. N. 2013. Health literacy , self-efficacy , and self-care behaviors in patients with type 2



- diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 495–502. <https://doi.org/10.1111/1745-7599.12017>
- Braver, N.R., Den, E., Duijzer, G., Ter Beek, J., Jansen, S.C., Hiddink, G.J., Faskens, E.J.M., and Haveman-Nies, A., 2017. 'Determinants of lifestyle behavior change to prevent type 2 diabetes in high-risk individuals', *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity*, 14, pp. 1–11.
- BPJS, 2015, *Panduan Praktis PROLANIS (Program Pengelolaan*. Jakarta: BPJS.
- Chen, C.Y., Lo, F.S., Chen, B.H., Lu, M.H., Hsin, Y.M., and Wang R.H., 2017. 'Pathways of emotional autonomy, self-care behaviors, and depressive symptoms on health adaptation in adolescents with type 1 diabetes', *Nursing Outlook*. Elsevier Inc., 65(1), pp. 68–76.
- Chen, M.F., Wang, R.H., and Hung, S.L., 2015. 'Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory', *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 28(4), pp. 299–304.
- Chourdakis, M. and Kontogiannis, V. 2014. 'Self-Care Behaviors of Adults with Type 2 Diabetes Mellitus in Greece', *Journal Community Health*, 39, pp. 972–979.
- Coffman, M. J. ,2008, 'Effects of Tangible Social Support and Depression on Diabetes Self-Efficacy', *Journal of Gerontological Nursing*, 4, pp. 32–40.
- Dehdari, T., Rahimi, T. and Aryaeian, N. 2014. 'Developing and Testing a Measurement Tool for Assessing Predictors of Breakfast Consumption Based on a Health Promotion Model', *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Elsevier Inc., 46(4), pp. 250–258.
- Dinkes Kota Denpasar. 2016. *Profil Dinas Kesehatan Kota Denpasar Tahun 2015*. Denpasar: Dinkes Kota Denpasar.
- Dwi, A., Amatayakul, A. and Karuncharempanit, S. 2017 'Predictors of diabetes self-management among type 2 diabetics in Indonesia : Application theory of the health promotion model', *International Journal of Nursing Sciences*. Elsevier Taiwan LLC, 4(3), pp. 260–265.

- D'Souza, M.S., Karkada, S.N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S., and Cayaban, A.R.R., 2017. 'Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes', *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 36, pp. 25–32.
- Fisher, G. & Strycker, 2010, The Relationship Between Diabetes Distress and Clinical Depression With Glycemic Control Among Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 33(5).
- Friedman, M.M., 1998. *Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik* (5th ed.). Jakarta: EGC.
- Gatt, S. and Sammut, R. 2008 'An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes', *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 1525–1533.
- Hensarling, J., 2009. Development and Psychometric Testing of Hensarling's Diabetes Family Support Scale. *Disertasi*. Texas Woman's University.
- Hill, J. O., Galloway, J. M., Goley, A., Marrero, D. G., Minners, R., Montgomery, B., ... Aroda, V. R. 2013. Socioecological Determinants of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 36. <https://doi.org/10.2337/dc13-1161>
- Kav, S., Yilmaz, A.K., Bulut, Y., and Dogan, N., 2017. 'self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey', *Collegian*. Australian College of Nursing Ltd, 24(1), pp. 27–35.
- Kirk, J. K., Arcury, T. A., Ip, E., Bell, R. A., Saldana, S., Nguyen, H. T., & Quandt, S. A. (2015). Diabetes symptoms and self-management behaviors in rural older adults. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 107(1), 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.10.005>
- Klein, Z. K., Peters, R. M. and Yarandi, H. N. 2016. 'Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis', *Western Journal of Nursing Research*, pp. 1–20.
- Kusnanto, K. 2013. 'Model Self Care Management-Holistic Psychospiritual Care Terhadap Kemandirian, Glukosa Darah, dan HbA1C Penderita Diabetes Melitus Tipe 2', *Jurnal Ners*, 2.



- Kusniawati (2011) *Analisis Faktor Yang Berkontribusi Terhadap Self Care Diabetes Pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Rumah Sakit Umum Tangerang*. Universitas Indonesia.
- Laxy, M., Mielck, A., Hunger, M., Schunk, M., Meisinger, C., Rucket, I.M., Rathman, W., and Holle, R., 2014. 'The Association Between Patient-Reported Self-management Behavior , Intermediate Clinical Outcomes , and Mortality in Patients With Type 2 Diabetes : Results From the KORA-A Study', *Diabetes Care*, 37(June), pp. 1604–1612.
- Le, C., Rong, S., Dingyun, Y., & Wenlong, C. 2016. Socioeconomic disparities in type 2 diabetes mellitus prevalence and self-management behaviors in rural southwest China. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 121, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.07.032>
- Lee, Y.J., Shin, S.J., Wang, R.H., Lin, K.D., Lee, Y.L., and Wang, Y.H., 2016. 'Pathways of empowerment perceptions , health literacy , self-efficacy , and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 99(2), pp. 287–294.
- Lundberg, P. C. and Thrakul, S. 2013. 'Religion and self-management of Thai Buddhist and Muslim women with type 2 diabetes', *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 1907–1916.
- Mayberry, L. S., Harper, K. J., & Osborn, C. Y. (2016). Family behaviors and type 2 diabetes: What to target and how to address in interventions for adults with low socioeconomic status. *Chronic Illness*, 12(3), 199–215. <https://doi.org/10.1177/1742395316644303>
- Mccarthy, M. M., Whittemore, R., Gholson, G., and Grey, M., 2017. 'Self-management of physical activity in adults with type 1 diabetes ☆', *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 35, pp. 18–23.
- Notoatmodjo, S., 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam 2013, *Konsep penerapan metode penelitian ilmu keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.

- Ortiz, L. G. C., Del, B., Pérez, Á., González, E. R., Martínez, S. P., Quirarte, N. H. G., & Berry, D. C. 2016. Self-Care Behaviors and Glycemic Control in Low-Income Adults in México With Type 2 Diabetes Mellitus May Have Implications for Patients of Mexican Heritage Living in the United States. *Clinical Nursing Research*, 25(2), 120–138. <https://doi.org/10.1177/1054773815586542>
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behavioral Sciences*, 1–17. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni), 2011, *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2011*, Jakarta: Author.
- PERKENI, 2015, *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015*. Jakarta: PB PERKENI.
- Puffelen, A. L. Van, Heijmans, M. J. W. M., Rijken, M., Rutten, G. E. H. M., & Schellevis, F. G. (2015). Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes ; does the presence of complications matter ? *Psychology & Health*, (May), 37–41. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1045511>
- Rias, Y. A. (2016). Hubungan Pengetahuan Dan Keyakinan Dengan Eikasi Diri Penyandang Diabetic Foot Ulcer. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(1), 13–17.
- Rifki, N.N., 2011. *Penatalaksanaan Diabetes dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2013, *Penyakit Diabetes*, <http://indonesia4lifetransferfactor>, Diakses 15 September 2017,
- Ripamonti, C., Borreani, C., Maruelli, A., Proserpio, T., Pessi, M.A., and Miccinesi, G., 2010, 'System of belief inventory ( SBI-15R ): a validation study in Italian cancer patients on oncological , rehabilitation , psychological and supportive care settings', *Tumori*, 96, pp. 1016–1021.

- Rostami, S., Parsa-yekta, Z., Najafi-ghezeljeh, T., Vanaki, Z., & Zarea, K. (2015). Self-perception in Iranian adolescents with diabetes : a qualitative study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40200-015-0163-0>
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. 2000. 'Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being', *American Psychological Association*, 55(1), pp. 68–78.
- Sartika, N. D. (2016). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga, Kebiasaan Olahraga, Dan Lama Tidur Dengan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Di RSI Jemursari Surabaya*. Universitas Airlangga.
- Seo, K., Song, M., Choi, S., Kim, S.A., and Chang, S.J., 2016. 'Development of a scale to measure diabetes self-management behaviors among older Koreans with type 2 diabetes , based on the seven domains identified by the American Association of Diabetes Educators', *Japan Journal of Nursing Science*.
- Setiadi, 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sharoni, S. K. A. and Vivienne, S.-F. 2012. 'Self-efficacy and self-care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes : a cross sectional survey', *Nusing and Health Sciences*, (2012), pp. 38–45.
- Shayeghian, Z., Hassanabadi, H., Aguilar-Vafaie, M. E., Amiri, P., and Besharat, M. A., 2016. 'A Randomized Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy for Type 2 Diabetes Management : The Moderating Role of Coping Styles', *Journal Plos One*, pp. 1–15.
- Shi, M., Xu, M. Y., Liu, Z.L., Duan, X.Y., Zhu., Y.B., Shi, H.M., Jiang, B., Zhang, X.M., and Yu, X.H., 2016. 'Effectiveness of family involvement in newly diagnosed type 2 diabetes patients : a follow-up study', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 99(5), pp. 776–782.
- Sigurdardottir, A.K. 2005. Self-care in diabetes : model of factors affecting self care. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 301-3014.
- Smet, B., 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo.

- Smeltzer SC., & Bare BG., 2009, *Tekst Book of Medical Surgical Nursing*.(10th.ed.)Vol. 2, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia.
- Soegondo S., Soewondo P., Subekti I 2009, *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*, Edisi 4, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Song, M., Choi, S., Kim, S.A., Seo, K., and Lee, S.J., 2015. 'Intervention Mapping Protocol for Developing a Theory-Based Diabetes Self-Management Education Program', *Research and Theory for Nursing Practice*, 29(2), pp. 94–112.
- Song, Y., Nam, S., Park, S., Shin, I., & Ku, B. J. 2017. The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes : What Is the Effect of Diabetes Type? *The Diabetes Educator*, 20(10), 1–17. <https://doi.org/10.1177/0145721717712457>
- Sousa, V.D., & Zauszniewski, J.A. 2005. Toward a theory of diabetes self-care management. *The Journal of Theory Construction & Testing*, 9 (2), 61-67
- Sugiyono, 2006, *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*, Alfabeta, Bandung.
- Supriyadi, 2014, *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Toobert, D.J., Hampson, S.E., & Glasgow, R.E. 2000. The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care*, 23 (7), 943-950
- van der Bijl JJ, van Poelgeest-Eeltink A, Shortridge-Baggett LM. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J. Adv.Nurs.* 1999; **30**: 352–353.
- Vazini, H. and Barati, M. 2014. 'The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients', *Iranian Journal Of Diabetes and Obesitiy*, 6(3), pp. 107–113.
- Waki, S., Shimizu, Y., Uchiumi, K., Asou, K., Kuroda, K., Murakado, N., Seto, N., Masaki, H., and Ishii, H., 2016. 'Structural model of self-care agency in patients with diabetes : A path analysis of the Instrument of Diabetes Self-Care Agency and body self-awareness', *Japan Journal of Nursing Science*, 13, pp. 478–486.

- Walker, R. J., S. M., Gebregziabher, M., Ph, D., Martin-harris, B., Ph, D., ... S, M. 2014. Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 662–668. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.06.011>
- Watkins, Y. J., Quinn, L. T., Ruggiero, L., Quinn, M. T., & Choi, Y.-K. 2013, Spiritual and Religious Beliefs and Practices, and Social Support's Relationship to Diabetes Self-Care Activities in African Americans. *Diabetes Educ.*, 39(2), 231–239.
- Wendling, S., & Beadle, V. 2015. The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2, 37–41. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.01.001>
- Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., and Johnson, M., 2016. 'Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy , glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes', *Diabetes Research and Clinical Practice*. Elsevier Ireland Ltd, 123, pp. 37–48.
- Yusra, A. 2011, Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta, *Tesis*, Universitas Indonesia.

# LAMPIRAN

**Lampiran 1****Lembar Penjelasan Penelitian****PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN****Judul Penelitian :**

“Model Peingkatan *Self Care Behavior* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2”.

**Tujuan Penelitian**

Menganalisis model *self care behavior* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Denpasar

**Perlakuan yang diterapkan pada subjek**

Pada penelitian ini responden tidak diberikan perlakuan hanya diberikan kuesioner

**Manfaat penelitian bagi subjek penelitian**

Penelitian ini dapat menambah informasi dan ilmu pengetahuan mengenai konsep perilaku perawatan diri pada pasien dengan DM tipe 2.

**Bahaya potensial**

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oeh keterlibatan subyek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini hanya memberikan kuesiner.

**Hak untuk undur diri**

Keikutsertaan pasien DM dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden dan apabila dalam penelitian ini pasien

DM tidak bersedia menjadi responden maka peneliti akan mencari responden lainnya untuk dijadikan subyek penelitian.

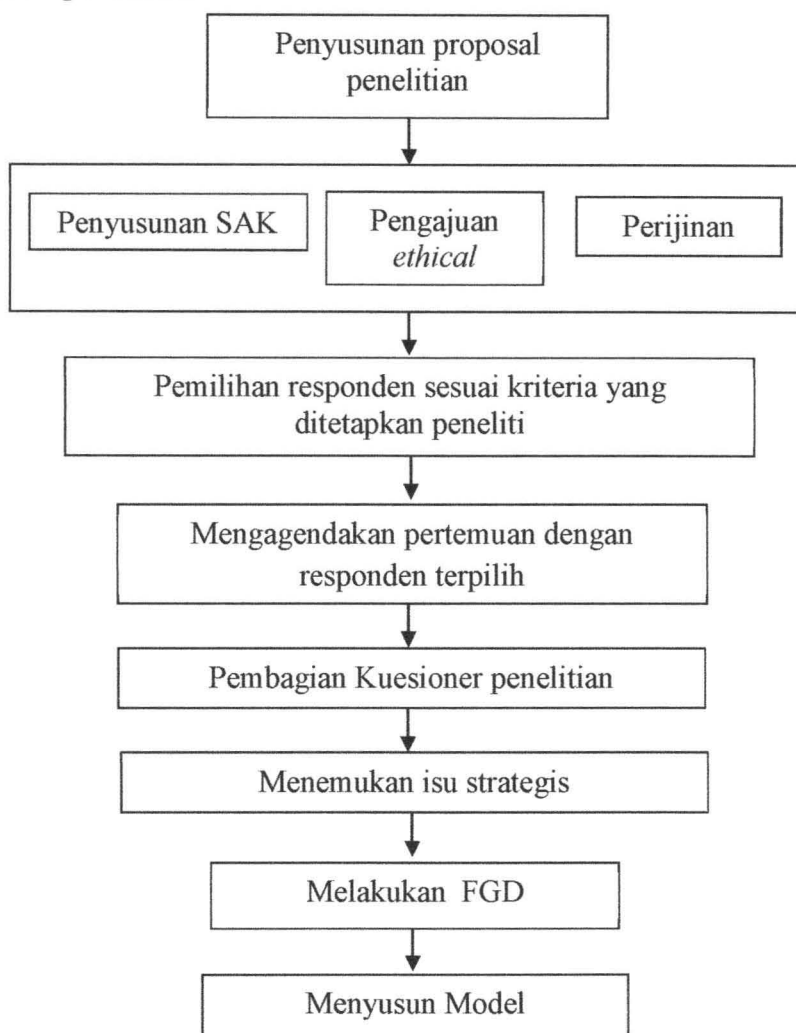
**Jaminan kerahasiaan data**

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode misalnya A01.

**Adanya insentif untuk subyek penelitian**

Seluruh subyek penelitian memperoleh cinderamata dari peneliti.



**Prosedur penelitian****Informasi tambahan**

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Made Mahaguna Putra

Telp. : 0899014825

Email : made.mahaguna-16@fkp.unair.ac.id

**Lampiran 2****Lembar *Informed Consent******INFORMED CONSENT*****(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Telah mendapatkan keterangan secara rinci dan jelas mengenai :

1. Penelitian yang berjudul "**Model Peingkatan *Self Care Behavior* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2**".
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek.
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian.
4. Bahaya yang akan timbul.
5. Prosedur penelitian dan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut.

Oleh kaena itu saya bersedia/tidak bersedia \*) menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran seta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, Oktober 2017

Peneliti,

Responden

(Made Mahaguna Putra)

(.....)

Saksi,

(.....)

\*) coret yang tidak perlu

**Lampiran 3****Lembar Penjelasan Penelitian****Lembar Penjelasan Penelitian**

Judul Penelitian : **“Model Peingkatan *Self Care Behavior* Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2”**

Peneliti : Made Mahaguna Putra

Kami akan mengadakan penelitian untuk menganalisis model *self care behavior* pada pasien DM tipe 2. Manfaat dari penelitian ini adalah dapat meningkatkan *self care behavior* (perilaku perawatan diri). Sudara/i yang berpartisipasi dalam penelitian ini, akan diberikan kuesiner yang harus diisi.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi siapapun. Bila selama berpartisipasi dalam penelitian ini saudara/i merasa ketidaknyamanan maka saudara mempunyai hak untuk berhenti. Kami berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan dari data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan, pengolahan, maupun penyajian. Peneliti juga menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi atau keluar kapan saja dalam penelitian ini.

Adapun hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri pasien DM dan Petugas kesehatan sebagai salah satu metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri pasien DM.

Melalui penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi saudara. Kami ucapkan terima kasih atas kesediaan bapak/ibu/saudara berpartisipasi dalam penelitian ini

Surabaya, Oktober 2017

Hormat saya,

(Peneliti)

**Lampiran 4****Kuesioner Penelitian****Kuesioner Penelitian****Petunjuk pengisian :**

1. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
2. Isilah titik-titik yang tersedia dengan jawaban yang benar.
3. Pilihlah salah satu jawaban yang menurut Bapak/Ibu dengan cara memberikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang dipilih

**A. Karakteristik Demografi Responden**

1. Nama (Inisial) :
2. Umur : tahun
3. Berat badan : cm
4. Tinggi badan : kg
5. IMT : (Diisi oleh peneliti)
6. Jenis Kelamin :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
7. Pendidikan
  - a. SD
  - b. SMP
  - c. SMA
  - d. Pendidikan tinggi
8. Rerata pendapatan perbulan : Rp .....
9. Lamanya menderita DM : tahun

**B. Lembar Kuesioner Motivasi Diri**

Petunjuk pengisian

Berilah tanda *check list* (√) atau silang (X) pada kolom yang telah disediakan sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara/i

No	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
<b>A. Saya menjalani pengobatan dan memeriksa gula darah karena ...</b>					
1	Banyak orang yang senang jika saya melakukannya				
2	Saya menjadi tertantang untuk melakukannya				
3	Saya percaya bahwa menjalani pengobatan diabetes akan memperbaiki kesehatan saya				
4	Saya merasa senang jika melakukan apa yang disarankan dokter				
5	Saya ingin dokter berpikir bahwa saya pasien yang baik				
6	Badan saya terasa lebih baik jika saya melakukannya				
7	Saya senang jika gula darah saya berada dalam rentang yang normal				
8	Saya tidak ingin orang lain kecewa pada saya				
<b>B. Alasan saya mematuhi aturan makan dan olahraga dengan teratur adalah ...</b>					
9	Orang lain akan senang jika saya melakukannya				
10	Saya percaya bahwa hal ini penting bagi kesehatan saya				
11	Saya malu pada diri saya jika saya tidak melakukannya				
12	Lebih mudah melakukan apa yang saya katakan daripada memikirkannya				
13	Saya sangat berhati-hati memperhatikan makanan dan olahraga yang saya lakukan dan percaya yang saya lakukan tersebut sudah tepat.				
14	Saya percaya ini adalah terbaik untuk saya lakukan				
15	Saya ingin orang lain melihat bahwa saya dapat mengontrol makanan saya dan saya tetap fit				
16	Saya melakukannya karena dianjurkan oleh dokter				
17	Saya merasa bersalah jika saya tidak mengontrol makanan				
18	Berolahraga dengan teratur dan memperhatikan makanan adalah pilihan saya				
19	Merupakan tantangan bagi saya untuk belajar bagaimana hidup dengan DM				

### C. Lembar Kuesioner Dukungan Sosial Keluarga

Lembar ini diisi oleh responden.

Jawaban pertanyaan dengan memberi tanda (√) atau silang (X) pada tempat yang disediakan.

Tidak ada jawaban benar atau salah. Berikanlah jawaban sesuai yang anda alami saat ini. Keluarga anda tidak akan mengetahui jawaban anda.

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1	Keluarga memberi saran supaya saya kontrol ke dokter				
2	Keluarga memberi saran supaya saya mengikuti edukasi diabetes				
3	Keluarga memberikan informasi baru tentang diabetes kepada saya				
4	Keluarga mengerti saat saya mengalami masalah yang berhubungan dengan diabetes				
5	Keluarga mendengarkan jika saya bercerita tentang diabetes				
6	Keluarga mau mengerti tentang bagaimana saya merasakan diabetes				
7	Saya merasakan kemudahan mendapatkan informasi dari keluarga tentang diabetes				
8	Keluarga mengingatkan saya untuk mengontrol gula darah jika saya lupa				
9	Keluarga mendukung usaha saya untuk berolahraga				
10	Keluarga mendorong saya untuk mengikuti pola diet/makan				
11	Keluarga membantu saya untuk menghindari makanan yang manis				
12	Keluarga mengkonsumsi makanan				

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
	pantangan pasien diabetes di dekat saya				
13	Diabetes yang saya alami membuat keluarga merasa susah				
14	Keluarga mengingatkan saya untuk memesan obat diabetes				
15	Saya merasakan kemudahan meminta bantuan kepada keluarga dalam mengatasi masalah diabetes				
16	Keluarga mengingatkan saya tentang keteraturan waktu diet				
17	Keluarga merasa terganggu dengan diabetes saya				
18	Keluarga mendorong saya untuk memeriksakan mata ke dokter				
19	Keluarga mendorong saya untuk memeriksakan kaki ke dokter				
20	Keluarga mendorong saya untuk memeriksakan gigi ke dokter				
21	Saya merasakan kemudahan minta bantuan keluarga untuk mendukung perawatan diabetes saya				
22	Keluarga menyediakan makanan yang sesuai diet saya				
23	Keluarga mendukung usaha saya untuk makan sesuai diet				
24	Keluarga tidak menerima bahwa saya menderita diabetes				
25	Keluarga mendorong saya untuk				

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
	memeriksa kesehatan saya ke dokter				
26	Ketika saya merasa cemas dengan diabetes keluarga ikut membantu				
27	Keluarga memahami jika saya sedih dengan diabetes				
28	Keluarga mengerti bagaimana cara membantu saya dalam mengatasi diabetes saya				
29	Keluarga membantu saya membayar pengobatan diabetes				



#### D. Lembar kuesioner *Self Care Behavior* (Perawatan diri)

Pertanyaan di bawah ini menanyakan tentang aktifitas *self care* diabetes (aktifitas perawatan mandiri diabetes) yang terdiri dari pengaturan pola makan (diet), latihan fisik (olahraga), monitoring gula darah, minum obat diabetes dan perawatan kaki yang dilakukan oleh Bapak/Ibu di rumah dalam satu minggu terakhir (7 hari yang lalu), yaitu tanggal.....s.d..... Jika Bapak/Ibu mengalami sakit dalam 1 minggu terakhir ini maka silahkan Bapak/Ibu mengingat tentang pernyataan ini yang terjadi 1 minggu sebelumnya.

No	Pertanyaan	Jumlah hari							
		0	1	2	3	4	5	6	7
1	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu mengikuti perencanaan makan (diet) sesuai dengan yang dianjurkan								
2	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu membatasi jumlah kalori yang dimakan sesuai dengan anjuran untuk mengontrol diabetes.								
3	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu mengatur pemasukan makanan yang mengandung karbohidrat.								
4	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu makan sayuran.								
5	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu makan makanan yang mengandung tinggi lemak (seperti daging, makanan yang mengandung minyak atau mentega dan lainlain).								
6	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu makan makanan selingan yang banyak mengandung gula (seperti kue, biskuit, selai dan lain-lain).								
7	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu melakukan latihan fisik sedikitnya dalam waktu 20-30 menit.								
8	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu melakukan latihan ringan seperti jalan kaki di sekitar rumah.								
9	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu memeriksa gula darah di pelayanan kesehatan maupun secara mandiri di rumah.								
10	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu minum obat sesuai dengan petunjuk dokter.								

11	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu memeriksa kaki.								
12	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu membersihkan kaki								
13	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu mengeringkan sela-sela jari kaki setelah dicuci.								
14	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu memeriksa bagian dalam sandal/sepatu yang akan digunakan.								

	...saya melakukan penyesuaian rencana makan saya				
11	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya keluar dari rumah				
12	Saya mampu menjaga pola makan ketika saya menghadiri suatu pesta				
13	Saya mampu melakukan penyesuaian rencana makan ketika saya sedang merasa tertekan (stress) atau bersemangat (gembira)				
14	Saya mampu mengatur dan minum obat seperti yang telah ditentukan secara teratur.				
15	Saya mampu melakukan penyesuaian pengobatan saya ketika saya sedang sakit				

11	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu memeriksa kaki.								
12	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu membersihkan kaki								
13	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu mengeringkan sela-sela jari kaki setelah dicuci.								
14	Dalam satu minggu terakhir ini berapa hari Bapak/Ibu memeriksa bagian dalam sandal/sepatu yang akan digunakan.								

**E. Lembar Kuesioner *Self efficacy***

Petunjuk :

1. Daftar pernyataan di bawah ini adalah perilaku atau tindakan yang akan anda lakukan dalam melakukan pengelolaan penyakit DM anda
2. Silahkan di baca masing-masing pernyataan dengan cermat, berilah tanda (√) pada salah satu pilihan yang tersedia (misal beri tanda (√) pada kolom sangat setuju jika anda sangat setuju dengan pernyataan tersebut)

No	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Saya mampu memeriksa gula darah sendiri jika perlu				
2	Saya mampu mengoreksi gula darah sendiri ketika hasil gula darah saya terlalu tinggi				
3	Saya mampu mengoreksi gula darah saya sendiri ketika hasil gula darah saya terlalu rendah.				
4	Saya mampu memilih makanan yang benar				
5	Saya mampu memelihara berat badan				
6	Saya mampu memeriksa keadaan kaki dan bila ada luka				
7	Saya mampu melakukan penyesuaian rencana ketika sedang sakit				
8	Saya mampu mengikuti aturan makan yang sehat dari waktu ke waktu				
9	Saya mampu berolah raga jika dokter menasehati saya untuk berolah raga				
10	Ketika sedang olah raga, saya melakukan penyesuaian rencana makan saya				
11	Saya mampu mengikuti pola makan sehat ketika saya keluar dari rumah				
12	Saya mampu menjaga pola makan ketika saya menghadiri suatu pesta				
13	Saya mampu melakukan penyesuaian rencana makan ketika saya sedang merasa tertekan (stress) atau bersemangat (gembira)				
14	Saya mampu mengatur dan minum obat seperti yang telah ditentukan secara teratur.				
15	Saya mampu melakukan penyesuaian pengobatan saya ketika saya sedang sakit				

### F. Kuesioner Persepsi status kesehatan (*The Brief Illness Perception Questionnaire*)

Untuk pertanyaan berikut, lingkari nomor yang paling sesuai menurut Anda

No	Pertanyaan	Nilai									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Seberapa besar penyakit anda mempengaruhi hidup anda ?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Tidak berpengaruh sama sekali					Sangat memengaruhi hidup				
2	Menurut anda berapa lama penyakit anda akan berlanjut ?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Sangat singkat					Selamanya				
3	Seberapa besar kontrol yang Anda rasakan terhadap penyakit Anda?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Benar-benar tidak ada kontrol					terkontrol				
4	Menurut anda seberapa besar perawatan anda dapat membantu penyakit anda ?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Tidak semuanya					Sangat bermanfaat				
5	Seberapa banyak Anda mengalami gejala dari penyakit Anda?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Tidak ada gejala sama sekali					Banyak gejala yang parah				
6	Seberapa peduli Anda dengan penyakit Anda?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Tidak peduli					Sangat peduli				
7	Seberapa baik Anda mengerti penyakit Anda?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Sama sekali tidak mengerti					Mengerti dengan jelas				
8	Seberapa besar penyakit Anda mempengaruhi Anda secara emosional? (misalnya, apakah itu membuat Anda marah, takut, kecewa, atau tertekan?)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		sama sekali tidak berpengaruh secara emosional					sangat berpengaruh secara emosional				

### G. Kuesioner keyakinan (SBI (*System of Belief Inventory* ))

Silahkan di baca masing-masing pernyataan dengan cermat, berilah tanda (√) pada salah satu pilihan yang tersedia (misal beri tanda (√) pada kolom sangat setuju jika anda sangat setuju dengan pernyataan tersebut)

No	Pertanyaan	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1	Agama itu penting dalam kehidupan sehari-hari saya.				
2	Doa telah membantu mengatasi sakit saya				
3	Saya menikmati ketika hadir dalam kegiatan keagamaan yang diselenggarakan oleh kelompok agama atau spiritual atau keyakinan saya.				
4	Saya merasa yakin bahwa Tuhan ada.				
5	Ketika saya membutuhkan saran tentang bagaimana menghadapi masalah, saya mengenal seseorang di komunitas agama atau spiritual yang dapat diajak berdiskusi.				
6	Saya percaya Tuhan tidak akan memberi saya beban yang tidak dapat saya atasi.				
7	Saya senang bertemu atau sering berbicara dengan orang-orang yang memiliki keyakinan agama dan spiritual				
8	Selama sakit, kepercayaan agama dan spiritual saya meningkat.				
9	Ketika saya merasa kesepian, saya mengandalkan orang-orang yang memiliki dukungan spiritual atau kepercayaan agama				
10	Saya merasakan harapan dapat terwujud ketika saya yakin terhadap agama atau spiritual				
11	Saya mengalami kedamaian pikiran melalui doa saya				
12	Hidup dan mati seseorang merupakan rencana dari Tuhan.				
13	Saya mencari orang-orang di komunitas agama atau spiritual saya saat saya membutuhkan pertolongan.				
14	Saya percaya Tuhan melindungi saya dari bahaya.				
15	Saya berdoa untuk meminta bantuan selama saya berada di keadaan yang sulit.				

## Lampiran 5

### Panduan FGD

#### PANDUAN TEKNIS FGD

1. Kriteria peserta :
  - 1) Bersifat Sukarela: Peserta FGD berdasarkan atas sukarela dan tidak terpaksa karena suatu imbalan atau janji- janji kepada peserta.
  - 2) Jumlah Kelompok Terbatas: Jumlah peserta FGD tidak lebih dari 10 orang dan merepresentasikan keterwakilan kelompok masyarakat
  - 3) Peserta terdiri dari Penderita DM, Petugas Puskesmas dan Kepala Puskesmas
2. Kriteria Komunikasi :
  - 1) Menjaga Kerahasiaan: Pendapat peserta FGD dijaga kerahasiaannya oleh Fasilitator dan Tim Pelaksana FGD
  - 2) Kebebasan Berpendapat: Kebebasan menyampaikan pendapat peserta, perlu dijaga dan bukan kebenaran atau kesalahan
3. Kriteria procedural
  - 1) Suasana Diskusi Informal: Suasana atau proses diskusi FGD adalah informal, tidak formal seperti rapat dinas atau presentasi seminar, dll.
  - 2) Fasilitator Tidak Memihak: Fasilitator FGD tidak boleh memihak, dan menilai terhadap pendapat peserta, tetapi memfasilitasi agar semua peserta ikut berpartisipasi aktif berdiskusi.

#### A. Perencanaan dan persiapan

##### 1. Perencanaan

Perencanaan pelaksanaan FGD dalam perancangan model peningkatan *self care behavior* klien DM tipe 2. Pemilihan tempat dan waktu : pelaksanaan FGD dikonsultasikan dengan pihak Puskesmas yang ada di wilayah kerja Kota Denpasar. Penyiapan bahan dan alat bantu FGD : Bahan dan alat bantu pelaksanaan FGD dirancang sesuai kebutuhan ATK dan peralatan tulis: Kertas tulis, kertas manila, ballpoint, spidol, dll, sesuai kebutuhan. Peralatan bantu

FGD: Peralatan diskusi partisipatif, antara lain laptop, LCD, Camera/Handicam, alat rekaman, dll.

2. Penyiapan materi FGD: Pertanyaan- pertanyaan kunci topik FGD, dipersiapkan oleh peneliti. Materi topik FGD: Materi topik FGD dalam bentuk Ringkasan tentang Penyakit Diabetes Melitus dan tata laksanaanya disiapkan oleh Tim Pelaksana FGD.
3. Agenda pelaksanaan FGD: Agenda/acara FGD dirancang untuk satu topic FGD selama  $\pm 1$  jam atau maksimum selama 2 jam diskusi. Tempat FGD: Ruang untuk diskusi (sesuai kebutuhan), kursi tempat duduk sebanyak  $\pm 15$  buah dan peralatan konsumsi seperlunya

## **B. Pelaksanaan**

### **1. Presentasi topik FGD**

Topik : Membangun persamaan persepsi/pemahaman teknismengenai diabetes dan tata laksanaanya, Menginisiasi kerjasama/kolaborasi kelembagaan masyarakat dan para pihak yang terkait misalnya ibu kader. Untuk memberikan pembekalan dan pemahaman latar belakang dan permasalahan para peserta FGD, Fasilitator menyampaikan presentasi singkat Ringkasan Latar Belakang dan Permasalahan yang terjadi pada klien DM, program-program yang telah dilaksanakan. Dalam penyusunan pertanyaan-pertanyaan kunci untuk bahan diskusi partisipatif FGD agar peserta FGD cepat mengerti dan cepat merespon maka perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Pertanyaan dibuat singkat dan "to the point"
- 2) Pertanyaan dibuat fokus satu pengertian, tidak multi tafsir atau "bercabang"
- 3) Pertanyaan dibuat dengan kata-kata tunggal bukan yang bersifat majemuk atau kata-kata perbahasa.
- 4) Pertanyaan dibuat bukan untuk jawaban "ya" atau "tidak", tetapi jawaban/penjelasan/pendapat terhadap pertanyaan "why" dan "how"

## **C. Daftar pertanyaan**

1. Persepsi petugas kesehatan dan penderita DM mengenai masalah *self care behavior* pada klien DM



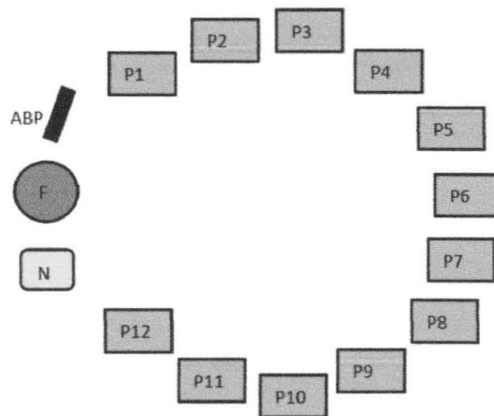
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care behavior* yang ditemukan dalam penelitian ?
3. Inisiasi kolaborasi keluarga, pasien, dan petugas kesehatan dalam kegiatan peningkatan *self care behavior* klien DM ?

#### D. Diskusi partisipatif peserta

1. Kesepakatan dan aturan diskusi

Pelaksanaan FGD dilakukan melalui diskusi partisipatif oleh seluruh peserta yang difasilitasi oleh Fasilitator. Pelaksanaan diskusi partisipatif dalam rangka FGD dalam peningkatan kepatuhan klien DM

2. Skema pengaturan tempat



**Gambar 1.** Skema Pengaturan Tempat

**Keterangan:**

- P1, P2..... : Peserta 1, 2, 3 ...dst  
 Fs : Fasilitator  
 N : Notulis  
 ABP : Alat Bantu Peragaan

Dalam rangka mengeksploitasi partisipasi peserta FGD maka perlu disepakati bersama pemahaman dan aturan diskusi partisipatif, yaitu :

- 1) Semua peserta FGD sama derajat dan berhak untuk berpartisipasi menyampaikan pendapat/saran/jawaban.
- 2) Apapun jawaban/pendapat/saran yang disampaikan peserta FGD tidak boleh diklasifikasikan “salah” atau “benar”, “setuju” atau “tidak setuju”
- 3) Pendapat/jawaban setiap peserta merupakan “share information” dan tidak untuk diekspose keluar dari tempat FGD.

4) Semua jawaban/pendapat direcord dengan alat rekaman, dan dirahasiakan nama- namanya pada laporan FGD dengan menggunakan “kode” peserta.

### 3. Suasana diskusi kondusif

Beberapa hal yang perlu diperhatikan bahwa selama diskusi partisipatif FGD berlangsung kemungkinan akan menghadapi situasi/suasana sebagai berikut:

- 1) Situasi FGD yang “stagnant ” atau “diam”: Pada waktu baru dimulai FGD mungkin akan terjadi suasana terdiam dan jika dalam waktu relatif lama, maka Fasilitator segera berinisiatif “mencairkan” suasana.
- 2) Peserta terlalu aktif atau pasif: Fasilitator harus mengatur atau “memblok” agar peserta yang pasif juga berkesempatan aktif dalam diskusi, sehingga tidak terjadi “ego individual”.
- 3) Perdebatan yang memanas: Jika terjadi perdebatan yang memanas, Fasilitator segera mengambil inisiatif menetralkan suasana dengan memberikan pendapat atau analogi yang disertai dengan joke-joke ringan.
- 4) Menyimpang dari topik diskusi: Jika jalannya diskusi menyimpang dari topik FGD yang telah disepakati, Fasilitator segera berinisiatif untuk mengembalikan ke topik FGD yang telah disepakati.

### 4. Analisis hasil FGD

Hasil pengumpulan informasi FGD dari 3 topik tersebut kemudian dilakukan analisis yang pada prinsipnya mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) *Coding* terhadap sikap, pendapat peserta FGD yang memiliki kesamaan terkait topik FGD
- 2) Persamaan istilah yang digunakan, termasuk perbedaan pendapat terhadap istilah yang digunakan peserta dalam pemahaman
- 3) Klasifikasi dan kategorisasi terhadap sikap dan pendapat peserta FGD berdasarkan kerangka kegiatan
- 4) Hubungan antara masing- masing kategorisasi yang ada untuk menentukan kerangka hasil diskusi atau sikap dan pendapat kelompok terhadap kegiatan

## **E. Tim pelaksana**

### **1. Fasilitator**

Dalam pelaksanaan FGD diperlukan seorang Fasilitator yang sekaligus bertindak selaku moderator diskusi. Seorang Fasilitator FGD perlu memiliki kompetensi keterampilan substantif dan proses yaitu kemampuan:

- 1) Mendengar, sensitif dan empaty terhadap keragaman peserta baik agama, suku, gender dan perbedaan pendidikan
- 2) Berkomunikasi, berbicara, dan pengamatan sikap peserta dalam memfasilitasi pelaksanaan FGD
- 3) Penguasaan substansi topik FGD
- 4) Mengelola pelaksanaan diskusi menjadi dinamis, dan menjaga suasana informal
- 5) Mendorong peserta FGD bergairah dan berpartisipasi Tugas Fasilitator yang utama adalah memimpin diskusi sehingga dapat berlangsung lancar. Sebagai moderator ia tidak boleh berpihak bahkan terhadap dirinya tetapi memperlakukan peserta secara setara dan peserta harus memperoleh kesan initermasuk kesetaraan perbedaan gender.

### **2. Notulis**



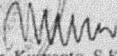
Tugas pokok Notulis adalah mencatat hasil diskusi dan merekan proses FGD dari awal hingga akhir diskusi, dengan peralatan bantu antara lain: peralatan rekaman, laptop/PC, dll.

### **3. Dokumentasi**


Untuk melengkapi laporan FGD maka perlu adanya dokumentasi yang mendokumentasikan jalannya FGD berupa foto-foto, dan audio visual dengan camera dan handycame

## Lampiran 6

## Surat Permohonan Data Awal

	<b>KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI</b>	
	<b>UNIVERSITAS AIRLANGGA</b>	
	<b>FAKULTAS KEPERAWATAN</b>	
	Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: <a href="http://www.ners.unair.ac.id">http://www.ners.unair.ac.id</a>   e-mail: <a href="mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id">dekan_ners@fkip.unair.ac.id</a>	
Nomor	437 /JN3.1.13/PPd/S2/2017	22 September 2017
Lampiran	1 (Satu) berkas	
Perihal	<b>Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair</b>	
Kepada Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.		
Nama	Made Mahaguna Putra, S.Kep., Ns.	
NIM	131614153089	
Judul Proposal	Model Peningkatan Self Care Behavior Berbasis Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
	 a/n: Dekan, Wakil Dekan I  Dr. Kurnianto, S.Kp., M.Kes. NIP-196808291989031002	
Tembusan :		
1. Kepala Puskesmas Denpasar Timur I		
2. Kepala Puskesmas Denpasar Timur II		
3. Kepala Puskesmas Denpasar Barat I		
4. Kepala Puskesmas Denpasar Barat II		
5. Kepala Puskesmas Denpasar Utara I		
6. Kepala Puskesmas Denpasar Utara II		
7. Kepala Puskesmas Denpasar Utara III		

**Lampiran 7****Surat Ijin Permohonanan Data Awal**



**PEMERINTAH KOTA DENPASAR**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Maruti No. 8 III Telp. 423503-424801-413965- Fax. 425369 Denpasar


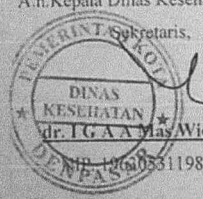
---

No. : 070/4169 /Dikes Denpasar, 13 Oktober 2017  
Lampiran : - Kepada  
Perihal : Ijin Permintaan Informasi / Data Yth. : 1. Ka. Puskesmas Denpasar Timur I  
2. Ka. Puskesmas Denpasar Timur II  
3. Ka. Puskesmas Denpasar Barat I  
4. Ka. Puskesmas Denpasar Barat II  
5. Ka. Puskesmas Denpasar Utara I  
6. Ka. Puskesmas Denpasar Utara II  
7. Ka. Puskesmas Denpasar Utara III  
di -  
Denpasar

Sehubungan dengan surat dari Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Nomor : 437/UN3.1.13/PPd/S2/2017, tertanggal 28 September 2017 perihal tersebut di atas yang tembusannya ditujukan kepada saudara, maka dengan ini Kami minta Saudara membantu dan memberikan informasi data yang dibutuhkan oleh mahasiswa sebagai berikut :

- Nama : Made Mahaguna Putra ,S.Kep.,Ns
- Nim : 131614153089
- Informasi / Data : Model Peningkatan Self Car Behavior Berbasis Teori HealthPromotion Model (HPM)


Demikian kami sampaikan untuk dapat ditindak lanjuti sebagaimana mestinya.  
Terima Kasih.

A.n. Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar  
Sekretaris,  
  
  
dr. I G A A Mas Widhiastuti  
NIP. 196305311989032006

Tembusan disampaikan kepada :  
1. Yang bersangkutan

## Lampiran 8

## Surat Permohonanan Data Awal



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

**"ETHICAL APPROVAL"**  
No : 611-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul


*The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"MODEL PENINGKATAN SELF CARE BEHAVIOR PADA PASIEN  
DIABETES MELITUS TIPE 2"**

<u>Peneliti utama</u> <i>Principal Investigator</i>	: Made Mahaguna Putra
<u>Nama Institusi</u> <i>Name of the Institution</i>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<u>Unit Lembaga/Tempat Penelitian</u> <i>Setting of research</i>	: Puskesmas Denpasar

**Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.**  
*And approved the above-mentioned protocol with Expedited.*

Surabaya, 8 Januari 2018


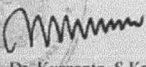
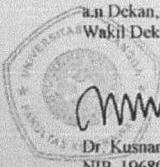


**Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.**  
NIP. 1965 0608 1991 03 1002




## Lampiran 9

## Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian

	<b>KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI</b>	
	<b>UNIVERSITAS AIRLANGGA</b>	
<b>FAKULTAS KEPERAWATAN</b>		
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752 Website: <a href="http://www.ners.unair.ac.id">http://www.ners.unair.ac.id</a>   e-mail: <a href="mailto:dekan_ners@fkip.unair.ac.id">dekan_ners@fkip.unair.ac.id</a>		
Nomor	3008 /UN3.1.13/PPd/S2/2017	7 Desember 2017
Lampiran	: 1 (Satu) berkas	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair	
Kepada Yth. Kepala Badan Penanaman Modal dan Perizinan Provinsi Bali		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.		
Nama	: Made Mahaguna Putra, S.Kep., Ns.	
NIM	: 131614153089	
Judul Proposal	: Model Peningkatan <i>Self Care Behavior</i> Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Denpasar	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
 a.n Dekan, Wakil Dekan I  Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes. NIP. 196808291989031002		

## Lampiran 10

## Surat Ijin Penelitian



**PEMERINTAH KOTA DENPASAR**  
**BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
 JALAN BELITON No.1 TELEPON 234648 DENPASAR  
 www.denpasarkota.go.id email: kesbangpol@denpasarkota.go.id

---

Nomor	: 070/1302/BKBP	Kepada	
Lampiran	: -	Yth.	Daftar Terlampir
Perihal	: <b>Rekomendasi Penelitian</b>	di-	

**Denpasar**

I. Dasar:

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kota Denpasar Nomor 8).
3. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 43 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah, Inspektorat, Badan Daerah dan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Denpasar (Berita Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 43)
4. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 13 Tahun 2017 Tentang Uraian Tugas Jabatan Pada Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Inspektorat, Badan Daerah dan Rumah Sakit Daerah.

II. Memperhatikan:

Surat Rekomendasi Ijin Penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali Nomor: 070/05827/BPMP/2017, tanggal 07 Desember 2017, perihal: Rekomendasi Ijin Penelitian

III. Setelah Mempelajari dan Meneliti Rencana Kegiatan yang diajukan, maka Walikota Denpasar memberikan Rekomendasi kepada:

Nama	: <b>Made Mahaguna Putra</b>
Alamat	: Jalan Raya Lukluk No 92 Mengwi. Badung
Status Peneliti	: Mahasiswa
Judul Penelitian	: Modal Peningkatan Self care Behavior pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Denpasar
Lokasi Penelitian	: Daftar Terlampir
Tujuan Penelitian	: Ijin Penelitian
Bidang Peneliti	: Keperawatan
Jumlah Peserta	: 1 Orang
Lama Penelitian	: 2 Bulan (Desember 2017 s/d Pebruari 2018)

IV. Dalam Melakukan Kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Sebelum mengadakan penelitian/kerja praktek agar melapor kepada Atasan/Kepala Instansi bersangkutan.
2. Selesai mengadakan penelitian melapor kembali kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar.
3. Menyerahkan 1 (satu) exemplar hasil penelitian tersebut kepada Pemerintah Kota Denpasar (Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar)



4. Dilarang melakukan kegiatan diluar dari pada kegiatan tujuan yang telah ditetapkan dan pelanggaran terhadap ketentuan di atas, ijin ini akan di cabut dan menghentikan segala kegiatannya.
5. Para Peneliti, Survey, Study Perbandingan, KKN, KKL, mentaati dan menghormati ketentuan yang berlaku di Daerah setempat.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 18 Desember 2017  
Ani, Walikota Denpasar  
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan  
Politik Kota Denpasar  
Sekretaris  
  
Ma Fat Wirawan, S.Sos., M.Si  
NIP. 19650101 198602 1 014

Tembusan disampaikan :

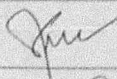
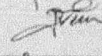






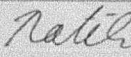


1. Walikota Denpasar (sebagai laporan)
2. Dinas Kesehatan Kota Denpasar
3. Camat se-Kota Denpasar
4. Yang Bersangkutan
5. Arsip

Daftar Terlampir Rekomendasi Penelitian  
Nomor: 070/05827/DPMP-TSP-B/2017

1. Kepala Puskesmas Denpasar Timur I
2. Kepala Puskesmas Denpasar Timur II
3. Kepala Puskesmas Denpasar Selatan I
4. Kepala Puskesmas Denpasar Selatan II
5. Kepala Puskesmas Denpasar Selatan III
6. Kepala Puskesmas Denpasar Selatan IV
7. Kepala Puskesmas Denpasar Barat I
8. Kepala Puskesmas Denpasar Barat II
9. Kepala Puskesmas Denpasar Utara I
10. Kepala Puskesmas Denpasar Utara II
11. Kepala Puskesmas Denpasar Utara III

**Lampiran 11**  
**Absensi FGD**

DAFTAR HADIR PESERTA  
FOCUS GROUP DISCUSSION

No	Nama Peserta	TID
	Nyoman Intensi	
	Cok Istikom Pramono	
	Wayan Sengastri	
	Ni Luh Putu Darmini	
	Ni Wayan Sulaninguh	
	Kus Veragati P	
	dr Made Rendarti	
	I A Rurya N	
	Luh Gd. Kumala Ratih	
	Ni Putu Padmi	
	III KF Saadian	
	Ang 19A Idr Larasmita	