

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan tingginya gula darah akibat kerusakan sel beta pancreas (pabrik yang memproduksi insulin (Febrinasari, *et al.*, 2020). Salah satu kategori Diabetes Mellitus adalah Diabetes Mellitus Tipe II (T2DM). T2DM dapat terlihat dari peningkatan kadar gula darah saat puasa, kontrol glikemik dan penurunan berat badan yang signifikan. Persepsi yang salah akibat kurangnya pengetahuan penderita Diabetes Melitus tipe II dapat menimbulkan dampak psikologis dan ketidakmampuan dalam mengobati dirinya sendiri, sehingga banyak pasien yang mengalami depresi (Fajriyah, *et al.*, 2019).

Pasien Diabetes Melitus Tipe II mencapai 90-95% dari keseluruhan populasi pasien diabetes Melitus, umumnya berusia di atas 45 tahun, tetapi akhir-akhir ini pasien Diabetes Melitus Tipe II di kalangan remaja dan anak-anak populasinya meningkat. Etiologi Diabetes Melitus Tipe II merupakan multifaktor yang belum sepenuhnya terungkap dengan jelas. Faktor genetik dan pengaruh lingkungan cukup besar dalam menyebabkan terjadinya DM Tipe II, antara lain obesitas, diet tinggi lemak dan rendah serat, serta kurang gerak badan. Obesitas atau kegemukan merupakan salah satu faktor utama.

Penelitian yang dilakukan terhadap mencit dan tikus menunjukkan bahwa ada hubungan antara gen-gen yang bertanggung jawab terhadap obesitas dengan gen-gen yang merupakan faktor predisposisi untuk DM Tipe II. Berbeda dengan DM Tipe I, pada pasien DM Tipe II, terutama yang berada pada tahap awal, umumnya dapat dideteksi jumlah insulin yang cukup di dalam darahnya, disamping kadar glukosa yang juga tinggi. Jadi, awal patofisiologis Diabetes Melitus Tipe II bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, tetapi karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut sebagai “Resistensi Insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi di negara-negara maju seperti Amerika Serikat, antara lain sebagai akibat dari obesitas, gaya hidup kurang gerak (*sedentary*), dan penuaan.

Faktor risiko Diabetes Melitus Tipe II dibagi menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi ras dan etnik, riwayat keluarga DM Tipe II, usia, riwayat lahir atau riwayat diabetes gestasional (DMG) pada anak dengan berat badan lebih dari 4 kg dan berat badan rendah yaitu kurang dari 2,5 kg. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi antara lain kelebihan berat badan atau obesitas ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$), kurang aktivitas fisik, hipertensi ($> 140/90 \text{ mmHg}$), dislipidemia ($HDL < 35 \text{ mg/dL}$ dan/atau trigliserida $> 250 \text{ mg/dL}$), dan diet tinggi glukosa dan rendah serat (PERKENI, 2021).

Penatalaksanaan Diabetes Melitus dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat seperti terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik bersamaan dengan

intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemia secara oral dan/suntikan. Adapun beberapa penatalaksanaan khusus yang dirangkum dari (PERKENI, 2021).

a. Edukasi

Edukasi bertujuan untuk mempromosikan hidup sehat yang merupakan bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian dari pengelolaan Diabetes Melitus (DM). Edukasi dibagi menjadi dua yaitu materi edukasi tingkat awal dan tingkat lanjutan. Edukasi pada tingkat awal meliputi:

- 1) Materi tentang perjalanan penyakit DM
- 2) Makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan DM secara berkelanjutan
- 3) Intervensi non-farmakologi dan farmakologis serta target pengobatan
- 4) Risiko Diabetes Melitus (DM)
- 5) Mengenal gejala dan penanganan awal hipoglikemia
- 6) Pentingnya latihan jasmani yang teratur
- 7) Pentingnya perawatan kaki
- 8) Cara menggunakan fasilitas perawatan Kesehatan

Edukasi tingkat lanjutan dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Sekunder atau Tersier meliputi:

- 1) Mengenal dan mencegah penyulit akut Diabetes Melitus
- 2) Pengetahuan mengenai penyulit menahun Diabetes Melitus

- 3) Rencana untuk kegiatan khusus seperti olahraga
 - 4) Penatalaksanaan Diabetes Melitus selama menderita penyakit lain
 - 5) Kondisi khusus yang dihadapi seperti hamil, puasa, kondisi rawat inap
 - 6) Penelitian dan pengetahuan masa kini serta teknologi mutakhir tentang Diabetes Melitus (DM)
 - 7) Perawatan kaki pada penderita DM
- b. Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Terapi Nutrisi Medis sebaiknya diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien Diabetes Melitus (DM) agar mencapai sasaran. Anjuran makan penderita diabetes hampir sama dengan masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pasien penderita diabetes perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya jadwal makan yang teratur, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada individu yang meningkatkan sekresi insulin/ terapi insulin itu sendiri

c. Latihan Fisik

Latihan fisik merupakan pilar dalam pengelolaan Diabetes Melitus Tipe II (T2DM). Latihan fisik secara teratur dilakukan 3-5 hari seminggu selama 30-45 menit, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Olahraga yang dianjurkan berupa

latihan fisik yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50-70% denyut jantung maksimal) meliputi jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Cara menghitung denyut jantung maksimal adalah dengan cara 220 dikurangi dengan usia pasien.

Pasien diabetes dengan usia muda dan bugar dapat melakukan 90 menit per minggu seperti latihan aerobik berat dengan denyut jantung mencapai lebih dari 70%. Sebelum melakukan latihan fisik harus melakukan pemeriksaan glukosa darah. Pasien dengan kadar glukosa darah <100 mg/dL harus mengonsumsi karbohidrat terlebih dahulu. Namun, apabila kadar glukosa darah >250 mg/dL dianjurkan untuk menunda latihan fisik. Latihan fisik sebaiknya dianjurkan dan disesuaikan berdasarkan dengan umur dan status kebugaran fisik. Intensitas latihan fisik pada pasien Diabetes Melitus yang relative sehat bisa ditingkatkan, sedangkan pada pasien DM yang disertai komplikasi intensitas latihan perlu dikurangi dan disesuaikan pada masing-masing individu.

d. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan. Menurut cara kerjanya Obat antihyperglikemi oral dibagi menjadi enam kelompok meliputi kelompok pemicu sekresi insulin (*Insulin Secretagogue*) yang terdiri dari sulfonilurea dan glinida, kelompok peningkat sensitivitas terhadap insulin (*Insulin Sensitizers*) yang terdiri dari: metformin dan tiazolidindion (TZD), kelompok alfa

glukosidase inhibitor contohnya acarbose, kelompok DDP-4 inhibitor (*Dipeptidyl Peptidase-4*) yang terdiri dari *vildagliptin*, *linagliptin*, *sitagliptin*, *saxagliptin* dan *alogliptin*, dan kelompok SGLT-2 inhibitor (*Sodium Glucose Co-Transporter 2*) yang terdiri dari *Canagliflozin*, *Empagliflozin*, *Dapagliflozin*, *Ipragliflozin*.

Obat antihiperqlikemia suntik terdiri menjadi dua yaitu insulin GLP-1 RA dan kombinasi insulin dan GLP-1 RA. Insulin diberikan kepada klien DM dengan keadaan HbA1c saat diperiksa $\geq 7,5\%$ dan sudah menggunakan satu atau dua obat antidiabetes. Diabetes melitus gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan diet akan mengakibatkan disfungsi ginjal atau hati yang parah. Agonis GLP-1 (Incretin Mimetic) adalah salah satu obat antihiperqlikemi suntik. Yang termasuk golongan Agonis GLP-1 yaitu: *Liraglutide*, *Exenatide*, *Albiglutide*, dan *Lixisenatide*.

2. Konsep *Diabetes Self-Management Education and Support* (DSME/S)

a. Definisi DSME/S

Dalam artikel penelitian “*2017 National Standards for Diabetes Self- Management Education and Support*” dijelaskan bahwa DSME/S merupakan suatu proses yang memfasilitasi pengetahuan, keterampilan dan kemampuan penderita diabetes untuk merawat dirinya. Penelitian (Beck, *et al.*, 2020) menunjukkan bahwa diagnosis dini dan penatalaksanaan yang efektif dapat meningkatkan pencegahan komplikasi, dan memperbaiki kondisi pasien. *American Diabetes Association* juga mendefinisikan DSME/S sebagai proses berjalan untuk memfasilitasi

pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang dibutuhkan untuk perawatan Diabetes mellitus serta meningkatkan proses pembuatan keputusan yang dimiliki oleh penderita diabetes (Powers, *et al.*, 2020).

b. Tujuan *Diabetes Self-Management Education and Support* (DSME/S)

Tujuan utama dari DSME/S terdiri dari *Biomedical, Behavioural, and Physicosocial*. Biomedical terdiri dari nilai HbA1, faktor risiko penyakit kardiovaskular, BMI, dan hipoglikemia sedangkan untuk Behavioural terdiri dari penggunaan obat-obatan, monitor gula darah secara mandiri, manajemen diet, dan aktivitas fisik (Pillay *et al.*, 2015). *Diabetes Self management education and support* (DSME/S) dapat mempengaruhi penurunan komplikasi DM, meningkatkan kualitas hidup, perilaku hidup sehat, meningkatkan coping dan menurunkan depresi (Grant & Steadman, 2016).

c. Prinsip DSME/S

Menurut (*American Diabetes Association*, 2014) bahwa DSME/S memiliki 5 prinsip utama, yaitu :

1) Keterlibatan Pasien

Memberikan DSME/S yang mencerminkan kehidupan, keinginan, prioritas, budaya dan pengalaman seseorang.

- a) Meminta dan menanggapi pertanyaan
- b) Fokus kepada alasan dan hasil keputusan
- c) Menanyakan kekuatan dan masalah
- d) Mengambil keputusan bersama

- e) Terlibat dalam keberhasilan manajemen diri, masalah dan perjuangan
- f) Terlibat diskusi terapi dan perubahan dalam pengobatan
- g) Memberikan dukungan dan pendidikan untuk pasien dan keluarga

2) Memberikan Informasi

Membuat keputusan bersama dengan pasien tentang *self-management*, meliputi:

- a) Mendiskusikan tentang pentingnya DSME/S
- b) Menjelaskan tentang DSME/S yang diperlukan dalam terapi secara continue dari prediabetes, saat terdiagnosa diabetes, pemeliharaan kesehatan atau tindak lanjut, awal komplikasi dan adanya transisi perawatan karena perubahan status kesehatan serta perubahan kehidupan.
- c) Memberikan informasi yang belum dipahami dan yang ingin diketahui
- d) Memeriksa pengobatan DM yang dapat berubah sewaktu- waktu
- e) Memberikan informasi tentang unsur keterlibatan yang ada
- f) Memberikan informasi khusus untuk perawatan dan pengobatan pasien.

3) Psikososial dan Dukungan Perilaku

Membahas tentang aspek psikososial dan perilaku pasien atau

keluarga terkait DM

- a) Mengkaji dan mengatasi masalah emosional dan psikososial contohnya distress dan depresi terkait DM
 - b) Menjelaskan bahwa stress dan emosi dapat meningkatkan glukosa darah serta hipertensi
 - c) Mendiskusikan tentang pengelolaan diri dalam menghadapi masalah terkait DM
 - d) Mendukung kemampuan dan kepercayaan diri pasien dalam mengambil keputusan *self-management* untuk dapat memecahkan masalah kesehatannya.
 - e) Perhatikan bahwa dibutuhkan 2-8 bulan untuk mengubah kebiasaan atau merubah perilaku pasien
 - f) Melibatkan anggota keluarga atau sistem pendukung lainnya dalam proses edukasi yang berkelanjutan
- 4) Integrasi Dengan Terapi Lain
- Memastikan integrase terapi dan rujukan ke terapi lainnya
- a) Memastikan adanya dukungan dalam proses rujukan ke tingkat lanjutan jika diperlukan
 - b) Memberikan arahan tambahan yang diperlukan untuk terapi perilaku, manajemen obat-obatan, terapi fisik, dan lainnya
 - c) Memberikan penjelasan tentang program pemerintah era JKN terkait program bagi pasien

DM

- d) Mengidentifikasi sumber daya dan layanan yang mendukung pelaksanaan terapi dalam perawatan kesehatan dan lingkungan masyarakat

5) Perawatan Terkoordinasi

Perawatan kolaboratif dan koordinasi dengan tujuan pengobatan

- a) Memahami perawatan primer dan target pengobatan
- b) Memberikan gambaran tentang DSME/S untuk merujuk pada pemberi layanan
- c) Mengikuti protokol penggunaan obat dan membuat rekomendasi yang diperlukan kepada tim sejawat lainnya
- d) Merujuk sesuai dengan rencana terapi, perkembangan pada tujuan pengobatan, dan kebutuhan untuk mengkoordinasikan pendidikan dan dukungan dari tim kesehatan yang ada serta adanya dokumentasi kesehatan
- e) Memastikan tersedianya pelayanan kesehatan yang ada
- f) Menggunakan pendukung keputusan berbasis data atau bukti
- g) Menggunakan kinerja data untuk mengidentifikasi peluang untuk evaluasi terapi yang diberikan.

d. Standar *Diabetes Self-Management Education* (DSME/S)

Menurut (Beck, *et al.*, 2020) *Diabetes Self-Management Education* and Support (DSME/S) memiliki 10 Standar yang dibagi menjadi 3 bagian:

1) Struktur

- a) Standar 1: DSME/S tergabung dalam organisasi besar, kecil atau dioperasikan secara independen yang memiliki struktur, organisasi, misi, dan tujuan yang terdokumentasi yang mengidentifikasi dan mendukung kualitas DSME/S sebagai bagian integral dari perawatan diabetes.
- b) Standar 2: DSME/S mencari masukan dari para pemangku kepentingan dan pakar untuk meningkatkan kualitas. Kelompok ini mencakup professional kesehatan, konsumen DM, pikiran terbuka, dan pembuat kebijakan.
- c) Standar 3: DSME/S akan mengevaluasi komunitas yang mereka layani untuk menentukan sumber daya, desain, metode penyampaian yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan layanan DSME.
- d) Standar 4: Koordinator ditunjuk untuk memastikan penerapan standar dan mengawasi layanan DSME. Koordinator bertanggung jawab untuk mengawasi

perencanaan, penyampaian dan evaluasi pendidikan manajemen mandiri diabetes. Koordinator harus memiliki kemampuan akademis atau pengalaman dalam perawatan penyakit kronis dan pengelolaan program Pendidikan.

2) Proses

- a) Standar 5: DSME/S difasilitasi oleh satu atau lebih instruktur. pelatih harus memiliki kredensial akademis dan pengalaman dalam pendidikan dan pengobatan diabetes.
- b) Standar 6: Program tertulis harus menggambarkan fakta terkini dan pedoman praktik saat ini, dengan kriteria evaluasi hasil, yang akan berfungsi sebagai kerangka kerja DSME/S. Kebutuhan masing-masing akan menentukan mana yang harus diperlukan.
- c) Standar 7: Kebutuhan DSME/S akan diidentifikasi dan dipimpin oleh peserta dengan penilaian dan dukungan oleh satu atau lebih anggota tim DSME/S untuk memilih intervensi dan strategi pendidikan yang tepat untuk mendukung manajemen diri, 18 penilaian pribadi dan perencanaan pendidikan dilakukan bersama oleh klien dan pelatih.

d) Standar 8: Klien akan diberi tahu tentang pilihan dan sumber daya yang tersedia untuk dukungan berkelanjutan terhadap Pendidikan awal dan akan memilih pilihan yang paling sesuai dengan kebutuhan manajemen mandiri mereka.

3) Hasil

a) Standar 9: DSME/S akan memantau dan mengomunikasikan apakah peserta dapat mencapai tujuan pengelolaan diabetes secara mandiri dan hasil lainnya untuk mengevaluasi efektivitas intervensi Pendidikan dengan menggunakan teknik pengukuran yang tepat.

b) Standar 10: Koordinator kualitas layanan DSME/S akan mengukur dampak dan efektivitas layanan DSME/S dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dengan melakukan evaluasi sistematis terhadap data proses dan hasil.

e. Komponen

Menurut Schumacher dan Jancsonville dalam komponen SDME/S adalah sebagai berikut:

1) Pengetahuan Dasar Tentang Diabetes

Meliputi definisi, patofisiologi dasar, alasan pengobatan dan komplikasi Diabetes.

2) Pengobatan

Meliputi definisi tipe, dosis, cara penyimpanan, dan cara penyuntikan. Penggunaan Obat Hipoglikemik Oral (OHO) meliputi dosis, waktu pemberian dan lain-lain.

3) Monitoring

Meliputi penjelasan pengawasan yang perlu dilakukan. Monitoring yang dimaksud mengenai pengecekan gula darah.

4) Nutrisi

Meliputi Fungsi nutrisi tubuh, kontrol nutrisi, kebutuhan kalori, rencana makan, manajemen nutrisi penyakit, kontrol berat badan, gangguan makan dan lainnya.

5) Olahraga dan Aktivitas

Meliputi pemeriksaan kesehatan sebelum berolahraga, menggunakan alat pelindung kaki saat berolahraga, pemeriksaan kaki dan alas kaki dan pengaturan kegiatan saat kondisi tidak baik.

6) Stres dan Psikososial

Meliputi identifikasi stressor, dukungan keluarga dan lingkungan

7) Perawatan Kaki

Meliputi identifikasi kesehatan kaki, manfaat, pencegahan, komplikasi dan pengobatan perawatan kaki dan jadwal

pemeriksaan berkala.

8) Sistem Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya

Meliputi pemberian informasi tentang system pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang dapat membantu pasien.

f. Penatalaksanaan DSME/S

Dalam pelaksanaannya DSME/S dapat diterapkan secara individu atau kelompok, dan dapat dilakukan di tempat layanan medis atau komunitas (Padila, 2012) . Pelaksanaan kegiatan tersebut dapat dilakukan dalam 4 sesi dengan durasi 1-2 jam setiap sesinya. Topik yang diberikan dalam program DSME/S adalah sebagai berikut:

1) Sesi 1

Menjelaskan konsep DM meliputi definisi, etiologi, klasifikasi, gambaran klinis, patofisiologi, diagnosis, pencegahan, pengobatan dan komplikasi.

2) Sesi 2

Menjelaskan nutrisi, manajemen diet dan potensi aktivitas fisik atau olahraga.

3) Sesi 3

Menjelaskan tentang perawatan kaki diabetes dan senam kaki serta pengawasan yang dilakukan.

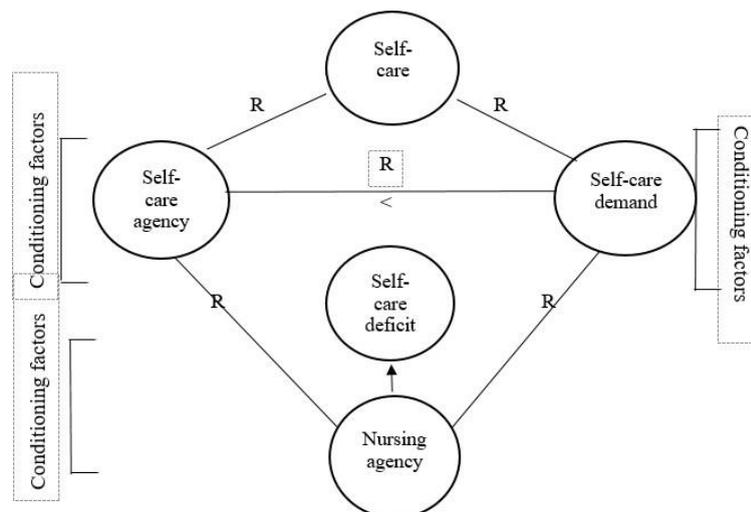
4) Sesi 4

Menjelaskan dukungan psikososial. Manajemen stress dan dukungan fasilitas kesehatan.

3. Konsep *Self-Care*

a. Teori Konsep *Self-Care*

Self-care merupakan sikap yang diambil oleh individu untuk mencegah morbiditas dan mortalitas dari penyakit diabetes dengan berbagai cara meliputi pemilihan makanan, aktivitas fisik, asupan obat yang tepat, dan *monitoring* glukosa darah dari penderita diabetes (Takele, *et al.*, 2021). Teori Keperawatan *Self-Care* didasarkan pada keinginan klien DM untuk dapat melakukan perawatan secara mandiri. Dalam konsep keperawatan *Self* keperawatan ini dalam pelaksanaannya ada tiga teori yang saling berhubungan yaitu *Theory of self care*, *Theory of self care deficit* and *theory of nursing system* (Orem, 2001).



Gambar 1. Konsep *Self-Care*

Sumber: Alligood, (2014)

Tiga teori Orem tersebut adalah:

1) *Theory of Self Care*

Adalah suatu gambaran aktivitas individu yang dilakukan mandiri untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan yang mana di dalamnya terdapat elemen sentral yaitu *self care*, *self care agency* dan *therapeutic self care demand*.

a) *Self Care*

Yaitu fungsi berpikir seseorang dalam mengatur dirinya sendiri tentang yang harus dilakukan dalam mempertahankan hidup serta fungsi fisiologis, psikologis, dan tumbuh kembang. Dalam hal mempertahankan kontrol glikemik dalam batas normal, klien DM harus melakukan kegiatan perawatan diri seperti melakukan monitoring glukosa darah, perencanaan makan, aktivitas fisik dan kepatuhan pengobatan (Rahman, 2019).

b) *Self Care Agency*

Yaitu kemampuan klien DM dalam melakukan perawatan diri (Orem, 2001). Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan individu dalam merawat diri sendiri meliputi umur, gender, tahap

perkembangan, kondisi kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem pelayanan kesehatan, gaya hidup, sistem keluarga serta kecukupan sumber daya (Rahman, 2019).

c) *Therapeutic Self Care Demand*

Yaitu rangkaian tindakan maupun langkah-langkah yang diperlukan untuk mencukupi kebutuhan dirinya. *Therapeutic self care demand* berhasil jika tujuan dari *self care* sudah tercapai. Untuk mencapai tujuan tersebut, seorang perawat harus mampu menerapkan intervensi/tindakan berdasarkan ilmu pengetahuan.

2) *Theory of Self Care Deficit*

Teori ini menjelaskan kapan keperawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan apabila kebutuhan seseorang melebihi kemampuan yang dimiliki. Terdapat lima aktivitas dalam memberikan asuhan keperawatan (Rahman, 2019), antara lain :

- a) Pelayanan langsung melalui intervensi keperawatan.
- b) Perawat memfasilitasi klien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri.
- c) Perawatan memberikan dukungan kepada klien baik berupa fisik maupun psikologis supaya klien dapat melakukan perawatan mandiri.
- d) Perawat menciptakan dan menjaga lingkungan yang

mendukung untuk mempertahankan dan meningkatkan kemandirian klien.

- e) Perawat mengajarkan klien berbagai aspek tindakan terkait perawatan diri.

3) *Theory of Nursing System*

Teori ini menjelaskan tentang kebutuhan perawatan diri klien yang terpenuhi oleh dibantu perawat atau klien sendiri. Pada teori ini terjadi hubungan interaksi antara klien dengan perawat dalam pemenuhan kebutuhan. *Nursing system* terbentuk ketika *nursing agency* terbentuk terlebih dahulu. *Nursing agency* adalah bentuk dari tujuan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan terkait perawatan diri (Orem, 2001). Menurut Orem ada tiga tingkatan sistem keperawatan yang dirancang guna memenuhi kebutuhan perawatan diri klien (Rahman, 2019) , yaitu :

a) Sistem asuhan keperawatan ekstensif

Pemberi asuhan keperawatan memberikan dukungan penuh kepada pasien karena ketidakmampuannya dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri.

b) Sistem pembayaran parsial

Pemberian asuhan keperawatan mandiri dengan melibatkan oleh pengasuh dan sepenuhnya dilakukan atau dibantu oleh klien.

- c) Sistem pendidikan suportif
- d) Sistem dukungan yang diberikan kepada klien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan tujuan dapat mandiri menolong dirinya sendiri

b. Faktor Yang Mempengaruhi *Self-Care* Diabetes Melitus

Beberapa faktor yang mempengaruhi *Self-care* pada klien diabetes mellitus , antara lain :

1) Usia

Menurut penelitian (Kusniati, 2011), usia memiliki dampak terhadap manajemen perawatan diri klien diabetes mellitus. Dengan bertambahnya usia, maka aktivitas klien diabetes mellitus dalam perawatan diri akan meningkat.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi perawatan diri klien diabetes. Klien perempuan menunjukkan perilaku perawatan diri diabetes yang lebih baik daripada klien laki-laki. Kegiatan perawatan diri bagi klien diabetes seharusnya dilakukan oleh semua klien diabetes, baik laki-laki maupun perempuan. Namun kenyataannya kaum perempuan lebih memperhatikan kesehatannya sehingga mereka berusaha semaksimal mungkin untuk fokus kepada penyakitnya (Kusniati, 2011).

3) Sosial Ekonomi

Orang dengan sosial ekonomi tinggi dan rendah dalam mengelola diabetes dalam kehidupan sehari-hari tidak menemui kendala yang berarti karena pemerintah sudah memberikan jaminan kesehatan bagi keluarga melalui program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan. Dalam program ini pasien diabetes mellitus dijamin pengobatannya secara gratis dengan ketentuan yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan dengan programnya yang disebut dengan Prolanis DM.

Pada saat yang sama untuk klien dengan kondisi sosial ekonomi yang baik, tidak ada hambatan dalam melakukan perilaku perawatan mandiri diabetes, terutama karena pemantauan gula darah secara terus menerus yang memerlukan biaya yang tinggi.

4) Lama Menderita DM

Menurut penelitian (Bai, *et al.*, 2009) perilaku Self-care klien yang menderita DM lebih dari 11 tahun lebih baik daripada klien yang menderita DM kurang dari 10 tahun. Karena semakin lama klien menderita DM semakin lama pula pasien tersebut mempelajari perilaku *self care* diabetes yang telah diperolehnya serta untuk dapat memahami langkah-langkah yang harus dilakukan.

5) Aspek Emosional

Perilaku *self care* klien yang menderita diabetes mellitus dapat dipengaruhi oleh aspek emosional yang dirasakan dan dialami klien tersebut. Karena apabila klien dapat menerima serta memahami kondisi penyakit yang dideritanya maka tidak ada yang yang sulit bagi klien dalam melakukan perawatan mandiri di rumah dalam kehidupan sehari-harinya.

6) Motivasi

Perilaku *self care* klien Diabetes Melitus Tipe II terutama dalam hal mempertahankan pola makan dan kontrol gula darah dipengaruhi oleh motivasi dalam diri klien. Dalam mencapai pengontrolan gula darah yang optimal serta meminimalkan kejadian komplikasi DM, maka diperlukan motivasi kuat untuk mendorong melakukan *self care* akan penyakit DM yang dideritanya (Shigaki, 2010).

7) Keyakinan

Diperlukan adanya keyakinan dalam diri klien DM bahwa perilaku *self care* ini efektif untuk dapat membantu dalam mengelola diabetes sehingga mendorong klien untuk mempunyai rasa tanggung jawab dalam pengelolaan penyakitnya.

8) Komunikasi dengan petugas kesehatan

Perilaku *self care* yang baik berasal dari adanya komunikasi yang baik dan efektif antara petugas kesehatan dan klien (Piette, *et al.*, 2003). Komunikasi yang efektif ini diperlukan agar penanganan penyakit diabetes yang diderita oleh klien dapat berjalan dengan baik. Petugas kesehatan dan layanan kesehatan dapat menjadi jembatan untuk memfasilitasi kebutuhan yang diperlukan oleh klien.

4. Konsep Pengetahuan

a. Pengertian

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Menurut Bloom dalam (Notoatmodjo, 2014) pengetahuan adalah hasil dari tahu, pengetahuan diperoleh setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba.

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2011), yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tingkatan pengetahuan ini termasuk mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang

spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dengan menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan objek yang diketahui secara benar dan dapat menginterpretasi materi tersebut. Orang yang telah memahami objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan sebagainya mengenai objek yang telah dipelajari.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada kondisi atau situasi sebenarnya. Aplikasi disini dapat pula diartikan penggunaan metode, prinsip situasi atau konteks lainnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih berkaitan satu sama lain. Kemampuan analisis terlihat dari penggunaan kata, mampu menggambarkan, membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya mengenai objek yang diketahui.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian atau justifikasi terhadap suatu objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang telah ada sebelumnya.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan angket atau wawancara dengan menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden atau subjek penelitian. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang (Mabarak, 2007):

1) Pendidikan

Bimbingan yang diberikan kepada orang lain mengenai sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin mudah memahami informasi. Sebaliknya jika tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat penerimaan informasi yang diberikan.

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengetahuan serta pengalaman baik secara langsung maupun tidak langsung.

3) Umur

Bertambahnya umur akan mempengaruhi aspek fisik dan psikologis (mental) seseorang. Pada aspek psikologis atau mental, menjadikan taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4) Minat

Diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan tinggi terhadap sesuatu. Menjadikan seseorang mencoba atau menekuni suatu hal dan pada akhirnya akan mendapatkan pengetahuan mendalam.

5) Pengalaman

Suatu kejadian yang pernah dialami dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Jika pengalaman yang menyenangkan diperoleh, maka secara psikologis akan timbul kesan sangat mendalam dan akhirnya membentuk sikap positif dalam kehidupan. Sebaliknya, jika kurang baik maka akan cenderung untuk dilupakan.

6) Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Apabila suatu wilayah menganut kebudayaan menjaga kebersihan, maka akan terbentuk sikap selalu menjaga kebersihan.

7) Informasi

Kemudahan memperoleh informasi akan memudahkan

seseorang mendapatkan pengetahuan yang baru.

5. Konsep Sikap

a. Pengertian Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu objek atau stimulus. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum menjadi suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku (Notoatmodjo, 2011).

b. Komponen Sikap

Menurut Notoatmodjo, (2011) sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Selain itu, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting dalam penentuan sikap. Sikap terdiri dari 3 komponen yang saling menunjang, yaitu (Azwar, 2011):

1) Komponen Kognitif

Komponen kognitif merupakan komponen yang berkaitan dengan pengetahuan, pandangan keyakinan, yaitu hal-hal yang berhubungan dengan bagaimana persepsi seseorang terhadap objek. Sikap adalah representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan yang dimiliki individu mengenai sesuatu terutama menyangkut masalah atau isu yang kontroversial.

2) Komponen Afektif

Komponen afektif adalah perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional biasanya sebagai komponen sikap yang berakar paling dalam dan merupakan aspek paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh dalam mengubah sikap seseorang. Komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3) Komponen Konatif

Komponen konatif adalah aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai sikap seseorang. Aspek ini berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Pengukuran sikap dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat dilakukan dengan menanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek.

c. Tingkatan Sikap

Adapun beberapa tingkatan dalam sikap yaitu:

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan dari suatu objek.

2) Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah bersama orang lain adalah suatu indikasi tingkatan ketiga dari sikap

4) Bertanggung Jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap paling tinggi.

6. Konsep Media Penelitian

a. *Booklet*

Booklet adalah buku berukuran kecil (setengah kuarto) dan tipis, tidak lebih dari 30 lembar bolak balik yang berisi tentang tulisan dan gambar-gambar (Jatmika *et al.*, 2019). Istilah *booklet* berasal dari buku dan leaflet artinya media *booklet* merupakan

perpaduan antara buku dan leaflet. Struktur isi *booklet* menyerupai buku, hanya saja cara penyajiannya isinya lebih singkat.

1) Kelebihan *Booklet*

- a) Dapat digunakan sebagai media atau alat belajar mandiri
- b) Dapat dipelajari dengan mudah
- c) Mudah untuk dibuat dan diperbanyak
- d) Dapat dibuat secara sederhana
- e) Biaya relatif murah

2) Kekurangan *Booklet*

- a) Pesan atau informasi terlalu banyak
- b) Perlu waktu untuk mencetak
- c) Perlu perawatan yang baik karena mudah rusak dan hilang.

b. Standar Operasional Prosedur (SOP)

1) Pengertian

Merupakan salah satu acuan pokok mengenai langkah atau tahapan yang berhubungan dengan aktivitas aplikatif yang merupakan aktivitas kerja. Menurut (Susilowati, 2017) SOP dapat didefinisikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional yang dilakukan sehari-hari, dengan tujuan agar pekerjaan tersebut dilaksanakan secara benar, tepat dan konsisten.

2) Tujuan

Secara Umum (Fatimah, 2015) mengemukakan bahwa SOP dibuat dengan tujuan, yaitu:

a) Konsistensi

SOP dibuat agar mampu menjaga konsistensi dan tingkat kinerja pegawai atau tim.

b) Kejelasan Tugas

SOP dibuat untuk mengetahui dengan jelas peran dan fungsi tiap-tiap posisi dalam institusi.

c) Kejelasan Alur

SOP dapat memperjelas alur tugas, wewenang dan tanggung jawab dari masing-masing pegawai

d) Melindungi Institusi

SOP melindungi dari tindakan malpraktek atau kesalahan yang bersumber dari administrasi atau faktor lainnya yang dapat berdampak buruk bagi berlangsungnya institusi.

e) Meminimalisasi Kesalahan

Dengan kejelasan tugas, alur, tanggung jawab dan wewenang, maka dapat meminimalisasi atau menghindari kegagalan, kesalahan, keraguan dan duplikasi.

f) Efisiensi

Pekerjaan lebih efisien karena semua aktivitas kerja dilakukan dengan cepat, cermat dan tepat sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

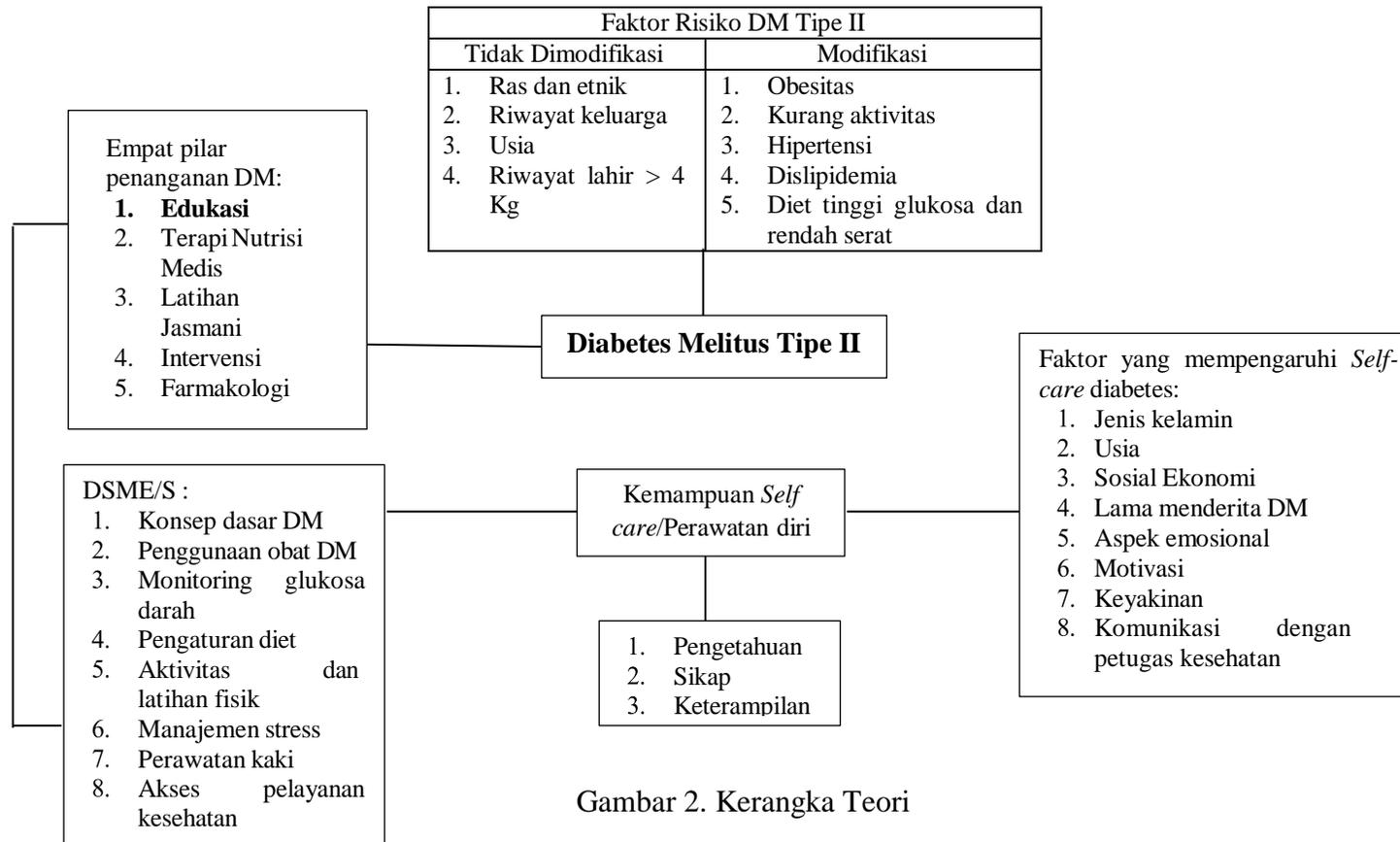
g) Penyelesaian Masalah

Dapat dijadikan landasan dalam permasalahan yang terjadi di dalam instansi.

h) Batasan Pertahanan

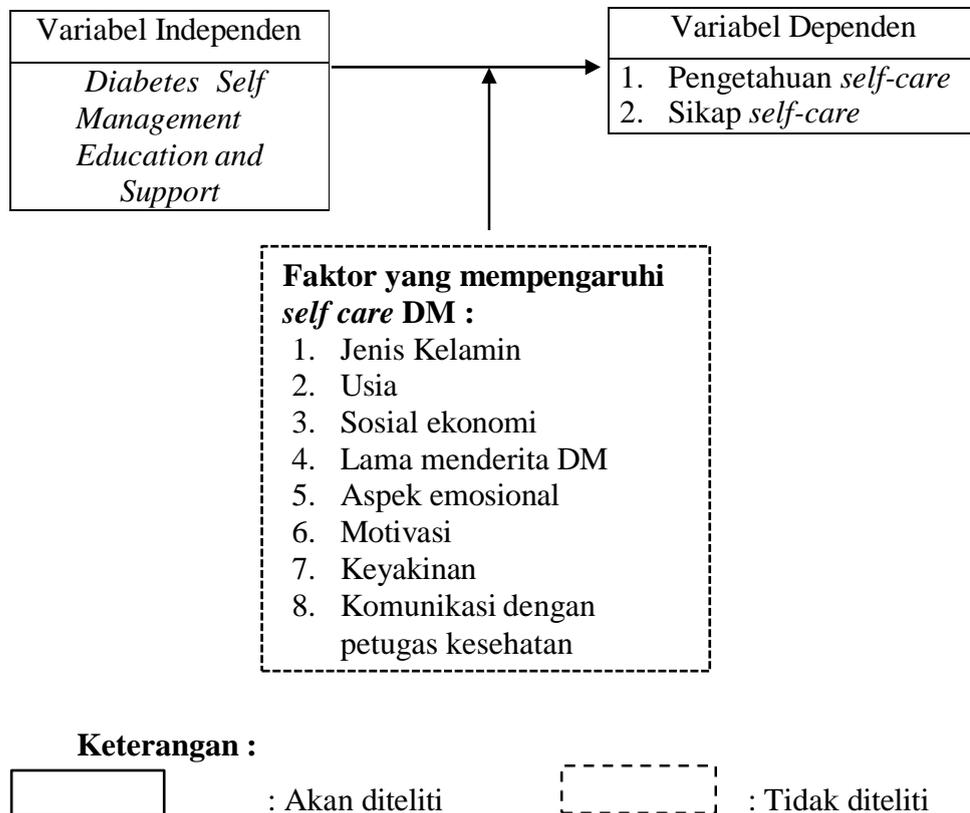
Dapat dijadikan landasan atau acuan jika ada kegiatan yang berurusan dengan pihak luar instansi yang akan berkegiatan di dalam instansi.

B. Kerangka Teori



Sumber : (Ratih, et al., 2020; Fajriyah, et al., 2019; PERKENI, 2021; Powers, et al., 2020)

C. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara penelitian yang diajukan oleh peneliti yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Setiadi, 2007). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada perbedaan pengetahuan *self care* pasien Diabetes Melitus Tipe II sebelum dan setelah dilakukan intervensi Diabetes Self Management and Support (DSME/S)
2. Ada perbedaan sikap *self care* pasien Diabetes Melitus Tipe II sebelum dan setelah dilakukan intervensi Diabetes Self Management and Support (DSME/S)