

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep Diabetes Mellitus

a. Pengertian diabetes mellitus

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin, atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. *Hiperglikemia*, atau gula darah yang meningkat, merupakan efek umum dari diabetes yang tidak terkontrol dari waktu ke waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya syaraf dan pembuluh darah (Suirakka, 2012).

Penyakit diabetes adalah penyakit yang disebabkan oleh gangguan-gangguan pada penyerapan gula darah oleh tubuh, sehingga membuat kadarnya di dalam darah menjadi tinggi. Tingginya menyebabkan diabetes dan pada gilirannya menimbulkan berbagai komplikasi kesehatan lainnya. Penyakit diabetes adalah penyakit timbul dari adanya kondisi yang kadar gula darah yang tinggi (*hiperglikemia*) (Marlina, 2016).

Orang lebih mengenal penyakit kencing manis daripada penyakit diabetes. Diabetes sendiri memiliki nama lengkap yaitu diabetes mellitus yang berarti “gula madu”. Istilah “diabetes mellitus” berasal dari Bahasa Yunani yang jika diterjemahkan berarti “mengalirkan melalui pipa dengan tekanan atmosfer” dan Bahasa Latin yang dapat diterjemahkan menjadi “semanis madu” (Marlina 2016).

b. Patofisiologi diabetes mellitus

DM tipe 1 disebabkan oleh kerusakan sel β pankreas yang dimediasi oleh sistem imun. Konskuensi dari tidak adanya insulin, berhubungan dengan glukagon yaitu cepat terjadinya kelaparan. Pada orang yang sehat, puasa untuk beberapa hari berlanjut pada rendahnya sekresi insulin, hal ini untuk menjaga keseimbangan aksi glukagon pada modulasi produksi glukosa dan keton oleh liver. Walau demikian, pada DM tipe 1 difisiensi insulin sangat parah, dan liver terus - menerus memproduksi glukosa dan keton bahkan dalam jumlah yang berlebih dibandingkan dengan yang mereka gunakan. Akibatnya, konsentrasi substansi ini di dalam darah sangat tinggi. Bahkan, ketika konsentrasi glukosa mencapai level 5 - 10 kali di atas normal, tidak ada insulin yang dikeluarkan karena tidak ada sel β . Peningkatan glukosa dan keton memberikan beban yang terlalu besar untuk ginjal karena *osmosis deurasis* (Widyanto dan Triwibowo 2013).

Berdasarkan Guyton & Hall (2011), DM tipe 2 lebih umum terjadi dari pada DM tipe 1 berkisar antara 90 - 95% dari semua kasus DM. Menurut Alhasil & Gerich (2010), DM tipe 2 merupakan gangguan heterogen yang disebabkan oleh kombinasi genetik dan faktor lingkungan yang mempengaruhi fungsi sel β dan sensitivitas insulin pada jaringan target. Pada DM tipe 2, kerusakan yang terjadi pada sel β pankreas dapat mencapai 50% (Widyanto dan Triwibowo 2013).

Kerusakan sel β pankreas pada klien DM tipe 2 terjadi melalui 5 tahap, yaitu :

1) Tahap pertama yaitu hemostatis glukosa normal tetapi individu

memiliki resiko DM tipe 2. Pada tahap ini, toleransi glukosa normal dan kerusakan sel β belum tampak.

- 2) Tahap kedua yaitu terjadi penurunan sensitivitas insulin dan kompensasi dengan peningkatan sekresi insulin oleh sel β pankreas.
- 3) Tahap ketiga yaitu disfungsi sel β pankreas sudah mulai tampak, toleransi glukosa posprandial sudah menunjukkan abnormal. Akan tetapi sel β pankreas masih berusaha untuk menjaga konsentrasi glukosa puasa normal.
- 4) Tahap keempat yaitu kerusakan sel β pankreas semakin parah yang disebabkan oleh toksisitas glukosa akibat hiperglikemia posprandial, berkurangnya sensitivitas insulin juga terjadi. Konsentrasi glukosa puasa meningkat karena peningkatan produksi glukosa endogen basal.
- 5) Tahap kelima yaitu kerusakan sel β pankreas semakin parah, baik glukosa maupun posprandial mencapai level diagnostik diabetes

c. Tipe-tipe diabetes mellitus

Penyakit diabetes terdiri dari tiga tipe utama, yaitu diabetes tipe 1, diabetes tipe 2 dan diabetes gestasional. Tipe diabetes yang disebut terakhir bersifat *incidental*, berhubungan dengan kondisi kehamilan seseorang.

1) Diabetes mellitus tipe 1

Diabetes tipe 1 dikenal juga sebagai *juvenile diabetes*, diabetes anak-anak. Penyebutan ini didasarkan karena pada umumnya penderita berasal dari kelompok anak-anak dan

dewasa muda. Tapi meskipun begitu, diabetes tipe ini juga bisa menyerang semua umur. Nama lain dari diabetes tipe 1 adalah insulin *dependent* diabetes yaitu diabetes yang bergantung pada insulin.

2) Diabetes mellitus tipe 2

Diabetes tipe 2 disebut juga sebagai *noninsulin dependent* diabetes, diabetes yang tidak tergantung pada insulin. Ini merupakan perbedaan diabetes tipe 1 dengan diabetes tipe 2. Pada diabetes tipe 1 penderita memiliki ketergantungan pada injeksi insulin, hal dikarenakan organ pankreas penderita tidak mampu memproduksi insulin dengan jumlah yang cukup bahkan tidak memproduksi sama sekali. Tapi pada diabetes tipe 2. organ pankreas penderita mampu memproduksi insulin dengan jumlah yang cukup namun sel-sel tubuh tidak merespons insulin yang ada dengan benar. Saat ini diabetes tipe 2 merupakan jenis diabetes yang paling banyak diderita dan menyerang orang dari segala usia. Jumlah penderitanya jauh lebih banyak dibandingkan dengan diabetes tipe 1.

3) Diabetes *gestasional*

Diabetes *gestasional* adalah diabetes yang disebabkan karena kondisi kehamilan. Pada diabetes *gestasional*, pankreas penderita tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup untuk mengontrol gula darah pada tingkat yang aman bagi si ibu dan janin. Pada umumnya diabetes *gestasional* didiagnosis pada 24-28 minggu usia kehamilan. Pada saat itu, kondisi janin telah membentuk organ tubuh karena kondisi tersebut, pada dasarnya diabetes *gestasional* tidak sampai menyebabkan cacat pada

janin. Namun, diabetes *gestasional* yang tidak terkontrol sangat berisiko pada bayi (Marlina, 2016).

d. Penyebab diabetes mellitus

Menurut Abata (2014) penyebab diabetes mellitus adalah pola hidup dan cara makan sekarang ini disinyalir menjadi pemicu timbulnya DM. Berikut ini beberapa penyebab diabetes mellitus :

- 1) Diabetes mellitus merupakan penyakit degeneratif yang disebabkan perubahan gaya hidup tidak sehat, lingkungan dan usia.
- 2) Pola makan yang berubah kearah makan cepat saji (*instan*) yang memiliki gensi dan lemak tinggi dibandingkan makanan alamiah.
- 3) Perokok
- 4) Ada riwayat keluarga yang ada terkena diabetes mellitus (turunan)
- 5) Stres menghadapi hidup atau persoalan lain.
- 6) Kegemukan
- 7) Kerusakan kalenjar pancreas (tidak lagi memproduksi hormon insulin atau sedikit memproduksi hormon tersebut).

e. Tanda dan gejala diabetes mellitus

Gejala diabetes yang paling sering terjadi dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu gejala awal, gejala akut dan gejala kronis. Gejala awal adalah gejala permulaan penyakit diabetes. Gejala akut adalah gejala tahap lanjut dari gejala awal, sedangkan gejala kronik adalah gejala-gejala diabetes yang sudah menahun.

1) Gejala awal

Pada setiap individu, gejala-gejala awal diabetes cukup bervariasi, antara satu dengan yang lain tidak selalu sama. Bahkan pada beberapa kasus seorang penderita tidak menunjukkan gejala apapun hingga kondisi penyakitnya sudah parah. Adapun gejala awal yang paling umum terjadi ini biasa disebut dengan istilah 3P, yaitu:

a) Poliuria

Poliuria adalah seringnya seseorang buang air kecil atau kencing. Penderita sering buang air kecil, terutama pada malam hari dan volume yang banyak. Kondisi sering kencing ini disebabkan oleh tingginya kadar gula dalam darah yang tidak bisa ditoleransi oleh ginjal dan agar urin yang dikeluarkan tidak terlalu pekat, ginjal harus menarik cairan dalam tubuh.

b) Polidipsia

Polidipsia adalah seringnya seseorang minum karena rasa haus yang besar. Kondisi polidipsia ini adalah akibat dari kondisi sebelumnya, yaitu poliuria. Ketika ginjal menarik banyak cairan dari tubuh, maka secara otomatis tubuh akan merasa kehausan. Akibatnya, penderita akan terus menerus untuk mengenali rasa haus.

c) Polipagia

Polipagia adalah seringnya seseorang makan karena rasa lapar yang besar. Orang yang menderita diabetes sering merasa kelaparan. Ini terjadi karena kadar gula darah tidak bisa masuk ke dalam sel, akibatnya sel-sel tubuh. Sel-sel

tubuh yang tidak dapat menyerap glukosa menjadi kelaparan. Akibatnya tubuh secara keseluruhan kekurangan energi dan lemas. Kondisi ini membuat otak mengirimkan sinyal untuk menggerakkan penderita agar makan terus menerus. Biasanya pada fase ini penderita akan menunjukkan berat badan yang terus naik atau bertambah gemuk.

2) Gejala tahap lanjut

Gejala akut ini adalah tahap selanjutnya dari gejala awal yang tidak diatasi dengan baik. Pada fase ini gejala awal biasanya masih ditunjukkan, kecuali gejala *polifagia* (banyak makan). Sebaliknya, pada fase ini penderita mengalami penurunan nafsu makan. Berikut gejala-gejala akut diabetes, yaitu :

- a) Cepat mengalami kelelahan dan lemas tanpa penyebab yang jelas.
- b) Air kencing dikerumuni semut. Kandungan gula di dalam darah salah satunya dapat dilihat dari indikasi ini, air kencing dikerumuni semut karena rasanya yang manis.
- c) Penurunan berat badan yang drastis tanpa penyebab yang jelas. Dalam hitungan 2 sampai 4 minggu saja, berat badan penderita bisa turun 5 sampai 10 kg.
- d) Kondisi kondisi diatas, apabila tidak segera ditangani dengan baik berpotensi terhadap terjadinya koma diabetik. Uraian tentang koma diabetik akan ditemukan pada pembahasan selanjutnya.

3) Gejala kronik

Seringkali seseorang yang mengidap diabetes tidak menunjukkan gejala akut diabetes. Gejala-gejala baru dirasakan setelah mengidap penyakit selama beberapa tahun ini lah yang disebut dengan gejala menahun (kronik).

- a) Rasa kesemutan pada jari tangan dan kaki Diabetes menyebabkan sirkulasi darah yang tidak lancar, maka bagian tubuh yang paling jauh dari jantung seperti pada jari tangan dan kaki mengalami kesemutan.
- b) Terasa panas di kulit, juga terasa sakit seperti tertusuk-tusuk, kulit juga terasa tebal.
- c) Sering terjadi kram
- d) Gejala gangguan kulit, seperti badan terasa gata-gatal berupa kulit merah dan menipis.
- e) Sering merasa lelah dan mengantuk tanpa penyebab yang jelas
- f) Menurunnya kemampuan seksual pada pria
- g) Gangguan penglihatan (pandangan kabur)
- h) Gangguan pada kesehatan mulut dan gigi. Seseorang yang terserang penyakit diabetes bisa dideteksi melalui kesehatan mulut dan giginya. Bentuknya berupa gusi merah, bengkak dan sensitif. Hal ini kemudian menyebabkan gigi mudah goyah dan lepas.
- i) Gatal di daerah kelamin pada wanita
- j) Gejala sakit di beberapa bagian tubuh. Penderita diabetes mengalami sakit di beberapa bagian tubuh terutama punggung bagian bawah dan anggota badan. Walaupun

penderitaminum abat penghilang rasa sakit, namun rasa nyeri tidak kunjung sembuh.

- k) Jika dilakukan tes urin dan tes darah, keduanya menunjukkan nilai kadar gula dalam darah yang tinggi
- l) Jika terjadi luka, sulit untuk sembuh. Gejala kronik diabetes lainnya yaitu sulitnya sembuh jika terjadi luka. Biasanya dibutuhkan waktu berbulan-bulan agar luka tersebut dapat sembuh. Laman proses penyembuhan luka disebabkan karena terhambatnya sirkulasi suplai darah akibat menyempitnya pembuluh darah. Gejala ini patut diwaspadai karena dapat menyebabkan luka menjadi terinfeksi dan menyebabkan komplikasi (Marlina 2016).

f. Diagnosis diabetes mellitus

Menurut Fauzi (2014) ada beberapa pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui apakah seseorang menderita diabetes atau tidak. Berikut beberapa alternatif yang bisa dilakukan baik secara pribadi atau tes di klinik.

1) Tes kadar gula dalam darah

Ukuran kadar gula darah harus disesuaikan. Berikut ini kadar gula dalam darah setelah puasa.

- a) Kadar gula darah normal adalah kurang dari 100 mg/dl
- b) Kadar gula darah pradiabetes adalah antar 100 sampai 126 mg/dl
- c) Kadar gula darah orang yang menderita diabetes adalah lebih dari 126 mg/dl

Kadar gula dalam darah 2 jam setelah makan juga dapat mengindikasikan orang terkena diabetes atau tidak. Berikut ini ukuran kadar gula dalam darah setelah makan 2 jam yang lalu :

- a) Kadar gula darah normal adalah kurang dari 140 mg/dl
- b) Kadar gula darah pradiabetes adalah antara 140 sampai 200 mg/dl
- c) Kadar gula darah bagi penderita diabetes adalah lebih dari 200 mg/dl.

2) Tes darah

Tes darah dilakukan di laboratorium. Tes darah dilakukan saat puasa dan setelah puasa. Sebelum melakukan tes, penderita harus berpuasa selama 12 jam. Kadar gula yang normal selama berpuasa adalah di bawah 100 mg/dl. Setelah itu, pengambilan darah akan dilakukan kembali 2 jam setelah makan, bila hasilnya di atas 140 mg/dl dapat berarti menderita diabetes.

3) Tes urin

Tes urin ini dilakukan di laboratorium atau klinik, Urin atau air kencing diperiksa kadar albumin, gula dan mikroalbuminuria. Pemeriksaan ini untuk mengetahui apakah seseorang menderita penyakit diabetes atau tidak.

4) Tes Glukameter

Tes glukameter ini dapat dilakukan sendiri di rumah bila memiliki alatnya. Caranya adalah dengan menusukkan jarum pada jari untuk mengambil sampel darah. Kemudian sampel darah diletakkan ke dalam celah yang tersedia pada mesin glukometer.

g. Faktor resiko diabetes mellitus

Menurut Suiroaka (2012) Sudah lama diketahui bahwa diabetes merupakan salah satu penyakit yang diturunkan dari orangtua kepada anaknya secara genetik. Bila orangtua menderita diabetes, maka kemungkinan besar anak- anaknya juga menderita diabetes, tetapi faktor keturunan saja tidak cukup, diperlukan adanya faktor pencetus atau faktor resiko seperti pola makan yang salah, gaya hidup, aktivitas kurang gerak, infeksi dan lain- lain. Secara garis besar : faktor resiko Diabetes dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

1) Faktor risiko yang tidak dapat diubah :

a) Umur

Umur merupakan faktor pada orang dewasa, dengan semakin bertambahnya umur kemampuan jaringan mengambil glukosa darah semakin menurun. Penyakit ini lebih banyak terdapat pada orang berumur diatas 40 tahun dari pada orang yang lebih muda.

b) Keturunan

Diabetes mellitus bukan penyakit menular tetapi diturunkan. Namun bukan berarti anak dari kedua orangtua yang diabetes pasti akan mengidap diabetes juga, sepanjang bisa menjaga dan menghindari faktor resiko yang lain. Sebagai faktor resiko secara genetik yang perlu diperhatikan apabila kedua atau salah seorang dari orang tua, saudara kandung, anggota keluarga dekat menidap diabetes. Pola genetik yang kuat pada diabetes mellitus tipe 2, seseorang yang memiliki saudara kandung mengidap diabetes tipe 2 memiliki resiko yang jauh lebih tinggi menjadi pengidap diabetes. Uraian

diatas telah mengarahkan kesimpulan bahwa resiko diabetes tersebut adalah kondisi turunan.

2) Faktor resiko yang dapat dimodifikasi/diubah :

Berbeda dengan dua faktor resiko faktor resiko berikut ini merupakan faktor resiko yang berawal dari perilaku, sehingga memiliki kemungkinan atau memberi peluang untuk diubah atau di modifikasi.

Faktor resiko tersebut meliputi :

a) Pola makan yang salah

Pola makan yang salah dan cenderung berlebih menyebabkan timbulnya obesitas. Obesitas sendiri merupakan faktor predisposisi utama dari penyakit diabetes mellitus.

b) Aktivitas fisik kurang gerak

Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan kurangnya pembakaran energi oleh tubuh sehingga kelebihan energi oleh tubuh sehingga kelebihan energi dalam tubuh akan disimpat dalam bentuk lemak dalam tubuh. Penyimpanan yang berlebihan akan mengakibatkan obesitas.

c) Obesitas

Diabetes terutama DM tipe 2 sangat erat hubungannya dengan obesitas. Laporan internasional Diabetes Federation (IDF) tahun 2004 menyebutkan 80 persen dari penderita diabetes ternyata mempunyai berat badan yang berlebihan.

d) Stres

Reaksi setiap orang ketika stres melanda berbeda-beda. Beberapa orang mungkin kehilangan nafsu makan sedangkan

orang lainnya cenderung makan lebih banyak. Stres mengarah pada kenaikan berat badan (Thalboot, 2006. Tandra, 2010). Kortisol yang tinggi menyebabkan peningkatan pemecahan protein tubuh, peningkatan trigliserida darah dan penurunan penggunaan gula tubuh, manifestasinya meningkatkan trigliserida dan gula darah atau yang dikenal dengan istilah *hiperglikemia*.

e) Pemakaian obat-obatan

Memiliki riwayat menggunakan obat golongan kortikosteroid dalam jangka waktu yang lama.

h. Pencegahan diabetes mellitus

Menurut Setiati et al. (2015) upaya pencegahan terhadap penyakit diabetes mellitus ada tiga jenis atau tahap yaitu :

1) Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah semua aktivitas yang ditunjukkan untuk mencegah timbulnya *hiperglikemia* pada individu yang berisiko untuk jadi diabetes atau pada populasi umum. Pencegahan primer adalah cara yang paling sulit karena menjadi sasaran adalah orang-orang yang belum sakit artinya mereka masih sehat. Cakupannya menjadi sangat luas, yang bertanggung jawab bukan hanya profesi tetapi seluruh masyarakat termasuk pemerintah. Untuk pencegahan primer sangat perlu diketahui terlebih dahulu faktor-faktor apa saja yang berpengaruh terhadap terjadinya diabetes mellitus serta upaya yang dilakukan untuk menghilangkan faktor-faktor tersebut.

Edukasi berperan penting dalam pencegahan secara primer (Marlina, 2016).

2) Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder, menemukan pengidap DM sedini mungkin, misalnya dengan tes penyaringan terutama pada populasi risiko tinggi, untuk dilakukan upaya mencegah komplikasi atau walaupun sudah ada komplikasi masih reversibel. Memberikan pengobatan sejak awal.. Pengobatan penyakit sejak awal harus segera dilakukan untuk mencegah kemungkinan terjadinya penyakit menahun. Edukasi mengenai diabetes mellitus dan pengelolaannya akan mempengaruhi peningkatan kepatuhan pasien untuk berobat (Marlina, 2016).

3) Pencegahan tersier

Semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan akibat komplikasi itu. Usaha ini meliputi :

- Mencegah timbulnya komplikasi diabetes, yang pada konsensus dimasukkan sebagai pencegahan sekunder
- Mencegah progresi (bekelanjutan) dari pada komplikasi itu supaya tidak menjadi kegagalan organ
- Mencegah terjadinya kecatatan disebabkan oleh karena kegagalan organ atau jaringan.

Jika penyakit menahun diabetes mellitus terjadi maka para ahli harus berusaha mencegah teradinya kecacatan lebih lanjut dan merehabilitasi penderita sedini mungkin sebelum penderita mengalami kecacatan yang menetap (Marlina, 2016).

i. Pengobatan diabetes mellitus

Secara garis besar penanganan penyakit diabetes dilakukan dengan dua cara, yaitu pengobatan dengan penggunaan obat-obatan dan terapi penurunan gula darah melalui penerapan pola makan yang disesuaikan dengan kondisi diabetes.

1) Penggunaan obat-obatan

Seseorang penderita diabetes (khusus diabetes tipe 2) akan diberi obat antidiabetes oleh dokter, obat antidiabetes yang dimaksud adalah obat glikemik oral (*Oral Hypoglycemic Agents/OHA*) sedangkan pengobatan diabetes tipe 1 dilakukan dengan pemberian injeksi insulin. Hal ini karena ada diabetes tipe 1, pankreas tidak menyediakan cukup insulin atau bahkan tidak memproduksinya sama sekali, sehingga perlu pemberian insulin dari luar agar tubuh bisa mengontrol kadar gula dalam darah.

2) Diet dan olahraga

Diet dilakukan dengan cara mengendalikan asupan-asupan makanan dan minuman tertentu agar kondisi diabetes terjaga terkontrol dengan baik dan olahraga bermanfaat merangsang pengaktifan produksi insulin dan menjadikan insulin dapat bekerja lebih baik. Olahraga yang disarankan bagi diabetes setidaknya ada lima yaitu jenis olahraga jogging, bersepeda, jalan cepat, senam dan renang, selain olahraga tersebut, penderita tidak disarankan melakukannya. Olahraga yang aman untuk diabetes adalah sifatnya *aerobic*, sehingga tidak terlalu memforsir tenaga (Marlina, 2016).

j. Komplikasi diabetes mellitus

Menurut Widyanto dan Triwibowo (2013) komplikasi pada DM disebabkan oleh terpapar glukosa konsentrasi tinggi dalam jangka panjang. Menurut Price & Wilson (2006), komplikasi DM terbagi menjadi 2 yaitu :

1) Komplikasi akut

Komplikasi akut adalah komplikasi pada DM yang penting dan berhubungan dengan keseimbangan kadar glukosa darah dalam jangka waktu pendek. Komplikasi disebabkan oleh perubahan yang relatif akut dari konsentrasi glukosa plasma. Komplikasi akut dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Diabetes Ketoasidosis (DKA)

Ketoasidosis diabetik merupakan defisiensi insulin berat dan akut dari suatu pengalaman penyakit DM. DKA disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata. Klien mengalami *hiperlipidemia* dan *glukosuria* berat, penurunan *lipogenesis*, peningkatan *lipolisis* dan peningkatan *oksidasi* lemak bebas disertai pembentukan benda keton.

b) Koma *Hiperosmolar Non Ketotik* (KHN)

KHN merupakan keadaan yang didominasi oleh *hiperosmolaritas* dan *hiperglikemia* disertai perubahan tingkat kesadaran. *Hiperglikemia* berat terjadi dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dl tanpa disertai *ketosis*.

c) Hipoglikemia

Gejala *hipoglikemia* disebabkan oleh pelepasan epinefrin yang ditandai dengan berkeringat, gemetir, sakit kepala dan

palpitasi. Selain itu juga akibat kekurangan glukosa dalam otak ditandai dengan tingkah laku aneh, sensorium yang tumpul, dan koma. Hipoglikemia sangat berbahaya bila terjadi dalam waktu yang lama karena dapat menyebabkan kerusakan otak permanen.

2) Komplikasi Kronik

Komplikasi kronis DM pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah di seluruh bagian tubuh (angiopati diabetik) yang dibagi menjadi 2, yaitu :

a) Mikrovaskuler

(1) Penyakit ginjal

Salah satu akibat utama dari perubahan mikrovaskuler adalah perubahan pada struktural dan fungsi ginjal. Bila kadar glukosa dalam darah meningkat, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress yang menyebabkan kebocoran protein dalam urine.

(2) Penyakit mata

Penderita DM akan mengalami gejala penglihatan sampai kebutaan, keluhan penglihatan kabur tidak selalu disebabkan neuropati. Katarak disebabkan karena hiperglikemia yang berkepanjangan, menyebabkan pembengkakan lensa dan kerusakan lensa.

(3) Neuropati

DM dapat mempengaruhi saraf-saraf perifer, sistem saraf otonom *medulla spinallis* atau sistem saraf pusat. Akumulasi sorbitol dan perubahan-perubahan metabolik lain dalam sintesa fungsi myelin yang dikaitkan dengan

hiperglikemia dapat menimbulkan perubahan kondisi saraf.

b) Makrovaskuler

(a) Penyakit jantung koroner

Akibat kelainan fungsi pada jantung akibat DM maka terjadi penurunan kerja jantung untuk memompakan darahnya ke seluruh tubuh sehingga tekanan darah akan naik lemak yang menumpuk dalam pembuluh darah menyebabkan mengerasnya arteri (*arteriosclerosis*) dengan resiko penderita penyakit jantung koroner atau stroke.

(b) Pembuluh darah kaki

Timbul karena adanya anestesis fungsi saraf-saraf sensorik keadaan ini menyebabkan gangren infeksi dimulai dari celah-celah kulit yang mengalami hipertropi, pada sel-sel kuku kaki yang menebal dan halus demikian juga pada daerah-daerah yang terkena trauma.

(c) Pembuluh darah ke otak

Pada pembuluh darah otak dapat terjadi penyumbatan sehingga suplai darah ke otak menurun.

1. Konsep Efikasi Diri

a. Pengertian efikasi diri

Efikasi adalah penilaian diri, apakah dapat melakukan tindakan yang baik atau buruk, tepat atau salah, bisa atau tidak bisa mengerjakan sesuai dengan yang dipersyaratkan. Efikasi ini berbeda dengan aspirasi (cita-cita), karena cita-cita menggambarkan sesuatu

yang ideal yang seharusnya (dapat dicapai), sedangkan efikasi menggambarkan penilaian kemampuan diri (Ahwisol, 2014).

b. Sumber efikasi diri

Menurut Alwisol (2014) efikasi diri atau keyakinan kebiasaan diri itu dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan, melalui salah satu atau kombinasi empat sumber yaitu :

1) Pengalaman *performansi*

Pengalaman *performansi* adalah prestasi yang pernah dicapai pada masa yang telah lalu, sebagai sumber, *performansi* masa lalu menjadi pengubah efikasi diri yang paling kuat pengaruhnya. Prestasi (masa lalu) yang bagus meningkatkan ekspektasi efikasi, sedang kegagalan akan menurunkan efikasi.

2) Pengalaman *vikarius*

Diperoleh melalui model sosial. Efikasi akan meningkat ketika mengamati keberhasilan orang lain, sebaliknya efikasi akan menurun jika mengamati orang yang kemampuannya kira-kira sama dengan dirinya ternyata gagal. Kalau figur yang diamati berbeda dengan diri si pengamat, pengaruh *vikarius* tidak besar. Sebaliknya ketika mengamati kegagalan figur yang setara dengan dirinya, bisa jadi orang tidak mau mengerjakan apa yang pernah gagal dikerjakan figur yang diamatinya itu dalam jangka waktu yang lama.

3) Persuasi sosial

Efikasi diri juga dapat diperoleh, diperkuat atau dilemahkan melalui persuasi sosial. Dampak dari sumber ini terbatas, tetapi ada kondisi yang tepat persuasi dari orang lain

dapat mempengaruhi efikasi diri. Kondisi itu adalah rasa percaya kepada pemberi persuasi dan sifat realistis dari apa yang dipersuasikan.

4) Keadaan emosi

Keadaan emosi yang mengikuti suatu kegiatan akan mempengaruhi efikasi di bidang kegiatan itu. Emosi yang kuat, takut, cemas, stres, dapat mengurangi efikasi diri. Namun bisa terjadi, peningkatan emosi (yang tidak berlebihan) dapat meningkatkan efikasi diri.

c. Proses pembentukan efikasi diri

Menurut Yulis (2013) efikasi diri mengatur manusia melalui empat proses utama yaitu :

1) Proses kognitif

Efikasi diri mempengaruhi proses berpikir yang dapat meningkatkan atau mempengaruhi *performance* dan bisa muncul dalam berbagai bentuk, antara lain konstruksi kognitif dan *inferential thinking*. Konstruksi kognitif merupakan sebagian besar tindakan yang pada awalnya dibentuk dalam pikiran konstruksi kognitif tersebut kemudian hadir sebagai penuntun tindakan. Keyakinan orang akan efikasi dirinya akan mempengaruhi bagaimana mereka menafsirkannya situasi dan tipe-tipe skenario pengantisipasi dan memvisualisasikan masa depan yang mereka gagas. Orang memiliki efikasi diri yang tinggi akan memandang situasi yang dihadapi sebagai sesuatu yang menghadirkan kesempatan yang dapat dicapai.

Inferential thinking dimana sebagai fungsi utama berfikir adalah agar orang mampu untuk memprediksi hasil dari berbagai tindakan yang berbeda dan untuk menciptakan kontrol terhadap hal-hal yang mempengaruhi kehidupannya, ketrampilan-ketrampilan dalam *problem solving* memerlukan pemrosesan kognitif dari berbagai informasi yang kompleks, ambigu dan tidak pasti, secara efektif fakta bahwa faktor-faktor prediktif yang sama mungkin memiliki prediktor yang berbeda menciptakan suatu ketidakpastian efikasi diri yang tinggi diperlukan dalam menghadapi berbagai ketidakpastian.

2) Proses motivasional

Kemampuan untuk memotivasi diri dan melakukan tindakan yang memiliki tujuan berdasarkan pada aktivitas kognitif. Orang memotivasi dirinya dan membimbing tindakannya melalui pemikirannya. Mereka membentuk keyakinan bahwa diri mereka bisa dan mengantisipasi berbagai kemungkinan *outcome* positif dan negatif dan mereka menetapkan tujuan dan merencanakan tindakan yang dibuat untuk merealisasikan nilai-nilai yang diraih dimasa depan dan menolak hal-hal yang tidak diinginkan.

3) Proses afektif

Keyakinan seseorang mengenai kemampuannya dipengaruhi seberapa banyak tekanan yang dialami ketika menghadapi situasi-situasi yang mengancam. Reaksi-reaksi emosional tersebut dapat mempengaruhi tindakan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui perubahan jalan pikiran. Orang percaya bahwa dirinya dapat mengatasi situasi yang mengancam, menunjukkan kemampuan oleh karena itu

tidak merasa cemas atau terganggu oleh ancaman-ancaman yang dihadapinya, sedangkan orang yang merasa bahwa dirinya tidak dapat mengontrol situasi yang mengancam akan mengalami kecemasan yang tinggi.

4) Proses seleksi

Dengan menyeleksi lingkungan orang mempunyai kekuasaan akan menjadi apa mereka. Pilihan-pilihannya dipengaruhi oleh keyakinan kemampuan personalnya. Orang akan menolak aktivitas-aktivitas dan lingkungan yang mereka yakini melebihi kemampuan mereka, tetapi siap untuk melakukan aktivitas dan memilih lingkungan sosial yang mereka nilai dapat mereka atasi semakin tinggi penerimaan efikasi diri, semakin menantang aktivitas yang mereka pilih.

d. Aspek-aspek efikasi diri

Efikasi diri yang dimiliki seseorang berbeda-beda, dapat dilihat berdasarkan aspek yang mempunyai implikasi penting pada perilaku. Menurut Bandura ada tiga aspek dalam efikasi diri, yaitu :

- 1) *Magnitude*, Aspek ini berkaitan dengan kesulitan tugas. apabila tugas-tugas yang dibebankan pada individu disusun menurut tingkat kesulitannya, maka perbedaan efikasi diri secara individual mungkin terbatas pada tugas-tugas yang sederhana, menengah, atau tinggi.
- 2) *Generality*, Aspek ini berhubungan luas bidang tugas atau tingkah laku. sejauh mana individu yakin akan kemampuannya dalam berbagai situasi tugas, mulai dari dalam melakukan suatu

aktivitas atau situasi tertentu hingga dalam serangkaian tugas atau situasi yang bervariasi.

- 3) *Strength*, Aspek ini berkaitan dengan tingkat kekuatan dan kemantapan seseorang terhadap keyakinannya. Efikasi yang rendah mudah digoyangkan oleh pengalaman-pengalaman yang memperlemahkannya, sedangkan efikasi diri yang kuat tekun dalam meningkatkan usahanya meskipun dijumpai pengalaman yang memperlemahnya (Sulistyawati, 2012).

e. Indikator efikasi diri

Menurut Tambunan (2013) indikator efikasi diri adalah :

- 1) Orientasi pada tujuan

Perilaku seseorang dengan efikasi diri tinggi adalah positif, mengarahkan pada keberhasilan dan berorientasi pada tujuan. Penetapan tujuan pribadi dipengaruhi oleh penilaian diri seseorang pada kemampuannya. Semakin kuat efikasi diri yang dirasakan, semakin tinggi tujuan yang ingin dicapai dan semakin mantap komitmen pada tujuan.

- 2) Orientasi kendali kontrol

Letak kembali individu mencerminkan tingkat dimana mereka percaya bahwa perilaku mereka mempengaruhi apa yang terjadi pada mereka. Beberapa orang percaya bahwa mereka menguasai takdir mereka sendiri dan menerima tanggung jawab pribadi atas apa yang terjadi pada mereka. Mereka membangun rasa keyakinan bahwa dirinya bisa berprestasi dalam suatu situasi.

3) Banyaknya usaha yang dikembangkan dalam situasi

Keyakinan seseorang terhadap kemampuannya tingkat motivasi seseorang dengan yang kuat terhadap kemampuannya, menunjukkan usaha yang lebih besar untuk menghadapi tantangan. Keberhasilan biasanya memerlukan usaha yang terus menerus. Lama seseorang akan bertahan dalam menghadapi hambatan semakin kuat keyakinan seseorang terhadap kemampuannya, semakin besar dan tekun usaha kuat biasanya menghasilkan *outcome* yang diharapkan.

f. Faktor yang berhubungan dengan efikasi diri

Perubahan perilaku didasari oleh adanya perubahan efikasi diri. Oleh karena itu, efikasi diri dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan maupun diturunkan, tergantung pada sumbernya. Berikut faktor-faktor yang berhubungan dengan efikasi diri (Ariani, 2011), yaitu :

1) Usia

Beberapa hasil penelitian menjelaskan hubungan antara usia dengan efikasi diri pada pasien DM. Usia mempunyai hubungan yang positif semakin meningkat usia maka akan terjadi peningkatan dalam aktivitas efikasi diri. Peningkatan usia menyebabkan terjadinya peningkatan kedewasaan atau kematangan seseorang sehingga dapat berfikir secara rasional tentang manfaat yang akan dicapai jika pasien melakukan aktifitas dengan efikasi diri secara adekuat dalam kehidupannya sehari-hari. Penelitian Wu, et al.,(2006) menemukan bahwa ada hubungan antara faktor demografi dimana termasuk faktor usia dengan aktifitas perawatan diri pasien DM, rata-rata pasien

berusia 60 tahun. Menurut Potter dan Perry (2005) usia 40-65 tahun disebut juga tahap keberhasilan, yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki efikasi diri yang baik. Didukung menurut Ariani (2011), umur mempengaruhi resiko dan kejadian DM. Umur sangat erat kaitannya dengan kenaikan kadar glukosa darah, sehingga semakin meningkat umur maka prevalensi DM dan gangguan toleransi glukosa semakin tinggi. Menurut Prof Koeseomanto usia dikategorikan menjadi : Usia dewasa muda (18 - 25 tahun), Usia dewasa tua (>25 - 65 tahun), dan Lanjut usia (>65 tahun).

Efikasi diri pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Sedangkan pada usia dewasa berfokus pada efikasi diri yang dimiliki terkait dengan kemampuannya untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dan berusaha mencapai kesuksesannya (Bandura, 1994). Sehubungan dengan penatalaksanaan DM, sebagian besar responden yang lansia lebih berfokus pada penerimaan mereka terhadap penyakit yang dialami dan berusaha untuk mempertahankan kemampuan fisiknya.

penelitian yang dilakukan oleh Wantiyah, Sitorus dan Gayatri (2010) yang memberikan hasil bahwa pasien dengan usia lebih tua memiliki efikasi diri yang lebih tinggi dibandingkan usia lebih muda. Quackenbush, Brown dan Dunchin (1996 dalam Butler, 2002) menyimpulkan bahwa lansia lebih memiliki kepercayaan tentang kemampuannya untuk mengelola dan

mengontrol diabetesnya dengan lebih baik dibandingkan dewasa muda.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin memberikan kontribusi yang nyata terhadap efikasi diri. Dijelaskan bahwa klien dengan jenis kelamin perempuan menunjukkan perilaku efikasi diri lebih baik dibandingkan dengan penderita yang berjenis kelamin laki-laki. Aktivitas efikasi diri harus dilaksanakan oleh penderita baik laki-laki maupun perempuan, hanya saja pada kenyataannya perempuan tampak lebih peduli terhadap kesehatannya sehingga berupaya secara optimal untuk melakukan perawatan mandiri terhadap penyakit yang dilaminya (Ariani, 2011).

Hasil penelitian Kott (2008) mengenai hubungan efikasi diri, perilaku perawatan diri dan kadar glikosilat hemoglobin pada pasien DM Tipe 2, sebagian besar responden (59%) juga perempuan. Demikian pula pada penelitian Wu et al., (2006) untuk mengetahui hubungan efikasi diri, harapan dan perilaku perawatan diri pasien DM tipe 2 di Taiwan, mayoritas (64.1%) berjenis kelamin perempuan.

3) Status pernikahan

Keterlibatan dalam hubungan jangka panjang dapat memberikan sumber peningkatan efikasi diri, itu adalah kualitas hubungan antar pribadi yang menentukan bagaimana menguntungkan hubungan pada tingkat individu dari efikasi diri (Bandura, 1997). Penelitian Kott (2008) menjelaskan bahwa responden yang menikah mempunyai kontrol DM yang baik dan mempunyai status kesehatan yang lebih positif. Responden juga

mempunyai kecenderungan nilai HbA1c rendah yang mengindikasikan kontrol metabolik baik. Orang yang memiliki pasangan menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan dengan pasien DM yang sudah tidak memiliki pasangan (Ariani, 2011). Hal ini dapat terjadi karena pasien yang masih memiliki pasangan akan mendapatkan dukungan dan perhatian dalam mengelola penyakitnya sehingga efikasi dirinya lebih baik daripada yang tidak memiliki pasangan.

4) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan umumnya akan berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi. Menurut Stipanovic (2002) pendidikan merupakan faktor yang penting pada pasien DM untuk dapat memahami dan mengatur dirinya sendiri serta dalam mengontrol gula darah. Wu et al., (2006) juga mengatakan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dilaporkan memiliki efikasi diri dan perilaku perawatan diri yang baik. Penelitian Stipanovic (2002) menjelaskan bahwa ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri dan perilaku perawatan diri DM dimana responden yang memiliki pendidikan tinggi memiliki efikasi diri yang baik.

Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal di bidang tertentu, namun bukan indikator bahwa seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu. Seseorang dengan pendidikan yang baik, lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya, sehingga lebih mudah menerima pengaruh luar yang positif, obyektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang

kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Keyakinan akan kemampuan diri (efikasi diri), kemampuan melakukan pengelolaan DM dan pencegahan komplikasi dihasilkan dari interaksi pengetahuan, sikap dan tindakan terhadap pengelolaan DM (Temple, 2003).

Menurut Bandura (1997), kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan berperilaku sesuai tujuan didasari oleh aktivitas kognitif. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan secara umum dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan tertentu (Peterson & Bedrow, 2004).

5) Status Sosial ekonomi

Rubin (2000) mengatakan bahwa pasien dengan penghasilan yang baik berpengaruh positif terhadap kesehatan dan kontrol glikemik. Penyakit kronik yang membutuhkan biaya yang cukup mahal dalam perawatannya. Jika status ekonomi penderita kurang memadai akan menyebabkan penderita mengalami kesulitan untuk melakukan kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan secara teratur, sehingga sulit untuk memantau bagaimana perkembangan status kesehatan penderita dan penderita akan mengalami kecenderungan terjadinya resiko komplikasi. Penelitian (Lau-Walker, 2007 dalam Ariani, 2011) menunjukkan bahwa pekerjaan secara signifikan sebagai prediktor efikasi diri secara umum, atau dengan kata lain seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalahnya. Menurut dinas tenaga kerja dan transmigrasi Kalsel berdasarkan peraturan pemerintah

No.78/2015 tentang pengupahan ditetapkan Upah Minimum Propensi (UMP) Kalsel tahun 2017 sebesar Rp.2.258.000.

6) Lama menderita DM

Lama mengalami DM tipe 2 seringkali kurang menggambarkan proses penyakit yang sebenarnya. Hal ini dikarenakan banyak sekali pasien DM tipe 2 yang baru terdiagnosa pada saat telah mengalami komplikasi, padahal proses perjalanan penyakit telah terjadi bertahun-tahun sebelumnya namun belum terdiagnosa.

Lamanya penderita berpengaruh terhadap efikasi diri dalam pengobatan. Adapun hubungan yang terjadi diantara keduanya adalah hubungan yang bersifat positif. Pada penelitian Fisher (2005), responden yang baru menderita DM selama 4 bulan sudah menunjukkan efikasi diri yang baik. Penelitian Ariani, (2011) menemukan bahwa pasien yang telah menderita DM lebih dari 3 tahun memiliki efikasi diri yang baik. Hal ini disebabkan karena pasien telah berpengalaman mengelola penyakitnya dan memiliki coping yang baik. Pada pasien yang telah lama menderita DM namun disertai komplikasi memiliki efikasi diri yang rendah. Dengan adanya komplikasi akan mempengaruhi pasien untuk mengelola perawatan diri dan penyakitnya.

Pengalaman selama sakit dan mekanisme coping dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam melakukan aktivitas dan melakukan perawatan dirinya (Wu et al., 2006). Sepanjang waktu seiring dengan lamanya penyakit yang dialami, pasien dapat belajar bagaimana seharusnya melakukan pengelolaan penyakitnya. Pengalaman langsung pasien merupakan sumber

utama terbentuknya efikasi diri (Bandura, 1997). Selain itu, pengalaman orang lain merupakan sumber efikasi kedua setelah pengalaman pribadi. Dengan berjalannya waktu, pasien juga dapat belajar dari pengalaman orang lain bagaimana mengelola penyakit dan mempertahankan coping yang adaptif.

7) Depresi

Gejala depresi yang terjadi berimplikasi terhadap kepatuhan regimen, kualitas hidup dan biaya pelayanan kesehatan. Depresi mempengaruhi kemampuan *self care* pasien DM. Depresi dapat berkontribusi pada penurunan fungsi fisik dan mental yang menyebabkan seseorang menjadi malas mengikuti perawatan diri harian secara rutin sehingga menyebabkan kontrol glikemik yang rendah dan meningkatkan resiko komplikasi. Skarbek (2006) menyatakan bahwa pasien yang memiliki gejala depresi akan mengalami penurunan dalam perawatan diri.

8) Dukungan keluarga

Salah satu upaya dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien DM adalah dukungan keluarga terutama pada penyakit kronis. Dukungan keluarga sebagai sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya dalam menyelesaikan masalah kesehatan. Selain itu, dukungan keluarga pada penderita DM dipengaruhi oleh penilaian terhadap peran keluarga dalam mendorong keyakinan untuk kesembuhan pasien (Wu et al., 2007). Hasil penelitian Wantiyah (2010) menemukan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial/keluarga dengan efikasi diri.

9) Motivasi

Motivasi adalah suatu keadaan yang terdapat dalam diri seseorang yang mendorong untuk melakukan suatu aktifitas tertentu guna tercapainya suatu tujuan (Pujiastuti, 2011).

Beberapa teori motivasi, antara lain *Self Determination Theory* (SDT) dan *Social Cognitive Theory* (SCT)

a) *Self-Determination Theory* (SDT)

Teori ini dikembangkan oleh Richard Ryan dan Edward Deci pada tahun 1985. *Self-Determination Theory* (SDT) merupakan teori komprehensif dari motivasi manusia yang berfokus pada perkembangan dan fungsi perilaku dalam konteks sosial. Motivasi atau energi untuk beraktivitas merupakan komponen penting dalam *Self Determination Theory* (SDT), dan dipercaya dapat memelihara perilaku dan perubahannya. *Self-Determination Theory* (SDT) mengemukakan dua tipe motivasi yaitu motivasi intrinsik (*autonomous motivation*) dan motivasi ekstrinsik (*controlled motivation*).

Pada motivasi intrinsik, individu melakukan aktivitas didasarkan pada pilihan dan minat yang disenanginya daripada pengaruh atau tekanan dari luar. Pilihan individu ini menjadi dasar suatu kesadaran akan kebutuhan mereka dan interpretasi dari lingkungan. Individu terbebas dari tekanan dan imbalan dari luar yang didesain untuk mengontrol perilaku, bukan tidak mungkin ada pengaruh dari luar, namun individu harus mampu beradaptasi dan mempertahankan otonominya. Individu yang secara intrinsik termotivasi akan secara

langsung melakukan perawatan dirinya dan memelihara kesehatannya (seperti kontrol gula darah dan pencegahan komplikasi).

Prilaku yang meliputi pemenuhan kebutuhan karena ada tekanan interpersonal dan bergantung pada imbalan dan sanksi sebagai kontrol eksternal merupakan karakteristik dari motivasi ekstrinsik. Menurut SDT, pusat orientasi motivasi ekstrinsik ini adalah penerimaan atau konflik nyata atau perebutan kekuasaan antara yang mengontrol (pemberi perawatan dan keluarga) dengan yang dikontrol (pasien).

SDT mengidentifikasi bahwa ada 3 kebutuhan menetap yang jika dicukupi akan tumbuh dan berfungsi dengan maksimal, yaitu :

- (a) Kompetensi : merujuk pada kemampuan dimana manusia bisa menyikapi sesuai dengan tempat atau lingkungan ia berada
- (b) Keterikatan : keinginan universal untuk berinteraksi, berhubungan dan disayangi oleh orang lain.
- (c) Otonomi : dorongan universal untuk mengontrol diri sendiri yang bukan dari luar.

b) *Social Cognitive Theory* (SCT)

Menurut Bandura (1997 dalam Ariani, 2011), motivasi adalah :

"A general construct that encompasses a system of self regulator mechanisms. Attempts to explain the motivational source of behavior must specify the determinants and intervening mechanism th thre main feature of motivation

selection activation and sustaine behavior toward certain goals"

Dari perspektif efikasi diri, seseorang memotivasi dirinya berdasarkan pada tujuan, aspirasi dan perubahan, hasil yang diharapkan, prilaku yang men efek yang baik, biaya dan keuntungan yang didapatkan dan apa yang mereka terima sebagai penyebab keberhasilan atau kegagalan.

Menurut teori sosial kognitif, motivasi manusia diregulasi dari pengalaman sebelumnya dan dipengaruhi oleh 3 motivator yang menstimulasi diri sendiri untuk bermacam-macam tujuan dan aspirasi yaitu atribut, ekspektasi dan tujuan. Pertama, atribut : bagaimana individu memaknai kesuksesan dan kegagalan mereka. Kedua motivasi merupakan fungsi dari ekspektasi individu dan pola prilaku yang akan menghasilkan suatu *outcome* sesuai yang diharapkan. Ketiga, adalah tujuan, untuk mendapatkan efek motivasi, individu harus mempunyai tujuan dan berbagai perubahan pada beberapa standar sehingga mereka dapat mengevaluasi diri mereka sendiri.

Pendekatan kognitif menurut Bandura memberi kesan bahwa individu dapat dimotivasi untuk tampil baik, tidak hanya dikarenakan hadiah/reward tapi disebabkan oleh minat, keinginan, kebutuhan untuk mendapatkan informasi atau untuk memecahkan masalah atau keinginan untuk mengerti.

Motivasi merupakan suatu dorongan internal dan eksternal dalam diri seseorang. Motivasi merupakan faktor terpenting bagi penderita dengan penyakit kronik, karena

motivasi yang ada pada diri penderita akan lebih mampu mendorong yang kuat untuk melakukan perilaku efikasi diri, sehingga akan tercapai kemandirian dalam perawatan (Ariani, 2011).

Motivasi yang ada pada seseorang akan mewujudkan perilaku yang diarahkan untuk mencapai kepuasan (Swansburg & Swansburg, 1999). Motivasi merupakan salah satu faktor yang memberikan pengaruh terhadap efikasi diri pasien. Motivasi yang tinggi dapat meningkatkan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam perawatan diri (Da Silva, 2003).

Motivasi merupakan prediktor terhadap kepatuhan dalam regimen terapi dan kontrol glikemik (Butler, 2002). Menurut teori sosial kognitif (Bandura, 1997), motivasi manusia didasarkan pada kognitif dan melalui proses pemikiran yang didasarkan pada pengetahuan yang dimiliki oleh individu. Individu akan termotivasi untuk melakukan suatu tindakan jika sesuai dengan tujuan, rencana dan hasil yang diharapkan.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki motivasi yang tinggi akan menunjukkan hasil yang positif dalam pengelolaan DM seperti peningkatan partisipasi dalam program latihan fisik dan melaporkan gejala depresi yang rendah (Talbot & Nouwen, 1999 dalam Wu, 2007). Williams et al., (1998 dalam Butler, 2002) menyatakan bahwa lingkungan sosial, keluarga dan tenaga kesehatan berpengaruh dalam meningkatkan motivasi dan perubahan perilaku pasien. Seseorang yang mendapat dukungan dari

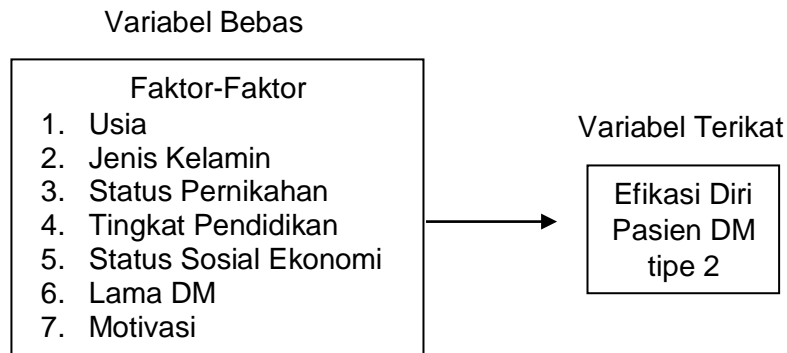
keluarga, dan sekitarnya serta dukungan dari tenaga kesehatan yang sifatnya tidak menekan, mengontrol dengan ketat atau otoriter akan meningkatkan motivasi, efikasi diri pasien dan merubah perilaku perawatan diri yang adaptif.

Adanya orang terdekat atau keluarga yang memberikan dukungan pada pasien DM tipe 2 akan meningkatkan motivasi dan efikasi diri karena adanya perhatian dari anggota keluarga untuk melakukan pengelolaan penyakit secara mandiri, seperti terkait diet, aktivitas dan pengobatan. Adanya dukungan orang terdekat atau keluarga membuat pasien merasa lebih berarti dan memotivasinya untuk memiliki kepercayaan diri agar mampu beradaptasi dengan kondisinya.

B. Kerangka Teori

Diabetes mellitus merupakan penyakit yang disebabkan oleh gangguan-gangguan pada penyerapan gula darah oleh tubuh, sehingga membuat kadarnya didalam darah menjadi tinggi dengan manifestasi awal DM adalah poliphagia, polidipsi, dan poliuria. DM memerlukan upaya penanggulangan yang tepat dan serius karena DM merupakan salah satu ancaman terbesar bagi kesehatan manusia. Pencegahan dan penangulangan DM dipengaruhi oleh masyarakat, lingkungan dan pasien itu sendiri. Keterlibatan pasien itu sendiri dipengaruhi oleh efikasi diri. Efikasi diri merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan. Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2005), perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor dari dalam diri individu (faktor internal) dan faktor yang berasal dari luar individu (faktor eksternal). Yang termasuk faktor internal adalah perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, depresi, usia, jenis kelamin, dan lama DM. Sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah lingkungan, iklim, cuaca, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, status pernikahan, dukungan keluarga. Dengan demikian diharapkan faktor-faktor yang memperkuat dalam perawatan diri yang dapat meningkatkan kemampuan seseorang terhadap keberhasilan terhadap pengobatan untuk mencapai kesembuhan atau rehabilitas.

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam 2013 dalam Nadziroh 2016). Pada penelitian ini akan menguji hipotesis nol dan signifikan 0,05 antara lain :

- Ha₁ Ada hubungan usia pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.
- Ha₂ Ada hubungan jenis kelamin pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.
- Ha₃ Ada hubungan status pernikahan pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.
- Ha₄ Ada hubungan tingkat pendidikan pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.
- Ha₅ Ada hubungan status sosial ekonomi pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.
- Ha₆ Ada hubungan lama DM pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.
- Ha₇ Ada hubungan motivasi pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan efikasi diri di poliklinik kaki diabetik RSUD Ulin Banjarmasin.