

TESIS

PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN MENGGUNAKAN *SELF EFFICACY ENHANCEMENT INTERVENTION PROGRAM* BERBASIS *CARING* PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2



Christianto Nugroho
NIM : 131314153040

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

01231

TEKS MANAJEMEN MANDIRI TUNGGAL TERKAIT MATA KULIAH
BERBENTUK WILAYAH MOTIVASI DAN TUMBUHAN MANAJEMEN
SERTA TUNGGAL BERBENTUK MANDIRI AGA TUNGGAL



0123123001 : 0123123001

KATAWAJIBAN KEMERDEKAAN TUNGGAL MANDIRI
KATAWAJIBAN KEMERDEKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
AYAHANUS
2012

**PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN MENGGUNAKAN *SELF EFFICACY ENHANCING INTERVENTION PROGRAM* BERBASIS
CARING PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2**

TESIS

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

Oleh:

**Christianto Nugroho
NIM : 131314153040**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

REVISI...
...
...
...
...

DAFTAR ISI

...
...
...
...
...

DAFTAR ISI

...
...
...

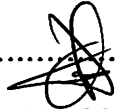
...
...
...
...
...
...
...
...
...

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Christianto Nugroho

NIM : 131314153040

Tanda Tangan :.....

Tanggal : 24 Juni 2015

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS


PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN MENGGUNAKAN *SELF EFFICACY ENHANCING INTERVENTION PROGRAM* BERBASIS *CARING* PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2

Christianto Nugroho
NIM : 131314153040

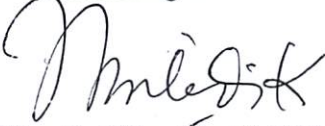
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGA, 14 Juli 2015

Oleh :

Pembimbing I


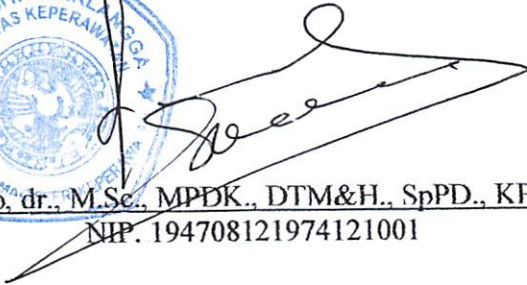

Dr. Kusnanto, S.Kep., M.Kes
NIP. 196808291989031002

Pembimbing II


Ninuk Dian K, S.Kep.Ns, MANP
NIP. 197703162005012001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 194708121974121001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Christianto Nugroho

NIM : 131314153040

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Peningkatan *self efficacy* dengan menggunakan *self efficacy enhancing intervention program* berbasis *caring* pada pasien diabetes melitus tipe 2

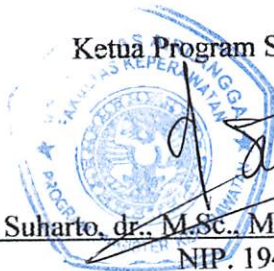
Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal, 14 Juli 2015

Panitia penguji,

1. Ketua : Prof. Dr. Suharto, dr.M.Sc.Mp.DK. (DTM&Sp.PD.KPTI.FINASIM)
2. Penguji I : Dr. Kusnanto, S.Kp.M.Kes
3. Penguji II : Ninuk Dian K., S.Kep.Ns.MANP
4. Penguji III : Dr. Windhu Purnomo, dr.MS
5. Penguji IV : Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns.M.Ng

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM
NIP. 194708121974121001

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah Yang Maha Esa, atas segala rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis saya yang berjudul “Peningkatan *self efficacy* dengan menggunakan *self efficacy enhancing intervention program* berbasis *caring* pada pasien diabetes melitus tipe 2”.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya ucapkan kepada Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing ketua dan Ninuk Dian K, S.Kep.Ns, MANP selaku pembimbing anggota yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan hingga penulisan tesis ini selesai.

Selain itu terselesainya tesis ini juga tidak terlepas dari bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya juga mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya, Prof. Dr. Moh. Nasih, SE, MT, Ak. atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dekan Fakultas Keperawatan, Purwaningsih, S.Kp., M.Kes. atas kesempatan, arahan, bimbingan dan penggunaan fasilitas yang diberikan selama proses pendidikan serta dalam penyusunan tesis ini.
3. Ketua Program Studi Magister Keperawatan, Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM atas kesempatan, arahan, bimbingan dan sebagai penguji proposal serta penggunaan fasilitas yang diberikan selama proses pendidikan serta dalam penyusunan tesis ini.

4. Bapak Dr. Windhu Purnomo, dr.MS, selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Ibu Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns.M.Ng, selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
6. Dosen dan seluruh civitas akademik atas segala bantuannya dalam proses penyusunan tesis ini.
7. Kepala BPJS cabang Kediri beserta seluruh stafnya atas bantuan mendapatkan data, saran dan masukan selama penyusunan tesis ini.
8. Bapak dr. Wahid selaku penanggung jawab kelompok Prolanis Larasati di Desa Wates Kecamatan Wates yang telah memberikan bimbingan dan arahnya sehingga tersusun tesis ini.
9. Ibu dr. Imanuel Listi selaku penanggung jawab kelompok Prolanis Pro Sehat Bugar di Desa Tulungrejo Kecamatan Pare yang telah memberikan bimbingan dan arahnya sehingga tersusun tesis ini.
10. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia menjadi responden penelitian.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah Yang Maha Esa melimpahkan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian tesis ini. Dengan selesainya tesis ini, saya menyadari masih ada kekurangan dalam berbagai aspek, untuk itu saya sangat mengharapkan masukan yang membangun. Akhirnya saya berharap tesis ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.

Surabaya, 2015

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai aktivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Christianto Nugroho
NIM : 131314153040
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul "Peningkatan *self efficacy* dengan menggunakan *self efficacy enhancing intervention program* berbasis *caring* pada pasien diabetes melitus tipe 2" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/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 :

Yang Menyatakan



(Christianto Nugroho)

RINGKASAN

PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN MENGGUNAKAN *SELF EFFICACY ENHANCING INTERVENTION PROGRAM* BERBASIS *CARING* PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2

Diabetes mellitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik yang secara kronis menyertai penderitanya, persoalan yang dihadapi penderitanya salah satunya gangguan mekanisme koping diantaranya gangguan *self efficacy*. Hasil survey pendahuluan bahwa penderita DM di wilayah kabupaten Kediri memiliki *self efficacy* kurang DMSES (46-58%) dan PTES (30-37%). Pengelolaan mandiri DM secara mandiri yang efektif diperoleh jika individu memiliki pengetahuan, ketrampilan dan *self efficacy* untuk melakukan perilaku pengelolaan DM. salah satu cara memperbaiki *self efficacy* tersebut dengan menerapkan SEEIP (*Self Efficacy Enhancement Intervention Program*) berbasis *Caring* pada penderita DM. Tujuan penelitian ini adalah membuktikan pengaruh SEEIP berbasis *caring* terhadap peningkatan *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.

Seseorang yang hanya memiliki pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tertentu tanpa adanya *self efficacy* yang tinggi, menunjukkan keyakinan bahwa dirinya mampu untuk melakukan sesuatu, maka kecil kemungkinan seseorang tersebut akan melakukan tindakan atau perilaku tersebut (Edberg, 2010). Berdasarkan penelitian yang terdahulu Wu,et. Al (2011) menyatakan bahwa program SEEIP mempunyai pengaruh terhadap *self efficacy*. Damayanti (2012) juga menyatakan hal sama bahwa *self efficacy enhancing intervention program* pada pasien DM, program ini meningkatkan efikasi diri pasien dalam melakukan perawatan mandiri.

SEEIP merupakan salah satu teknik pembelajaran untuk meningkatkan efikasi diri pasien yang diadopsi teori kognitif social (*social cognitive theory*, SCT) yang dikemukakan oleh Bandura berasal dari empat sumber utama yang berpengaruh, antara lain : (1)*performance accomplishments*, (2)*vicarious experience*, (3)*verbal persuasion*, (4)*somatic and emotional state* (Bandura, 1997). Sedangkan untuk menunjang kesadaran terhadap dirinya sendiri dan orang lain kami tambahkan model *caring* menurut Jean Watson dengan 10 caritasnya yaitu nilai – nilai kemanusiaan, kepercayaan-harapan, kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, hubungan saling percaya dan saling membantu, ungkapan positif dan negatif, metode penyelesaian masalah sistematis, pengajaran dan pembelajaran melalui hubungan interpersonal, dukungan, perlindungan mental, fisik, sosial budaya dan lingkungan spiritual, kebutuhan manusia dan kekuatan eksistensial phenomenological (Alligood, 2014)

Desain penelitian menggunakan *quasi experiment*, dengan rancangan kelompok eksperimen diberi intervensi *SEEIP* berbasis *Caring*, sedangkan kelompok kontrol menerima perawatan rutin yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Sampel penelitian ini adalah sebagian peserta Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) berjumlah 17 orang yang dipilih secara *simple random sampling*. Variabel independennya adalah *SEEIP* berbasis *Caring* dan Variabel dependennya adalah *Self – Efficacy* Pasien DM Tipe 2. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner, kemudian dianalisa menggunakan *paired t-test*, *independent t-test*, sedangkan variabel konfounding menggunakan *regresi linear* berganda.

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh *SEEIP* berbasis *Caring* terhadap peningkatan *Self Efficacy* pada pasien DM tipe 2, ini digambarkan dengan nilai *p value* 0,000, $\alpha < 0,05$ artinya ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah dilakukan *SEEIP* berbasis *Caring*. Saat individu mempunyai pikiran bahwa dirinya adalah makhluk ciptaan Tuhan yang sempurna dan menyadari bahwa hidup-mati-penderitaan merupakan berkat dari Tuhan dan menyakini kesembuhan/mukjizat dari Tuhan, maka individu tersebut akan menjaga tubuhnya dengan baik, saat yang bersamaan individu memiliki rasa cinta, kepedulian, kepercayaan, harapan, rasa sensitif, berpikir positif, menyelesaikan masalah secara kreatif, pengalaman belajar dari yang terbaik, dan keyakinan kesembuhan dari dirinya sendiri.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh *SEEIP* berbasis *Caring* terhadap peningkatan *Self Efficacy* pada pasien DM tipe 2. Dengan adanya penelitian ini harapannya adalah *SEEIP* berbasis *Caring* ini dapat diterapkan pada institusi pelayanan kesehatan dengan mengembangkan system pelayanan secara terintegrasi dan menyediakan sarana untuk *Center Self Efficacy Restoration* sebagai upaya peningkatan keyakinan diri pasien DM tipe 2 dalam merawat dirinya serta untuk peneliti selanjutnya mengembangkan program *SEEIP* berbasis *Caring* dapat diterapkan pada kasus penyakit kronis lain yang memerlukan perawatan misalnya pasien dengan hipertensi, stroke, gagal ginjal, dan pada perawatan paliatif.

SUMMARY**IMPROVING SELF-EFFICACY USING CARING-BASED SELF-EFFICACY ENHANCEMENT INTERVENTION PROGRAM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS****By. Christianto Nugroho**

Diabetes mellitus (DM) is a group of metabolic diseases chronically accompanying the patients. Among the problems faced by the patients is impaired coping mechanism, including low self-efficacy. A preliminary survey indicated that people with diabetes in Kediri Regency had low DMSES (46–58%) and PTES (30–37%). Effective self-management of DM would be obtained if the individual has the knowledge, skills and self-efficacy to perform the behavior of DM management. One way to improve self-efficacy is to apply caring-based SEEIP (Self-Efficacy Enhancement Intervention Program) in patients with DM. The purpose of the present study was to demonstrate the effects of caring-based SEEIP on the improvement in self-efficacy in patients with type 2 diabetes.

An individual with only knowledge, attitude and specific skills in the absence of high self-efficacy, indicating a confidence that he or she can do something, is unlikely to commit a behavior (Edberg, 2010). Based on previous studies, Wu *et al.*, (2011) state that the SEEIP program has effects on self-efficacy. In a similar vein, Damayanti (2012) suggests that the self-efficacy enhancement intervention program has effects on patients with DM; the program enhances patients' self-efficacy in performing self-care.

SEEIP is one of learning techniques to improve patients' self-efficacy. It adopts the social cognitive theory (SCT) proposed by Bandura, which consists four of influential main sources: (1) performance accomplishments, (2) vicarious experience, (3) verbal persuasion, (4) somatic and emotional state (Bandura, 1997). In this study, in order to support awareness of self and others, Jean Watson's model of caring was added. The 10 caritas consists of humanistic values; faith–hope; sensitivity to self and others; trusting and caring relationships; expression of positive and negative feelings; systematic problem-solving methods;

teaching and learning through interpersonal relationships; support; mental, physical, social, cultural and spiritual environmental protection; human needs and existential phenomenological force (Alligood, 2014)

The present study used a quasi-experimental research design. The experimental group was given caring-based SEEIP intervention, while the control group received routine care given by doctors and nurses. Samples were 17 participants of Prolanis (*Program Pengelolaan Penyakit Kronis*, or Chronic Disease Management Program) selected by a simple random sampling technique. The independent variable was caring-based SEEIP and the dependent variable was self-efficacy of patients with type 2 diabetes. Data were collected using questionnaires, which were then analyzed using paired *t*-test and independent *t*-test, while confounding variables were analyzed using multiple linear regression.

Results showed that caring-based SEEIP had effects on improving self-efficacy of patients with type 2 diabetes with a *p*-value of 0,000 ($\alpha < 0.05$), meaning that there was a significant difference before and after the caring-based SEEIP intervention. When an individual thinks that he or she is God's perfect creature and realizes that life and death and suffering are God's blessings and believe in God's healing/miracle, the individual would maintain his or her body well. At the same time, the individual has a sense of love, care, faith, hope, sensitivity, positive thinking, creative problem-solving, learning from the best experiences, and faith in healing from himself or herself.

In conclusion, caring-based SEEIP had effects on improving self-efficacy of patients with type 2 diabetes mellitus. The present study recommends applying caring-based SEEIP to health care institutions by developing an integrated system of services and providing the means for the Center for Self Efficacy Restoration as an effort to improve patients' self-efficacy in the self-care of type 2 diabetes. Additionally, further research can develop caring-based SEEIP programs that can be applied to cases of other chronic diseases that require care, such as hypertension, stroke, renal failure and in palliative care.

ABSTRAK**PENINGKATAN *SELF EFFICACY* DENGAN MENGGUNAKAN *SELF EFFICACY ENHANCING INTERVENTION PROGRAM* BERBASIS *CARING* PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2****Oleh: Christianto Nugroho**

Introduksi: Penderita Diabetes mellitus (DM) cenderung mengalami gangguan mekanisme coping salah satunya adalah *self efficacy*. Tujuan penelitian ini adalah membuktikan pengaruh SEEIP berbasis *caring* terhadap peningkatan *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.

Metode: Desain penelitian menggunakan *quasi experiment*, dengan rancangan kelompok eksperimen diberi intervensi SEEIP berbasis *Caring*, sedangkan kelompok kontrol menerima perawatan rutin yang dilakukan oleh dokter dan perawat. Sampel penelitian ini adalah sebagian peserta Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) berjumlah 17 orang yang dipilih secara *simple random sampling*. Variabel independennya adalah SEEIP berbasis *Caring* dan Variabel dependennya adalah *Self – Efficacy* Pasien DM Tipe 2. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner, kemudian dianalisa menggunakan *paired t-test*, *independent t-test*, sedangkan variabel konfounding menggunakan *regresi linear* berganda.

Hasil dan Analisa: Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh SEEIP berbasis *Caring* terhadap peningkatan *Self Efficacy* pada pasien DM tipe 2, ini digambarkan dengan nilai *p value* 0,000, $\alpha < 0,05$ artinya ada perbedaan bermakna sebelum dan sesudah dilakukan SEEIP berbasis *Caring*. Saat individu mempunyai pikiran bahwa dirinya adalah makhluk ciptaan Tuhan yang sempurna, maka individu tersebut akan menjaga tubuhnya dengan baik.

Kesimpulan: Ada pengaruh SEEIP berbasis *Caring* terhadap peningkatan *Self Efficacy* pada pasien DM tipe 2 dan peneliti selanjutnya bisa mengembangkan konsep ini untuk penyakit lainnya.

Keywords: SEEIP berbasis *Caring*, *Self Efficacy*, DM tipe 2

ABSTRACT**IMPROVING SELF-EFFICACY USING CARING-BASED SELF-EFFICACY ENHANCEMENT INTERVENTION PROGRAM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS****By. Christianto Nugroho**

Introduction: Patients with diabetes mellitus (DM) tend have impaired coping mechanisms, one of which being low self-efficacy. The purpose of the present study was to demonstrate the effects of caring-based SEEIP on the improvement in self-efficacy in patients with type 2 diabetes. **Methods:** The study used a quasi experiment design, in which the experimental group was given caring-based SEEIP intervention, while the control group received routine care given by doctors and nurses. Samples were 17 participants of Prolanis (*Program Pengelolaan Penyakit Kronis*, or Chronic Disease Management Program) selected by a simple random sampling technique. The independent variable was caring-based SEEIP and the dependent variable was self-efficacy of patients with type 2 diabetes. Data were collected using questionnaires, which were then analyzed using paired *t*-test and independent *t*-test, while confounding variables were analyzed using multiple linear regression. **Results and Analysis:** Results showed that caring-based SEEIP had effects on improving self-efficacy of patients with type 2 diabetes with a *p*-value of 0,000 ($\alpha < 0.05$), meaning that there was a significant difference before and after the caring-based SEEIP intervention. When an individual thinks that he or she is God's perfect creature, the individual would maintain his or her body well. **Conclusion:** Caring-based SEEIP had effects on improving self-efficacy of patients with type 2 diabetes mellitus. Future researchers could develop this concept for other diseases.

Keywords: Caring-based SEEIP, self-efficacy, type 2 diabetes mellitus

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Prasyarat Gelar	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas	iv
Halaman Pengesahan Pembimbing Tesis	v
Halaman Penetapan Panitia Penguji	vi
Kata Pengantar	vii
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi.....	ix
Ringkasan.....	x
Summary	xii
Abstrak.....	xiv
Abstrac	xv
Daftar Isi	xvi
Daftar Tabel	xix
Daftar Bagan	xx
Daftar Gambar.....	xxi
Daftar Lampiran	xxii
Daftar Singkatan.....	xxiii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Kajian Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah.....	8
1.4 Tujuan	9
1.4.1 Tujuan umum.....	9
1.4.2 Tujuan khusus.....	9
1.5 Manfaat	9
1.5.1 Manfaat teoritis.....	9
1.5.2 Manfaat praktis	9

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus	10
2.1.1 Pengertian Diabetes melitus	10
2.1.2 Klasifikasi dan diagnosis Diabetes melitus	10
2.1.3 Gejala dan tanda Diabetes melitus	14
2.1.4 Pathogenesis Diabetes melitus.....	15
2.1.5 Faktor Resiko Diabetes melitus	16
2.1.6 Manajemen Diabetes melitus.....	17
2.1.7 Komplikasi Diabetes melitus.....	19
2.2 <i>Self-Efficacy</i>	20
2.2.1 Definisi <i>self-efficacy</i>	20
2.2.2 Perkembangan <i>self-efficacy</i>	20
2.2.3 Dimensi <i>self-efficacy</i>	21
2.2.4 Faktor mempengaruhi <i>self-efficacy</i>	22
2.2.5 Pengaruh <i>self-efficacy</i> terhadap proses dalam diri manusia	24
2.2.6 Proses perubahan <i>self-efficacy</i>	25
2.3 <i>SEEIP (Self-Efficacy Enhancing Intervention Program)</i>	29

2.3.1 Definisi SEEIP	29
2.3.2 Penerapan SEEIP terhadap Diabetes melitus	29
2.4 <i>Caring</i>	32
2.4.1 Definisi <i>caring</i>	32
2.4.2 Konsep <i>caring</i> Jean Watson	33
2.4.3 Manfaat <i>caring</i>	36
2.4.4 Perilaku <i>caring</i>	36
2.4.5 <i>Carative factor</i>	38
2.5 Riset pendukung tentang <i>self-efficacy</i> dan <i>caring</i>	48
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	53
3.1 Kerangka konsep	53
3.2 Hipotesis.....	54
BAB 4 METODE PENELITIAN	55
4.1 Desain Penelitian	55
4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling	56
4.2.1 Populasi.....	56
4.2.2 Sampel.....	56
4.2.3 Besar sampel.....	57
4.2.4 Sampling	57
4.3 Kerangka Operasional.....	58
4.4 Variabel Penelitian.....	58
4.4.1 Variabel independen.....	58
4.4.2 Variabel dependen.....	59
4.4.3 Definisi operasional	59
4.5 Intrument Penelitian.....	62
4.5.1 Instrumen penelitian.....	62
4.5.2 Uji validitas dan reliabilitas.....	62
4.5.3 Hasil uji coba instrumen.....	65
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
4.6.1 Lokasi penelitian.....	65
4.6.2 Waktu penelitian	65
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	66
4.7.1 Tahap persiapan	66
4.7.2 Tahap pelaksanaan	66
4.8 Analisis Data	67
4.9 Etika Penelitian.....	69
BAB 5 ANALISIS DAN HASIL PENELITIAN	71
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	71
5.2 Karakteristik responden	72
5.3 Identifikasi <i>self efficacy</i> penderita DM tipe 2	74
BAB 6 PEMBAHASAN	78
6.1 Pengaruh <i>SEEIP</i> berbasis <i>caring</i> terhadap <i>self efficacy</i>	78
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	86

BAB 7 PENUTUP	87
7.1 Kesimpulan.....	87
7.2 Saran	87
DAFTAR PUSTAKA	88

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	<i>Self – Efficacy</i> dan GDA Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Dinas Kabupaten Kediri tahun 2015	2
Tabel 2.1	Klasifikasi Etiologi Diabetes Melitus	11
Tabel 2.2	Kriteria Diagnostik Diabetes Melitus dan Gangguan Glukosa.....	14
Tabel 2.3	Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa sebagai Diagnosis DM ...	17
Tabel 2.4	Komplikasi Kronik yang terjadi pada Diabetes Melitus beserta Tanda Patologis	20
Tabel 2.4	Tahap <i>self efficacy enhancement intervention program</i> (SEEIP).....	31
Tabel 2.5	<i>Evolution of Jean Watson's Carative Faktor/ caritas Proseses Over Time</i>	41
Tabel 2.6	Riset pendukung tentang <i>Self-Efficacy</i>	50
Tabel 4.1	Kerangka Desain Penelitian peningkatan <i>Self-Efficacy</i> dengan SEEIP berbasis <i>Caring</i> pada pasien DM tipe 2	55
Tabel 4.2	Definisi Operasional Penelitian Peningkatan <i>Self- Efficacy</i> dengan SEEIP berbasis <i>Caring</i> pada pasien DM Tipe 2	59
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Penderita DM tipe 2 (umur, pendidikan, lama menderita DM) kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.	72
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Penderita DM tipe 2 (Jenis Kelamin, pekerjaan, pengobatan, komplikasi) kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.....	73
Tabel 5.3	Perbedaan <i>Self Efficacy</i> Penderita DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok perlakuan dan kontrol di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015	74
Tabel 5.4	Identifikasi <i>Self Efficacy</i> Penderita DM tipe 2 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah dilakukan <i>SEEIP</i> di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.....	75

Tabel 5.5 Hubungan variabel-variabel dalam penelitian di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.....76

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1 Kajian masalah Peningkatan *Self Efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* pada pasien DM tipe 2.....7

Bagan 2.1 Modifikasi model *self-efficacy* dengan *self-efficacy enhancing intervention program (SEEIP)* pada pasien DM tipe 2.....30

Bagan 3.1 Kerangka konseptual peningkatan *self efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* menurut teori Bandura dan Jean Watson.....53

Bagan 4.1 Kerangka Operasional Penelitian peningkatan *self-efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* pada pasien DM tipe 2.....58

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Langkah-Langkah Diagnostik Diabetes Melitus dan toleransi Glukosa Terganggu	13
Gambar 2.2	Sumber-sumber <i>self-efficacy</i> dan proses perubahannya	26
Gambar 2.3	Sumber dan perubahan <i>Self-Efficacy</i>	28
Gambar 2.4	<i>Carrative Factor</i>	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Keterangan Lolos Uji Etik	92
Lampiran 2 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	93
Lampiran 3 Surat ijin Penelitian.....	94
Lampiran 4 Lembar Penjelasan <i>Informed Consent</i> Responden.....	95
Lampiran 5 <i>Informed Consent</i>	99
Lampiran 6 Kuesioner Penelitian	100
Lampiran 7 SAK (Satuan Acara Kegiatan) SEEP berbasis <i>Caring</i>	103
Lampiran 8 Data Hasil Penelitian.....	112
Lampiran 9 Hasil Output SPSS.....	113

DAFTAR SINGKATAN

DM	= Diabetes Melitus
SEEIP	= <i>Self-Efficacy Enhancing Intervention Program</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>
BMI	= <i>Body Mass Index</i>
Perkeni	= Perkumpulan Endokrinologi Indonesia
ADA	= <i>American Diabetes Association</i>
DMSES	= <i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i>
PTES	= <i>Perceived Therapeutic Efficacy Scale</i>
Prolanis	= Program Pengelolaan Penyakit Kronis

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik dengan karakteristik peningkatan kadar glukosa darah (*hiperglikemia*) yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (ADA, 2012). Penderita DM seringkali mengalami kesulitan untuk menerima diagnose DM, terutama ketika ia mengetahui bahwa hidupnya diatur oleh diet makanan dan obat-obatan (Kai G.Kahl, 2014). Pasien DM akan bersikap negatif apabila terjadi penolakan selama menjalani pengobatan, sikap negatif terhadap penyakit dan pengobatan akan mengakibatkan kegagalan penatalaksanaan DM, hal ini dapat mempengaruhi kualitas hidup dan kemampuan sosial pasien (Soegondo, 2011).

Di Indonesia DM merupakan ancaman serius bagi pembangunan kesehatan karena dapat menimbulkan kebutaan, gagal ginjal, kaki diabetes(ganggren) sehingga harus diamputasi, penyakit jantung dan stroke. *Global status report on NCD World Health Organization (WHO)* tahun 2010 melaporkan bahwa 60% penyebab kematian semua umur di dunia adalah karena penyakit tidak menular. DM menduduki peringkat ke -6 sebagai penyebab kematian. Sekitar 1,3 juta orang meninggal akibat diabetes dan 4 persen meninggal sebelum usia 70 tahun. Pada tahun 2030 diperkirakan DM menempati urutan ke-7 penyebab kematian dunia. Sedangkan untuk Indonesia diperkirakan pada tahun 2030 akan memiliki penyandang DM

sebanyak 21,3 juta jiwa (Depkes, 2013). Tercatat di wilayah Kabupaten Kediri pada akhir tahun 2012 mencapai 554 pasien (Dinkes Kab.Kediri, 2013).

Hasil *interview* yang dilakukan pada 5 pasien DM tipe 2 di daerah wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Kediri, mengatakan bahwa penyakitnya sering kambuh dan gula darahnya tidak terkontrol dengan baik, karena pada saat tertentu mereka tidak mematuhi diet yang ada, saat kondisi baik setelah melakukan pengobatan mereka kembali ke pola hidup yang biasanya. Seperti contoh pernyataan dari seorang pasien seperti ini “ Setelah gula darah saya baik, ya..... saya makan seperti biasanya, berpola hidup seperti biasanya, kalau nanti naik ya.... periksa lagi ke dokter”. Hasil survey pendahuluan terhadap 5 pasien DM tipe 2 di wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Kediri menunjukkan tingkat kepercayaan diri pasien dalam melakukan manajemen DM secara mandiri dalam kategori ragu-ragu dan hasil GDA seperti terlihat pada tabel 1.1 sebagai berikut :

Tabel 1.1 *Self – Efficacy* dan GDA Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Dinas Kabupaten Kediri tahun 2015

No Responden	<i>DMSES</i> (<i>Diabetes Managemen Self Efficacy Scale</i>)	<i>PTES</i> (<i>Perceived Therapeutic Efficacy Scale</i>)	GDA (Gula Darah Acak)
1	46 %	30 %	340 mg/dL
2	58 %	35 %	210 mg/dL
3	55 %	37 %	240 mg/dL
4	47 %	33 %	250 mg/dL
5	52 %	33 %	245 mg/dL

Tabel 1.1 diatas menunjukkan bahwa *self-efficacy DMSES* kurang (46-58 %) dan *PTES* kurang (30-37%). Pasien DM di kelompok ini rata-rata sudah mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan dan media, terlebih mereka sudah masuk dalam komunitas DM dengan setiap bulannya mereka mendapatkan informasi penyakitnya. DM tipe 2 merupakan DM yang banyak diderita masyarakat dan

biasanya terjadi setelah usia 40 tahun, pada orang yang kelebihan berat badan karena faktor gaya hidup serta pola makan (Tjokroprawiro, 2011). Penelitian Wing *et al*, (2001), memberikan kesimpulan bahwa DM tipe 2 disebabkan oleh obesitas, diet yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik, urbanisasi dan industrialisasi. Penelitian Ovaskainen *et al*, (2015), diperoleh hasil bahwa *Body Mass Index* (BMI) berhubungan dengan *self efficacy* $p < 0,01$.

Penyakit DM tipe 2 mengalami berbagai gangguan mekanisme koping pada diri penderita seperti gangguan *self efficacy*. Penelitian Nyunt *et al*, (2010), pada 266 sampel diperoleh hasil bahwa skor *self efficacy* pada penderita DM tipe 2 sebesar 13,9% rendah (skor 18-62). Keadaan ini menunjukkan bahwa penderita DM tipe 2 memiliki *self efficacy* yang rendah.

Penderita DM tipe 2 mengalami berbagai keterbatasan dalam pengelolaan emosi, keyakinan *kemampuan* diri, gangguan pengaturan makan dan diet, gangguan aktivitas fisik, kontrol gula darah, pengobatan dan perawatan kaki (Kariadi, 2009). Apabila hal ini tidak bisa dikontrol dengan baik, akan terjadi komplikasi. Komplikasi pada Diabetes Melitus dibagi menjadi dua yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut meliputi ketoasidosis diabetik, hiperosmolar non ketotik, dan hipoglikemia, yang termasuk komplikasi kronik adalah makroangiopati, mikroangiopati dan neuropati (Perkeni, 2011).

Melihat banyaknya kasus DM dan komplikasi yang ada, maka perlu adanya pengelolaan penatalaksanaan yang dilakukan oleh pasien dan tenaga kesehatan. Pengelolaan mandiri DM secara mandiri yang efektif diperoleh jika individu memiliki pengetahuan, ketrampilan dan *self efficacy* untuk melakukan perilaku pengelolaan DM (Atak, 2006).

Selama ini pengelolaan pasien DM menurut perkeni (2011), dilakukan dengan edukasi, perencanaan makan, latihan jasmani, intervensi farmakologis. Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan oleh (Yoga, 2011), hasil penelitian dari 30 responden menunjukkan pengetahuan tentang pengelolaan DM tidak berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan pengelolaan DM tipe 2 ($P = 0.26$), kepatuhan minum obat secara teratur tidak memberikan hasil yang signifikan secara statistik ($P = 0.05$). Pola makan tidak berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan pengelolaan DM tipe 2 ($P = 0.46$). Sebaliknya, keteraturan berolah raga berpengaruh signifikan terhadap keberhasilan pengelolaan DM tipe 2 ($P = 0.00$).

Seseorang yang hanya memiliki pengetahuan, sikap, dan ketrampilan tertentu tanpa adanya *self efficacy* yang tinggi, menunjukkan keyakinan bahwa dirinya mampu untuk melakukan sesuatu, maka kecil kemungkinan seseorang tersebut akan melakukan tindakan atau perilaku tersebut (Edberg, 2010). *Self efficacy* mempengaruhi bagaimana seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri, dan bertindak. *Self efficacy* sangat berpengaruh pada bagaimana seseorang membuat keputusan dan bertindak sesuai dengan yang diharapkan (Atak, 2006). Intervensi peningkatan efikasi diri dapat membantu pasien DM untuk memahami dan membuat keputusan perawatan diri yang akan dilakukan. Intervensi yang disampaikan Wu adalah dengan membuat metode edukasi dengan pendekatan SEEIP (*Self Efficacy Enhancement Intervention Program*) bertujuan untuk meningkatkan keyakinan individu dalam memilih perawatan yang dilakukan terhadap dirinya untuk mengobati atau mengelola penyakit yang diderita sehingga perawatan diri pasien dapat dicapai dengan optimal (Wu, 2007).

SEEIP merupakan salah satu tehnik pembelajaran untuk meningkatkan efikasi

diri pasien yang diadopsi teori kognitif social (*social cognitive theory*, SCT) yang dikemukakan oleh Bandura menyatakan ada tiga faktor yang berperan penting dalam pembelajaran yaitu : perilaku, person (*kognitif*) dan lingkungan, faktor kognitif yang dimaksud adalah efikasi diri. Efikasi diri dikembangkan oleh empat sumber utama yang berpengaruh, antara lain : (1) *Performance Accomplishments* (pengalaman penguasaan tindakan) yaitu mengelola tuntutan tugas dengan berhasil; (2) *vicarious experience* (pengalaman permodelan) adalah dengan melihat orang – orang yang mirip dengan dirinya; (3) *Verbal persuasion* (persuasi verbal) tentang kemampuan untuk berhasil dalam kegiatan tertentu; (4) *Somatic and emotional state* (kondisi somatic dan emosional), menunjukkan kekuatan pribadi dan kerentanan (Bandura, 1997).

Berdasarkan penelitian yang pernah dilakukan tentang *SEEIP* mempunyai hasil yang berbeda – beda interval kenaikannya, hal ini diakibatkan karena faktor usia, penurunan kondisi fisik selama masa perawatan, kurangnya dukungan dari keluarga, keluarga terkesan mengabaikan pasien, jarang terlibat dalam perawatan pasien, pasien kurang termotivasi dalam mengikuti edukasi, sehingga mengakibatkan penurunan efikasi diri pada pasien dalam merawat dirinya sendiri (Damayanti, 2012). *SEEIP* yang diterapkan pada pasien DM pernah dilakukan penelitian oleh Wu yang menyatakan hanya efektif dalam jangka pendek dalam manajemen diri pasien tipe 2 (Wu, 2007).

Melihat hasilnya diatas maka dapat dilakukan penambahan pendekatan sehingga dapat meningkatkan *self efficacy* bukan hanya sementara tetapi menetap, upaya tersebut adalah *SEEIP* berbasis *Caring*, dimana pendekatan *Caring* merupakan ide moral keperawatan. Pendekatan *Caring* yang akan digunakan dalam *SEEIP*

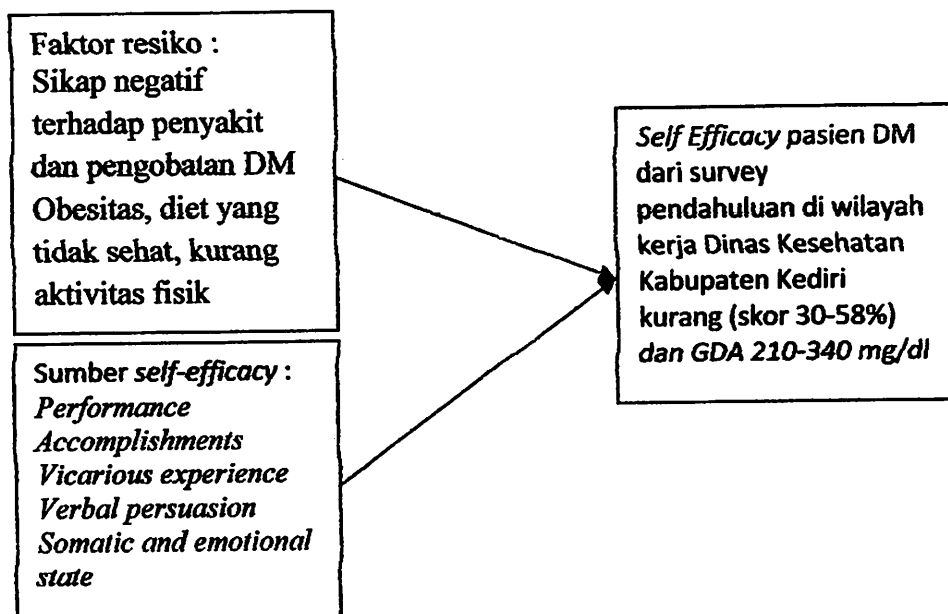
dalam peningkatan *self – efficacy* yaitu *Caring* menurut Jean Watson dengan menggunakan 10 *carative faktor*. Sepuluh *carative faktor* ini berasal dari pespektif humanistik yang dikombinasikan dengan dasar ilmu pengetahuan ilmiah. Sepuluh faktor karatif tersebut meliputi nilai – nilai kemanusiaan, kepercayaan-harapan, kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, hubungan saling percaya dan saling membantu, ungkapan positif dan negative, metode penyelesaian masalah sistematis, pengajaran dan pembelajaran melalui hubungan interpersonal, dukungan, perlindungan mental, fisik, sosial budaya dan lingkungan spiritual, kebutuhan manusia dan kekuatan eksistensial phenomenological (Alligood, 2014).

Caring dengan 10 caritasnya memberikan harapan, kepekaan terhadap diri seseorang untuk menjaga kesehatannya, seperti halnya pasien DM. Prinsip *Caring* pertama sehat menggambarkan suatu keutuhan kondisi seseorang yang sifatnya multidimensional, yang dapat berfluktuasi tergantung dari interrelasi antara faktor-faktor yang mempengaruhi, kedua kondisi sehat dapat dicapai, karena adanya kemampuan seseorang untuk beradaptasi terhadap lingkungan baik internal maupun eksternal dan yang ketiga sehat tidak dapat dinyatakan sebagai suatu kondisi yang terhenti pada titik tertentu, tetapi berubah-ubah tergantung pada kapasitasnya untuk berfungsi pada lingkungan yang dinamis (Alligood, 2014). *Caring* mengajarkan individu untuk bertanggung jawab dan peka serta mencari penyelesaian masalah sehingga kesehatan baik badan, pikiran, jiwa selaras seperti pandangan *Caring* dari Watson yaitu *person as a whole, as a fully functional integrated self*.

Dengan menggunakan *SEEIP* berbasis *Caring* diharapkan tercapainya *self efficacy* pasien DM tipe 2 menjadi meningkat, pasien mampu mengelola penyakitnya

dengan penuh tanggung jawab, sehingga pasien DM tipe 2 mampu mengontrol penyakitnya dan terhindar komplikasi penyakit.

1.2 Kajian Masalah



Bagan 1.1 Kajian masalah Peningkatan *Self Efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* pada pasien DM tipe 2.

Pencapaian *self efficacy* pada pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri kurang (skor 30-58%) dan GDA 240 – 370 mg/dl. Faktor – faktor yang mempengaruhi *self efficacy* pada pasien DM tipe 2 diantaranya sikap negative terhadap penyakit dan pengobatan DM, obesitas, diet yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik.

Pengelolaan DM secara mandiri yang efektif diperoleh jika individu memiliki pengetahuan, ketrampilan dan *self efficacy* untuk melakukan perilaku pengelolaan DM.

Pemulihan keyakinan diri pasien dalam pengelolaan DM dengan *SEEIP* melalui upaya (1) *Performance Accomplishments*, (2) *vicarious experience*, (3)

Verbal persuasion, (4) *Somatic and emotional state*, sedangkan untuk meningkatkan keberlangsungan keyakinan diri yang menetap dan mempunyai motivasi terhadap pengelolaan mandiri pada pasien yang terus – menerus dengan pendekatan caring melalui 10 *carative faktornya*.

Upaya pendidikan tidak saja ditujukan pada peningkatan pengetahuan tetapi pada aspek peningkatan keyakinan diri, sehingga perlu dilakukan penelitian lebih mendalam apakah terdapat pengaruh *SEEIP-Caring* terhadap peningkatan *self efficacy* bagi pasien DM tipe 2.

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *SEEIP* berbasis *caring* terhadap *self efficacy* pada pasien DM tipe 2?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah membuktikan pengaruh *SEEIP* berbasis *caring* terhadap peningkatan *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.

1.4.2. Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.
2. Menganalisis pengaruh *SEEIP* berbasis *caring* terhadap *self efficacy* penderita DM tipe 2.

1.5 Manfaat

1.5.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan terutama keperawatan medical bedah dalam hal peningkatan *self efficacy* dengan menggunakan pendekatan *SEEIP-Caring* pada pelaksanaan asuhan keperawatan dan dapat memperkaya inovasi model pelayanan keperawatan dalam meningkatkan pengelolaan penderita DM tipe 2.

1.5.2. Manfaat Praktis

Memberikan pelayanan prima, sesuai masalah dan kebutuhan dalam upaya kemandirian penderita DM tipe 2 dengan meningkatkan *self efficacy* melalui pemberian *SEEIP-Caring* keperawatan.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Melitus

2.1.1. Pengertian Diabetes Melitus

Menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (Perkeni, 2011) Diabetes Melitus adalah suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, gangguan kerja insulin atau keduanya, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah.

Diabetes Melitus adalah kelainan yang ditandai dengan kadar glukosa darah yang melebihi normal (hiperglikemia) dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh kekurangan hormone insulin secara relative maupun absolute, apabila dibiarkan tidak terkendali dapat terjadinya komplikasi metabolik akut maupun komplikasi vaskuler jangka panjang yaitu mikroangiopati dan makroangiopati (Soegondo, 2011)

Kesimpulannya, Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak yang ditandai oleh hiperglikemia. Hiperglikemia terjadi karena akibat dari kekurangan insulin atau menurunnya kerja insulin.

2.1.2. Klasifikasi dan Diagnosis Diabetes Melitus

Klasifikasi dari Diabetes Melitus berdasarkan (Perkeni, 2011) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Klasifikasi Etiologi Diabetes Melitus

I	<p>Diabetes Melitus Tipe 1</p> <p>(Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut):</p> <p>A. Melalui Proses Immunologik</p> <p>B. Idiopatik</p>
II	<p>Diabetes Melitus Tipe 2</p> <p>(Bervariasi mulai terutama yang predominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative sampai yang predominan gangguan sekresi insulin bersama resistensi insulin)</p>
III	<p>Diabetes Melitus Tipe Lain</p> <p>A. Defek Genetik fungsi sel Beta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kromosom 12, HNF -1α (dahulu MODY 3) - Kromosom 7, glukokinase (dahulu MODY 2) - Kromosom 20, HNF -4α (dahulu MODY 1) - Kromosom 13, insulin Promoter faktor -1 (IPF-1, dahulu MODY 4) - Kromosom 17, HNF -1β (dahulu MODY 5) - Kromosom 2, Neuro D1 (dahulu MODY 6) - DNA Mitochondria dan lainnya <p>B. Defek genetic kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunism, sindroma Rhabson Mendenhall, diabetes lipoatrofik, lainnya.</p> <p>C. Penyakit eksokrin Pankreas: Pankreatitis, trauma/pankreatektomi, neoplasma, fibrosis kistik, hemokromatosis, pankreatopati fibro, kalkulus, lainnya.</p> <p>D. Endokrinopati: akromegali, sindroma cushing, feokromositoma, hipertiroidime somatostatinoma, aldosteronoma, lainnya.</p> <p>E. Karena obat/ zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, agonis β adrenergic, tiazid, dilatin, interferon alfa, lainnya.</p> <p>F. Infeksi: rubella congenital, CMV, lainnya</p> <p>G. Immunologi (jarang): sindroma "stiff-man", antibody anti reseptor insulin lainnya.</p>

H. Sindrom genetik lain: Sindroma Down, Sindrom Klinefelter, sindrom Turner, sindrom Wolfram's, Ataksia Friedreich's, Chorea Huntington, sindrom Laurence-Moon-Biedl, Distrofi Miotonik, Porfiria, Sindrom Prader Willi, lainnya

I. Diabetes kehamilan

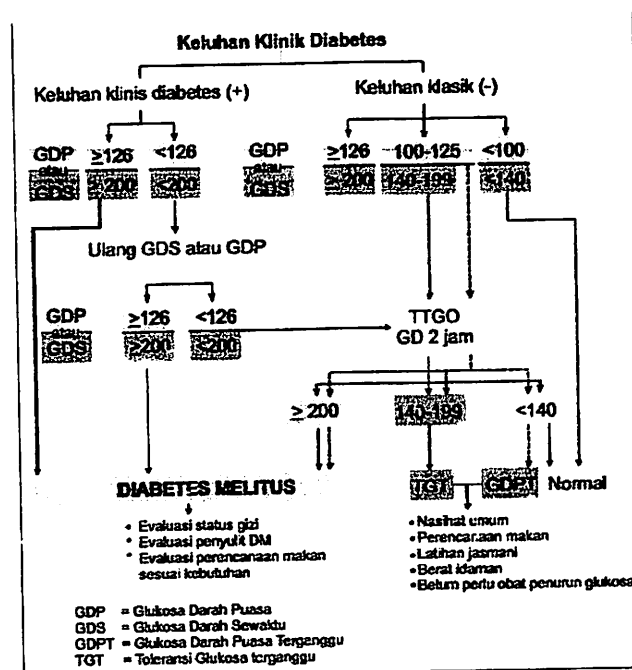
Diagnosis dari Diabetes Melitus harus didasarkan atas pemeriksaan kadar glukosa darah. Penegakan diagnosis Diabetes Melitus harus memperhatikan asal bahan darah yang diambil dan cara pemeriksaan yang dipakai. Penegakan diagnosis berdasarkan pemeriksaan yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa dengan cara enzimatik dengan bahan darah plasma vena (Perkeni, 2011). Penggunaan bahan darah utuh (*whole blood*), vena ataupun kapiler tetap dapat dipergunakan dengan memperhatikan angka-angka kriteria diagnostik yang berbeda sesuai pembakuan oleh WHO, sedangkan untuk tujuan pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler (Perkeni, 2011).

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang diabetes. Kecurigaan adanya Diabetes Melitus perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan klasik Diabetes Melitus seperti tersebut di bawah ini (Perkeni, 2011):

1. Keluhan klasik Diabetes Melitus berupa: poliuria, polidipsi, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain dapat berupa: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita.

Diagnosis Diabetes Melitus dapat ditegakkan melalui tiga cara. Pertama, jika keluhan klasik ditemukan, maka pemeriksaan glukosa plasma > 200mg/dL sudah cukup untuk menegakkan diagnosis Diabetes Melitus.

Kedua, dengan pemeriksaan glukosa plasma puasa yang lebih mudah dilakukan, mudah diterima oleh pasien serta murah, sehingga pemeriksaan ini dianjurkan untuk diagnosis Diabetes Melitus. Ketiga dengan TTGO. Meskipun TTGO dengan beban 75 gram, glukosa lebih sensitif dan spesifik di banding dengan pemeriksaan glukosa plasma puasa, namun memiliki keterbatasan sendiri. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat di tabel 2.2 dan gambar 2.1.



Gambar 2.1 Langkah-Langkah Diagnostik Diabetes Melitus dan toleransi Glukosa Terganggu (Sumber: Perkeni, 2011)

Tabel 2.2 Kriteria Diagnostik Diabetes Melitus dan Gangguan Glukosa

1. $A1C \geq 6,5\%$ atau
2. Kadar Glukosa Darah Sewaktu (plasma vena) > 200 mg/dL atau
3. Kadar Glukosa Darah Puasa > 126 mg/dL atau
4. Kadar Glukosa Plasma > 200 mg/dL pada 2 jam sesudah beban glukosa 75 gram pada TTGO

Sumber: ADA (2012)

2.1.3. Gejala dan Tanda Diabetes Melitus

Gejala dan tanda-tanda Diabetes Melitus dapat digolongkan menjadi gejala akut dan gejala kronik (Perkeni, 2011):

1. Gejala Akut Penyakit Diabetes Melitus

Gejala penyakit Diabetes Melitus dari satu penderita ke penderita lain bervariasi, bahkan mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu. Permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (poli) yaitu banyak makan (poliphagi), banyak minum (polidipsi) dan banyak kencing (poliuri).

Keadaan tersebut, jika tidak segera diobati maka akan timbul gejala banyak minum, banyak kencing, nafsu makan mulai berkurang/berat badan turun dengan cepat (turun 5 – 10 kg dalam waktu 2 – 4 minggu), mudah lelah, dan bila tidak lekas diobati, akan timbul rasa mual, bahkan penderita akan jatuh koma yang disebut dengan koma diabetik.

2. Gejala Kronik Diabetes Melitus

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita Diabetes Melitus adalah kesemutan; kulit terasa panas, atau seperti tertusuk- tusuk jarum; rasa tebal di kulit, kram, capai, mudah mengantuk, mata kabur, biasanya sering ganti kacamata, gatal di sekitar kemaluan terutama wanita, gigi mudah goyah dan mudah lepas kemampuan seksual menurun, bahkan impotensi dan para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg (Soegondo, 2011).

2.1.4. Pathogenesis Diabetes Melitus

Semua tipe Diabetes Melitus, sebab utamanya adalah hiperglikemi atau tingginya gula darah dalam tubuh yang disebabkan sekresi insulin, kerja dari insulin atau keduanya (Workman, 2006).

Defisiensi insulin dapat terjadi melalui 3 jalan, yaitu (ADA, 2012):

- a. Rusaknya sel-sel β pancreas. Rusaknya sel beta ini dapat dikarenakan genetik, imunologis atau dari lingkungan seperti virus. Karakteristik ini biasanya terdapat pada Diabetes Melitus tipe 1.
- b. Penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas.
- c. Kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer.

Apabila di dalam tubuh terjadi kekurangan insulin, maka dapat mengakibatkan (Ignativicius dan Workman, 2006; Smeltzer et al, 2008):

- a. Menurunnya transpor glukosa melalui membran sel, keadaan ini mengakibatkan sel-sel kekurangan makanan sehingga meningkatkan metabolisme lemak dalam tubuh. Manifestasi yang muncul adalah penderita Diabetes Melitus selalu merasa lapar atau nafsu makan meningkat atau yang biasa disebut poliphagia.
- b. Meningkatkan pembentukan glikolisis dan glukoneogenesis.
- c. Menurunnya glikogenesis, dimana pembentukan glikogen dalam hati dan otot terganggu.
- d. Meningkatkan glikogenolisis, glukoneogenesis yang memecah sumber selain karbohidrat seperti asam amino dan laktat
- e. Meningkatkan lipolisis, dimana pemecahan trigliserida menjadi gliserol dan asam lemak bebas

- f. Meningkatkan ketogenesis (merubah keton dari asam lemak bebas
- g. Proteolisis, dimana merubah protein dan asam amino dan dilepaskan ke otot

2.1.5. Faktor Resiko Diabetes Melitus

Penegakan diagnosa Diabetes Melitus, selain dilakukan uji diagnostik dan skrining. Uji diagnostik Diabetes Melitus dilakukan pada mereka yang menunjukkan gejala atau tanda Diabetes Melitus, sedangkan skrining bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala, yang mempunyai risiko Diabetes maelitus. Skrining dikerjakan pada kelompok dengan salah satu risiko Diebetes Melitus Tipe 2 sebagai berikut:

1. Tidak mempunyai aktivitas fisik
2. Keturunan dari ras yang mempunyai risiko tinggi seperti Afrika, Amerika, Latin, Asia Amerika
3. Berat badan lebih : $BB > 120\% BB$ idaman atau $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$
4. Hipertensi ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$)
5. Riwayat Diabetes Melitus dalam garis keturunan
6. Riwayat Diabetes dalam kehamilan, riwayat abortus berulang, melahirkan bayi cacat atau berat badan lahir bayi $> 4000 \text{ gram}$
7. Wanita dengan sindrom polikistik ovarium
8. $A1C \geq 5,7\%$ atau Riwayat gangguan toleransi glukosa
9. Riwayat atau penderita PJK, TBC, atau hipertiroidisme.
10. Kolesterol HDL $\leq 35 \text{ mg/dL}$ dan atau trigliserida $\geq 200 \text{ mg/dL}$

Catatan: Untuk skrining kelompok risiko tinggi yang hasilnya negatif, skrining ulangan dilakukan tiap tahun; sedangkan bagi mereka yang berusia lebih dari 45

tahun tanpa faktor resiko, skrining dapat dilakukan setiap 3 tahun (ADA, 2012)

Selain itu pada tabel 2.3, dapat dilihat untuk membedakan kadar Glukosa darah antara yang pasti Diabetes Melitus dan yang bukan Diabetes Melitus sebagai patokan penyaring.

Tabel 2.3 Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa
Sebagai Diagnosis DM

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	Plasma vena	< 100	100-199	≥ 200
	Darah kapiler	< 90	90 -199	≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dl)	Plasma vena	< 100	100-125	≥ 126
	Darah kapiler	<90	90-99	≥ 100

Sumber: Perkeni (2011)

2.1.6. Manajemen Diabetes Melitus

Kaki diabetik dapat timbul karena tidak terkontrolnya gula darah, oleh sebab itu sangat diperlukan manajemen diabetes yang baik dalam upaya pencegahan primer kaki diabetik. Menurut Perkeni (2011), manajemen Diabetes Melitus terdiri dari:

1. Edukasi

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

2. Terapi gizi medis atau Perencanaan Makan

Terapi Gizi Medis (TGM) merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara total. Kunci keberhasilan TGM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain dan pasien itu sendiri).

Menurut (Smeltzer, 2008) yang juga mengutip dari ADA bahwa perencanaan makan pada pasien diabetes meliputi:

- a. Memenuhi kebutuhan energi pada pasien Diabetes Melitus
- b. Terpenuhiya nutrisi yang optimal pada makanan yang disajikan seperti vitamin dan mineral
- c. Mencapai dan memelihara berat badan yang stabil
- d. Menghindari makan makanan yang mengandung lemak, karena pada pasien Diabetes Melitus jika serum lipid menurun maka resiko komplikasi penyakit makrovaskuler akan menurun
- e. Mencegah level glukosa darah naik, karena dapat mengurangi komplikasi yang dapat ditimbulkan dari Diabetes Melitus

3. Latihan jasmani

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

4. Intervensi farmakologis

Pengobatan diabetes secara menyeluruh mencakup diet yang benar, olah raga yang teratur, dan obat - obatan yang diminum atau suntikan insulin. Pasien Diabetes tipe 1 mutlak diperlukan suntikan insulin setiap hari. Pasien Diabetes tipe 2, umumnya pasien perlu minum obat antidiabetes secara oral atau tablet. Pasien diabetes memerlukan suntikan insulin pada kondisi tertentu, atau bahkan kombinasi suntikan insulin dan tablet.

5. Monitoring keton dan gula darah

Ini merupakan pilar kelima yang dianjurkan kepada pasien Diabetes Melitus. Monitor level gula darah sendiri dapat mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia dan pasien dapat melakukan keempat pilar diatas untuk menurunkan resiko komplikasi dari Diabetes Melitus (Smeltzer et al, 2008).

2.1.7. Komplikasi Diabetes Melitus

Kondisi kadar gula darah tetap tinggi akan timbul berbagai komplikasi. Komplikasi pada Diabetes Melitus dibagi menjadi dua yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronis. Komplikasi akut meliputi ketoasidosis diabetik, hiperosmolar non kctotik, dan hipoglikemia (Perkni, 2011). Menurut Perkni (2011) yang termasuk komplikasi kronik adalah makroangiopati, mikroangiopati dan neuropati (Soegondo, 2011). Makroangiopati terjadi pada pembuluh darah besar (makrovaskular) seperti jantung, darah tepi dan otak. Mikroangiopati terjadi pada pembuluh darah kecil (mikrovaskular) seperti kapiler retina mata, dan kapiler ginjal. Tabel di bawah ini

memuat pengelompokan komplikasi kronis yang terjadi dari literatur lain, tetapi pada dasarnya mempunyai konsep yang sama.

Tabel 2.4. Komplikasi Kronik yang Terjadi pada Diabetes Melitusn Beserta Tanda Patologis (Ignativicius & Workman, 2006)

Komplikasi		System tubuh	Tanda patologis
Mikroangiopati	Neuropati Nepropati Retinopati	Neurologi Genitourinary Sensori	Baal, nyeri parah Gagal ginjal Penglihatan kabur
Makroangiopati		Kardiovaskuler Vaskuler perifer	Infark miokard Luka sukar sembuh, ganggren

2.2 *Self efficacy*

2.2.1. Definisi

Bandura (1997) mendefinisikan *self efficacy* sebagai suatu keyakinan seseorang tentang kemampuannya dalam melakukan aktivitas tertentu yang akan berpengaruh terhadap kehidupannya. *Self efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berpikir, dan memotivasi dirinya sendiri untuk bertindak atau berperilaku. Menurut (Alligood, 2006) *self efficacy* mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak, sehingga semakin tinggi *efficacy* akan menurunkan persepsi adanya hambatan untuk melakukan tindakan.

2.2.2. Perkembangan *self efficacy*

Bandura (1994) menyatakan bahwa pada saat dilahirkan, bayi belum memiliki kepedulian terhadap dirinya. Tetapi hal tersebut terus berkembang seiring dengan peningkatan usianya. *Self efficacy* terus berkembang dan dapat berubah seiring dengan meningkatnya usia, bertambahnya pengalaman dan perluasan lingkungan pergaulan. Anak-anak mulai belajar dari lingkungan dan temannya bermain. Pada usia sekolah, prosce pembentukan *self efficacy* secara kognitif

terbentuk dan berkembang. Pengetahuan, kemampuan berpikir, kompetisi, dan interaksi sosial baik dengan sesama teman maupun guru berkembang dan sangat mempengaruhi *self efficacy* mereka. Pada usia remaja, *self efficacy* berkembang melalui berbagai macam pengalaman yang dihadapi. Pada usia ini, kemandirian mulai terbentuk. Mereka belajar bertanggungjawab terhadap diri mereka sendiri, sehingga membutuhkan berbagai macam ketrampilan hidup dan cara bersosialisasi. Seseorang belajar dan mengembangkan *self efficacy*-nya dengan belajar untuk mencapai kesuksesan. Memasuki usia dewasa, seseorang mulai berfokus pada *self efficacy*-nya. Usia dewasa awal merupakan masa seseorang belajar untuk menghadapi berbagai situasi dan menyelesaikan masalah terkait dengannya, seperti pernikahan, menjadi orang tua, dan status pekerjaan. Mereka terus berusaha untuk mencapai kesuksesan dalam tugas-tugasnya tersebut. *Self efficacy* pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya, seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Pelibatan mereka dalam berbagai macam aktivitas, akan dapat mempengaruhi *self efficacy* yang berkontribusi mempertahankan fungsi sosial, fisik, dan intelektual.

2.2.3. Dimensi *self efficacy*

Menurut Bandura (1977), efikasi diri terdiri dari 3 dimensi, yaitu: *magnitude*, yaitu dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya. *Generality*, yaitu berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman

orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan efikasi diri seseorang. Dan *strength* (Kekuatan), dimana dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

2.2.4. Faktor yang mempengaruhi *self efficacy*

Menurut Bandura (1977) *self efficacy* seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor. *Self efficacy* tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat faktor yang terdiri atas :

1) *Performance accomplishment*

Merupakan suatu pengalaman menguasai sesuatu prestasi atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut di masa lalu. Faktor ini adalah pembentuk *self efficacy* yang paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh subyek akan membuat peningkatan pada ekspektansi efikasi, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan efikasi individu.

2) *Vicarious experience*

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. *Self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain, sedangkan sebaliknya *self efficacy* akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap *self efficacy* adalah berdasarkan

kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamat itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya, maka semakin besar potensial *self efficacy* yang akan disumbangkan oleh faktor ini.

3) *Verbal persuasion*

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitupun sebaliknya. Faktor ini sifatnya berasal dapat berasal dari luar atau dalam diri individu sendiri, namun yang membedakan dengan *vicarious experience* adalah pada faktor ini subyek mendapatkan *feedback* langsung dari pihak lain, sedangkan pada *vicarious experience* subyek sendirilah yang secara aktif mengamati pihak lain tanpa intervensi dari pihak yang diamati. Besar pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi serta kriteria kerealistisan tentang apa yang dipersuasikan. Selain itu, subyek dapat memberikan persuasi kepada dirinya sendiri dengan semacam *self talk* kepada dirinya sendiri.

4) *Emotional arousal*

Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy*-nya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan memengaruhi *self efficacy* seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimaksudkan adalah emosi yang kuat seperti takut, stres, cemas dan gembira. Emosi-emosi tersebut dapat meningkatkan ataupun menurunkan *self - efficacy* seseorang.

Keempat sumber dan proses informasi tersebut di atas untuk dapat mempengaruhi *self efficacy* dan dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungan. Secara ideal, *self efficacy* diperkuat melalui berbagai pengalaman yang berhubungan dan akan mempengaruhi perilaku selanjutnya. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan secara umum, dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan.

2.2.5. Pengaruh *self efficacy* terhadap proses dalam diri manusia

Menurut Bandura (1994) *self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu :

1) Proses kognitif

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *self efficacy* seseorang.

2) Proses motivasional

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Disamping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *Self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha

yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi menurun.

3) Proses afektif

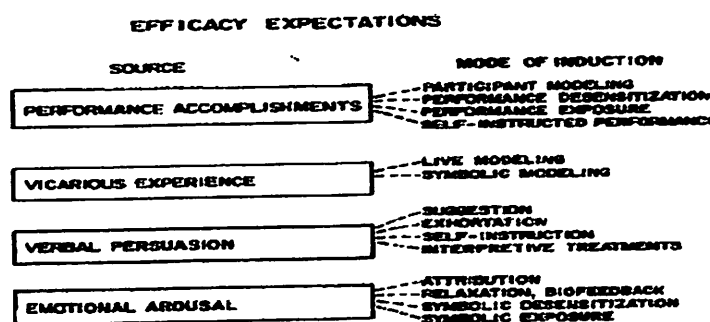
Self efficacy berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang *self efficacy* yang rendah cenderung memperbesar resiko, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi dapat menurunkan tingkat stress dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasional, dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.2.6. Proses perubahan *self efficacy*

Menurut Bandura (1977) suatu perubahan tingkah laku hanya akan terjadi apabila adanya perubahan *self efficacy* pada individu yang bersangkutan. Perubahan *self efficacy* perlu dilakukan untuk memperbaiki kesulitan dan adaptasi tingkah laku individu yang memiliki masalah perilaku. Berikut adalah gambar skema proses perubahan *self efficacy*.



Gambar 2.2 Sumber-sumber *self efficacy* dan proses perubahannya (Bandura, 1977)

Self efficacy dapat diubah dengan menggunakan 4 faktor yang membentuknya yaitu dengan cara (Bandura, 1997) :

1) *Performance accomplishment*

- (1) *Participant modelling*. Hal ini dilakukan dengan menirukan model yang telah berprestasi atau sukses dalam bidang tertentu.
- (2) *Performance desensilization*. Menghilangkan pengaruh buruk akibat kegagalan pada masa lalu seperti dengan mencari cara untuk dapat bangkit kembali dari kebangkrutan. Apabila cara yang ditempuh berhasil untuk bangkit dari kebangkrutan terdahulu, maka *self efficacy* akan meningkat.
- (3) *Performance exposure*. Menonjolkan keberhasilan yang pernah diraih dibandingkan dengan kegagalan di masa lalu. Contohnya jika seseorang pernah tidak naik kelas, maka hal yang dilakukan adalah dengan mengingatkan kembali prestasi lain pada masa lalu pernah dicapainya.
- 4) *Self-instructed performance*. Melatih diri untuk melakukan yang terbaik sehingga seseorang mampu untuk mem'*push*' dirinya sendiri sampai ke batas maksimalnya. Jika hasil yang didapatkannya maksimal pula maka *self efficacy* akan meningkat.

2) *Vicarious experience*

- (1) *Live modelling*. Mengamati model yang nyata yang eksis di dunia ini seperti mengamati Donald Trump jika ingin untuk sukses dalam berbisnis.
- (2) *Symbolic modelling*. Mengamati model simbolik, film, komik, cerita seperti mengamati Will Smith dalam film '*Persuit of Happiness*' jika ingin menjadi seseorang yang sukses dalam karirnya .

3) *Verbal persuasion*

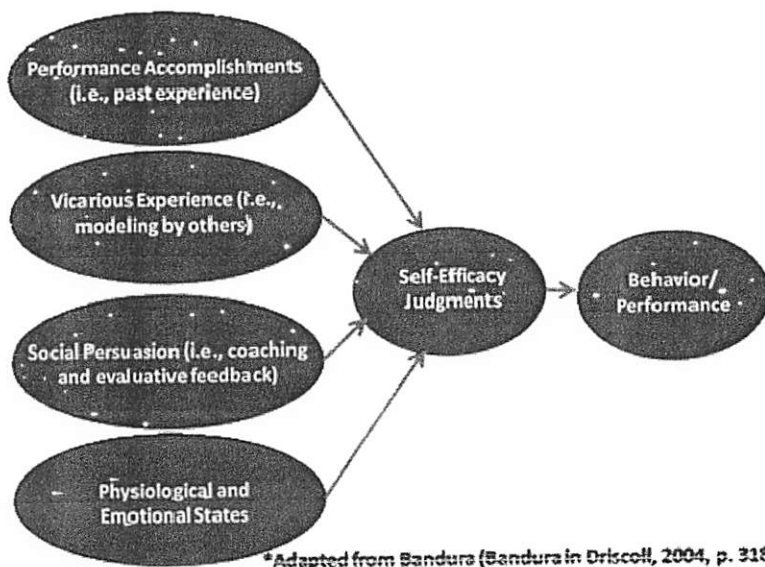
- (1) *Sugestion*. Mempengaruhi dengan kata-kata berdasar kepercayaan subyek terhadap pemberi persuasi. Contohnya hipnoterapis yang memberikan sugesti kepada seorang siswa yang takut pelajaran matematika agar ketakutannya tersebut hilang.
- (2) *Exhortation*. Nasihat atau peringatan yang mendesak / memaksa seperti yang diberikan oleh orang tua kepada anaknya ketika masih kecil.
- (3) *Self-instruction*. Selain dapat diberikan oleh orang lain, persuasi juga dapat diberikan oleh subyek kepada diriya sendiri dengan berkomunikasi dengan dirinya sendiri untuk dapat melakukan sesuatu.
- (4) *Intrepretive treatment*. Menggunakan interpretasi baru yang berdasarkan fakta lebih meyakinkan daripada memperbaiki interpretasi lama yang salah dan cenderung menurunkan *self - efficacy*.

4) *Emotional arousal*

- (1) *Attribution*. Mengubah atribusi atau penanggungjawab suatu kejadian emosional. Hal ini berkaitan dengan cara pandang yang biasa digunakan oleh subyek. Contohnya subyek yang merasa bahwa kemampuan matematikanya rendah adalah dikarenakan pengajarnya di sekolah tidak menyenangkan

(eksternal), dapat diubah dengan memberikan gambaran detail tentang teori atribusi.

- (2) *Relaxation biofeedback*. Relaksasi digunakan untuk menurunkan gelombang otak subyek sehingga lebih mudah untuk menerima sesuatu dibandingkan ketika seseorang berada pada kondisi sadar penuh (gelombang otak beta). Dengan melakukan relaksasi, gelombang otak akan turun sampai ke level alpha.
- (3) *Symbolic desensilization*. Menghilangkan sikap emosional dengan modeling simbolik seperti benda-benda mati yang memiliki karakteristik sama dengan sikap emosional positif yang diharapkan.
- (4) *Symbolic exposure*. Memunculkan emosi secara simbolik yang menguntungkan (meningkatkan *self - efficacy*) meskipun sedang tidak dalam kondisi yang semestinya. Contohnya ketika sedang melakukan pekerjaan yang kantor yang berat, seseorang diminta untuk membayangkan keadaan emosinya ketika sedang berlibur.



Gambar 2.3 Sumber dan perubahan *Self-Efficacy*

2.3 SEEIP (*Self-Efficacy Enhancing Intervention Program*)

2.3.1. Definisi

SEEIP merupakan salah satu tehnik pembelajaran untuk meningkatkan efikasi diri pasien yang diadopsi teori kognitif sosial (*social cognitive theory, SCT*) yang dikemukakan oleh Bandura menyatakan ada tiga faktor yang berperan penting dalam pembelajaran yaitu : perilaku, pengetahuan dan lingkungan, faktor kognitif yang dimaksud adalah *self-efficacy* (Bandura, 1997).

Efikasi diri dikembangkan oleh empat sumber utama yang berpengaruh antara lain :

1. *Enactive mastery experiences* (pengalaman penguasaan tindakan) yaitu mengelola tuntutan tugas dengan berhasil
2. *Vicarious experience* (pengalaman permodelan) adalah dengan melihat orang – orang yang mirip dengan dirinya
3. *Verbal persuasion* (persuasi verbal) tentang kemampuan untuk berhasil dalam kegiatan tertentu
4. *Somatic and emotional state* (kondisi somatic dan emosional) menunjukkan kekuatan pribadi dan kerentanan

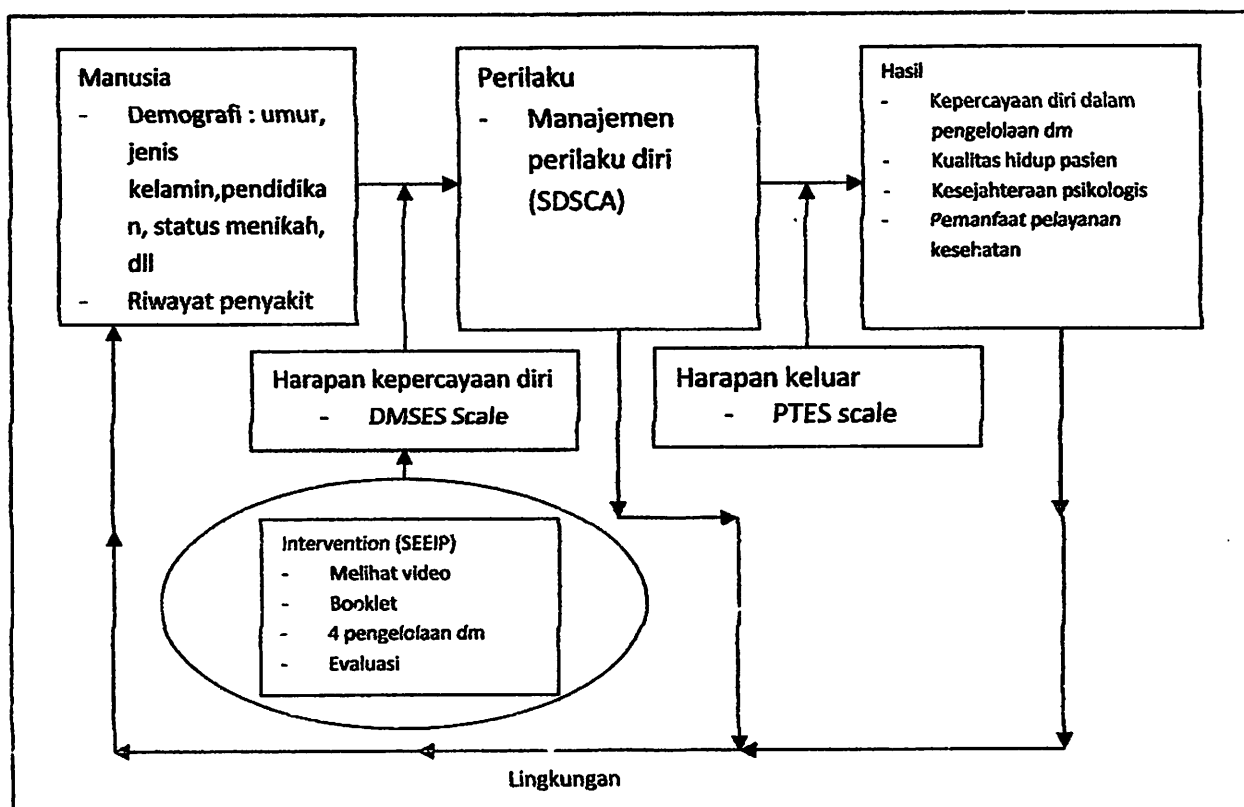
2.3.2. Penerapan SEEIP terhadap Diabetes Melitus

Penelitian yang dilakukan oleh Wu et al, pada tahun 2007 di Taiwan yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh intervensi program peningkatan *self-efficacy* untuk pasien diabetes tipe 2. Penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment* dengan menggunakan kelompok kontrol, lama penelitian dilakukan selama 6 bulan. Jumlah sampel sebanyak 145 pasien DM tipe 2 yang menjalani rawat jalan di klinik Taipe (kelompok intervensi 72 orang, kelompok kontrol 73 orang).

Pada kelompok intervensi mendapatkan SEEIP yang terdiri dari 4 langkah :

1. Melihat video tentang pengalaman diabetes dalam pengelolaan Diabetes mellitus selama 10 menit
2. Menerima booklet tentang DM dan penatalaksanaan perawatan diri diabetes
3. Konseling intervensi peningkatan *self-efficacy*
4. *Follow up* aktivitas perawatan diri setelah intervensi selesai (*baseline*), bulan ke 3 dan bulan ke 6

Pada kelompok kontrol mendapatkan edukasi secara konvensional dengan metode ceramah dan Tanya jawab



Bagan 2.1. Modifikasi model *self-efficacy* dengan *self-efficacy enhancing intervention program (SEEIP)* pada pasien DM tipe 2 (Shu-Fang Wu,2007)

Penelitian berikutnya sebagai pertimbangan tentang konsep SEEIP adalah yang dilakukan oleh Santi Damayanti dari Universitas Indonesia, secara konsep sama dengan yang dilakukan oleh Wu, 2007.

Tabel 2.4. Tahap *self efficacy enhancing intervention program (SEEIP)* (Damayanti, 2012)

Tahap	Aktifitas
Pertama	Melihat video tentang DM dan penatalaksanaanya serta pengalaman pasien dengan DM tipe 2 selama 10 menit
Kedua	Menerima booklet tentang DM dan penatalaksanaan perawatan diri dan menjelaskan isi booklet (setiap pertemuan satu tema, dengan durasi waktu sesuai kesepakatan dengan pasien) <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit DM, tanda gejala dan komplikasinya 2. Diet DM 3. Obat DM dan insulin 4. Olah raga dan perawatan kaki
Ketiga	Konseling program peningkatan efikasi diri antara pasien dengan fasilitator
Keempat	Evaluasi tentang efikasi diri dengan menggunakan kuesioner DMSES dan PTES

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan rata-rata terjadi peningkatan skor DMSES pada semua pasien, walaupun berbeda-beda interval kenaikannya pada tiap pasien, berdasarkan analisis praktikan kondisi ini diakibatkan karena faktor usia, penurunan kondisi fisik selama masa perawatan, kurangnya dukungan dari keluarga, keluarga terkesan mengabaikan pasien, jarang terlibat dalam perawatan pasien, pasien kurang termotivasi dalam mengikuti edukasi, selain itu terdapat penurunan kondisi pasien selama pasien dirawat sehingga menurunkan efikasi diri pada pasien dalam merawat dirinya sendiri.

Pasien yang mengikuti SEEIP rata-rata mempunyai riwayat masalah ketidakefektifan regimen terapeutik berhubungan dengan kurangnya pengetahuan dan

akhirnya mengambil keputusan yang tidak tepat mengenai tindakan perawatan yang diambil untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Kesalahan dalam penatalaksanaan DM antara lain kesalahan dalam perencanaan makan, aturan dalam meminum OHO dan cara perawatan kaki, sehingga sebagian besar pasien datang dengan komplikasi dan gula darah tidak terkontrol.

2.4 Konsep Caring

2.4.1. Definisi

Caring secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, menunjukkan perhatian, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi yang merupakan kehendak keperawatan (Potter & Perry, 2009). Selain itu, *caring* mempengaruhi cara berpikir seseorang, perasaan dan perbuatan seseorang. *Caring* juga mempelajari berbagai macam *philosophi* dan *etis perspektif*.

Ada beberapa definisi *caring* yang diungkapkan para ahli keperawatan: Watson (1979) yang terkenal dengan *Theory of Human Caring*, mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kcsanggupan pasien untuk sembuh (Alligood, 2014).

Caring sebagai suatu proses yang memberikan kesempatan pada seseorang (baik pemberi asuhan maupun penerima asuhan) untuk pertumbuhan pribadi (Milton Mayeroff dalam Morison & Burnard, 2009).

Caring dalam keperawatan sebagai sebuah proses interpersonal esensial yang mengharuskan perawat melakukan aktivitas peran yang spesifik dalam sebuah cara dengan menyampaikan ekspresi emosi-emosi tertentu kepada resipien. Aktivitas tersebut menurut Griffin meliputi membantu, menolong dan melayani orang yang mempunyai kebutuhan khusus. Proses ini dipengaruhi oleh hubungan antara perawat dengan pasien. Emosi “menyukai” dan “kasih sayang” ditawarkan secara sementara sebagai respon afektif penting yang diekspresikan melalui hubungan ini (Griffin dalam Morison & Burnard, 2009).

Keperawatan sebagai proses “menolong, membantu, melayani, caring”, menunjukkan bahwa keperawatan dan caring adalah sesuatu yang tidak terpisahkan dan pada saat yang sama mengindikasikan bahwa beberapa aktivitas praktik dilakukan dalam proses caring di lingkungan keperawatan (McFarlane dalam Morison & Burnard, 2009).

2.4.2. Konsep Caring Jean Watson

Caring merupakan sentral praktik keperawatan, tetapi hal ini lebih penting dalam kekacauan lingkungan pelayanan kesehatan saat ini. Kebutuhan, tekanan, batas waktu dalam waktu pelayanan kesehatan saat ini. Kebutuhan, tekanan, batas waktu dalam lingkungan pelayanan kesehatan berada dalam ruang kecil praktik *caring* yang membuat perawat dan profesi kesehatan klien (Watson dalam Potter dan Perry, 2009). Watson menjelaskan bahwa konsep dia didefinisikan untuk membawa arti baru untuk paradigma keperawatan adalah “berasal dari pengalaman empiris klinis dilantik dikombinasikan dengan latar belakang filsafat saya, intelektual dan experiential : dengan demikian pekerjaan awal saya muncul dari nila sendiri-sendiri,

keyakinan, dan persepsi tentang kepribadian, kehidupan, kesehatan, dan persepsi tentang kepribadian, kehidupan, kesehatan, dan penyembuhan (Watson dalam Tomey & Alligood, 2006).

Dalam pandangan keperawatan Jean Watson, manusia diyakini sebagai *person as a whole, as a fully functional integrated self*. Jean Watson mendefinisikan sehat sebagai kondisi yang utuh dan selaras antara badan, pikiran, dan jiwa, ini berkaitan dengan tingkat kesesuaian antara diri yang dipersepsikan dan diri yang diwujudkan. Dari beberapa konsep sehat sakit di atas dapat dikemukakan beberapa hal prinsip, antara lain:

- 1) Sehat menggambarkan suatu keutuhan kondisi seseorang yang sifatnya multidimensional, yang dapat berfluktuasi tergantung dari interrelasi antara faktor-faktor yang mempengaruhi.
- 2) Kondisi sehat dapat dicapai, karena adanya kemampuan seseorang untuk beradaptasi terhadap lingkungan baik internal maupun eksternal.
- 3) Sehat tidak dapat dinyatakan sebagai suatu kondisi yang terhenti pada titik tertentu, tetapi berubah-ubah tergantung pada kapasitasnya untuk berfungsi pada lingkungan yang dinamis.

Dalam praktik keperawatan "*caring*" ditujukan untuk perawatan kesehatan yang holistik dalam meningkatkan kontrol, pengetahuan dan promosi kesehatan (Tomey & Alligood, 2006). Asumsi dasar teori watson terletak pada 7 asumsi dasar yang menjadi kerangka kerja dalam pengembangan teori, yaitu:

- a. *Caring* dapat dilakukan dan dipraktikan secara interpersonal.
- b. *Caring* meliputi faktor-faktor karatif yang dihasilkan dari kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

- c. *Caring* yang efektif akan meningkatkan status kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga.
- d. Respon *caring* adalah menerima seseorang tidak hanya sebagai seseorang berdasarkan saat ini tetapi seperti apa dia mungkin akan menjadi dimasa depannya.
- e. *Caring environment*, menyediakan perkembangan potensi dan memberikan keluasan memilih kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang dalam waktu yang telah ditentukan.
- f. *Caring* bersifat *healthogenic* daripada sekedar *curing*. Praktek *caring* mengintegrasikan pengetahuan biopisikal dan perilaku manusia untuk meningkatkan kesehatan. Dan untuk membantu pasien yang sakit, dimana *caring* melengkapi *curing*.
- g. *Caring* merupakan inti dari keperawatan (Tomey & Alligood, 2006).

Nilai-nilai yang mendasari konsep *caring* menurut Jean Watson (1979, dalam Tomey & Alligood, 2006) meliputi:

1. Konsep tentang manusia

Manusia merupakan suatu fungsi yang utuh dari diri yang terintegrasi (ingin dirawat, dihormati, mendapatkan asuhan, dipahami dan dibantu) Manusia pada dasarnya ingin merasa dimiliki oleh lingkungan sekitarnya merasa dimiliki dan merasa menjadi bagian dari kelompok atau masyarakat, dan merasa dicintai dan merasa mencintai.

2. Konsep tentang kesehatan

Kesehatan merupakan keutuhan dan keharmonisan pikiran fungsi fisik dan fungsi sosial. Menekankan pada fungsi pemeliharaan dan adaptasi untuk

meningkatkan fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Kesehatan merupakan keadaan terbebas dari keadaan penyakit, dan Jean Watson menekankan pada usaha-usaha yang dilakukan untuk mencapai hal tersebut.

3. Konsep tentang lingkungan

Berdasarkan teori Jean Watson, *caring* dan *nursing* merupakan konstanta dalam setiap keadaan di masyarakat. Perilaku *caring* tidak diwariskan dari generasi ke generasi berikutnya, akan tetapi hal tersebut diwariskan dengan pengaruh budaya sebagai strategi untuk melakukan mekanisme coping terhadap lingkungan tertentu.

4. Konsep tentang keperawatan

Keperawatan berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan *caring* ditujukan untuk klien baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

2.4.3. Manfaat *Caring*

Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku *caring* perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan *caring* yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan mengenai perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada pasien. Watson dalam Tomcy & Alligod, (2006) menambahkan bahwa *caring* yang dilakukan dengan efektif dapat mendorong kesehatan dan pertumbuhan individu.

2.4.4. Perilaku *Caring*

Daftar dimensi *caring* (*Caring Dimensions Inventory* = CDI) yang didesain oleh (Watson dan Lea dalam Muchlisin & Ichsan, 2008) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku perawat (perilaku *caring*). Daftar dimensi *caring* tersebut antara lain:

- CDI 1. Membantu klien dalam ADL.
- CDI 2. Membuat catatan keperawatan mengenai klien.
- CDI 3. Merasa bersalah /menyesal kepada klien
- CDI 4. Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu
- CDI 5. Menjelaskan prosedur klinik
- CDI 6. Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien
- CDI 7. Duduk dengan klien
- CDI 8. Mengidentifikasi gaya hidup klien
- CDI 9. Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior
- CDI 10. Bersama klien selama prosedur klinik
- CDI 11. Bersikap manis dengan klien
- CDI 12. Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien
- CDI 13. Mendengarkan klien
- CDI 14. Konsultasi dengan dokter mengenai klien
- CDI 15. Mengajukan klien mengenai aspek self care
- CDI 16. Melakukan sharing mengenai masalah pribadi dengan klien
- CDI 17. Memberikan informasi mengenai klien
- CDI 18. Mengukur tanda vital klien
- CDI 19. Menempatkan kebutuhan klien sebelum kebutuhan pribadi
- CDI 20. Bersikap kompeten dalam prosedur klinik
- CDI 21. Melibatkan klien dalam perawatan
- CDI 22. Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik
- CDI 23. Memberikan privacy kepada klien
- CDI 24. Bersikap gembira dengan klien

CDI 25. Mengobservasi efek medikasi kepada klien

Hasil penelitian (Amanda *et al* dalam Muchlisin & Ichsan, 2008) menjelaskan bahwa semua item pada CDI mempunyai korelasi positif dengan item lainnya kecuali CDI no. 3 dan 16.

2.4.5. *Carative Faktor*

Carative Faktor menurut Watson adalah mencoba menghargai dimensi manusia dalam perawatan dan pengalaman-pengalaman subjektif dari orang yang kita rawat. Elemen-elemen yang terdapat dalam *carative faktor* (Alligood, 2014) adalah :

1. Melatih rasa cinta dan kepedulian

Nilai-nilai *humanistic* (kemanusiaan) dan *altruistik* (mementingkan orang lain daripada diri sendiri) adalah awal dipelajari dalam kehidupan dapat sangat berpengaruh pada asuhan keperawatan. Faktor ini dapat didefinisikan sebagai dari memantapkan hati diri sendiri kemudian diberikan ke orang lain (Watson, 1979).

2. Menciptakan kepercayaan dan harapan

Faktor ini, menggabungkan nilai-nilai humanistik dan altruistik, asuhan keperawatan secara holistik memperkenalkan sesuatu fasilitas alternative kesehatan lainnya yang positif dalam populasi pasien. itu juga menjelaskan peran perawat dalam mengembangkan hubungan *interrelationship* perawat-pasien yang efektif dan dalam meningkatkan kesehatan dengan membantu pasien dapat melakukan perilaku sehat (Watson, 1979).

3. Meningkatkan rasa sensitive terhadap diri sendiri dan sesama

Mengenali perasaan lewat pemahaman antara perawat dan pasien. Sebagai perawat mengetahui mereka mempunyai perasaan *sensitivitas*, mereka menjadi lebih ikhlas, *authentic*. dan sensitive terhadap orang lain (Watson, 1979).

4. Membangun hubungan *helping-trust* (membantu kepercayaan)

Membantu membangun hubungan antara perawat dan pasien sangat penting untuk *caring transpersonal*. Sebuah hubungan saling percaya meningkatkan dan menerima ekspresi dari kedua perasaan positif dan negatif. Ini menyebabkan keharmonisan, empati, kehangatan *nonpossessive*, dan komunikasi yang efektif di aplikasikan dengan jujur, tulus, dan otentik. Empati adalah pengalaman yang harus saling berkomunikasi sehingga itu dapat memahami yang di alami seseorang. Kehangatan non-posesif adalah ditunjukkan oleh: berbicara dengan suara sedang, sikap terbuka santai, dan ekspresi wajah yang bersahabat dengan komunikasi yang lainnya. (Watson, 1979).

5. Mengungkapkan perasaan positif dan negatif

Berbagi perasaan adalah pengalaman mengambil risiko untuk keduanya perawat dan pasien. Perawat harus mempersiapkan perasaan baik positif atau negatif. Perawat harus paham mengenai intelektual dan emosional merupakan kondisi yang berbeda (Watson, 1979).

6. Menggunakan proses caring yang kreatif dalam penyelesaian masalah

Penggunaan proses keperawatan dengan pendekatan ilmiah untuk pemecahan masalah perawatan, menghilangkan citra tradisional seorang perawat adalah sebagai dokter . Proses keperawatan mirip dengan proses penelitian dalam hal ini adalah sistematis dan terorganisir (Watson, 1979).

7. Peningkatan pengalaman belajar mengajar *transpersonal*

Faktor ini merupakan konsep penting untuk keperawatan yang memisahkannya caring dari curing. Hal ini memungkinkan pasien harus di informasikan dan mengubah tanggung jawab kesehatan dan sehat untuk pasien. Perawat memfasilitasi proses ini dengan belajar mengajar teknik yang dirancang untuk memungkinkan pasien untuk menyediakan perawatan diri, menentukan kebutuhan pribadi, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan pribadi mereka (Watson, 1979).

8. Mengutamakan aspek spiritual dan keyakinan untuk penyembuhan

Perawat harus menyadari pengaruh intern dan lingkungan eksternal terhadap kesehatan dan penyakit individu. Konsep yang relevan dengan lingkungan internal meliputi mental dan spiritual kesejahteraan dan keyakinan sosial budaya seorang individu. Selain variabel epidemiologi, variabel eksternal lainnya termasuk kenyamanan, privasi, keamanan, dan bersih, estetika (Watson, 1979).

9. Membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia

Perawat mengenali kebutuhan fisik, psikososial, dan intrapersonal pada diri sendiri dan pasien. Pasien harus memenuhi kebutuhan paling dasar sebelum mencoba untuk memenuhi kebutuhan dengan tingkat lebih tinggi. Makanan, eliminasi, dan ventilasi adalah contoh pemenuhan kebutuhan dasar biofisik, sedangkan aktivitas, tidak beraktifitas, dan seksualitas dianggap pemenuhan kebutuhan psikofisik. Prestasi dan organisasi adalah pemenuhan kebutuhan yang tingkat tinggi psikososial. Aktualisasi diri adalah pemenuhan kebutuhan tingkat tinggi intrapersonal-interpersonal (Watson, 1979).

10. Menghargai untuk kekuatan *eksistensial-fenomenologica*

Fenomenologi menggambarkan Situasi data yang langsung mengerti seseorang dari penampilannya tersebut dalam bentuk suatu pertanyaan. eksistensial Psikologi adalah penelitian tentang keberadaan manusia dengan menggunakan phenomenological analisa. Watson menganggap faktor ini sulit dimengerti. Hal ini membutuhkan pengalaman pemikiran yang lebih berat, yang mengarah ke sebuah pemahaman yang lebih baik untuk diri sendiri dan orang lain.

Tabel 2.5 *Evolution of Jean Watson's Carative Faktor/ caritas Proseses Over Time*
(Institute Watson Caring Science, 2010)

	faktor Carative (1979, 1985)	Proses Caritas (2002-2008) Beberapa lembaga / individu merujuk dengan Proses Caritas sebagai "Praktek Caring."	Literasi Caritas (Kompetensi) (from draft of working document subgroup of International Caritas Consortium, © June 2007, Jean Watson, et al.; modified by Jean Watson, Jan. 30, 2008) from Watson, J. (2008). <i>Nursing: The Philosophy and Science of Caring</i> (rev. ed.), Boulder: University Press of Colorado (pp.281-288). Consciousness Caritas
1	Pembentukan nilai "sistem <i>humanistik-altruistik</i>	Perbuatan cinta kasih dan ketenangan hati Kutipan dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Mencakup nilai <i>altruistic</i> dan tindakan mencintai dan kebaikan hati dengan diri sendiri dan orang lain Tindakan berbuat baik dengan hati.	Memberikan kepada pasien (orang lain) dengan: <ul style="list-style-type: none"> • Membuka diri sendiri untuk berhubungan dengan orang lain, lingkungan dan seluruhnya. • Model <i>self-care</i> dan <i>caring</i> untuk orang lain. • Mengenali diri sendiri dan orang lain. • Melakukan tindakan yang baik. • Memberikan penghormatan bakat pada diri sendiri dan orang lain • Mengenali kekurangan dalam diri dan orang lain. • Merawat diri dan orang lain dengan cinta kasih. • Mendengarkan dengan perhatian yang tulus kepada orang lain. • Menerima diri sendiri dan orang lain seperti mereka.

			<ul style="list-style-type: none"> • Menunjukkan rasa hormat terhadap diri dan orang lain. • Mendengarkan orang lain. • Merawat orang lain dengan kebaikan. • Memperhatikan orang lain. • Menghormati orang lain. • Menghormati martabat manusia dari diri sendiri dan orang lain.
2	<p>Penanaman <i>faith-hope</i> (kepercayaan-harapan)</p>	<p>Menjadi ada otentik dan memungkinkan dan <i>mempertahankan</i> mendalam sistem kepercayaan diri dan satu menjadi perhatian.</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Menanamkan iman dan pengharapan dan penghormatan dengan orang lain</p> <p>Menanamkan kepercayaan dan harapan menjadi dapat untuk memenuhi kebutuhan orang lain.</p>	<p>Dengan mendengarkan, saya telah bisa menghormati pasien (orang lain) dengan <i>kepercayaan dan membolehkan</i> pasien untuk merasakan kepercayaan / harapan sebagai miliknya sendiri dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciptakan untuk keheningan / refleksi / istirahat. • Membangun hubungan manusia dengan orang lain. • Melihat kehidupan sebagai misteri untuk dijelajahi daripada masalah yang harus dipecahkan. • Kemampuan melakukan kontrol. • Berinteraksi dengan penuh perhatian dan untuk mendapatkan kesembuhan dan ketulusan. • Dalam rencana perawatan menggabungkan nilai-nilai yang lain, keyakinan, dan apa yang berarti dan penting bagi mereka <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menggunakan kontak mata yang tepat dan <i>sentuhan</i>. ▪ Memanggil dengan nama lain yang mereka sukai ▪ Membantu orang lain untuk percaya pada diri mereka sendiri. ▪ Belajar tentang mendukung kepercayaan orang lain. • Mendukung orang lain dengan perasaan dengan harapan. • Mendukung orang lain dengan kemampuan mereka untuk melanjutkan hidup. • Pendapat orang sebagai manusia menjadi tidak bertujuan
3	<p>Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan pada orang lain</p>	<p>Melakukan Pemupukan kesatuan spiritual diri sendiri dan transpersonal diri sendiri, melampaui ego diri (bekerja lebih dari kesadaran yang penuh hati-terpusat-pembukaan</p>	<p>Dengan menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan pasien (orang lain) dan perasaan, saya bisa meningkatkan hubungan yang lebih saling percaya-membantu-peduli.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan refleksi diri (buku harian, berdoa, meditasi, ekspresi seni); melakukan kemauan untuk mengeksplorasi perasaan, keyakinan dan nilai-nilai seseorang untuk pertumbuhan

		<p>semua cakra)</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Jadilah peka terhadap diri sendiri dan orang lain dengan memelihara keyakinan individu, pertumbuhan pribadi, dan melakukan.</p> <p>Peliharalah individu spiritual keyakinan dan melakukan sesuai agama (HRC)</p>	<p>diri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbuatan arif dalam mengevaluasi keadaan dan situasi • Mengembangkan ritual yang bermakna untuk terbiasa bersyukur, memaafkan, pasrah, dan kasih sayang. • Menerima diri dan orang lain pada tingkat spiritual dan patut dihormati dan peduli. • Mengubah "tugas sulit" dalam interaksi penyembuhan. • Mampu melakukan untuk memaafkan diri sendiri dan orang lain. • Melakukan perhatian, ketulusan pada orang lain. • Menilai kebaikan dalam diri seseorang dan kesatuan sendiri dan orang lain sebagai manusia. • <i>Melakukan dengan hati</i>
4	<p>Membangun hubungan <i>helping- trust</i> (membantu kepercayaan)</p>	<p>Meningkatkan dan mempertahankan hubungan. membantu-percaya peduli otentik</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Meningkatkan membantu hubungan kepercayaan kepedulian.</p> <p>Mengembangkan membantu dan hubungan saling percaya dengan warga /pasien, keluarga, dan staf. (HRC)</p>	<p>Saya mengembangkan membantu-hubungan kepercayaan kepedulian dengan pasien (orang lain), keluarga, dan tim anggota kesehatan perawatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memasuki ke dalam pengalaman untuk mengeksplorasi hubungan kemungkinan pada saat itu • Membantu orang lain dengan cinta tanpa syarat dan penghormatan. ▪ Memanfaatkan waktu yang sakral untuk kesembuhan orang lain di waktu mereka membutuhkannya. ▪ Melakukan sikap tidak menghakimi. ▪ Merespon pengalaman hidup orang lain dengan harmoni <p>Menunjukkan adanya kebenaran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalam berhubungan membawa kejujuran, mandiri penuh kebenaran . ▪ Menunjukkan kepekaan dan keterbukaan kepada orang lain. ▪ Mengajak dalam berhubungan Aku-Engkau vs hubungan aku-.itu ▪ Menunjukkan kesadaran dari perilaku diri sendiri dan orang lain dari komunikasi (verbal dan nonverbal). ▪ Berusaha klarifikasi yang diperlukan. <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan secara langsung, konstruktif, komunikasi dengan menghargai: • Terlibat dalam komunikasi yang mempromosikan hidup sehat; tidak terlibat dalam gosip. • Secara efektif mengikut sertakan,

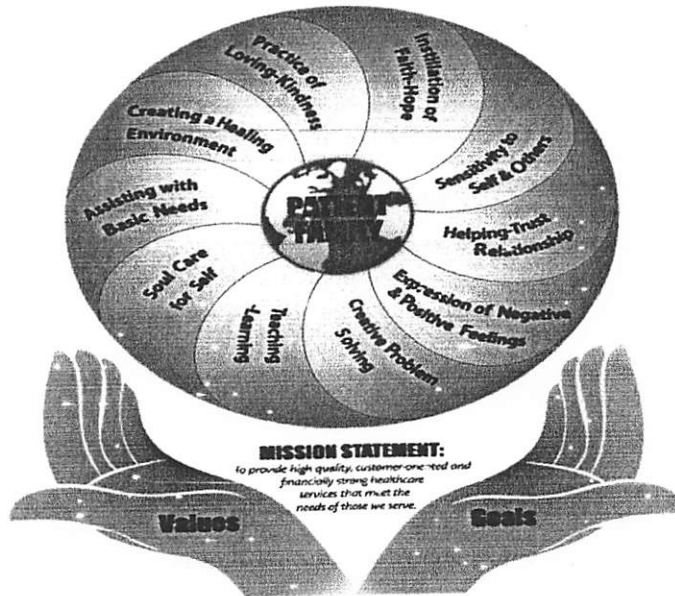
			<p>menyukai komunikasi ; tidak terlibat dalam rumor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secara proaktif mengikut sertakan, pemecahan masalah; tidak terlibat memperlama / mengeluh berlebihan. • Mendorong kegiatan yang memaksimalkan kemandirian dan kebebasan individu, bukan ketergantungan. • Terlibat dalam kegiatan yang mempromosikan pertumbuhan yang sehat. • Terlibat dalam kegiatan yang mempromosikan kenyamanan beretika, dewasa, Pengalaman pertumbuhan yang sehat; tidak terlibat dalam hal tidak etis, ilegal, risiko keamanan atau perilaku ceroboh. • Memungkinkan orang lain untuk memilih waktu terbaik untuk berbicara tentang keprihatinan mereka.
5	<p>Meningkatkan dan penerimaan ekspresi perasaan baik positif dan negatif</p>	<p>Untuk Ada menjadi pendukung perasaan ekspresi positif dan negatif sebagai penghubung dengan semangat yang tinggi dalam diri dan satu untuk dipedulikan</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Meningkatkan menerima perasaan positif dan negatif, sesuai dengan sebenarnya dengan mendengarkan cerita orang lain.</p> <p>Memajukan dan menerima perasaan ekspresi positif dan negatif. (HRC)</p>	<p>Aku ikut-menciptakan hubungan peduli pada lingkungan peduli untuk mendorong pertumbuhan spiritual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membuat / memegang ruangan sakral (tempat yang aman untuk terbuka dan mencurahkan.) • Menyatakan perjalanan batin sebagai penyembuhan. • Menghargai ketidakpastian dan tidak diketahui. • Mendorong mengekspresikan narasi / cerita sebagai cara untuk pemahaman. • Memperkenalkan untuk mulai bercerita, perubahan, dan pertumbuhan. • Menyatakan refleksi perasaan pengalaman • Memanjatkan berkah, doa, dan ekspresi spiritual yang sesuai. • Membantu orang lain melihat beberapa aspek yang baik dari situasi mereka aktif mendengarkan dan memungkinkan aliran energi melalui kesatuan diri tanpa menggunakan perasaan lain. • Menerima dan membantu orang lain mengatasi perasaan negatif
6	<p>Menggunakan Metode ilmiah pemecahan masalah</p>	<p>Menggunakan kreatifitas diri dan segala cara untuk mengetahui sebagai bagian dari kepedulian</p>	<p>Berlatih berpusat pemecahan masalah dan ilmu pengetahuan dalam merawat pasien ini (orang lain).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengintegrasikan estetika, etika, empiris, personal, dan cara metafisik mengetahui

	<p>sistematis dalam pengambilan keputusan</p> <p>Refined in 1985: Menggunakan sistimatis kreatif dari proses <i>caring</i> pemecahan masalah</p>	<p>tersebut proses melibatkan seni dalam tindakan peduli untuk penyembuhan.</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Menggunakan metode pemecahan masalah ilmiah yang kreatif untuk pengambilan keputusan.dalam <i>caring</i></p> <p>Gunakan kreatif pemecahan masalah untuk memenuhi kebutuhan orang lain. (HRC)</p>	<p>dengan kreatif, imajinatif, dan berpikir kritis untuk ekspresi penuh seni caring dan pengetahuan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengakui dan mengintegrasikan kesadaran bahwa kehadiran diri sendiri merupakan elemen yang efektif untuk peduli terhadap sesama. • Menggunakan diri untuk membuat penyembuhan lingkungan melalui: sentuhan yang disengaja; suara, kehadiran otentik; gerakan; ekspresi seni; buku harian; bermain-tawa-keriangan; spontanitas; music / suara; persiapan; bernapas; relaksasi / citra / visualisasi; intensionalitas; kontak mata yang sesuai; tersenyum / gerakan positif; mendengarkan secara aktif; Sifat / cahaya / suara / kebisingan perlindungan; dan sebagainya. • Mendorong orang lain untuk mengajukan pertanyaan. • Membantu orang lain mencari cara alternatif, untuk mencari yang baru artinya dalam situasi / perjalanan hidup mereka dalam menangani dengan pendekatan kesehatan / self-kesehatan mereka.
7	<p>Peningkatan pengalaman belajar mengajar <i>transpersonal</i>.</p> <p>Refined in 1985: Meningkatkan <i>transpersonal</i> belajar - mengajar</p>	<p>Pengalaman Terlibat dalam belajar-mengajar dengan sungguh-sungguh, keberadaan itu merupakan kcsatuan dan bermakna berusaha untuk tinggal dalam bingkai referensi yang lain.</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Memberikan belajar-mengajar yang berbicara mengenai kebutuhan individu, siap dan belajar gaya bahasa</p> <p>Melakukan mengajar dan belajar yang berbicara mengenai kebutuhan individu dan belajar gaya bahasa.</p>	<p>Membangun hubungan peduli mempromosikan pengetahuan, pertumbuhan, pemberdayaan dan proses penyembuhan dari kemungkinan untuk diri sendiri dan pasien (orang lain).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktif mendengarkan keseluruhan cerita pengalaman hidup mereka. • Berbicara dengan tenang, diam-diam, dan memberi mereka perhatian penuh pada saat ini. • Pertama berusaha untuk belajar dari orang lain, memahami mereka tentang pandangan keseluruhan; kemudian bersama-sama, berlatih, dan menyediakan informasi, alat, dan pilihan untuk memenuhi kebutuhan orang lain ' (bekerja dari kerangka referensi orang lain). • Berpartisipasi dalam kolejal / pimpinan kolaboratif kreatif • Menerima orang lain sebagaimana adanya dan di mana mereka berada dengan pemahaman, pengetahuan, kesiapan untuk belajar. • Membantu orang lain memahami bagaimana mereka berpikir tentang sakit /

		(HRC)	<p>kesehatan mereka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminta kepada orang lain apa yang mereka ketahui tentang sakit / kesehatan mereka. • Membantu orang lain merumuskan dan menyuarakan pertanyaan dan kekhawatiran untuk meminta perawatan kesehatan profesional.
8	Menyediakan dukungan, melindungi, dan (atau) memperbaiki lingkungan mental, fisik, sosial, dan spiritual .	<p>Membuat lingkungan penyembuhan di semua tingkatan (fisik, non-fisik, Lingkungan kebutuhan energi dan kesadaran), dimana keutuhan, keindahan, kenyamanan, martabat, dan potensi perdamaian.</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Mennuat lingkungan penyembuhan untuk diri jasmani dan rohani yang menghormati martabat manusia.</p> <p>Menciptakan lingkungan penyembuhan untuk kebutuhan jasmani dan rohani. (HRC)</p>	<p>Dengan mempromosikan hubungan peduli, saya buat ruang untuk Pasien ini (orang lain) untuk menghasilkan / keutuhan dirinya sendiri dan penyembuhan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menciptakan ruang untuk berdiskusi. • Berpartisipasi dalam mendengarkan dengan peduli • Membuat niat peduli • Menciptakan adanya lingkungan penyembuhan: <ul style="list-style-type: none"> • Perawat sebagai lingkungan • orang lain yang unik • Cahaya • Seni • Air • Kebisingan • Kebersihan • Privasi • Nutrisi • Kecantikan • Keselamatan • cuci tangan • Tindakan Comfort • Yang Lainnya 'waktu' rutinitas dan ritual lain ' • Apakah tersedia untuk orang lain. • Memperhatikan orang lain ketika mereka berbicara. • Mengantisipasi kebutuhan orang lain
9	Membantu dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia	<p>Dengan penuh hormat dan pengakuan membantu kebutuhan dasar, dengan sebuah kesadaran kepedulian disengaja, administrasi "Penting perawatan manusia," yang mempotensiasi keselarasan pikiran-tubuh-jiwa, keutuhan dan kesatuan berada di semua aspek perawatan;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saya bisa membantu memenuhi kebutuhan pasien ini (orang lain) diidentifikasi untuk dia / dirinya sendiri. • Tampilan lain secara keseluruhan yang terintegrasi. ▪ Menghormati orang lain sebagai individu yang unik ▪ Membuat orang lain nyaman mungkin. ▪ Membantu orang lain yang merasa cemas ▪ Apakah responsif terhadap keluarga orang lain, orang lain yang signifikan, orang tersayang. ▪ Menghormati kebutuhan orang lain sebagai privasi

		<p>(memungkinkan hubungan untuk diisi spirit).</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Membantu dengan dasar fisik, emosional, dan spiritual kebutuhan manusia</p> <p>Membantu dengan dasar fisik dan kebutuhan emosional. (HRC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menghormati persepsi orang lain tentang dunia dan kebutuhan unik mereka. ▪ Melibatkan keluarga / orang lain yang signifikan. ▪ Merawat tubuh lain secara hati-hati karena berpartisipasi misteri dalam kekuatan hidup lain. ▪ Membantu orang lain dengan kebutuhan khusus untuk relaksasi, perbaikan, dan tidur. ▪ Pembicaraan secara terbuka kepada keluarga.
10	<p>Menghargai untuk kekuatan eksistensial-fenomenologi cal</p> <p>Refined in 1985: Allowance for existential-phenomenological -spiritual forces</p>	<p>Membuka dan menghadiri untuk misterius spiritual, dan dimensi <i>eksistensial</i> tidak diketahui dari sendiri tentang hidup-mati-penderitaan; untuk; perawatan jiwa untuk diri sendiri dan kesatuan perawatan makhluk</p> <p>"Memungkinkan untuk keajaiban "</p> <p>Kutipan kata dari teori yang lainnya yang menggunakan teori Watson: Membuka misteri dan memungkinkan keajaiban terjadi.</p> <p>Memperlambat dan memungkinkan ruang untuk heran tak terduga. (HRC)</p> <p>Mengupayakan untuk penemuan kemungkinan keajaiban peristiwa hidup-mati.</p>	<p>Aku membolehkan mukjizat terjadi pada dirisendiri dan orang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membolehkan terungkap untuk diketahui. • Berpartisipasi dalam paradoks kehidupan. • Menyerahkan kontrol dan mengantisipasi mukjizat. • Memelihara / mendukung harapan. • Bersama-sama dan berpartisipasi dalam kepedulian sesama • Menyatakan perasaan kesatuan diri sendiri dan batin orang lain. • Tahu apa yang penting bagi diri dan orang lain. • Menunjukkan rasa hormat terhadap hal-hal yang memiliki arti untuk orang lain • Percaya bahwa kepedulian ada di kehidupan ini • <i>Menerima bahwa terdapat beberapa kejadian hidup yang tak bisa dijelaskan.</i>

Dari kesepuluh *carrative faktors* diatas, caring dalam keperawatan menyangkut upaya memperlakukan klien secara manusiawi dan utuh sebagai manusia yang berbeda dari manusia lainnya. Ini berkenaan dengan proses yang humanitis dalam menentukan kondisi terpenuhi tidaknya kebutuhan dasar manusia dan melakukan upaya pemenuhannya melalui berbagai bentuk intervensi yang bukan hanya berupa kemampuan teknis tetapi disertai “*warmth, kindness, compassion*”. (Alligood, 2014)



Gambar 2.4 Carrative Faktor

Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
 Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). Boulder, CO: University Press of Colorado.

2.5 Riset pendukung tentang *Self – Efficacy* dan *Caring*

Beberapa riset sebelumnya yang pernah dilakukan tentang *Self – Efficacy* diantaranya penelitian Atak et al (2009) dengan judul “*The effect of education on knowledge, self management behavior and self efficacy of patient with type 2 diabetes*” tujuan penelitian ini adalah menguji hubungan *of education on knowledge,*

self management behavior and self efficacy. Jenis desain penelitian ini adalah RCT dengan melibatkan 80 pasien. Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa pendidikan kesehatan dan manajemen perilaku kesehatan berpengaruh signifikan terhadap *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.

Penelitian tentang *Self – Efficacy* yang lain yaitu yang dilakukan oleh Wu et al, (2011) dengan judul *Efectiveness of a self – efficacy program for person with diabetes: A randomized kontrolled trial*. Penelitian ini bertujuan mengembangkan teori *self – efficacy* dengan penerapannya yang di sajikan dalam bentuk *SEEIP (Self – Efficacy Enhancement Intervention Program)*. Hasil penelitiannya menunjukkan adanya peningkatan *self – efficacy*.

Penelitian selanjutnya yang dilakukan oleh Santi Damayanti , (2012) dengan judul penerapan EBN: SEEIP pada pasien DM tipe 2, penelitian dilakukan secara deskriptif dengan membandingkan kelompok intervensi dan kontrol tanpa melakukan analisa secara mendalam. Hasil penelitian ini terjadinya peningkatan skor PTES dan DMSES, dengan hasil yang fluktuatif berbeda – beda intervalnya.

Menurut penelitian (Shi Q, 2010) terhadap pasien diabetes tipe 2 dengan 77 pasien intervensi dan 80 pasien sebagai kontrol menunjukkan bahwa sumber – sumber dalam *self-efficacy* berpengaruh terhadap *self-efficacy* dan perilaku dalam pengontrolan gula darah ($F = 26,888$, $df = 1, 155$, $p < 0,05$ dan $F = 18,619$, $df = 1, 155$, $p < 0,05$, masing-masing).

Penelitian tentang *Caring* pada pasien DM dilakukan oleh James, (2011) yang berjudul *Improving diabetes outcomes with caring communication identifying communication patterning for the human diabetic*. Penelitian ini bertujuan menguji

efektifitas komunikasi berbasis caring dengan perubahan terhadap A1c. Hasil penelitian ini menunjukkan signifikan.

Hal diatas bisa terlihat pada tabel 2.5 Riset pendukung tentang *Self – Efficacy* dan *Caring* berikut ini.

Tabel 2.6 Riset pendukung tentang *Self – Efficacy* dan *Caring*

NO	JUDUL	METODE	HASIL
1	<i>The effect of education on knowledge, elf management behavior and self efficacy of patient with type 2 diabetes.</i> <i>Australian journal of advanced nursing</i> 26(2), 66-74, Turkey. Atak,N, Gurkan, T.,& Kose,K (2009)	Design : RCT using a pre and post test design Sampel : 80 patients with type 2 diabetes Variabel: Education, self management behavior, self efficacy Istrument : Questioner Analisis : Regresi analisis	Pendidikan pasien memiliki efek terhadap pengetahuan dan self-efficacy pada pasien diabetes tipe 2
2	<i>Efictiveness of a self – efficacy program for person with diabetes: A randomized kontrolled trial.</i> <i>Nursing and Health Sciences</i> , 13, 335 – 343. Taiwan Wu, S.W., Lee,M. C., Liang, S. Y., Lu, Y.Y., Wang T.J., & Tung, H.H (2011)	Design : RCT Sampel : 145 Patient 72 intervention, 73 kontrol Variabel: SEEIP Self Efficacy Istrument : Kuesioner C-DMSSES, C-PTES Analisis : Analisis diskreptif statistic, regression analisis, person correlation	Skor untuk <i>efficacy expectations, outcome expectations, and self-care activities</i> meningkat dibandingkan kelompok kontrol
3	Penerapan EBN berupa SEEIP pada pasien DM tipe 2 di RSUP Fatmawati (Santi Damayanti, 2012)	Design : RCT Sampel : 10 pasien intervention 10 pasien kontrol Variabel: SEEIP <i>Self-Efficacy</i> Istrument : Kuesioner DMSSES, PTES Analisis : Deskriptif	Semua pasien intervensi mengalami peningkatan skor PTES dan DMSSES
4	<i>Self Efficacy, self care behavior and glycemic kontrol among type 2 Diabetes patient</i>	Design : RCT Sampel : 266 sampel Variabel: Self efficacy <i>Self care behavior</i>	<i>Interventions to increase diabetic patient self-efficacy levels and selfcare behavior, especially</i>

	<p><i>attending two private clinic in yangoon, myanmar</i> Sandhi wynn Nyunt, Nopporn Howteerakul, Nawarat Suwannapong and Thitipat Rajatanun. (2010)</p>	<p>HbA1c Istrument : SDSCA DMSSES Analisis : Uji statistis dengan regresi logistic</p>	<p><i>related to diet and exercise, are needed to reduce poor glycemic kontrol.</i></p>
5	<p><i>Improving glycaemic kontrol self-efficacy and glycaemic kontrol behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised kontrolled trial, Qifang Shi, Sharon K Ostwald, Shaopeng Wang (2010)</i></p>	<p>Design : RCT Sampel : 77 pasien intervension 80 pasien kontrol Variabel: Self efficacy Glycemic kontrol behavior Istrument : DMSSES DSCAM Analisis :-</p>	<p>Terjadi peningkatan <i>self-efficacy</i> baik dalam pengontrolan kadar gula darah dan perilaku</p>
6	<p><i>Effectiveness of self-management for persn with type 2 diabetes following the implementation of a self-efficacy enhanching intervention program in Taiwan</i> Shu-Fang Wu(2007)</p>	<p>Design : RCT Sampel : 72 intervention group and 73 kontrol group Variabel: SEEIP, Self-efficacy, self-management Istrument : C-DMSSES, C-PTES Analisis : Deskriptif statistic, regression, person</p>	<p>Hasil C-DMSSES dan C-PTES sesuai digunakan untuk orang diabaetes type 2 SEEIP dapat diterima oleh budaya Taiwan dan efektif dalam <i>self-efficacy</i> dan <i>self-management</i> pada diabetes type 2</p>
7	<p><i>Improving diabetes outcomes with caring communication identifying communication patterning for the human diabetic</i> Hahn school of nursing and health science, sandiego James R Kennet (2011)</p>	<p>Design : correlational cross sectional survey design Sampel : 107 pasien diabetes tipe 2 Variabel: Komunikasi Caring A1c Istrument : Quisioner Analisis :-</p>	<p>Komunikasi caring pada wanita cenderung memiliki A1c lebih baik daripada pria, ada hasil yang baik bagi orang yang baru terdiagnosa</p>
8	<p><i>A randomized kontrolled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of</i></p>	<p>Design : RCT Sampel : 105 responden Variabel: Caring</p>	<p>Asuhan keperawatan berdasarkan teori perilaku caring dapat menurunkan dampak negatif</p>

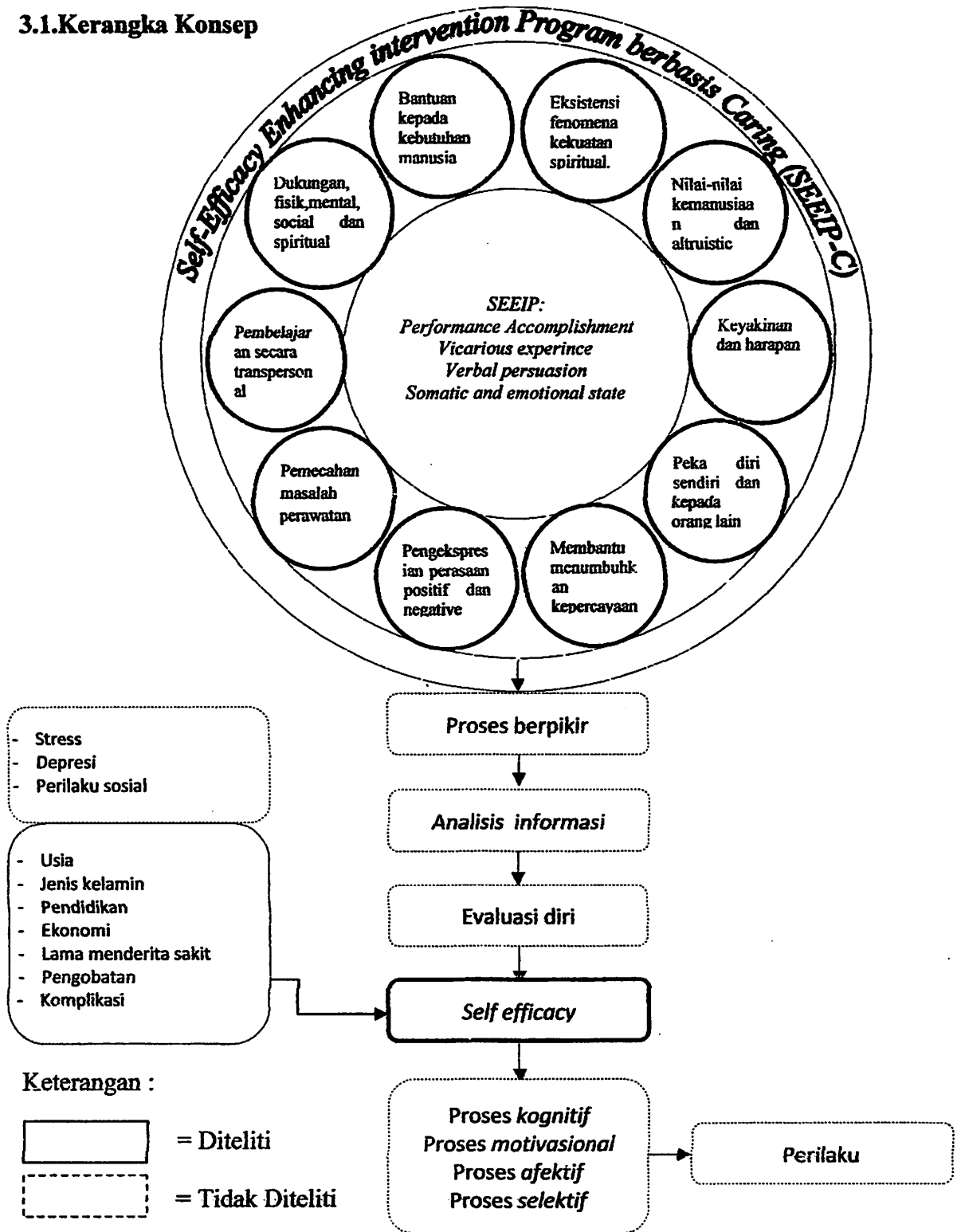
	<p><i>human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women</i> Illkay Arslan-Ozkan, Hulya Okumus & Kadriye Buldukoglu (2013)</p>	<p><i>Watson Distress Self-efficacy Adjustment in infertile</i> Istrument : IDS TISES TFAS Analisis : t-test, chi-square</p>	<p>ketidaksuburan pada wanita dan meningkatkan <i>self-efficacy</i> dan terjadi penyesuain terhadap keadaannya</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL &
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1. Kerangka Konsep



Bagan 3.1 Kerangka konseptual peningkatan *self efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* menurut teori Bandura dan Jean Watson..

Peningkatan *Self – Efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* terdiri dari 4 strategi yaitu (1) *Performance Accomplishments*, (2) *vicarious experience*, (3) *Verbal persuasion*, (4) *Somatic and emotional state* (Wu, 2007).

Strategi tersebut dilaksanakan dengan berbasis *Caring* yang terdiri dari 10 *Caritas* yaitu nilai-nilai kemanusiaan dan altruistic, keyakinan dan harapan, Peka pada diri sendiri dan kepada orang lain, membantu menumbuhkan kepercayaan, membuat hubungan dalam perawatan secara manusiawi, pengekspresian perasaan positif dan negative, proses pemecahan masalah perawatan secara kreatif, pembelajaran secara transpersonal, dukungan, perlindungan, perbaikan fisik, mental, social dan spiritual, bantuan kepada kebutuhan manusia, eksistensi fenomena kekuatan spiritual (Watson, 2013).

Penerapan *SEEIP* berbasis *Caring* melalui beberapa proses untuk sampai menjadikan *sel-efficacy* seseorang yaitu melalui proses penerimaan pengetahuan atau pengertian dari diri seseorang (*cognitive process*), kemudian dalam individu seseorang akan melakukan analisis terhadap pengetahuan yang diterimanya untuk dapat diterimanya (*analizing of taks*), kemudian dari hasil analisis individu akan melakukan pengkajian terhadap semua pengetahuan yang didapatnya sebagai keinginan untuk melakukan perubahan (*assessment of personal competence*), dengan keinginan tersebut *efficacy* akan muncul dalam diri. Penerapan *SEEIP* berbasis *Caring* diharapkan dapat meningkatkan *Self –Efficacy* pasien DM tipe 2, sehingga mengurangi komplikasi yang dapat ditimbulkan oleh penyakit DM tersebut.

3.2. Hipotesis

Ada pengaruh *SEEIP* berbasis *caring* terhadap *self efficacy* pada pasien DM tipe 2.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian penerapan intervensi *SEEIP* berbasis *Caring* pada penderita DM tipe 2. Studi ini menekankan pada konsep *Self Efficacy* dalam upaya kepercayaan diri penderita DM tipe 2.

Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi experiment* dengan design penelitian *Nonequivalent Control Group Design* yaitu eksperimen semu dengan membagi group yang ada tanpa membedakan kontrol dan group secara nyata dengan tetap mengacu pada bentuk alami yang sudah ada (Notoatmodjo, 2012). Desain penelitian bertujuan untuk menguji efektivitas penerapan *SEEIP* berbasis *Caring* pada penderita DM tipe 2 dalam rangka meningkatkan perawatan penderita DM tipe 2. Dalam rancangan ini, kelompok eksperimen diberi intervensi *SEEIP* berbasis *Caring* sedangkan kelompok hanya menerima perawatan biasa atau rutin oleh dokter dan perawat.

Tabel 4.1 Kerangka Desain Penelitian peningkatan *self efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* pada pasien DM tipe 2

Kelompok	Pretest	Perlakuan	Posttest
K-A	O1	IA	O3-A
K-B	O2	IB	O4-B
	<i>Time 1</i>	<i>Time 2</i>	<i>Time 3</i>

Keterangan :

- K-A : Subjek yang akan menerima intervensi
- K-B : Subjek yang akan menjadi kontrol
- O : Observasi *self efficacy* penderita DM tipe 2 sebelum dilakukan intervensi
- IA : Intervensi pemberian *SEEIP* berbasis *Caring* pada penderita DM tipe 2
- IB : Intervensi pemberian asuhan keperawatan biasa / rutin pada penderita DM tipe 2

O3-A dan O4-B : Observasi *Self Efficacy* penderita DM tipe 2 setelah dilakukan intervensi

4.2. Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah pasien DM yang berada di kelompok Diabetes Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri dengan rata-rata jumlah kehadiran sebesar 40 orang peserta.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian adalah pasien DM di kelompok Diabetes Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri, yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi :

- 1) Pasien kooperatif
- 2) Dapat berkomunikasi verbal dengan baik
- 3) Mampu membaca, menulis dan berbahasa Indonesia
- 4) Penderita DM secara rutin ikut dalam perkumpulan Diabetes yang diadakan setiap bulannya
- 5) Pasien didiagnosa DM tipe 2 oleh dokter penanggung jawab

2. Kriteria Eksklusi :

- 1) Terdapat keterbatasan baik fisik, mental atau kognitif yang dapat mengganggu penelitian (contoh: gangguan penglihatan (buta), dan pendengaran (tuli), dimensia)
- 2) Ada komplikasi serius yang dapat mengganggu penelitian, seperti sakit jantung berat, sakit ginjal berat, dll

4.2.3 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus:

$$n = \frac{2\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = n_2 = \frac{2(2,72)(1,96+0,842)^2}{(19,55 - 21,13)^2} = \frac{42,35}{2,50} = 17$$

Keterangan rumus :

$Z_{1-\alpha/2}$: Standar normal deviasi untuk α (dapat dilihat pada tabel distribusi Z)

$Z_{1-\beta}$: Standar normal deviasi untuk β (dapat dilihat pada tabel distribusi Z)

μ_1 : Nilai mean *self efficacy* kelompok kontrol (19,55)

μ_2 : Nilai mean *self efficacy* kelompok perlakuan (21,13)

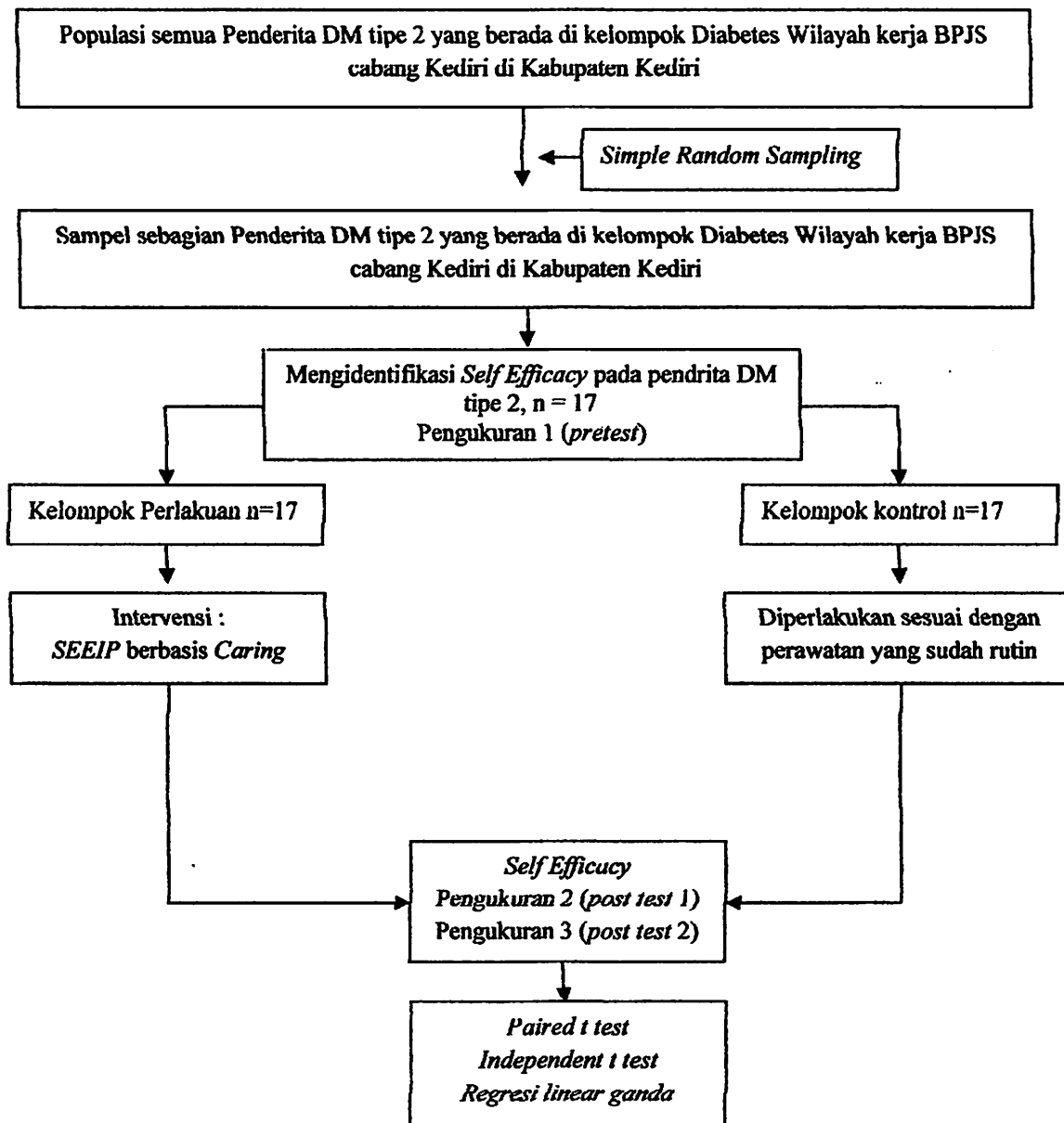
σ : Estimasi standar deviasi *self efficacy* dari beda mean kedua kelompok yaitu kontrol 2,01 dan perlakuan 1,18

σ^2 : Estimasi varian *self efficacy* kedua kelompok yang dihitung dengan rumus : $\frac{1}{2} (\mu_1^2 + \mu_2^2) = \frac{1}{2} (2,01^2 + 1,18^2) = 2,72$

4.2.4 Sampling

Prosedur sampel diambil dari sebagian populasi yaitu sebagian dari pasien DM tipe 2 di kelompok Diabetes Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri yang ikut dalam kelompok Diabetes, yang memenuhi kriteria. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *simple random sampling* (Notoatmojo, 2005) yaitu pengambilan sampel dengan cara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam anggota populasi.

4.3. Kerangka Operasional



Bagan 4.1 Kerangka Operasional Penelitian peningkatan *self efficacy* dengan *SEEIP* berbasis *Caring* pada pasien DM tipe 2

4.4. Variabel penelitian

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *SEEIP* berbasis *Caring*.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *Self- Efficacy* Pasien DM

Tipe 2

4.4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Penelitian Peningkatan *Self- Efficacy* dengan SEEIP berbasis *Caring* pada pasien DM Tipe 2

No	Variabel	Definisi operasioanal	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen						
SEEIP berbasis <i>Caring</i>						
1.	SEEIP berbasis <i>Caring</i>	Program pembelajaran tentang peningkatan kepercayaan diri dalam pengelolaan penyakit DM tipe 2 dan penatalaksanaan dengan pendekatan <i>caring</i> pada klien DM tipe 2.	<p>1. <i>Performance Accomplishment</i> yaitu diskusi dengan mencari pengalaman terbaik pengelolaan penyakit DM tipe 2 dengan pendekatan <i>caring</i>. Pengalaman yang berhubungan dengan :</p> <p>a. Pengertian DM b. Penyebab DM c. Tanda dan gejala DM</p> <p>Aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki dengan : <i>Self Efficacy</i></p> <p>2. <i>Vicarious experience</i> yaitu menampilkan contoh/model/or</p>	<p>1. Satuan acara pengajaran (SAP) 2. Booklet pengelolaan DM tipe 2</p>	Nominal	1: Dilakukan 0: tidak dilakukan

			<p>ang yang sudah berpengalaman dalam hal pengelolaan penyakit DM tipe 2 dengan pendekatan <i>caring</i></p> <p>3. <i>Verbal persuasion</i> yaitu memberikan support kepada penderita dengan kata-kata positif dengan pendekatan <i>caring</i></p> <p>4. <i>Somatic and emotional state</i> yaitu memberikan konsultasi kepada penderita dengan pendekatan <i>caring</i></p>			
Dependen Self Efficacy						
2.	<i>Self Efficacy</i>	Kepercayaan diri akan kemampuan individu untuk mengatur atau melakukan perilaku yang mendukung kesehatan yang diukur sebelum dan setelah pemberian <i>SEEIP</i>	<p>DMSES (<i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i>) dan PTES (<i>Perceived therapeutic efficacy scale</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kepercayaan diri tentang pemeriksaan gula darah - Kepercayaan diri tentang diet - Kepercayaan diri tentang 	Kuesioner DMSES & PTES	Intervai	<p>DMSES: 0 – 100%</p> <p>PTES: 0 – 100%</p> <p>Kategori DMSES: T: >140(>70%) S:80-140(40-70%) R:<80(<40%)</p> <p>PTES: T:>90(>90%) S:60-90(60-90%) R:<60(<60%)</p>

		berbasis <i>caring</i>	olah raga - Kepercayaan diri tentang pengobatan			
Variabel Perancu (<i>Confounding</i>)						
1.	Umur	Umur responden berdasarkan tanggal lahir dihitung sampai tahun terakhir	Umur dalam tahun	Kuesioner	Interval	30 – 60 tahun
2	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden	Laki-laki Perempuan	Kuesioner	Nominal	1: laki-laki 0: perempuan
3	Pengobatan	Keteraturan penderita dalam mengkonsumsi obat anti diabetes	Berdasarkan pengakuan responden	Kuesioner	Nominal	1: teratur 0: tidak teratur
4	Pekerjaan	Pekerjaan responden saat dilakukan penelitian	Pekerjaan responden	Kuesioner	nominal	1: Bekerja 0: tidak bekerja
5	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden	Pendidikan responden	Kuesioner	Interval	0: tidak sekolah tamat SD = 6 tahun tamat SLTP = 9 tahun tamat SLTA = 12 tahun tamat PT = 16 tahun
6	Lama sakit	Lama menderita sejak sejak terdiagnosa DM tipe 2 oleh dokter	Berdasarkan pengakuan responden dihitung dalam tahun	Kuesioner	Interval	0 – 20 tahun

		sampai dengan dilakukan penelitian				
7	Komplikasi DM	Adanya keluhan lain yang disebabkan oleh penyakit DM tipe 2 seperti tekanan darah tinggi, kulit gatal, kolesterol tinggi, mata kabur	Berdasarkan pengakuan responden	Kuesioner	Nomila	1:ada komplikasi 0:tidak ada komplikasi

4.5. Instrument Penelitian

4.5.1 Instrumen Penelitian

Kuesioner DMSES dikembangkan oleh van der Bijl (1999) dan dimodifikasi oleh Shi (2010) untuk mengukur *self efficacy* pasien DM tipe 2. Peneliti menggunakan alat ukur ini karena alat ukur ini sudah terstandarisasi dan spesifik untuk penderita DM tipe 2 dan banyak digunakan didalam penelitian *self efficacy* penderita DM tipe 2.

4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum melakukan penelitian, alat ukur diuji coba terlebih dahulu. Uji coba alat ukur dilakukan dengan menyebar kuesioner kepada sejumlah partisipan yang bukan subjek pada penelitian ini untuk menguji validitas dan reabilitas instrument maka dilaksanakan uji coba terhadap 5 responden di kelompok Diabetes Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri pada kelompok pasien DM tipe 2 . Responden dalam uji coba kuesioner ini tidak termasuk reponden penelitian.

Hasil uji coba 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 (Peningkatan *self - efficacy* dengan *self efficacy enhancement intervention program* berbasis *caring*). Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan instrumen dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2013). Pentingnya uji validitas adalah untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang atau diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah dengan menghitung korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi product moment sebagai berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

- r : Koefisien korelasi antara x dan y rxy
- n : Jumlah subyek
- X : Skor item
- Y : Skor total
- X : Jumlah skor item
- Y : Jumlah skor total
- X² : Jumlah kuadrat skor item
- Y² : Jumlah kuadrat skor total

Item instrumen dianggap valid jika $>0,05$ atau bisa membandingkannya dengan r tabel. Jika r hitung $> r$ tabel maka item instrumen dianggap valid.

Uji reliabilitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang digunakan memiliki konsistensi, stabilitas dan akurat (Anastasia & Urbina, 1997). Untuk uji reabilitas dilakukan pengujian berdasarkan konsistensi internal dari skala dengan teknik Cronbach Alpha (α) dengan $\alpha > 0,50$ (Ghozali, 2005). Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup diukur berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2013). Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data konsisten. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan alpha cronbach diukur berdasarkan skala alpha cronbrach 0 sampai 1. Rumus untuk menghitung reliabilitas instrumen menggunakan alpha cronbach adalah sebagai berikut :

$$r = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma^2/3}{\sigma^2/t} \right]$$

Keterangan

r : Koefisien reliabilitas instrumen (alpha cronbach)

k : Banyak butir pertanyaan atau banyaknya soal

$\sigma^2/3$: Total varians butir

σ^2/t : Total varians

Item kuesioner dianggap reliabel jika ukuran kemantapan alpha >0.6 . Jika skala itu dikelompokkan ke dalam lima kelas dengan rentang yang sama, maka ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sbagai berikut :

Nilai alpha Cronbach 0,00 s.d 0,20, berarti kurang reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,21 s.d 0,40, berarti agak reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,41 s.d 0,6 berarti cukup reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,61 s.d 0,80, berarti reliabel

Nilai alpha Cronbach 0,81 s.d 1,00, berarti sangat reliable

4.5.3 Hasil uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan terhadap 12 orang pasien DM tipe 2 yang berada dikelompok DM. Berdasarkan hasil uji coba tersebut didapatkan hasil bahwa kuesioner DMSES sudah valid dan reliabel, yaitu menunjukkan nilai r hitung=0,679-974 dengan r tabel=0,514, sehingga dapat dinyatakan r hitung $>$ r tabel, maka 20 item pertanyaan pada kuesioner tersebut dinyatakan valid. Uji realibilitas menunjukkan semua kuesioner reliabel dengan nilai *alpha cronbach* 0,980.

Kemudian untuk kuesioner PTES sudah valid dan reliabel, yaitu menunjukkan nilai r hitung=0,529-0,977 dengan r tabel=0,514, sehingga dapat dinyatakan r hitung $>$ r tabel, maka 10 item pertanyaan pada kuesioner tersebut dinyatakan valid. Uji realibilitas menunjukkan semua kuesioner reliabel dengan nilai *alpha cronbach* 0,926.

4.6. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di kelompok Diabetes Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri.

4.6.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai bulan April – Juni 2015.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2013). Prosedur pengambilan dan pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian adalah :

4.7.1 Tahap Persiapan

1. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Kepala BPJS cabang Kediri, Pengelola Kelompok DM.
2. Setelah mendapatkan ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan bagian yang terkait langsung dalam penelitian ini.
3. Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden, memberikan lembar permohonan menjadi responden, kepada pasien yang setuju menjadi responden, kemudian menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

4.7.2 Tahap pelaksanaan

1. Peneliti mengalokasikan sampel menjadi dua kelompok (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol).
2. Peneliti melaksanakan *pre-test self efficacy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada saat penderita datang dalam pertemuan rutin bulanan kelompok DM.
3. Peneliti melakukan SEEIP berbasis caring pada kelompok perlakuan dengan alokasi waktu: pertemuan pertama selama 90 menit, pertemuan kedua 90 menit.
4. Intervensi yang diberikan meliputi :
 - 1) Pertemuan pertama: memberikan SEEIP berbasis caring dengan diskusi bersama dengan penderita untuk menemukan pengalaman-pengalaman

terbaik pengelolaan penyakit DM tipe 2 dengan pendekatan *caring*, meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki dan *vicarious experience* yaitu menampilkan contoh/ model/ orang yang sebagai bentuk motivator melalui video serta *verbal persuasion* yaitu memberikan support kepada penderita dengan kata-kata positif dengan pendekatan *caring*, meliputi aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki.

- 2) Pertemuan kedua: memberikan *SEEIP* berbasis *caring* dengan konsultasi dengan pendekatan *caring*, meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki
5. Kelompok kontrol mendapatkan pelayanan perawatan seperti biasa atau rutin yang dilakukan di kelompok DM tersebut.
6. Pengukuran *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah sesi berakhir, kemudian dilakukan pengukuran kembali satu bulan berikutnya dengan mendatangi/ mengunjungi penderita ke pertemuan kelompok DM tersebut.
7. Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dan diolah.

4.8 Analisis Data

Analisis data secara kuantitatif dilakukan untuk data kuantitatif yang meliputi tahapan analisis univariat dilanjutkan analisis bivariat secara deskriptif dan analitik.

1. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Untuk data numerik (umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, tingkat pendidikan, lama sakit, komplikasi) dijelaskan dengan nilai jumlah dan presentase masing-masing kelompok. Sedangkan data kategorik *self-efficacy* (DMSES dan PTES) dijelaskan dengan nilai jumlah dari presentasi masing-masing kelompok. Penyajian masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat untuk mengetahui perbedaan *self-efficacy* antara kelompok perlakuan yang mendapatkan SEEIP dan kontrol yang tidak mendapatkan SEEIP, ini dilakukan dengan analisis sebagai berikut :

- 1) Perbedaan *self-efficacy* pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelaksanaan intervensi SEEIP digunakan paired t test. Hipotesis alternative diterima jika $p < 0,05$
- 2) Perbedaan *self-efficacy* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah pelaksanaan intervensi SEEIP digunakan independen t test. Hipotesis alternative diterima jika $p < 0,05$.
- 3) Perbedaan *self-efficacy* pada kelompok perlakuan sebelum dan setelah pelaksanaan intervensi SEEIP digunakan paired t test. Hipotesis alternative diterima jika $p < 0,05$

Sebelum dilakukan uji t test dilakukan uji normalitas menggunakan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov dan uji homogenitas dengan Levene's Test.

Data dikatakan terdistribusi normal jika nilai $p > \alpha$ sedangkan data dikatakan homogen jika $p > \alpha$ (α yang dipilih adalah 0,05). Jika setelah dilakukan uji tersebut data tidak normal dan tidak homogen maka paired t test diganti dengan menggunakan uji Wilcoxon, uji t test independent diganti dengan uji Mann-Whitney.

3. Analisis Multivariat

Analisis multivariate digunakan untuk mengetahui hubungan kedua variabel setelah dikontrol oleh variabel konfounding dengan pemodelan faktor resiko. Uji statistik yang dipakai adalah regresi linear ganda.

4.9 Etik Penelitian

Penelitian memiliki beberapa prinsip etika yaitu : (1) Prinsip manfaat, (2) Prinsip menghargai hak-hak subjek, (3) Prinsip keadilan. Peneliti akan melakukan uji etik di Universitas Airlangga untuk kelayakan etik yang diterapkan di masyarakat dan setelah mendapatkan persetujuan, penelitian dilaksanakan dengan berpedoman kepada masalah etik yang meliputi :

1. *Informed consent* (lembar persetujuan) menjadi responden

Lembar persetujuan ini dibagikan kepada setiap pasien DM tipe 2 di kelompok Diabetes Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri dengan memberikan penjelasan maksud dan tujuan dari penelitian serta pengaruh yang terjadi bila menjadi responden. Lembar persetujuan ini diisi secara sukarela oleh responden. Namun, apabila penderita tidak bersedia maka peneliti akan menghargai hak-haknya.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Nama responden tidak dicantumkan dalam lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan menjaga kerahasiaan responden. Namun, untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang telah diperoleh dari responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Peneliti hanya akan menyajikan informasi terutama dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian dan analisis Peningkatan *Self-Efficacy* dengan SEEIP (*Self Efficacy Enhancing Intervention Program*) berbasis *Caring* pada pasien DM Tipe 2. Penelitian ini dilaksanakan mulai tgl 10 april 2015 – 24 mei 2015.

Pada bagian hasil penelitian akan diuraikan mengenai data yang didapat saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian meliputi 1) Gambaran umum lokasi penelitian, 2) Karakteristik responden, 3) Data khusus mengenai variabel yang diukur meliputi *Self Efficacy* penderita DM tipe 2, Pengaruh SEEIP berbasis *Caring* terhadap *Self Efficacy* penderita DM tipe 2.

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di kelompok Prolanis (Program Pengelolaan Penyakit Kronis) BPJS Cabang Kediri yang berada di wilayah Kabupaten Kediri, dengan nama kelompok Pro Sehat Bugar di Desa Tulungrejo Kecamatan Pare dan kelompok Larasati di Desa Wates Kecamatan Wates. Dengan jumlah rerata peserta per/kelompok 20 pasien DM setiap kali pertemuan, kegiatan dilaksanakan 1 kali/bulan. Kegiatan yang dilakukan secara rutin dikelompok-kelompok tersebut adalah pemeriksaan tekanan darah, timbang berat badan, cck gula darah, penyuluhan kesehatan, konsultasi dan senam yang dikelola oleh dokter dan tim kesehatan penanggung jawab masing-masing kelompok.

5.2. Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik subjek penelitian yang dilakukan berdasarkan data demografi terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Penderita DM tipe 2 (umur, pendidikan, lama menderita DM) kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.

Variabel	Mean	SD	Min - Maks
Kelompok Perlakuan (n = 17)			
Umur	47,06	7,644	36 - 65
Lama Pendidikan (Thn)	10,18	3,540	6 - 16
Lama DM (Bulan)	26,76	19,804	1 - 60
Kelompok Kontrol (n = 17)			
Umur	51,76	7,137	40 - 66
Lama Pendidikan (Thn)	12,29	2,974	6 - 16
Lama DM (Bulan)	41,65	48,022	12 - 216

Hasil penelitian pada tabel 5.1 pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa rerata responden berusia 47,06 tahun dengan rerata lama menempuh pendidikan formal 10,18 tahun artinya lulus SLTP dan rerata lama menderita DM 26,76 bulan. Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa rerata responden berusia 51,76 tahun dengan rerata lama menempuh pendidikan formal 12,29 tahun artinya lulus SLTA dan rerata lama menderita DM 41,65 bulan.

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Penderita DM tipe 2 (Jenis Kelamin, pekerjaan, pengobatan, komplikasi) kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.

Karakteristik	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	n=17	%	n=17	%
Jenis Kelamin				
Laki – Laki	5	29,40%	3	17,60%
Perempuan	12	70,60%	14	82,40%
Pekerjaan				
Bekerja	13	76,5%	12	70,60%
Tidak Bekerja	4	23,5%	5	29,40%
Pengobatan				
Teratur	12	70,60%	15	88,20%
Tidak Teratur	5	29,40%	2	11,80%
Komplikasi				
Ada	7	41,20%	5	29,40%
Tidak Ada	10	58,80%	12	70,60%

Berdasarkan tabel 5.2 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden (70,6%) pada kelompok perlakuan memiliki jenis kelamin perempuan, mempunyai pekerjaan (76,5%), yang secara teratur berobat rutin di fasilitas kesehatan (70,6%), dan memiliki komplikasi (41,2%). Pada kelompok kontrol sebagian besar (82,4%) memiliki jenis kelamin perempuan, (70,6%) mempunyai pekerjaan, yang secara teratur berobat rutin di fasilitas kesehatan (88,2%), dan memiliki komplikasi (29,4%).

5.3. Identifikasi *Self Efficacy* penderita DM tipe 2

Tabel 5.3 Perbedaan *Self Efficacy* Penderita DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberi perlakuan pada kelompok perlakuan dan kontrol di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.

Variabel	Kelompok Perlakuan (n = 17)			Kelompok Kontrol (n = 17)		
	x rerata	SD	p	x rerata	SD	p
<i>Self Efficacy (DMSES)</i>						
Pre – Post 1	-21,706	12,572	,000	-,029	,717	,868
Pre – Post 2	-28,382	13,563	,000	-,235	1,120	,399
Post 1 – Post 2	-6,676	4,334	,000	-,206	,532	,130
<i>Self Efficacy (PTES)</i>						
Pre – Post 1	-25,471	16,164	,000	,294	1,213	,332
Pre – Post 2	-27,000	15,996	,000	,118	1,269	,707
Post 1 – Post 2	-1,529	1,463	,001	-,176	1,185	,548

Tabel 5.3 diatas pada kelompok perlakuan menunjukkan bahwa *Self Efficacy (DMSES & PTES)* memiliki nilai $p\ value < 0,000$, $\alpha < 0,05$ yang artinya adanya perubahan yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan *SEEIP* berbasis *Caring*. Sebaliknya pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa *Self Efficacy (DMSES & PTES)* memiliki nilai $p\ value$ lebih besar dengan $\alpha < 0,05$ yang artinya tidak ada perubahan sebelum dan sesudah dilakukan *SEEIP* berbasis *Caring*.

Tabel 5.4 Identifikasi *Self Efficacy* Penderita DM tipe 2 pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah dilakukan *SEEIP* di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.

Variabel	Kelompok	Kelompok	p
	Perlakuan (n=17) M (SD)	Kontrol (n=17) M (SD)	
<i>Self Efficacy (DMSES)</i>			
Pre (T1)	55,06 (13,236)	55,06 (13,236)	1,000
Post – 1 (T2)	76,76 (5,483)	55,09 (13,579)	,000
Post – 2 (T3)	83,44 (2,984)	55,29 (13,815)	,000
<i>Self Efficacy (PTES)</i>			
Pre (T1)	66,59 (16,086)	73,00 (17,288)	,271
Post – 1 (T2)	92,06 (1,345)	72,71 (16,744)	,000
Post – 2 (T3)	93,59 (1,805)	72,88 (16,733)	,000

Hasil uji analisis menunjukkan bahwa *Self Efficacy*(*DMSES & PTES*) pada *pre* (belum dilakukan *SEEIP* berbasis *Caring*) perbedaan tidak bermakna dan setelah dilakukan *SEEIP* menunjukkan hasil bahwa *Self Efficacy*(*DMSES & PTES*) pada *post1*(*T2*), *post2*(*T3*) memiliki nilai *p value* = 0,000, $\alpha > 0,05$ yang artinya bahwa *self-efficacy* ada perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol. Sedangkan melihat perubahan jumlah rerata pada kelompok perlakuan menunjukkan *self efficacy* *DMSES* *post 1* (76,76%) dan *post 2* (83,65%) dalam kategori baik yang

sebelumnya pre (55,06%) dalam kategori sedang dan *self efficacy* PTES post 1 (92,06%) dan post 2 (93,59%) dalam kategori baik yang sebelumnya pre (66,59%) dalam kategori sedang. Hal ini berbeda jauh dari hasil *self efficacy* pada kelompok kontrol yang cenderung tetap yaitu dalam kategori sedang.

5.3.1. Hubungan karakteristik responden dengan *Self Efficacy*

Tabel 5.5 Hubungan variabel-variabel dalam penelitian di Kelompok Diabetes di Wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri April-Mei 2015.

Variabel	Post-1 (T2)			Post-2 (T3)		
	t (p)	Col. (vif)	F (p)	t (p)	Col. (vif)	F (p)
<i>Self Efficacy (DMSES)</i>						
Kelompok	,000	1,787		,000	1,787	
Umur	,935	1,547		,621	1,547	
Jenis Kelamin	,068	1,431		,161	1,431	
Pengobatan	,842	1,376	,000 ^a	,972	1,376	,000 ^a
Pekerjaan	,066	1,895		,091	1,895	
Pendidikan	,031	4,709		,086	4,709	
Lama Sakit	,517	1,302		,285	1,302	
Komplikasi	,609	1,069		,934	1,069	
DMSES PRE	,000	3,230		,000	3,230	
<i>Self Efficacy (PTES)</i>						
Kelompok	,000	1,597		,000	1,597	
Umur	,842	1,633		,943	1,633	
Jenis Kelamin	,922	1,430		,831	1,430	
Pengobatan	,325	1,339	,000 ^a	,241	1,339	,000 ^a
Pekerjaan	,036	1,842		,052	1,842	
Pendidikan	,147	3,513		,183	3,513	
Lama Sakit	,243	1,222		,191	1,222	
Komplikasi	,967	1,062		,810	1,062	
PTES PRE	,000	2,046		,000	2,046	

Ket : $\alpha < 0,05$; $vif > 10$

Hasil analisis uji f (*p value* 0,000, $\alpha < 0,05$) yang artinya secara bersama-sama variabel (kelompok, umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, komplikasi, dmses dan ptes pre) berpengaruh signifikan terhadap *self*

efficacy dan pada analisis uji t pada variabel kelompok, dmses dan ptes pre (*p value* 0,000, $\alpha < 0,05$) dimana ini menunjukkan bahwa variabel kelompok dan *self efficacy* pada pre memiliki pengaruh terhadap *self efficacy*, tetapi variabel (umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, komplikasi) memiliki *p value* lebih besar dari α yang artinya variabel tersebut secara sendiri-sendiri tidak memiliki pengaruh terhadap *self efficacy*. Hasil tersebut juga ditunjang dengan analisis *collinearity* menunjukkan nilai *vif* < 10 sehingga disimpulkan variabel (kelompok, umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, komplikasi, *self efficacy pre*) tidak terjadi *multikolinearitas* atau tidak terjadi korelasi yang kuat dengan *self efficacy*.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Tujuan penelitian ini adalah menilai peningkatan *Self Efficacy* penderita Diabetes mellitus (DM) tipe 2 setelah mendapatkan SEEIP (*Self Efficacy Enhancing Intervention Program*) berbasis *Caring*. SEEIP berbasis *Caring* adalah salah satu pendekatan keperawatan pada penderita DM tipe 2 yang menekankan pada peningkatan kemampuan individu untuk mengelola penyakitnya dengan penuh kesadaran dan perhatian terhadap Tuhan, dirinya sendiri dan sesama. Kemampuan tersebut dapat dicapai dengan cara menguatkan 10 elemen *caritas caring* dalam diri pasien dengan pendekatan program SEEIP yang meliputi (1)*performance accomplishments*, (2)*vicarious experience*, (3)*verbal persuasion*, dan (4)*emotion arousal*.

6.1. Pengaruh SEEIP berbasis *caring* terhadap *Self Efficacy*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa SEEIP berbasis *Caring* signifikan mempengaruhi *Self Efficacy* penderita DM tipe 2, ini dibuktikan dengan adanya perubahan bermakna setelah dilakukan perlakuan dengan memiliki nilai *Self Efficacy* (DMSES & PTES) memiliki nilai $\rho \text{ value} < 0,000$, $\alpha < 0,05$ yang artinya adanya perubahan yang bermakna sebelum dan sesudah dilakukan SEEIP (tabel 5.3) dan ditunjang adanya perbedaan antara kelompok perlakuan dan kontrol yaitu *Self Efficacy* (DMSES & PTES) pada *post1(T2)*, *post2(T3)* memiliki nilai $\rho \text{ value} = 0,000$, $\alpha > 0,05$ yang artinya bahwa *self-efficacy* ada perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan dan kontrol (tabel 5.4).

Perubahan keyakinan pada diri responden tergambar dalam perubahan pemikiran tentang pengelolaan DM-nya diantaranya perubahan keyakinan dirinya dalam pengelolaan makanan dan diet masih dalam kategori baik, hal ini dapat terlihat bahwa responden memiliki keyakinan bahwa dirinya akan mampu mengontrol makanan saat bepergian, mengenali makanan yang baik dan yakin mampu menjalankannya sesuai aturan diet. Salah satu manajemen diabetes mellitus yang baik adalah terpenuhi makanan sesuai dengan diet DM merupakan bagian kunci keberhasilan pengelolaan DM (Perkeni, 2011).

Pengontrolan kadar gula darah, responden mengetahui cara memeriksakan kadar gula darahnya dan setelah mendapatkan perlakuan responden memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu mengenali saat kadar gula darah sedang naik atau turun. Pilar kelima yang dianjurkan kepada pasien DM monitoring level gula darah sendiri dapat mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia (Perkeni, 2011).

Aktivitas fisik atau olah raga juga mengalami perubahan yaitu responden memiliki keyakinan bahwa dirinya mampu melakukan olah raga secara rutin, ada yang menyatakan sudah memulai dengan lari pagi setiap pagi hari. Kegiatan aktivitas sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali/minggu selama kurang lebih 30 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan DM, selain untuk menjaga kebugaran, latihan fisik dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga memperbaiki kendali kadar gula darah (Perkeni, 2011).

Pengobatan dan kontrol rutin dilakukan oleh responden setiap bulan sekali melalui kegiatan prolanis ini, responden mampu memanfaatkan fasilitas yang diberikan pihak BPJS dengan baik. Intervensi farmakologi secara teratur dan

mengikuti anjuran dokter memberikan pengontrolan gula darah secara baik (Perkeni, 2011).

Keadaan ini disebabkan oleh program *SEEIP* berbasis *Caring* yang diberikan kepada penderita DM tipe 2 meliputi *Performance Accomplishments* yaitu mengingatkan kembali prestasi atau pengalaman terbaik yang pernah dicapai oleh pasien di masa lalu dalam mengontrol DM. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh penderita akan membuat peningkatan pada ekspektasi efikasi, sedangkan pengalaman kegagalan akan menurunkan efikasi individu. Saat yang bersamaan hal ini membantu individu memiliki rasa cinta, kepedulian, kepercayaan, harapan, rasa sensitif, berpikir positif, menyelesaikan masalah secara kreatif, pengalaman belajar yang terbaik, dan keyakinan untuk kesembuhan baik terhadap dirinya sendiri maupun kepada orang lain.

Vicarious experience merupakan pengalaman yang diperoleh dari orang lain atau meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. *Self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai oleh orang lain, sedangkan sebaliknya *self-efficacy* akan menurun apabila individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap *self efficacy* adalah berdasarkan kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamat itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya, maka semakin besar potensi *self-efficacy* yang akan disumbangkan oleh faktor ini. Saat yang sama membantu individu mendapatkan keyakinan akan penyembuhan, berpikir positif. Semakin individu memiliki keyakinan yang kuat dan berpikir positif, maka *self efficacy* akan optimal.

Verbal persuasion merupakan persuasi yang dilakukan orang lain secara verbal maupun oleh diri sendiri (*self talk*) yang dapat memengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sembuh dan mampu mengontrol penyakitnya, maka akan menunjukkan perilaku untuk berusaha untuk sembuh dan mengontrolnya, begitupun sebaliknya. Faktor ini sifatnya dapat berasal dari luar atau dalam diri individu sendiri. Besar pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi dan menyakini bahwa dirinya mampu untuk mengelola penyakitnya tersebut. Saat yang sama melalui *verbal persuasion* membantu menghargai kekuatan *eksistensial-fenomenologi* yaitu menghargai dan menyadari bahwa hidup-mati-penderitaan merupakan berkat dari Tuhan dan menyakini kemungkinan akan keajaiban/mukjizat kesembuhan dari Tuhan dan mengingatkan kembali bahwa individu merupakan makhluk ciptaan Tuhan yang paling sempurna dan terus dikasihi Tuhan.

Emotional arousal merupakan pembangkit emosi positif sehingga individu mempunyai kepercayaan diri untuk melakukan suatu tindakan tertentu. Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy*-nya. Keadaan emosi yang menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang. Emosi yang dimaksudkan adalah emosi yang kuat seperti takut, stress, cemas dan gembira. Emosi-emosi tersebut dapat meningkatkan atau menurunkan *self efficacy* seseorang. Saat yang sama individu membagi permasalahan dengan sesama, yang membantu individu bahwa dirinya memiliki teman dan saudara yang selalu mendukungnya.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Wu,et. Al (2011) yang menyatakan bahwa program *SEEIP* mempunyai pengaruh terhadap *self efficacy*. Damayanti (2012) juga menyatakan hal sama bahwa *self efficacy enhancing intervention program* pada pasien DM, program ini meningkatkan efikasi diri pasien dalam melakukan perawatan mandiri.

Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa keyakinan diri pasien tentang kesehatan dapat menjadi motivasi yang kuat untuk mengambil tindakan yang dapat mengurangi proses penyakit atau mengurangi tingkat keparahan. Peran perawat sebagai educator ikut andil dalam memberikan pengetahuan dan motivasi kepada pasiennya.

Trento, et.al (2004) dalam Atak, Gurkan & Kose (2006) menjelaskan bahwa kelompok pendidikan kesehatan meningkatkan pengetahuan pemecahan masalah mengenai DM dan meningkatkan pengambilan keputusan tentang perubahan gaya hidup untuk melakukan manajemen penyakit. Begitu pula Anderson, et al (1995) dalam Atak, Gurkan & Kose (2006) melakukan studi mengenai efek pendidikan kesehatan tentang DM, dengan pendidikan kesehatan tentang manajemen penyakit didapatkan perubahan psikososial dan keterampilan dimana seseorang dengan DM tipe 2 berkembang keyakinannya tentang coping psikologi DM yang disebut keyakinan diri DM.

Hasil penelitian Bakken et al (2010) yang melakukan penelitian tentang dampak pendidikan terhadap *self efficacy* diperoleh hasil bahwa intervensi pendidikan yang dapat meningkatkan *self efficacy*. Penelitian Nyut et al (2010) yang melakukan penelitian tentang *self efficacy*, *self care* dan kontrol gula darah diperoleh hasil

bahwa pemberian pendidikan dapat meningkatkan *self efficacy* 62% dan *self care behavior* 30%.

Pengetahuan yang dimiliki akan memberikan keyakinan terhadap individu dalam setiap mengambil keputusan dan dalam perilaku. Individu akan mengadopsi perilaku dengan tahapan-tahapan : individu mulai menyadari adanya stimulasi, individu mulai berpikir dan mempertimbangkan, individu mulai mencoba perilaku baru, individu menggunakan perilaku baru (Setiawati & Dermawan, 2008). Efikasi diri merupakan keyakinan dalam kemampuan seseorang untuk mengatur dan melaksanakan program tindakan yang diperlukan untuk mengelola situasi yang akan terjadi (Bandura,1995).

Hal ini juga ditunjang dengan hasil dari tabel 5.5 tentang faktor lain yang mempengaruhi *self efficacy*, yaitu pada analisis uji t pada variabel kelompok, dmses dan ptes pre menunjukkan bahwa variabel kelompok dan *self efficacy* pada pre memiliki pengaruh terhadap *self efficacy*, tetapi variabel (umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, komplikasi) memiliki p value lebih besar dari α yang artinya variabel tersebut secara sendiri-sendiri tidak memiliki pengaruh terhadap *self efficacy*. Hasil tersebut juga ditunjang dengan analisis *collinearity* menyimpulkan variabel (kelompok, umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, komplikasi) tidak terjadi *multikolinearitas* atau tidak terjadi korelasi yang kuat dengan *self efficacy*.

Hasil secara statistik menunjukkan responden banyak berjenis kelamin perempuan, tetapi tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri, dapat diartikan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan yang sama dalam menyelesaikan berbagai masalah atau melakukan coping, serta dalam berperilaku

sesuai dengan yang diharapkan. Laki-laki dan perempuan memiliki keyakinan yang sama akan kemampuan mereka dalam berperilaku sesuai dengan yang diharapkan untuk mengelola penyakitnya.

Umur responden rerata 47 tahun, dari hasil statistik tidak ada hubungan yang berarti umur dengan efikasi diri hal ini disebabkan pada responden yang lebih tua memiliki komplikasi atau penyakit penyerta yang akan semakin menurunkan fungsi fisiknya sehingga pasien merasa tidak mampu untuk melakukan perawatan dirinya dengan baik seperti olah raga, sedangkan pada responden yang dewasa kemungkinan lebih focus pada perjaan dan rumah tangganya.

Tingkat pendidikan responden rerata lulusan SMP, sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan efikasi diri dapat diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan responden tidak menjamin efikasi diri yang baik. Tingkat pendidikan yang tinggi pada responden dalam penelitian ini merupakan pendidikan formal secara umum bukan menggambarkan pendidikan khusus mengenai penyakit DM, namun seharusnya responden dengan pendidikan tinggi lebih mudah memahami dan menerima suatu informasi sehingga membantu dalam meningkatkan efikasi dirinya. Berdasarkan pengalaman saat meneliti, ada beberapa responden yang berpendidikan tinggi dan mengetahui bagaimana penatalaksanaan DM yang benar, namun masih sulit melaksanakannya dengan berbagai alasan termasuk salah satunya tentang olah raga dan diet DM.

Responden rerata memiliki pekerjaan, sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa pekerjaan tidak ada hubungan dengan efikasi diri, ini disebabkan karena kondisi pekerjaan dapat menjadi sumber stressor yang dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk menyelesaikan masalah. Kondisi stress merupakan salah satu faktor

resiko yang dapat memperberat kondisi pasien DM tipe 2, yang akan berdampak terhadap penurunan efikasi diri dalam pengelolaan DM-nya.

Lama mengalami DM rerata responden 2 tahun, hasil penelitian ini tidak ada hubungan yang berarti antara lama menderita DM dengan efikasi diri, karena dengan lamanya mengalami DM akan terjadi banyak kerusakan sel dan fungsi tubuh sehingga semakin mudah muncul berbagai gangguan fisik dan metabolic atau dengan kata lain sudah terjadi komplikasi. seseorang dengan komplikasi akan mengalami berbagai gangguan dan keterbatasan yang dapat menyebabkan efikasi diri pasien rendah.

Hasil diatas berbeda dengan analisis uji f pada tabel 5.5 yang menyatakan secara bersama-sama variabel (kelompok, umur, jenis kelamin, pengobatan, pekerjaan, pendidikan, lama sakit, komplikasi, dm ses dan ptes pre) berpengaruh signifikan terhadap *self efficacy*. Hal ini menunjukkan bahwa ada faktor lain selain empat elemen *self efficacy* yang mempengaruhi *self efficacy* pada individu, walaupun factor tersebut tidak berdiri sendiri tetapi mempengaruhi secara bersama-sama, ini sesuai dengan teori Bandura (1977) yang menyatakan selain keempat sumber *efficacy* dan proses informasi dapat juga dipengaruhi dari karakteristik individu dan lingkungan. Secara ideal, *self efficacy* diperkuat melalui berbagai pengalaman yang berhubungan dan akan mempengaruhi perilaku selanjutnya. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan secara umum, dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan.

6.2. Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini dilakukan di masyarakat dan sebagai responden adalah manusia, sehingga peneliti sulit untuk mengendalikan berbagai faktor yang mempengaruhi *self efficacy* dari setiap penderita, misalnya gaya hidup, motivasi keluarga.
2. Penelitian ini dilakukan dalam waktu yang singkat, yang seharusnya secara terus-menerus sampai mendapatkan hasil *self-efficacy* secara maksimal.
3. Hasil penelitian ini tidak bisa digeneralisasikan hasil *self-efficacy* dengan perubahan tingkah laku responden.

BAB 7
KESIMPULAN & SARAN

BAB 7

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Penerapan *SEEIP (Self Efficacy Enhancing Intervention Program)* berbasis *Caring* dapat meningkatkan *Self Efficacy* pada penderita DM tipe 2.

7.2. Saran

1. Penerapan *SEEIP* berbasis *Caring* ini dapat diterapkan pada institusi pelayanan kesehatan dengan mengembangkan system pelayanan secara terintegrasi dan menyediakan sarana untuk *Center Self Efficacy Restoration* sebagai upaya peningkatan keyakinan diri pasien DM tipe 2 dalam merawat dirinya.
2. Program *SEEIP* berbasis *Caring* dapat diterapkan pada kasus penyakit kronis lain yang memerlukan perawatan misalnya pasien dengan hipertensi, stroke, gagal ginjal, dan pada perawatan paliatif.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Abi M, Ichsan B., 2008. Aplikasi Model Konseptual Caring dari Jean Watson dalam Asuhan Keperawatan. *Berita Ilmu Keperawatan*, II(10), pp.147-50.
- ADA, 2012. Diagnosis and Classification of Diabetes Melitus. *Diabetes Care*, II(1), p.35.
- Alligood, Tommey., 2006. *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. Missouri: Mosby.
- Alligood, Martha R., 2014. *Nursing Theorist and Their Work*. 8th ed. United Satates of America: Elsevier.
- Atak, N. Gurkan,T. & Kose,K., 2006. The effect of education on knowledge, self management behaviour and self efficacy of patient with type 2 diabetes. *Australian journal of advanced nursing* , pp.66-74.
- Bandura, A., 1977. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. New York: Psychological Review.
- Bandura, A., 1994. *Self-efficacy*. 1st ed. New York: Academic Press.
- Bandura, A., 1997. *Self-Efficacy: The exercise of kontrol*. New York: Academic Press.
- Damayanti, S., 2012. *Analisis Praktik Residensi Keperawatan Medikal Bedah: Penerapan teori adaptasi Roy pada pasien dengan gangguan sistem endokrin*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Depkes, 2013. *DM penyebab kematian nomor 6 di dunia*. <http://www.depkes.go.id/article/view/2383/diabetes-melitus-penyebab-kematian-nomor-6-di-dunia-kemenkes-tawarkan-solusi-cerdik-melalui-posbindu.html> [Diakses 14 januari 2015].
- Edberg, M., 2010. *Buku Ajar Kesehatan Masyarakat; Teori Sosial dan Perilaku*. Jakarta: EGC.
- Gustaviani, R., 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. 1st ed. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Ilkay A, Hulya O, Kadriye B., 2013. A randomized kontrolled trial of the effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. *Journal of Advanced Nursing*, III(10), pp.1801-12.

- Institute, Watson Caring Science., 2010. *Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/ Caring Science*.
<http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf> [Diakses 16 february 2015].
- J. Van der B, Katja E W., 2001. Strategies Enhancing Self - Efficacy in Diabetes Education. *Scolary Iquary for Nursing Practice: An International Journal*, pp.235-48.
- Kai G.Kahl, Ulrich, Christoph, Conrad, Marie, Michael, Peter., 2014. Depression, anxiety disorder, and metabolic syndrome in a population at risk for type 2 Diabetes Melitus. *Brain and Behaviour*, pp.1-7.
- Kariadi, Sri H., 2009. *Diabetes? Siapa Takut!: Panduan lengkap untuk Diabetes, Keluarganya, dan Profesional Medis*. Bandung: Qanita.
- Marja L.O, Heli T, Tiina L, Satu M, Heiki H, Erkki V., 2015. Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey. *Journal of Public Health*, pp.55-57.
- Marlaine C, Marian C, Zane R W., 2013. *Caring in Nursing Classics an Essential Resource*. New York: Spring Publishing Company, LLC.
- Muchlisin A, Ichsan B., 2008. Aplikasi Model Konseptual Caring dari Jean Watson dalam Asuhan Keperawatan. *Berita Ilmu Keperawatan*, pp.147-50.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Gogou P, Theodorakis P, Vlahos L., 2010. Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, pp.205-11.
- Nazli A, Tanju G, Kenan K., 2009. The effect of education on knowledge, self management behaviour and self efficacy of patients with type 2 diabetes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, pp.66-74.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parker, M., 2001. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Patricia A Potter, A.G.P., 2009. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Paul M, Philip B., 2009. *Caring & Communicating Hubungan Interpersonal dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Perkeni, 2011. *Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta: Perkeni.
- Potter, P, Anne G.P., 2009. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- R.Kennett, J., 2011. *Improving diabetes outcomes with caring communication identifying communication patterning for the human diabetic*. San Diego: ProQuest.
- Sandhi W.N, Nopporn H, Nawarat S, Thitipat R., 2010. self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among type-2 diabetes patients attending two private clinic in yangon,myanmar. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, pp.943-51.
- Shi Q, Ostwald SK, Wang S., 2010. Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, pp.398-404.
- Shu-Fang V.W, Mei-chen L, Shu-Yuan L, Yu-Ying L, Tsae J.W, Heng H T., 2011. Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Science*, pp.335-43.
- Smeltzer, S.C & Brenda G.B., 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Soegondo, S., Rudianto,P., Subekti, I., Pranoto, A., Arsana, P.M., et al., 2006. *Konsensus pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia 2011*. Jakarta: PB Perkeni.
- Sugiyono, 2013. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Tjokroprawiro, A., 2011. *Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Watson, J., 2008. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Workman, I., 2006. *Medical surgical nursing critical thinking for collaborative care*. Ohio: Elsevier Saunders.
- Wu, S.F., 2007. *Effectiveness of Self management for person with type 2 Diabetes Following the implementation of a self efficacy enhancing intervention program in taiwan*. Taiwan: Quesland University of Technology: School of Nursing.

Yoga, A., 2011. *Hubungan antara 4 pilar pengelolaan diabetes melitus dengan keberhasilan pengelolaan diabetes melitus tipe 2*. Semarang: FK Undip.

LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913258
 Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Surabaya, 30 Maret 2015

Nomor : 138 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
 Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
 Kepala BPJS cabang Kediri
 di -

Tempat

Dengan hormat,

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 : Christianto Nugroho, S.Kep.Ns
 NIM : 131314153040
 Judul Penelitian : Peningkatan *self efficacy* dengan menggunakan *self efficacy enhancement intervention* program berbasis caring pada pasien DM tipe 2

Tempat : Kelompok DM di wilayah Kabupaten Kediri.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Wakil Dekan I

 Mira Nurfarini, SKp, M.Kep
 NIP. 19770612420000410008



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

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

No : 93-KEPK

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

The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**"PENINGKATAN SELF EFFICACY DENGAN MENGGUNAKAN
SELF EFFICACY ENHANCING INTERVENTION PROGRAM BERBASIS CARING
PADA PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2"**

Peneliti utama : Christianto Nugroho, S.Kep.,Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol

20 Maret 2015
Ketua (Chairman)
Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.
NIP. 19490320 197703 1 002



BPJS Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Nomor : 2119 /VII.04/0715
Hal : Ijin Penelitian

Kediri, 9 Juli 2015

Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Magister Keperawatan
Universitas Airlangga
di
SURABAYA

BPJS Kesehatan sebagai lembaga badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden (*Vide Pasal 7 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*) selalu meningkatkan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Menindaklanjuti surat saudara Nomor 138/UN3.1.12/PPd/S2/2015 tanggal 30 Maret 2015 tentang permohonan bantuan Fasilitas penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan-FKP Unair, maka bersama ini kami informasikan sebagai berikut :

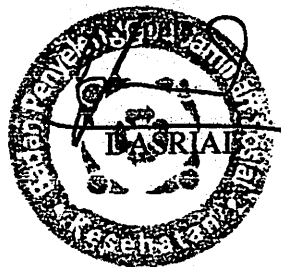
Nama : Christianto Nugroho

NIM : 13314153040

Judul Penelitian : Peningkatan *Self efficacy* dengan menggunakan *self efficacy enhancement intervention* program berbasis *caring* pada DM Tipe 2

Dapat melakukan penelitian di Faskes Tingkat Pertama wilayah BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kediri yaitu di 2 Klub PPDM/PPHT terdiri dari Klub PPDM/PPHT binaan Klinik Mitra Husada I dan Klub PPDM/PPHT binaan dr Wahid karena sejalan dengan Program Promotif Preventif BPJS Kesehatan.

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Kantor Cabang Utama Kediri

Jl. Hasanudin No. 57 Kediri

Telp. (0354) 680 306

Fax. (0354) 683 005

www.bpjs-kesehatan.go.id

LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN BAGI KELOMPOK INTERVENSI

Selamat Pagi, Salam Sejahtera bagi kita semuanya

Bapak, Ibu yang saya hormati, perkenalkan nama saya Christianto Nugroho dari Program Magister Keperawatan (S2) Universitas Airlangga yang akan melakukan penelitian di kelompok ini dengan judul “Peningkatan *Self-Efficacy* dengan *Self-Efficacy Enhancing Intervention Program* berbasis *Caring* pada klien DM Tipe 2” yang artinya “Peningkatan kepercayaan diri dengan Program peningkatan Kepercayaan Diri berbasis Kepedulian pada klien DM Tipe 2” adapun tujuan penelitian ini adalah “Membuktikan pengaruh *Self-Efficacy Enhancing Intervention Program* berbasis *caring* terhadap peningkatan *self efficacy* pada klien DM tipe 2”. Manfaat penelitian ini bagi ilmu keperawatan memperkaya inovasi model pelayanan keperawatan dalam meningkatkan pengelolaan klien DM tipe 2, sedangkan manfaat bagi Bapak/Ibu sekalian diharapkan dengan penelitian ini kami memiliki keyakinan bahwa Bapak/Ibu memiliki kepercayaan diri yang baik dalam mengelola DMnya meliputi pola pikir tentang kesehatan, pola diet, aktivitas dan pengobatan secara benar sehingga penyakit ini dapat dikendalikan.

Bapak/ ibu yang kami hormati adapun kegiatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini meliputi 2 sesi kegiatan: Sesi Pertama (1) yang akan kita lakukan pada saat ini dengan durasi waktu 100 menit meliputi pembukaan (5 mnt), Pre test (15 mnt), Ceramah (10 mnt), Diskusi tentang pengalaman pengelolaan DM (30 mnt), Ceramah (20 mnt), post test (15 mnt) dan diakhiri dengan penutup (5 mnt). Sesi Kedua (2) yang akan kita lakukan pada pertemuan yang akan datang (bulan berikutnya) dengan durasi waktu 100 menit meliputi pembukaan (5 mnt), Konseling Pengelolaan DM (75 mnt), Post Test (15 mnt) dan diakhiri penutup (5 mnt).

Bapak/Ibu yang kami hormati kegiatan penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak atas penelitian ini kapanpun, tanpa ada konsekuensi/sanksi apapun.

Bapak/Ibu yang kami hormati, kami juga akan memberikan cinderamata sebagai bentuk ucapan terima kasih, mungkin ini tidak cukup untuk mengganti waktu

Bapak/Ibu dalam keterlibatannya dalam penelitian ini, kami sekali lagi mengucapkan terima kasih. Bapak/Ibu penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik, jika Bapak/Ibu ingin berkomunikasi lebih lanjut mengenai pengelolaan DM bisa menghubungi saya di :

**Alamat :Dsn. Sindurejo Rt.016/Rw.007 Desa Kunjang Kecamatan Ngancar
Kabupaten Kediri**

No. Telp. : 081615488514

Demikian penjelasan ini dan kami ucapkan terima kasih

Kediri,2015

Yang memberi penjelasan

Christianto Nugroho

LEMBAR PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN BAGI KELOMPOK KONTROL

Selamat Pagi, Salam Sejahtera bagi kita semuanya

Bapak, Ibu yang saya hormati, perkenalkan nama saya Christianto Nugroho dari Program Magister Keperawatan (S2) Universitas Airlangga yang akan melakukan penelitian di kelompok ini dengan judul “Peningkatan *Self-Efficacy* dengan *Self-Efficacy Enhancing Intervention Program* berbasis *Caring* pada klien DM Tipe 2” yang artinya “Peningkatan kepercayaan diri dengan Program peningkatan Kepercayaan Diri berbasis Kepedulian pada klien DM Tipe 2” adapun tujuan penelitian ini adalah “Membuktikan pengaruh *Self-Efficacy Enhancing Intervention Program* berbasis *caring* terhadap peningkatan *self efficacy* pada klien DM tipe 2”. Manfaat penelitian ini bagi ilmu keperawatan memperkaya inovasi model pelayanan keperawatan dalam meningkatkan pengelolaan klien DM tipe 2, sedangkan manfaat bagi Bapak/Ibu sekalian diharapkan dengan penelitian ini kami memiliki keyakinan bahwa Bapak/Ibu memiliki kepercayaan diri yang baik dalam mengelola DMnya meliputi pola pikir tentang kesehatan, pola diet, aktivitas dan pengobatan secara benar sehingga penyakit ini dapat dikendalikan.

Bapak/ ibu yang kami hormati adapun kegiatan yang akan dilakukan dalam penelitian ini meliputi 4 sesi kegiatan: Sesi Pertama (1) yang akan kita lakukan pada saat ini dengan durasi waktu 100 menit meliputi pembukaan (5 mnt), Pre test (15 mnt), Senam Pagi (60 mnt), post test (15 mnt) dan diakhiri penutup (5 mnt), Sesi Kedua (2) yang bulan depan (pertemuan yang berikutnya) dengan durasi waktu 85 menit meliputi pembukaan (5 mnt), Senam Pagi (60 mnt), post test (15 mnt) dan diakhiri penutup (5 mnt), Sesi Ketiga (3) yang akan kita lakukan pertemuan setelah sesi 2 (2 bulan dari hari ini) dengan durasi waktu 70 menit meliputi pembukaan (5 mnt), Ceramah (10 mnt), Diskusi tentang pengalaman pengelolaan DM (30 mnt), Ceramah (20 mnt), dan diakhiri dengan penutup (5 mnt). Sesi Keempat (4) yang akan kita lakukan pada pertemuan yang akan datang (bulan berikutnya) dengan durasi waktu 85 menit meliputi pembukaan (5 mnt), Konseling Pengelolaan DM (75 mnt), dan diakhiri penutup (5 mnt).

Bapak/Ibu yang kami hormati kegiatan penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela, semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak atas penelitian ini kapanpun, tanpa ada konsekuensi/sanksi apapun.

Bapak/Ibu yang kami hormati, kami juga akan memberikan cinderamata sebagai bentuk ucapan terima kasih, mungkin ini tidak cukup untuk mengganti waktu Bapak/Ibu dalam keterlibatannya dalam penelitian ini, kami sekali lagi mengucapkan terima kasih. Bapak/Ibu penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik, jika Bapak/Ibu ingin berkomunikasi lebih lanjut mengenai pengelolaan DM bisa menghubungi saya di :

Alamat :Dsn. Sindurejo Rt.016/Rw.007 Desa Kunjang Kecamatan Ngancar
Kabupaten Kediri

No. Telp. : 081615488514

Demikian penjelasan ini dan kami ucapkan terima kasih

Kediri,2015

Yang memberi penjelasan

Christianto Nugroho

**INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Bahwa saya telah mendapatkan penjelasan mengenai prosedur penelitian yang berjudul: **“Peningkatan *Self-Efficacy* dengan *Self-Efficacy Enhancing Intervention Program* berbasis *Caring* pada klien DM Tipe 2”**

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak, resiko dan ketidaknyamanan apapun pada saya. Saya memahami bahwa penelitian ini akan menjamin Hak Asasi saya sebagai responden dan saya berhak berhenti dalam keikutsertaan saya dalam penelitian ini. Saya diberikan kebebasan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan memberikan tanggapan sesuai pendapat saya sendiri tanpa dipengaruhi oleh pihak lain.

Dengan menandatangani lembar persetujuan setelah penjelasan penelitian ini, maka saya setuju/tidak setuju * untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini.

Kediri,2015

Peneliti

Responden

(Christianto Nugroho)

()

Saksi**

()

* Coret yang tidak perlu

**Dokter/ Petugas Kesehatan penanggung jawab

KUESIONER PENELITIAN

Judul penelitian : “ Peningkatan *Self-Efficacy* dengan *Self Efficacy Enhancing Intervention Program* berbasis *Caring* pada pasien DM tipe 2”

A. DATA DEMOGRAFI

- Nama responden : (Boleh Inisial)
- Usia : Tahun
- Jenis kelamin : Laki-laki / perempuan
- Alamat :
- :
- Telp :
-
- Pendidikan : a. SD
b. SLTP
c. SLTA
d. Perguruan Tinggi
- Pengobatan a. Rutin melakukan pengobatan
b. Tidak rutin
c. Lain – lain.....
- Pekerjaan : a. Tidak bekerja
b. Wiraswasta
c. Pegawai Swasta
d. Pegawai Negeri
e. Pctani
f. Lain-lain :
- Lama menderita diabetes : Bulan / Tahun
- Komplikasi Diabetes :

B. PETUNJUK PENGISIAN

1. Sebelum menjawab pertanyaan, dimohon membaca dengan teliti setiap pertanyaan
2. Berilah lingkaran (v) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan saudara/bapak/ibu
3. Semua jawaban adalah benar dan tidak ada jawaban yang salah
4. Semua jawaban akan dirahasiakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini.
5. Cara menjawab sesuai petunjuk pada masing-masing kuesioner

KUESIONER SELF EFFICACY

No	Saya	Ya Pasti	Ya Mungkin	Mungkin Tidak	Pasti Tidak
1	Saya mampu memeriksa kadar gula darah	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
2	Saya mampu mengenali dan mengobati kadar gula darah yang tinggi	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
3	Saya mampu mengenali dan mengobati kadar gula darah yang rendah	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
4	Saya mampu memilih makanan yang benar untuk kesehatan saya	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
5	Saya mampu mengonsumsi bahan makanan sesuai dengan diet diabetes	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
6	Saya mampu mempertahankan berat badan yang ideal	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
7	Saya mampu memeriksa kedua kaki (misal melihat lecet, luka, kapalan)	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
8	Saya mampu berolah raga sesuai saran dokter (jalan kaki, senam, bersepeda)	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
9	Saya mampu mengikuti aturan diet DM ketika saya sakit	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
10	Saya mampu mengikuti aturan diet DM setiap saat	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
11	Saya berolah raga jika dokter menganjurkan saya	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
12	Ketika saya berolah raga saya mampu mengatur makan sesuai anjuran ahli gizi	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
13	Saya mampu mengikuti diet DM ketika berpergian	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
14	Saya mampu memilih diet DM dengan benar	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
15	Saya mampu mengikuti diet DM ketika suasana hati gembira	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
16	Saya mampu mengikuti diet DM ketika saya makan di luar atau saat ada pesta	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
17	Saya mampu mengikuti diet DM ketika suasana hati saya sedih, stres atau cemas	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
18	Saya memeriksakan DM saya ke dokter/RS minimal 4 kali dalam setahun	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
19	Saya minum obat diabetes sesuai resep secara teratur	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
20	Saya minum obat diabetes ketika saya sakit	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0

No	Saya	Ya Pasti	Ya Mungkin	Mungkin Tidak	Pasti Tidak
21	Mengontrol gula darah	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
22	Menjaga kadar gula darah stabil dan mencegah kadar gula darah meningkat melebihi dari normal	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
23	Membatasi komplikasi yang berat (kebutaan atau masalah luka dikaki)	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
24	Mencegah lebih banyak komplikasi	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
25	Memelihara dosis obat untuk mengontrol diabetes yang efektif	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
26	Minum obat tiap hari sesuai resep dokter untuk mengontrol gula darah	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
27	Menentukan pengobatan diabetes	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
28	Pengobatan secara umum dalam mengontrol Diabetes	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
29	Mematuhi anjuran dokter atau ahli gizi	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0
30	Mengatasi diabetes	10 9 8	7 6 5	4 3 2	1 0

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)***SEEIP berbasis Caring***

Pokok Bahasan	: Pelaksanaan <i>SEEIP</i> berbasis <i>Caring</i>
Sasaran	: Klien DM tipe 2
Tempat	: Kelompok Diabetes di wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri
Hari/Tanggal	:.....,.....,2015
Waktu	: 90 menit
Jenis kegiatan	: Sesi pertama <i>SEEIP</i> berbasis <i>Caring</i>

I. Tujuan**1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Setelah dilaksanakan *SEEIP* berbasis *Caring* klien DM mampu meningkatkan *self-efficacy* dalam melakukan pengontrolan dalam pengelolaan DM.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan *SEEIP* berbasis *Caring* klien dapat:

- 1) Meningkatkan *sel-efficacy* dalam pengelolaan DM (mengetahui definisi, penyebab, gejala, dan aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki) melalui berbagi pengalaman terbaik, mendengarkan kesaksian dari orang lain, dan kata-kata penguatan dari peneliti.
- 2) Menguraikan tentang *self-efficacy* dalam pengelolaan DM.

II. Materi

Terlampir

		<p>11. Menampilkan tayangan diabetisi (yang telah terkontrol baik) dalam perawatan kaki</p> <p>12. Mensimulasikan cara perawatan kaki dan senam kaki</p> <p>13. Mencari penyelesaian permasalahan bersama yang terbaik dalam pengelolaan DM</p> <p>14. Memberikan kesempatan untuk mengekspresikan mengenai pengalaman pengelolaan DM</p>	<p>Memperhatikan</p> <p>Memperhatikan</p>
4	Ceramah Diskusi 25 menit	<p>1. Membantu penderita peka terhadap dirinya sendiri dengan memberikan kata-kata yang positif dengan diucapkan bersama-sama</p> <p>2. Memberikan kata-kata yang mampu meningkatkan keyakinan dan harapan penderita</p> <p>3. Memberikan kesempatan kepada penderita untuk mengekspresikan perasaan positif dan negative</p> <p>4. Mengembalikan semua penyakit sebagai anugrah yang maha kuasa</p> <p>5. Melakukan kerjasama dengan anggota kelompok dengan menumbuhkan kepercayaan</p> <p>6. Memberikan kesempatan untuk menyusun penyelesaian permasalahan dalam pengelolaan DM</p> <p>7. Memberikan kesempatan kepada penderita bahwa ada kekuatan di luar tubuh manusia dan yang lebih besar dan berkuasa yaitu kekuatan yang maha kuasa</p>	<p>Mengikuti</p> <p>Mengikuti</p> <p>Menceritakan</p>
5	Penutup 5 menit	<p>Menyimpulkan hasil diskusi</p> <p>Mengucapkan terima kasih</p> <p>Mengucapkan salam penutup</p>	<p>Mendengarkan dan menanggapi</p> <p>Mendengarkan</p> <p>Menjawab salam</p>

VI. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- 1) Sasaran hadir di tempat sesuai dengan kontrak sebelumnya
- 2) Peralatan yang dibutuhkan tersedia

2. Evaluasi proses

- 1) Sasaran antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- 2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan semangat
- 3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai

3. Evaluasi hasil

- 1) Sasaran dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan dalam diskusi oleh fasilitator
- 2) Sasaran mampu menerima proses ini sebagai masukan dalam dirinya untuk pengontrolan pengelolaan DM

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)***SEEIP berbasis Caring***

Pokok Bahasan	: Pelaksanaan <i>SEEIP</i> berbasis <i>Caring</i>
Sasaran	: Klien DM tipe 2
Tempat	: Kelompok Diabetes di wilayah kerja BPJS cabang Kediri di Kabupaten Kediri
Hari/Tanggal	:.....,.....,2015
Waktu	: 90 menit
Jenis kegiatan	: Sesi kedua <i>SEEIP</i> berbasis <i>Caring</i>

I. Tujuan**1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Setelah dilaksanakan *SEEIP* berbasis *Caring* klien DM mampu meningkatkan *self-efficacy* dalam melakukan pengontrolan dalam pengelolaan DM.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan *SEEIP* berbasis *Caring* klien dapat:

- 1) Meningkatkan *sel-efficacy* dalam pengelolaan DM (mengetahui definisi, penyebab, gejala, dan aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki) melalui berbagi pengalaman terbaik, mendengarkan kesaksian dari orang lain, dan kata-kata penguatan dari peneliti.
- 2) Menguraikan tentang *self-efficacy* dalam pengelolaan DM.

II. Materi

Terlampir

III. Metode

Konseling

IV. Media

Booklet

V. Kegiatan

NO	TAHAP & WAKTU	KEGIATAN FASILITATOR	KEGIATAN PESERTA
1	Pembukaan 5 menit	Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam Menjelaskan tujuan pertemuan Menjelaskan mekanisme konseling dan membuat kesepakatan/kontrak waktu	Menjawab salam Mendengarkan Memperhatikan, bertanya Memperhatikan, menyetujui kontrak waktu yang disepakati
2	Diskusi 90 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitator memberikan keyakinan dan harapan kepada penderita dalam pengelolaan DM 2. Fasilitator menjelaskan pentingnya peka pada diri sendiri dan kepada orang lain tentang penyakitnya 3. Membantu menumbuhkan kepercayaan, membuat hubungan dalam perawatan secara manusiawi 4. Memberikan kesempatan pengekspresian perasaan positif dan negative 5. Membantu pemecahan masalah perawatan DM dan pengelolaannya 6. Memberikan gambaran dukungan, perlindungan, perbaikan fisik, mental, social dan spiritual yang ada disekitarnya dan kelompok ini 7. Pentingnya memenuhi kebutuhan tubuh dalam proses pengelolaan DM 8. Mengingatkan kembali kekuatan spiritual yang dilimpahkan kepada dirinya dari yang maha kuasa 	<p>Mendengarkan</p> <p>Mendengarkan</p> <p>Mendengarkan</p> <p>Bercerita, menjawab</p> <p>Berdiskusi</p> <p>Berdiskusi</p> <p>Mendengarkan</p> <p>Berdiskusi</p>
3	Penutup 5 menit	Menyimpulkan hasil diskusi Mengucapkan terima kasih Mengucapkan salam penutup	Mendengarkan dan menanggapi Mendengarkan Menjawab salam

VI. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- 1) Sasaran hadir di tempat sesuai dengan kontrak sebelumnya
- 2) Peralatan yang dibutuhkan tersedia

2. Evaluasi proses

- 1) Sasaran antusias terhadap kegiatan yang dilakukan

- 2) **Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan semangat**
- 3) **Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai**
3. **Evaluasi hasil**
 - 1) **Sasaran dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan dalam diskusi oleh fasilitator**
 - 2) **Sasaran mampu menerima proses ini sebagai masukan dalam dirinya untuk pengontrolan pengelolaan DM**

PELAKSANAAN SEEIP BERBASIS CARING PADA PASIEN DM

Tahap	Variabel	Jenis kegiatan	Implementasi	Media/Metode	Waktu
I	<i>Performance Accomplishment</i>	Memberikan <i>SEEIP caring</i> berbasis dengan bersama penderita menemukan pengalaman-pengalaman terbaik pengelolaan penyakit DM tipe 2 dengan pendekatan <i>caring</i> , meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki.	<p>Tahap caring :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembentukan nilai sistem humanistik-altruistik <ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitator melakukan persiapan secara pribadi untuk mengenali pribadinya sebelum bertemu dengan penderita b. Fasilitator menunjukkan bahwa akan membantu pengelolaan penyakitnya dengan ketulusannya 2. Penanaman <i>faith-hope</i> (kepercayaan- harapan) 3. Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan pada orang lain 4. Membangun hubungan saling membantu dan percaya 5. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan baik positif dan negative 6. Menggunakan Metode ilmiah dalam pemecahan masalah secara sistematis untuk pengambilan keputusan 7. Peningkatan pengalaman belajar mengajar <i>transpersonal</i> 8. Menyediakan dukungan, melindungi, dan memperbaiki lingkungan, mental, fisik, sosial, dan spiritual 9. Membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia <p>Tahap caring kedua sampai ke Sembilan dilakukan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Memperkenalkan diri sebagai bentuk awal membina kepercayaan 16. Mengkaji dengan memberikan kesempatan seluasnya dalam kemampuan belajar pasien & tingkat pemahaman pasien tentang DM dan perawatannya 17. Mengkaji pengalaman pasien dalam perawatan DM sebelumnya 18. Mengkaji pengalaman pasien dalam mengenali tanda-tanda hiperglikemia dan hipoglikemia serta pengalaman mengatasinya dan tingkat keberhasilannya. 19. Mengingatkan/menceritakan kembali pengalaman diabetisi (yang telah terkontrol baik) dalam perawatan. 20. Mengkaji pengalaman pasien dalam pengaturan makan sebelum dirawat serta riwayat kadar gula darah 21. Mengingatkan/menceritakan kembali pengalaman diabetisi (yang telah 	<p>Booklet Leaflet Food Model Alat peraga</p> <p>Metode : Diskusi Simulasi Demonstrasi</p>	60 menit

			<p>terkontrol baik) dalam pengaturan makan.</p> <p>22. Mengkaji pengalaman pasien dalam pengobatan DM (OHO/insulin)</p> <p>23. Mengingat/menceritakan kembali pengalaman diabetisi (yang telah terkontrol baik) dalam pengobatan.</p> <p>24. Mensimulasikan cara injeksi insulin (untuk pasien yang mendapatkan insulin).</p> <p>25. Mengkaji pengalaman pasien dalam olah raga dan perawatan kaki DM</p> <p>26. Menampilkan tayangan diabetisi (yang telah terkontrol baik) dalam perawatan kaki</p> <p>27. Mensimulasikan cara perawatan kaki dan senam kaki</p> <p>28. Mencari penyelesaian permasalahan bersama yang terbaik dalam pengelolaan DM</p> <p>29. Memberikan kesempatan untuk mengekspresikan mengenai pengalaman pengelolaan DM</p> <p>10. Menghargai kekuatan <i>eksistensial-fenomenologica</i></p> <p>4. Membicarakan pengalaman spiritual terhadap penyakitnya</p> <p>5. Membicarakan tentang kekuatan yang ilahi dan pengalaman dari penderita dalam penjumpaan tentang kesembuhan</p>		
II	<i>Vicarious experience dan Verbal persuasion</i>	Memberikan <i>SEEIP</i> berbasis <i>caring</i> dengan menampilkan contoh/ model/ orang yang sudah berpengalaman dalam hal pengelolaan penyakit DM tipe 2 dengan pendekatan <i>caring</i> dan memberikan support kepada penderita dengan kata-kata positif dengan pendekatan <i>caring</i> .	<p>8. Mendatangkan seseorang / model yang sudah berpengalaman dalam pengelolaan DM</p> <p>Tahap persiapan untuk model :</p> <p>Model melakukan persiapan dengan peneliti untuk menyampaikan bentuk <i>caring</i> yg harus dilakukan yaitu tahap <i>caring</i> 1,2,3,4,5,7</p> <p>Tahap <i>caring</i> 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 tercermin dengan melakukan tindakan dibawah ini :</p> <p>9. Membantu penderita peka terhadap dirinya sendiri dengan memberikan kata-kata yang positif dengan diucapkan bersama-sama</p> <p>10. Memberikan kata-kata yang mampu meningkatkan keyakinan dan harapan penderita</p> <p>11. Memberikan kesempatan kepada penderita untuk mengekspresikan perasaan positif dan negative</p> <p>12. Mengembalikan semua penyakit sebagai anugrah yang maha kuasa</p> <p>13. Melakukan kerjasama dengan anggota kelompok dengan menumbuhkan</p>	Pengalaman pengelolaan DM Laptop Lcd	90 menit

		meliputi aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki.	kepercayaan 14. Memberikan kesempatan untuk menyusun penyelesaian permasalahan dalam pengelolaan DM 15. Memberikan kesempatan kepada penderita bahwa ada kekuatan diluar tubuh manusia dan yang lebih besar dan berkuasa yaitu kekuatan yang maha kuasa		
III	<i>Somatic and emotional state</i>	Memberikan <i>SEEIP</i> berbasis <i>caring</i> dengan konsultasi dengan pendekatan <i>caring</i> , meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, aktivitas perawatan mandiri dalam pengaturan diet, aktivitas, kontrol gula darah, ketaatan pengobatan, perawatan kaki	Memberikan konseling meliputi dengan pendekatan : 9. Vasilitator mempersiapkan diri untuk kesiapan dirinya untuk menerima penderita sebagai konselor 10. Vasilitator memberikan keyakinan dan harapan kepada penderita dalam pengelolaan DM 11. Vasilitator menjelaskan pentingnya peka pada diri sendiri dan kepada orang lain tentang penyakitnya 12. Membantu menumbuhkan kepercayaan, membuat hubungan dalam perawatan secara manusiawi 13. Memberikan kesempatan mengekspresikan perasaan positif dan negative 14. Membantu pemecahan masalah perawatan DM dan pengelolaannya 15. Memberikan gambaran dukungan, perlindungan, perbaikan fisik, mental, social dan spiritual yang ada disekitarnya dan kelompok ini 16. Pentingnya memenuhi kebutuhan tubuh dalam proses pengelolaan DM 17. Mengingatkan kembali kekuatan spiritual yang dilimpahkan kepada dirinya dari yang maha kuasa	Leaflet Metode : Konseling Diskusi	90 menit

HASIL PENELITIAN

NO	KODE	SEEP	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	PENGORATAN	KOMPLIKASI	LAMA SAKIT	DMSES			PTES									
										PRE	POST1	POST2	PRE	POST1	POST2							
1	P-2	Ya	1	46	thn	Laki - Laki	1	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	24	70.5	83	85	91	92	95
2	P-3	Ya	1	48	thn	Perempuan	0	SLTP	9	BEKERJA	1	TIDAK RUTIN	0	ADA	1	36	55	76	79	87	91	92
3	P-4	Ya	1	46	thn	Perempuan	0	SD	6	BEKERJA	1	TIDAK RUTIN	0	TIDAK ADA	0	8	41	83.5	86.5	45	92	94
4	P-5	Ya	1	36	thn	Laki - Laki	1	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	ADA	1	36	57.5	70.5	76.5	64	93	93
5	P-6	Ya	1	45	thn	Perempuan	0	SLTA	12	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	ADA	1	24	70.5	78.5	85	73	91	93
6	P-7	Ya	1	41	thn	Perempuan	0	SD	6	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	ADA	1	8	45.5	84.5	87.5	60	92	92
7	P-8	Ya	1	42	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	12	52	69.5	84	47	91	95
8	P-9	Ya	1	44	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	60	52.5	74.5	81	66	96	98
9	P-11	Ya	1	44	thn	Laki - Laki	1	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	18	63.5	74.5	83	67	94	94
10	P-12	Ya	1	52	thn	Perempuan	0	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	ADA	1	24	73	79	83.5	91	91	94
11	P-13	Ya	1	64	thn	Laki - Laki	1	SD	6	BEKERJA	1	TIDAK RUTIN	0	TIDAK ADA	0	1	38.5	67	85	49	91	91
12	P-14	Ya	1	51	thn	Perempuan	0	SD	6	TIDAK BEKERJA	0	TIDAK RUTIN	0	ADA	1	60	36.5	69	80.5	62	92	92
13	P-16	Ya	1	41	thn	Perempuan	0	SD	6	BEKERJA	1	RUTIN	1	ADA	1	12	37.5	76.5	83.5	44	92	92
14	P-17	Ya	1	44	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	TIDAK RUTIN	0	TIDAK ADA	0	12	58.5	82.5	86	67	91	92
15	P-18	Ya	1	42	thn	Perempuan	0	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	60	72.5	82.5	87	92	92	93
16	P-19	Ya	1	49	thn	Laki - Laki	1	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	48	69.5	75.5	81	70	93	96
17	P-20	Ya	1	65	thn	Perempuan	0	SD	6	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	12	42	78.5	84.5	57	91	95
18	K-1	Tidak	0	49	thn	Perempuan	0	SLTA	12	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	24	37.5	38	38.5	43	44	45
19	K-2	Tidak	0	64	thn	Perempuan	0	SD	6	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	24	38.5	38	38.5	63	62	63
20	K-3	Tidak	0	66	thn	Laki - Laki	1	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	ADA	1	48	42	42.5	42	76	75	76
21	K-4	Tidak	0	61	thn	Laki - Laki	1	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	216	41	40.5	40.5	64	64	63
22	K-6	Tidak	0	54	thn	Laki - Laki	1	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	ADA	1	24	70.5	70.5	71	92	92	92
23	K-7	Tidak	0	53	thn	Perempuan	0	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	ADA	1	60	63.5	63.5	63.5	91	91	89
24	K-8	Tidak	0	45	thn	Perempuan	0	SLTP	9	TIDAK BEKERJA	0	TIDAK RUTIN	0	TIDAK ADA	0	24	52	51.5	52	69	68	69
25	K-9	Tidak	0	55	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	48	52.5	52.5	53.5	84	82	84
26	K-10	Tidak	0	40	thn	Perempuan	0	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	12	73	74.5	75.5	93	92	93
27	K-12	Tidak	0	50	thn	Perempuan	0	SLTP	9	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	12	45.5	45	44.5	58	57	57
28	K-13	Tidak	0	52	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	36	55	55.5	56	67	67	66
29	K-14	Tidak	0	43	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	TIDAK RUTIN	0	ADA	1	24	36.5	36	35.5	45	48	46
30	K-15	Tidak	0	47	thn	Perempuan	0	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	24	70.5	71	71.5	91	90	90
31	K-16	Tidak	0	51	thn	Perempuan	0	PT	16	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	12	72.5	73.5	74	91	91	91
32	K-17	Tidak	0	56	thn	Perempuan	0	SLTP	9	TIDAK BEKERJA	0	RUTIN	1	ADA	1	72	58.5	58	57.5	53	54	56
33	K-18	Tidak	0	46	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	24	69.5	70	70.5	92	92	92
34	K-19	Tidak	0	48	thn	Perempuan	0	SLTA	12	BEKERJA	1	RUTIN	1	TIDAK ADA	0	24	57.5	56	55.5	69	67	67

HASIL OUTPUT ANALISIS STATISTIK

A. DATA DEMOGRAFI KELOMPOK PERLAKUAN

Jenis Kelamin

	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	12	70.6	70.6	70.6
Laki - laki	5	29.4	29.4	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	4	23.5	23.5	23.5
Bekerja	13	76.5	76.5	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Pengobatan

	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Teratur	5	29.4	29.4	29.4
Teratur	12	70.6	70.6	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Komplikasi

	Freque ncy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	10	58.8	58.8	58.8
Ada	7	41.2	41.2	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
Umur	17	29	36	65	47.06	1.854	7.644	58.434
Pendidikan	17	10	6	16	10.18	.859	3.540	12.529
Lama Sakit	17	59	1	60	26.76	4.803	19.804	392.191
Valid N (listwise)	17							

B. DATA DEMOGRAFI KELOMPOK KONTROL**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perempuan	14	82.4	82.4	82.4
Laki - laki	3	17.6	17.6	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	5	29.4	29.4	29.4
Bekerja	12	70.6	70.6	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Pengobatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Teratur	2	11.8	11.8	11.8
Teratur	15	88.2	88.2	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Komplikasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	12	70.6	70.6	70.6
Ada	5	29.4	29.4	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Descriptive Statistics

	N	Range	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation	Variation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
Umur	17	26	40	66	51.76	1.731	7.137	50
Pendidikan	17	10	6	16	12.29	.721	2.974	8
Lama Sakit	17	204	12	216	41.65	11.647	48.022	2306
Valid N (listwise)	17							

C. PAIRED T TEST DMSES KELOMPOK PERLAKUAN**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
T1	.156	17	.200	.907	17	.088
T2	.146	17	.200	.941	17	.331
T3	.155	17	.200	.941	17	.329

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	T1	55.06	17	13.236	3.210
	T2	76.76	17	5.483	1.330
Pair 2	T1	55.06	17	13.236	3.210
	T3	83.44	17	2.984	.724
Pair 3	T2	76.76	17	5.483	1.330
	T3	83.44	17	2.984	.724

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	T1 & T2	17	.325	.203
Pair 2	T1 & T3	17	.002	.995
Pair 3	T2 & T3	17	.617	.008

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	T1 - T2	-21.706	12.572	3.049	-28.170	-15.242	-7.118	16	.000
Pair 2	T1 - T3	-28.382	13.563	3.290	-35.356	-21.409	-8.628	16	.000
Pair 3	T2 - T3	-6.676	4.334	1.051	-8.905	-4.448	-6.352	16	.000

D. PAIRED T TEST DMSES KELOMPOK KONTROL**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
T1	.156	17	.200	.907	17	.088
T2	.158	17	.200	.914	17	.117
T3	.159	17	.200	.915	17	.124

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	T1	55.06	17	13.236	3.210
	T2	55.09	17	13.579	3.293
Pair 2	T1	55.06	17	13.236	3.210
	T3	55.29	17	13.815	3.351
Pair 3	T2	55.09	17	13.579	3.293
	T3	55.29	17	13.815	3.351

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	T1 & T2	17	.999	.000
Pair 2	T1 & T3	17	.997	.000
Pair 3	T2 & T3	17	.999	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	T1 - T2	-.029	.717	.174	-.398	.339	-.169	16	.868
Pair 2	T1 - T3	-.235	1.120	.272	-.811	.340	-.866	16	.399
Pair 3	T2 - T3	-.206	.532	.129	-.479	.068	-1.595	16	.130

E. PAIRED T TEST PTES KELOMPOK PERLAKUAN**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
T1	.137	17	.200	.918	17	.135
T2	.282	17	.001	.766	17	.001
T3	.164	17	.200	.922	17	.161

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	T1	66.59	17	16.086	3.901
	T2	92.06	17	1.345	.326
Pair 2	T1	66.59	17	16.086	3.901
	T3	93.59	17	1.805	.438
Pair 3	T2	92.06	17	1.345	.326
	T3	93.59	17	1.805	.438

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	T1 & T2	17	-.016	.951
Pair 2	T1 & T3	17	.106	.686
Pair 3	T2 & T3	17	.603	.010

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	T1 - T2	-25.471	16.164	3.920	-33.781	-17.160	-6.497	16	.000
Pair 2	T1 - T3	-27.000	15.996	3.880	-35.224	-18.776	-6.959	16	.000
Pair 3	T2 - T3	-1.529	1.463	.355	-2.282	-.777	-4.311	16	.001

F. PAIRED T TEST PTES KELOMPOK KONTROL**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
T1	.204	17	.058	.895	17	.057
T2	.202	17	.063	.894	17	.055
T3	.185	17	.124	.898	17	.063

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	T1	73.00	17	17.288	4.193
	T2	72.71	17	16.744	4.061
Pair 2	T1	73.00	17	17.288	4.193
	T3	72.88	17	16.733	4.058
Pair 3	T2	72.71	17	16.744	4.061
	T3	72.88	17	16.733	4.058

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	T1 & T2	17	.998	.000
Pair 2	T1 & T3	17	.998	.000
Pair 3	T2 & T3	17	.997	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower	Upper		
Pair 1	T1 - T2	.294	1.213	.294	-.329	.918	1.000	16	.332
Pair 2	T1 - T3	.118	1.269	.308	-.535	.770	.382	16	.707
Pair 3	T2 - T3	-.176	1.185	.287	-.786	.433	-.614	16	.548

G. INDEPENDENT T TEST

Group Statistics

Kelompok		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
DMSES PRE	Diberi perlakuan SEEIP	17	55.06	13.236	3.210
	Tidak diperlakukan SEEIP	17	55.06	13.236	3.210
PTES PRE	Diberi perlakuan SEEIP	17	66.59	16.086	3.901
	Tidak diperlakukan SEEIP	17	73.00	17.288	4.193
DMSES POST 1	Diberi perlakuan SEEIP	17	76.76	5.483	1.330
	Tidak diperlakukan SEEIP	17	55.09	13.579	3.293
DMSES POST 2	Diberi perlakuan SEEIP	17	83.44	2.984	.724
	Tidak diperlakukan SEEIP	17	55.29	13.815	3.351
PTES POST 1	Diberi perlakuan SEEIP	17	92.06	1.345	.326
	Tidak diperlakukan SEEIP	17	72.71	16.744	4.061
PTES POST 2	Diberi perlakuan SEEIP	17	93.59	1.805	.438
	Tidak diperlakukan SEEIP	17	72.88	16.733	4.058

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									99% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
DMSES PRE	Equal variances assumed	.000	1.000	.000	32	1.000	.000	4.540	-12.432	12.432
	Equal variances not assumed			.000	32.000	1.000	.000	4.540	-12.432	12.432
PTES PRE	Equal variances assumed	.626	.435	-1.120	32	.271	-6.412	5.727	-22.096	9.272
	Equal variances not assumed			-1.120	31.835	.271	-6.412	5.727	-22.101	9.277
DMSES POST 1	Equal variances assumed	14.587	.001	6.103	32	.000	21.676	3.552	11.950	31.403
	Equal variances not assumed			6.103	21.083	.000	21.676	3.552	11.624	31.729
DMSES POST 2	Equal variances assumed	25.976	.000	8.211	32	.000	28.147	3.428	18.760	37.534
	Equal variances not assumed			8.211	17.489	.000	28.147	3.428	18.247	38.047
PTES POST 1	Equal variances assumed	54.669	.000	4.750	32	.000	19.353	4.074	8.196	30.509
	Equal variances not assumed			4.750	16.206	.000	19.353	4.074	7.474	31.232
PTES POST 2	Equal variances assumed	53.214	.000	5.073	32	.000	20.706	4.082	9.528	31.884
	Equal variances not assumed			5.073	16.372	.000	20.706	4.082	8.819	32.592

H. REGRESI LINEAR BERGANDA**ANOVA¹**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6383.799	9	709.311	16.349	.000 ^a
	Residual	1041.267	24	43.386		
	Total	7425.066	33			
2	Regression	6383.508	8	797.938	19.153	.000 ^b
	Residual	1041.558	25	41.662		
	Total	7425.066	33			
3	Regression	6381.642	7	911.663	22.717	.000 ^c
	Residual	1043.425	26	40.132		
	Total	7425.066	33			
4	Regression	6370.843	6	1061.807	27.194	.000 ^d
	Residual	1054.223	27	39.045		
	Total	7425.066	33			
5	Regression	6353.856	5	1270.771	33.216	.000 ^e
	Residual	1071.210	28	38.258		
	Total	7425.066	33			

a. Predictors: (Constant), DMSES PRE, Kelompok, Komplikasi, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pengobatan, Pekerjaan, Umur, Pendidikan

b. Predictors: (Constant), DMSES PRE, Kelompok, Komplikasi, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pengobatan, Pekerjaan, Pendidikan

c. Predictors: (Constant), DMSES PRE, Kelompok, Komplikasi, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pekerjaan, Pendidikan

d. Predictors: (Constant), DMSES PRE, Kelompok, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pekerjaan, Pendidikan

e. Predictors: (Constant), DMSES PRE, Kelompok, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan

f. Dependent Variable: DMSES POST 1

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	25.434	12.677		2.006	.056		
Kelompok	18.136	3.020	.614	6.005	.000	.560	1.787
Umur	.015	.186	.008	.082	.935	.646	1.547
Jenis Kelamin	-6.076	3.185	-.174	-1.907	.068	.699	1.431
Pengobatan	.660	3.277	.018	.202	.842	.727	1.376
Pekerjaan	6.787	3.525	.203	1.925	.066	.528	1.895
Pendidikan	-1.676	.733	-.379	-2.286	.031	.212	4.709
Lama Sakit	-.023	.035	-.057	-.658	.517	.768	1.302
Komplikasi	1.268	2.444	.041	.519	.609	.935	1.069
DMSSES PRE	.831	.158	.722	5.257	.000	.310	3.230
2 (Constant)	26.368	5.438		4.849	.000		
Kelompok	18.048	2.764	.611	6.529	.000	.642	1.559
Jenis Kelamin	-5.996	2.971	-.172	-2.018	.054	.772	1.296
Pengobatan	.678	3.204	.019	.212	.834	.730	1.370
Pekerjaan	6.762	3.442	.202	1.965	.061	.532	1.881
Pendidikan	-1.685	.709	-.381	-2.378	.025	.218	4.585
Lama Sakit	-.023	.034	-.056	-.667	.511	.791	1.264
Komplikasi	1.256	2.391	.041	.525	.604	.936	1.065
DMSSES PRE	.830	.154	.721	5.374	.000	.311	3.211
3 (Constant)	26.457	5.321		4.972	.000		
Kelompok	17.997	2.703	.609	6.659	.000	.646	1.547
Jenis Kelamin	-5.897	2.880	-.169	-2.048	.051	.791	1.264
Pekerjaan	6.584	3.275	.197	2.010	.055	.565	1.769
Pendidikan	-1.660	.686	-.376	-2.421	.023	.225	4.452
Lama Sakit	-.022	.033	-.054	-.681	.514	.800	1.251
Komplikasi	1.213	2.338	.039	.519	.608	.946	1.057
DMSSES PRE	.835	.150	.726	5.581	.000	.320	3.130
4 (Constant)	26.896	5.182		5.191	.000		
Kelompok	18.256	2.620	.618	6.968	.000	.669	1.494
Jenis Kelamin	-5.826	2.837	-.167	-2.053	.050	.793	1.261
Pekerjaan	6.292	3.182	.188	1.977	.058	.583	1.717
Pendidikan	-1.612	.670	-.365	-2.405	.023	.229	4.371
Lama Sakit	-.022	.033	-.053	-.660	.515	.800	1.250
DMSSES PRE	.826	.147	.718	5.635	.000	.324	3.087
5 (Constant)	25.834	4.875		5.299	.000		
Kelompok	18.407	2.584	.623	7.125	.000	.674	1.483
Jenis Kelamin	-6.389	2.678	-.183	-2.386	.024	.872	1.147
Pekerjaan	6.451	3.141	.193	2.054	.049	.586	1.707
Pendidikan	-1.720	.643	-.389	-2.674	.012	.243	4.110
DMSSES PRE	.853	.139	.741	6.116	.000	.351	2.851

a. Dependent Variable: DMSSES POST 1

ANOVA¹

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8720.651	9	968.961	19.227	.000 ^a
	Residual	1209.503	24	50.396		
	Total	9930.154	33			
2	Regression	8720.589	8	1090.074	22.530	.000 ^b
	Residual	1209.566	25	48.383		
	Total	9930.154	33			
3	Regression	8720.255	7	1245.751	26.770	.000 ^c
	Residual	1209.899	26	46.535		
	Total	9930.154	33			
4	Regression	8707.643	6	1451.274	32.052	.000 ^d
	Residual	1222.511	27	45.278		
	Total	9930.154	33			
5	Regression	8655.252	5	1731.050	38.018	.000 ^e
	Residual	1274.902	28	45.532		
	Total	9930.154	33			

a. Predictors: (Constant), DMSSES PRE, Kelompok, Komplikasi, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pengobatan, Pekerjaan, Umur, Pendidikan

b. Predictors: (Constant), DMSSES PRE, Kelompok, Komplikasi, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pekerjaan, Umur, Pendidikan

c. Predictors: (Constant), DMSSES PRE, Kelompok, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pekerjaan, Umur, Pendidikan

d. Predictors: (Constant), DMSSES PRE, Kelompok, Jenis Kelamin, Lama Sakit, Pekerjaan, Pendidikan

e. Predictors: (Constant), DMSSES PRE, Kelompok, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan

f. Dependent Variable: DMSSES POST 2

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	24.764	13.662		1.813	.082		
Kelompok	25.191	3.255	.737	7.739	.000	.560	1.787
Umur	.100	.201	.044	.501	.621	.646	1.547
Jenis Kelamin	-4.967	3.433	-.123	-1.447	.161	.699	1.431
Pengobatan	.124	3.532	.003	.035	.972	.727	1.376
Pekerjaan	6.691	3.799	.173	1.761	.091	.528	1.895
Pendidikan	-1.414	.790	-.277	-1.790	.086	.212	4.709
Lama Sakit	-.042	.038	-.089	-1.093	.285	.768	1.302
Komplikasi	.221	2.634	.006	.084	.934	.935	1.069
DMSSES PRE	.734	.170	.552	4.309	.000	.310	3.230
2 (Constant)	24.752	13.382		1.850	.076		
Kelompok	25.184	3.184	.737	7.909	.000	.561	1.781
Umur	.101	.196	.045	.515	.611	.649	1.540
Jenis Kelamin	-4.951	3.336	-.123	-1.484	.150	.711	1.407
Pekerjaan	6.659	3.616	.172	1.842	.077	.559	1.788
Pendidikan	-1.409	.762	-.276	-1.850	.076	.219	4.560
Lama Sakit	-.042	.037	-.089	-1.117	.275	.774	1.292
Komplikasi	.214	2.572	.006	.083	.935	.942	1.062
DMSSES PRE	.735	.165	.552	4.464	.000	.318	3.143
3 (Constant)	24.894	13.016		1.913	.067		
Kelompok	25.223	3.088	.738	8.167	.000	.574	1.742
Umur	.100	.192	.044	.521	.607	.652	1.534
Jenis Kelamin	-4.933	3.264	-.122	-1.511	.143	.714	1.401
Pekerjaan	6.608	3.490	.171	1.893	.070	.577	1.732
Pendidikan	-1.402	.741	-.274	-1.890	.070	.223	4.490
Lama Sakit	-.041	.037	-.088	-1.136	.266	.775	1.291
DMSSES PRE	.734	.160	.551	4.575	.000	.323	3.098
4 (Constant)	30.997	5.580		5.555	.000		
Kelompok	24.617	2.821	.720	8.725	.000	.669	1.494
Jenis Kelamin	-4.398	3.055	-.109	-1.439	.162	.793	1.261
Pekerjaan	6.434	3.427	.166	1.877	.071	.583	1.717
Pendidikan	-1.464	.722	-.287	-2.030	.052	.229	4.371
Lama Sakit	-.038	.035	-.081	-1.076	.292	.800	1.250
DMSSES PRE	.729	.158	.548	4.615	.000	.324	3.087
5 (Constant)	29.130	5.318		5.478	.000		
Kelompok	24.883	2.818	.728	8.829	.000	.674	1.483
Jenis Kelamin	-5.386	2.922	-.134	-1.843	.076	.872	1.147
Pekerjaan	6.713	3.427	.173	1.959	.060	.586	1.707
Pendidikan	-1.654	.702	-.324	-2.357	.026	.243	4.110
DMSSES PRE	.776	.152	.583	5.098	.000	.351	2.851

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	24.764	13.662		1.813	.082		
Kelompok	25.191	3.255	.737	7.739	.000	.560	1.787
Umur	.100	.201	.044	.501	.621	.646	1.547
Jenis Kelamin	-4.967	3.433	-.123	-1.447	.161	.699	1.431
Pengobatan	.124	3.532	.003	.035	.972	.727	1.376
Pekerjaan	6.691	3.799	.173	1.761	.091	.528	1.895
Pendidikan	-1.414	.790	-.277	-1.790	.086	.212	4.709
Lama Sakit	-.042	.038	-.089	-1.093	.285	.768	1.302
Komplikasi	.221	2.634	.006	.084	.934	.935	1.069
DMSSES PRE	.734	.170	.552	4.309	.000	.310	3.230
2 (Constant)	24.752	13.382		1.850	.076		
Kelompok	25.184	3.184	.737	7.909	.000	.561	1.781
Umur	.101	.196	.045	.515	.611	.649	1.540
Jenis Kelamin	-4.951	3.336	-.123	-1.484	.150	.711	1.407
Pekerjaan	6.659	3.616	.172	1.842	.077	.559	1.788
Pendidikan	-1.409	.762	-.276	-1.850	.076	.219	4.560
Lama Sakit	-.042	.037	-.089	-1.117	.275	.774	1.292
Komplikasi	.214	2.572	.006	.083	.935	.942	1.062
DMSSES PRE	.735	.165	.552	4.464	.000	.318	3.143
3 (Constant)	24.894	13.016		1.913	.067		
Kelompok	25.223	3.088	.738	8.167	.000	.574	1.742
Umur	.100	.192	.044	.521	.607	.652	1.534
Jenis Kelamin	-4.933	3.264	-.122	-1.511	.143	.714	1.401
Pekerjaan	6.606	3.490	.171	1.893	.070	.577	1.732
Pendidikan	-1.402	.741	-.274	-1.890	.070	.223	4.490
Lama Sakit	-.041	.037	-.088	-1.136	.266	.775	1.291
DMSSES PRE	.734	.160	.551	4.575	.000	.323	3.098
4 (Constant)	30.997	5.580		5.555	.000		
Kelompok	24.617	2.821	.720	8.725	.000	.669	1.494
Jenis Kelamin	-4.396	3.055	-.109	-1.439	.162	.793	1.261
Pekerjaan	6.434	3.427	.166	1.877	.071	.583	1.717
Pendidikan	-1.464	.722	-.287	-2.030	.052	.229	4.371
Lama Sakit	-.038	.035	-.081	-1.076	.292	.800	1.250
DMSSES PRE	.729	.158	.548	4.615	.000	.324	3.087
5 (Constant)	29.130	5.318		5.478	.000		
Kelompok	24.883	2.818	.728	8.829	.000	.674	1.483
Jenis Kelamin	-5.386	2.922	-.134	-1.843	.076	.872	1.147
Pekerjaan	6.713	3.427	.173	1.959	.060	.586	1.707
Pendidikan	-1.654	.702	-.324	-2.357	.026	.243	4.110
DMSSES PRE	.776	.152	.583	5.098	.000	.351	2.851

a. Dependent Variable: DMSSES POST 2

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6062.099	9	673.567	9.882	.000 ^a
	Residual	1635.931	24	68.164		
	Total	7698.029	33			
2	Regression	6061.981	8	757.748	11.579	.000 ^b
	Residual	1636.048	25	65.442		
	Total	7698.029	33			
3	Regression	6081.355	7	865.908	13.756	.000 ^c
	Residual	1636.674	26	62.949		
	Total	7698.029	33			
4	Regression	6057.237	6	1009.539	16.612	.000 ^d
	Residual	1640.793	27	60.770		
	Total	7698.029	33			
5	Regression	5991.695	5	1198.339	19.664	.000 ^e
	Residual	1706.334	28	60.941		
	Total	7698.029	33			
6	Regression	5880.994	4	1470.248	23.465	.000 ^f
	Residual	1817.036	29	62.656		
	Total	7698.029	33			
7	Regression	5759.945	3	1919.982	29.720	.000 ^g
	Residual	1938.084	30	64.603		
	Total	7698.029	33			

a. Predictors: (Constant), PTES PRE, Komplikasi, Umur, Jenis Kelamin, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

b. Predictors: (Constant), PTES PRE, Umur, Jenis Kelamin, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

c. Predictors: (Constant), PTES PRE, Umur, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

d. Predictors: (Constant), PTES PRE, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

e. Predictors: (Constant), PTES PRE, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

f. Predictors: (Constant), PTES PRE, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

g. Predictors: (Constant), PTES PRE, Kelompok, Pekerjaan

h. Dependent Variable: PTES POST 1

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	41.423	15.327		2.703	.012		
Kelompok	19.553	3.579	.650	5.463	.000	.626	1.597
Umur	-.048	.240	-.024	-.201	.842	.612	1.633
Jenis Kelamin	-.394	3.991	-.011	-.099	.922	.699	1.430
Pengobatan	4.068	4.052	.109	1.004	.325	.747	1.339
Pekerjaan	9.653	4.355	.283	2.216	.036	.543	1.842
Pendidikan	-1.188	.794	-.264	-1.497	.147	.285	3.513
Lama Sakit	-.051	.043	-.124	-1.197	.243	.818	1.222
Komplikasi	.127	3.054	.004	.042	.967	.942	1.062
PTES PRE	.550	.123	.604	4.486	.000	.489	2.046
2 (Constant)	41.487	14.941		2.777	.010		
Kelompok	19.568	3.488	.650	5.611	.000	.633	1.580
Umur	-.049	.234	-.025	-.209	.836	.615	1.626
Jenis Kelamin	-.381	3.900	-.011	-.098	.923	.703	1.422
Pengobatan	4.051	3.950	.109	1.026	.315	.755	1.325
Pekerjaan	9.621	4.199	.282	2.291	.031	.561	1.783
Pendidikan	-1.187	.777	-.264	-1.527	.139	.285	3.510
Lama Sakit	-.051	.042	-.124	-1.222	.233	.823	1.215
PTES PRE	.550	.120	.604	4.591	.000	.491	2.037
3 (Constant)	41.920	13.997		2.995	.006		
Kelompok	19.479	3.302	.647	5.899	.000	.679	1.472
Umur	-.056	.219	-.028	-.256	.800	.679	1.473
Pengobatan	3.999	3.838	.107	1.042	.307	.769	1.301
Pekerjaan	9.485	3.885	.278	2.441	.022	.630	1.587
Pendidikan	-1.189	.762	-.264	-1.559	.131	.285	3.509
Lama Sakit	-.052	.040	-.126	-1.290	.208	.856	1.169
PTES PRE	.551	.117	.605	4.698	.000	.493	2.028
4 (Constant)	38.802	6.758		5.742	.000		
Kelompok	19.804	2.995	.658	6.614	.000	.797	1.254
Pengobatan	3.894	3.750	.105	1.039	.308	.778	1.286
Pekerjaan	9.447	3.814	.277	2.477	.020	.631	1.584
Pendidikan	-1.110	.685	-.247	-1.620	.117	.341	2.934
Lama Sakit	-.055	.038	-.133	-1.452	.158	.935	1.069
PTES PRE	.544	.112	.597	4.851	.000	.520	1.921
5 (Constant)	39.651	6.718		5.903	.000		
Kelompok	19.748	2.998	.656	6.587	.000	.798	1.254
Pekerjaan	8.543	3.719	.250	2.297	.029	.666	1.502
Pendidikan	-.871	.646	-.194	-1.348	.188	.384	2.604
Lama Sakit	-.051	.038	-.123	-1.348	.189	.946	1.057

	PTES PRE	.546	.112	.599	4.859	.000	.521	1.921
6	(Constant)	37.793	6.667		5.669	.000		
	Kelompok	20.486	2.989	.681	6.854	.000	.825	1.212
	Pekerjaan	8.185	3.761	.240	2.176	.038	.669	1.494
	Pendidikan	-.910	.654	-.202	-1.390	.175	.385	2.599
	PTES PRE	.552	.114	.606	4.852	.000	.522	1.917
7	(Constant)	35.270	6.513		5.415	.000		
	Kelompok	21.942	2.843	.729	7.719	.000	.941	1.063
	Pekerjaan	5.785	3.393	.170	1.705	.099	.848	1.179
	PTES PRE	.457	.092	.501	4.955	.000	.820	1.220

a. Dependent Variable: PTES POST 1

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6564.210	9	729.357	10.860	.000 ^a
	Residual	1611.908	24	67.163		
	Total	8176.118	33			
2	Regression	6563.855	8	820.482	12.723	.000 ^b
	Residual	1612.263	25	64.491		
	Total	8176.118	33			
3	Regression	6561.098	7	937.300	15.089	.000 ^c
	Residual	1615.020	26	62.116		
	Total	8176.118	33			
4	Regression	6556.574	6	1092.762	18.218	.000 ^d
	Residual	1619.543	27	59.983		
	Total	8176.118	33			
5	Regression	6456.370	5	1291.274	21.024	.000 ^e
	Residual	1719.748	28	61.420		
	Total	8176.118	33			
6	Regression	6362.642	4	1590.661	25.437	.000 ^f
	Residual	1813.475	29	62.534		
	Total	8176.118	33			
7	Regression	6224.621	3	2074.874	31.897	.000 ^g
	Residual	1951.497	30	65.050		
	Total	8176.118	33			
8	Regression	6085.583	2	3042.791	45.121	.000 ^h
	Residual	2090.535	31	67.437		
	Total	8176.118	33			

a. Predictors: (Constant), PTES PRE, Komplikasi, Umur, Jenis Kelamin, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

b. Predictors: (Constant), PTES PRE, Komplikasi, Jenis Kelamin, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

c. Predictors: (Constant), PTES PRE, Komplikasi, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

d. Predictors: (Constant), PTES PRE, Pengobatan, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

e. Predictors: (Constant), PTES PRE, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan, Pendidikan

f. Predictors: (Constant), PTES PRE, Lama Sakit, Kelompok, Pekerjaan

g. Predictors: (Constant), PTES PRE, Kelompok, Pekerjaan

h. Predictors: (Constant), PTES PRE, Kelompok

i. Dependent Variable: PTES POST 2

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	37.364	15.214		2.456	.022		
	Kelompok	21.690	3.553	.699	6.105	.000	.626	1.597
	Umur	.017	.238	.008	.073	.943	.612	1.633
	Jenis Kelamin	-.853	3.962	-.023	-.215	.831	.699	1.430
	Pengobatan	4.835	4.022	.126	1.202	.241	.747	1.339
	Pekerjaan	8.843	4.323	.252	2.046	.052	.543	1.842
	Pendidikan	-1.082	.788	-.233	-1.373	.183	.285	3.513
	Lama Sakit	-.057	.043	-.135	-1.345	.191	.818	1.222
	Komplikasi	-.735	3.031	-.023	-.242	.810	.942	1.062
PTES PRE	.550	.122	.586	4.520	.000	.489	2.046	
2	(Constant)	38.341	7.001		5.477	.000		
	Kelompok	21.581	3.154	.696	6.842	.000	.763	1.311
	Jenis Kelamin	-.763	3.691	-.021	-.207	.838	.774	1.292
	Pengobatan	4.851	3.936	.126	1.232	.229	.749	1.335
	Pekerjaan	8.819	4.223	.251	2.088	.047	.546	1.830
	Pendidikan	-1.104	.712	-.238	-1.551	.134	.335	2.987
	Lama Sakit	-.057	.041	-.133	-1.390	.177	.859	1.165
	Komplikasi	-.750	2.963	-.023	-.253	.802	.946	1.057
	PTES PRE	.552	.116	.588	4.772	.000	.519	1.927
3	(Constant)	38.430	6.858		5.604	.000		
	Kelompok	21.490	3.065	.693	7.010	.000	.778	1.286
	Pengobatan	4.715	3.809	.123	1.238	.227	.770	1.298
	Pekerjaan	8.529	3.910	.243	2.181	.038	.614	1.629
	Pendidikan	-1.086	.694	-.234	-1.566	.129	.340	2.943
	Lama Sakit	-.059	.039	-.139	-1.534	.137	.929	1.076
	Komplikasi	-.784	2.904	-.024	-.270	.789	.949	1.054
	PTES PRE	.552	.114	.588	4.861	.000	.519	1.927
4	(Constant)	38.269	6.714		5.700	.000		
	Kelompok	21.361	2.975	.689	7.180	.000	.797	1.254

	Pengobatan	4.815	3.725	.126	1.292	.207	.778	1.286
	Pekerjaan	8.703	3.790	.248	2.297	.030	.631	1.584
	Pendidikan	-1.096	.680	-.236	-1.611	.119	.341	2.934
	Lama Sakit	-.060	.038	-.141	-1.588	.124	.935	1.069
	PTES PRE	.551	.111	.588	4.939	.000	.520	1.921
5	(Constant)	39.319	6.744		5.830	.000		
	Kelompok	21.291	3.010	.686	7.073	.000	.798	1.254
	Pekerjaan	7.587	3.734	.216	2.032	.052	.666	1.502
	Pendidikan	-.801	.649	-.173	-1.235	.227	.384	2.604
	Lama Sakit	-.055	.038	-.129	-1.443	.160	.946	1.057
	PTES PRE	.553	.113	.588	4.899	.000	.521	1.921
6	(Constant)	37.177	6.576		5.653	.000		
	Kelompok	22.540	2.861	.727	7.880	.000	.899	1.112
	Pekerjaan	5.491	3.356	.156	1.636	.113	.839	1.192
	Lama Sakit	-.057	.038	-.133	-1.486	.148	.948	1.055
	PTES PRE	.468	.091	.499	5.163	.000	.819	1.220
7	(Constant)	34.985	6.536		5.353	.000		
	Kelompok	23.433	2.852	.756	8.215	.000	.941	1.063
	Pekerjaan	4.978	3.405	.142	1.462	.154	.848	1.179
	PTES PRE	.471	.093	.502	5.091	.000	.820	1.220
8	(Constant)	34.696	6.652		5.216	.000		
	Kelompok	24.060	2.871	.776	8.379	.000	.962	1.039
	PTES PRE	.523	.087	.557	6.017	.000	.962	1.039

a. Dependent Variable: PTES POST 2