

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEYAKINAN KELUARGA DENGAN
PERILAKU PERAWATAN KAKI DIABETES
MELLITUS BERBASIS *SELF EFFICACY*
DI PUSKESMAS WONOKROMO DAN
KEBONSARI KOTA SURABAYA**



Oleh :

SHERLEY AJENG PRATIWI

NIM. 151.0051

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEYAKINAN KELUARGA DENGAN
PERILAKU PERAWATAN KAKI DIABETES
MELLITUS BERBASIS *SELF EFFICACY*
DI PUSKESMAS WONOKROMO DAN
KEBONSARI KOTA SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep)
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

SHERLEY AJENG PRATIWI

NIM. 151.0051

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sherley Ajeng Pratiwi

Nim : 1510051

Tanggal lahir : 4 Maret 1997

Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya” saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 15 Juni 2019



Sherley Ajeng Pratiwi
NIM.151.0051

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Sherley Ajeng Pratiwi

Nim : 1510015

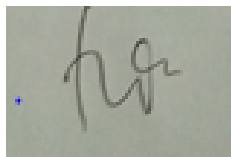
Program studi : S1 Keperawatan

Judul : Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku
Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di
Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian
persyaratan untuk memperoleh gelar:

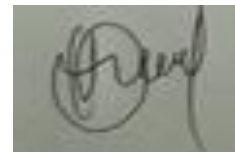
SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing I



Nuh Huda. M.Kep.,Ns., Sp.Kep.,MB
NIP. 03.020

Pembimbing II



Dedi Irawandi.M.Kep.,Ns.
NIP. 03.050

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 17 Juli 2019

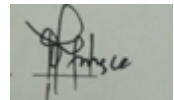
HALAMAN PENGESAHAN

Proposal dari :

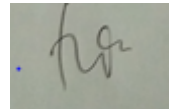
Nama : Sherley Ajeng Pratiwi
NIM : 1510051
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

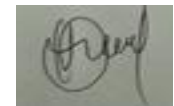
Ketua Penguji : Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 03.009



Pembimbing I : Nuh Huda. M.Kep., Sp.Kep.,MB.
NIP. 03.020



Pembimbing II : Dedi Irawandi.M.Kep.,Ns.
NIP. 03.050



Mengetahui,

**STIKES HANG TUAH SURABAYA
KA PRODI S-1 KEPERAWATAN**

PUJI HASTUTI, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

NIP.03010

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 17 Juli 2019

Judul : Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* Di Puskesmas Wononkromo Dan Kebonsari Kota Surabaya

ABSTRAK

Banyak responden yang tidak melakukan pencegahan luka kaki, seperti tidak memakai sandal, mencuci kaki tidak menggunakan sabun, jarang mengeringkan kaki, dan kurangnya keyakinan keluarga dalam merawat kaki anggota keluarganya yang menderita diabetes. Tujuan penelitian ini menganalisis hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy*.

Desain penelitian observasional analisis dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi semua keluarga yang memiliki penderita diabetes mellitus di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Teknik sampel menggunakan *cluster sampling* sebanyak 126 responden keluarga penderita diabetes. Instrument menggunakan wawancara terstruktur, kuesioner FCCS, dan kuesioner FCBS. Data dianalisa dengan uji korelasi *spearman*.

Hasil penelitian bahwa semakin tinggi keyakinan keluarga semakin rendah resiko perilaku merusak. Uji korelasi *spearman* menunjukkan bahwa adanya hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus $\rho = 0,00$ ($\rho < \alpha = 0,05$).

Berdasarkan hasil penelitian, dengan keluarga meningkatkan keyakinannya maka perilaku dalam melakukan perawatan kaki diabetes mellitus pada anggota keluarga yang menderita diabetes akan baik sehingga resiko terjadinya luka kaki semakin kecil.

Kata kunci : Keyakinan, perilaku perawatan kaki, keluarga, diabetes mellitus

Title : Relationship Of Family Beliefs With Foot Care Behavior of Diabetic Mellitus Based on Self Efficacy in Wonokromo and Kebonsari Puskesmas in The City Of Surabaya

ABSTRACT

Many respondents who did not do foot injuries, such as not wearing slippers, foot-washing does not use soap, rarely drying feet, and lack of family confidence in caring for the feet of their family who suffer from diabetes. The purpose of this research analyzes the relationship of family beliefs to the behavior of foot care diabetic mellitus based self efficacy.

Observational study design analyst with cross sectional approach. The population of all families who have diabetic mellitus at the Wonokromo and Kebonsari Surabaya centers. The sample technique uses a cluster sampling of 126 responders in the family of diabetic. The instrument uses structured interviews, FCCS questionnaires, and FCBS questionnaires. Data was analyzed by spearman correlation test.

The results of the study that the higher the family's confidence the lower the risk of behavior. Spearman correlation the test showed that there was a correlation between family beliefs and diabetic mellitus foot care behavior $\rho = 0,00$ ($\rho < \alpha = 0,05$).

Based on the results of the study, with the family increasing its belief, the behavior in doing foot care of diabetes mellitus in family members suffering from diabetes will be good so that the risk of foot injuries is smaller.

Keywords : Self Efficacy, foot care behavior, family, diabetic mellitus

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi ini yang berjudul “Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya” dapat selesai dalam waktu yang ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat, dan penghargaan kepada:

1. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp.,M.Kep. Selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S1 Keperawatan.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya serta kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S1 Keperawatan.
3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku Kepala Program Studi Pendidikan S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah

memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan S1 Keperawatan.

4. Bapak Nuh Huda. S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.,MB. selaku pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian, memberikan saran, masukan, kritikan, dan bimbingan demi kesempurnaan proposal penelitian ini.
5. Bapak Dedi Irawandi. S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing II yang penuh kesabaran dan perhatian, memberikan pengarahan dan dorongan dalam penyusunan proposal penelitian ini.
6. Ibu Meiana Harfika.SKM.,M.Kes. selaku ketua penguji pada ujian proposal yang penuh dengan masukan dan nasihan untuk penyempurnaan tugas akhir ini.
7. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku ketua penguji pada ujian sidang yang penuh dengan masukan dan nasihan untuk penyempurnaan tugas akhir ini.
8. Ibu Nadia Okhtiari, A.md selaku kapala perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini.
9. Ibu Merina Widyastuti., S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku wali kelas yang selalu memberikan nasehat untuk selalu semangat dalam menyelesaikan penelitian ini.
10. Bapak dan Ibu selaku pembimbing lapangan di Puskesmas yang telah membantu menyediakan tempat dan responden guna pengambilan data pada penelitian ini.

11. Responden penelitian yang telah bersedia berpartisipasi pada penelitian ini.
12. Mama dan ayah yang senantiasa mendoakan dan memberikan fasilitas penunjang guna kelancaran penelitian ini.
13. Teman-teman satu almamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan penelitian yang tidak dapat penulis sebut satu per satu.

Semoga budi baik yang telah diberikan pada peneliti mendapat balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Rabbal Alamin.

Surabaya, 15 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keluarga	8
2.1.1 Definisi Keluarga	8
2.1.2 Tipe Keluarga	9
2.1.3 Fungsi Keluarga	10
2.1.4 Struktur Keluarga	11
2.1.5 Tugas Kesehatan Keluarga	12
2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga	14
2.1.7 Tanggung Jawab Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga ...	17
2.2 Konsep <i>Self Efficacy</i>	18
2.2.1 Pengertian <i>Self Efficacy</i>	18
2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi <i>Self Efficacy</i>	19
2.2.3 Dimensi <i>Self Efficacy</i>	21
2.2.4 Sumber <i>Self Efficacy</i>	22
2.2.5 Karakteristik Individu Yang Memiliki <i>Self Efficacy</i> Tinggi Dan <i>Self Efficacy</i> Rendah	24
2.2.6 Proses <i>Self Efficacy</i>	25
2.3 Konsep Perilaku	27
2.3.1 Pengertian Perilaku	27
2.3.2 Domain Perilaku	27
2.3.3 Klasifikasi Perilaku Kesehatan	33
2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku	34
2.3.5 Pengertian Perubahan Perilaku	35
2.3.6 Bentuk Perubahan Perilaku	35
2.3.7 Strategi Perubahan Perilaku	36
2.4 Konsep Diabetes Mellitus	37
2.4.1 Pengertian Diabetes Mellitus	37

2.4.2	Anatomi Fisiologi Diabetes Mellitus	38
2.4.3	Klasifikasi Diabetes Mellitus	43
2.4.4	Faktor Resiko Diabetes Mellitus	43
2.4.5	Patofisiologi Diabetes Mellitus	45
2.4.6	Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus	46
2.4.7	Komplikasi Diabetes Mellitus	46
2.4.8	Penatalaksanaan Diabetes Mellitus	47
2.5	Konsep Resiko Ulkus	50
2.5.1	Pengertian Luka Ulkus	50
2.5.2	Etiologi Ulkus Diabetes Mellitus	51
2.5.3	Klafisikasi Ulkus Diabetes Mellitus	52
2.6	Konsep Perawatan Kaki Diabetes Mellitus	53
2.6.1	Pengertian Perawatan Kaki	53
2.6.2	Penatalaksanaan Perawatan Kaki	53
2.7	Konsep Model Keperawatan Dorothea Orem	55
2.7.1	Sejarah Dorothea Orem	55
2.7.2	Gambaran Model Teori Keperawatan Deficit Perawatan Diri (<i>Self Care Deficit Nursing Theory</i>)	56
2.7.3	Hubungan Antar Konsep Menggunakan Model Konsep Aplikasi Dorothea Orem	61
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS		
3.1	Kerangka Konsep	63
3.2	Hipotesis	64
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian	65
4.2	Kerangka Kerja Penelitian	66
4.3	Tempat Dan Waktu Penelitian	67
4.4	Populasi, Sample Dan Tehnik Sampling	67
4.4.1	Populasi Penelitian	67
4.4.2	Sample Penelitian	67
4.4.3	Besar Sample Penelitian	68
4.4.4	Tehnik Sampling	70
4.5	Identifikasi Variabel	71
4.5.1	Variabel Bebas	71
4.5.2	Variabel Terikat	71
4.6	Definisi Operasional	71
4.7	Pengumpulan, Pengolahan, Dan Analisa Data	72
4.7.1	Pengumpulan Data	72
4.7.2	Prosedur Pengumpulan Data	77
4.7.3	Pengolahan Data	78
4.7.4	Analisa Data	79
4.8	Etika Penelitian	80
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil Penelitian	82
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	82
5.1.2	Gambaran Umum Subyek Penelitian	83
5.1.3	Data Umum Hasil Penelitian	83
5.1.4	Data Khusus Hasil Penelitian	85

5.2	Pembahasan.....	87
5.2.1	Keyakinan Keluarga di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.....	87
5.2.2	Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya	92
5.2.3	Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya	94
5.3	Keterbatasan	97
BAB 6 PENUTUP		
6.1	Simpulan	99
6.2	Saran	99
6.2.1	Bagi Responden	99
6.2.2	Bagi Puskesmas.....	99
6.2.3	Bagi Penelitian Selanjutnya	99
DAFTAR PUSTAKA		100
LAMPIRAN		104

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional.....	72
Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126).....	83
Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126).....	84
Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126).....	84
Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pengalaman Melakukan Perawatan Kaki Diabetes Mellitus di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126).....	85
Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Keyakinan di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126).....	85
Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Resiko Perilaku Merusak Di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126).....	86
Tabel 5.7 Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.....	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Konsep <i>Self Efficacy</i>	24
Gambar 2.2	Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Tindakan	30
Gambar 2.3	Skema Perilaku	33
Gambar 2.4	Anatomi Pancreas	38
Gambar 2.5	Konsep <i>Self Care</i>	56
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya	63
Gambar 4.1	Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitte	104
Lampiran 2 Halaman Motto Dan Persembahan	105
Lampiran 3 Surat Pengambilan Data	106
Lampiran 4 Surat Keterangan Pengambilan Data	108
Lampiran 5 Ijin Penggunaan Kuesioner	110
Lampiran 6 Persetujuan Etik	111
Lampiran 7 Lembar Informasi Untuk Persetujuan Responden	112
Lampiran 8 Lembar Persetujuan Responden	113
Lampiran 9 Lembar Kuesioner	114
Lampiran 10 Hasil Uji SPSS	122
Lampiran 11 Dokumentasi	128
Lampiran 12 Jurnal Kuesioner	129

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes mellitus merupakan penyakit metabolik gangguan insulin yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (Rahmawati, 2016). Penderita diabetes memiliki resiko tinggi terjadinya luka atau ulkus karena salah satu yang dirasakan penderita diabetes yaitu keterbatasan rentang gerak sehingga menimbulkan resiko terjadi ulkus lebih tinggi (Kale and Akoit, 2015). Penelitian (Sihombing, 2012) responden dalam penelitiannya sudah melakukan perawatan kaki dengan baik. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Kamaru Zaman NH, Mohd Shah NS, 2018) menunjukkan bahwa, praktik perawatan kaki yang buruk disebabkan kurangnya pengetahuan tentang perawatan kaki diabetes yang benar. Sementara itu hasil penelitian dari (Windani *et al.*, 2016) bahwa perawatan kaki oleh keluarga terhadap pasien diabetes rendah, dikarenakan kurangnya keyakinan keluarga dalam merawat kaki pasien diabetes. Adanya suatu keyakinan keluarga dalam melakukan perawatan kaki secara benar sehingga akan mempengaruhi individu dalam menumbuhkan suatu keyakinan dirinya dalam melakukan perawatan kaki yang benar. Adanya keyakinan dalam diri keluarga maka akan mempengaruhi individu dalam menumbuhkan suatu keyakinan dalam dirinya dalam melakukan perawatan kaki diabetes secara benar.

Penderita diabetes di dunia sepanjang 2017 dari data yang diperoleh sebanyak 425 juta jiwa yang didominasi 327 juta jiwa penderita diabetes pada usia 20-64 tahun dan 98 juta jiwa pada usia 65-79 tahun dan diprediksi pada tahun 2045 mengalami kenaikan sebanyak 48% atau 629 juta jiwa menurut

Internasional of Diabetic Ferderation (IDF, 2017). Indonesia merupakan Negara dengan urutan ke-7 dalam 10 besar dengan penderita diabetes sejumlah 10 juta jiwa sampai tahun 2015 (IDF, 2015). Wilayah Jawa Timur pada rumah sakit tipe A didominasi penyakit diabetes mellitus sebanyak 49.785 kasus pada urutan ke-2 setelah hipertensi (Dinkes Jatim, 2014) dan menurut hasil (Riskesdas, 2018) sebanyak 8,5% penderita diabetes didominasi usia ≥ 15 tahun. Sementara itu menurut (Riskesdas, 2013) Jawa Timur menyandang 2,1% penderita diabetes yang sudah terdiagnosa dan 2,5% masih dengan gejala diabetes. Dinas kesehatan kota Surabaya mencatat bahwa penderita diabetes terbanyak wilayah Surabaya Selatan sepanjang 2018 diperoleh hasil Puskesmas Siwalankerto 1.140, Puskesmas Kebonsari 3.360, dan Puskesmas Wonokromo 2.785 penderita (Dinkes, 2019). Penelitian yang dilakukan oleh (Kale and Akoit, 2015) mendapatkan hasil bahwa presentase terjadi ulkus diantaranya 6,7 % untuk resiko tinggi, resiko sedang 23,3 %, dan 70 % resiko rendah. Data penelitian (Kamaru Zaman NH, Mohd Shah NS, 2018) menunjukkan bahwa 52,7% dari total pasien perawatan kaki yang buruk adalah perempuan dan 35,4% adalah laki-laki. Sedangkan hanya 14% penderita diabetes yang memiliki kemampuan baik dalam perawatan kaki, 54% memiliki kemampuan yang memuaskan, dan 32% memiliki kemampuan *foot care* yang buruk serta 24 dari 41 pasien diabetes yang berusia lebih dari 60 tahun dengan presentase 58,5% dengan praktik praktik perawatan kaki yang buruk (Kamaru Zaman NH, Mohd Shah NS, 2018). Hasil studi pendahuluan di 2 Puskesmas (Kebonsari dan Wonokromo) mendapatkan hasil dari total responden 12 orang yang dipilih oleh peneliti, bahwa 3 responden memiliki keyakinan tinggi, 8 responden memiliki keyakinan sedang, dan 1

responden yang memiliki keyakinan rendah dalam perilaku perawatan kaki pada kuesioner FCCS. Sementara itu untuk kuesioner FCBS atau perilaku perawatan kaki berbasis *self efficacy* dari total 12 responden mendapatkan hasil 5 responden memiliki *self efficacy* perilaku perawatan kaki yang tinggi, dan 7 responden memiliki *self efficacy* perilaku perawatan kaki yang rendah. Hasil studi pendahuluan memberikan gambaran bahwa responden yang memiliki penderita diabetes mellitus sebagian besar memiliki perilaku yang buruk seperti tidak memakai sandal didalam dan diluar ruangan, mencuci kaki tidak menggunakan sabun hanya menyiramnya dengan air, jarang mengeringkan kaki setelah mencuci kaki, dan kurangnya keyakinan keluarga dalam membantu merawat kaki anggota keluarganya yang menderita diabetes.

Diabetes mellitus merupakan penyakit yang tidak dapat sembuh akan tetapi dapat dikontrol untuk mencegah peningkatan gula darah. Usaha yang dapat dilakukan untuk menghindari peningkatan gula darah, penderita harus menerapkan lima prinsip pengendalian diabetes antara lain edukasi, diet, latihan fisik, terapi obat, dan pengaturan gula darah serta mencegah komplikasi (PERKENI, 2011). Sebagai bagian untuk menjalankan itu semua dibutuhkan suatu keyakinan dari dalam diri individu untuk melakukan pengontrolan gula darah dan mencegah terjadinya ulkus. Keyakinan sangat diperlukan untuk melaksanakan tindakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dimana individu memiliki keyakinan untuk menghadapi segala tantangan yang akan datang dan memiliki strategi seberapa besar usaha yang akan dilakukan dalam mencapai tujuan tersebut. Dampak positif apabila seseorang memiliki keyakinan atau *efficacy* diri yang tinggi maka secara otomatis kualitas hidup individu tersebut

akan semakin tinggi. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian dari (Ratnawati, 2016) yang menyebutkan bahwa semakin tinggi keyakinan atau *self efficacy* yang dimiliki pasien diabetes maka semakin tinggi kualitas hidup pasien diabetes tipe 2. Sementara itu dari hasil penelitian dari (Ariani, 2011) bahwa seseorang yang mendapatkan motivasi yang baik maka dapat lebih menunjukkan edikasi diri yang baik dibanding seseorang dengan motivasi yang kurang, maka dari itu diharapkan dengan memberikan motivasi ke keluarga pasien diharapkan dapat meningkatkan keyakinannya dalam melakukan perawatan kaki berbasis *self efficacy*.

Terdapat berbagai cara untuk mencegah terjadinya ulkus pada penderita diabetes. Perawatan kaki yang baik dapat mencegah terjadinya komplikasi kaki diabetes dini dan perawatan kaki yang dimaksud yaitu memeriksa kaki setiap hari apakah bengkak dan ada perubahan warna, memeriksa alas kaki, mencuci kaki setiap hari menggunakan sabun dan air hangat, mengeringkan kaki dengan hati-hati, dan mengunting kuku secara rutin (Sihombing, 2012). Sementara itu hasil penelitian dari (Kamaru Zaman NH, Mohd Shah NS, 2018) menjelaskan bahwa dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara yang benar perawatan kaki diyakini akan mencegah terjadinya ulkus diabetik. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kale and Akoit, 2015) pentingnya pemberian edukasi kesehatan tentang perawatan kaki untuk mencegah ulkus serta melakukan deteksi dini risiko luka kaki diabetik dengan menggunakan *diabetic screen foot* untuk menentukan resiko terjadinya luka kaki diabetik bagi penderita diabetes. Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti ingin meneliti tentang hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi keyakinan keluarga di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.
2. Mengidentifikasi perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.
3. Mengidentifikasi hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah tentang hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki berbasis *self efficacy* dan diharapkan mendapatkan pengetahuan yang lebih tentang keyakinan keluarga terhadap perilaku perawatan kaki diabetes mellitus pada keluarga yang memiliki penderita diabetes.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti dalam menerapkan perawatan kaki yang benar kepada responden atau masyarakat yang membutuhkan.

2. Bagi Responden

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat serta menambah pengetahuan bagi responden khususnya keluarga yang memiliki penderita diabetes mellitus dalam melakukan perawatan kaki secara benar.

3. Bagi Lahan Penelitian

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana dalam memberikan edukasi kepada keluarga yang memiliki penderita diabetes dalam melakukan perawatan kaki.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan bagi institusi pendidikan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana informasi dalam pembelajaran serta penatalaksanaan perawatan kaki.

5. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam penatalaksanaan program kesehatan di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

6. Bagi Penelitian Selanjutnya

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan gambaran atau informasi untuk mengembangkan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan hubungan edukasi dengan perawatan kaki pada keluarga yang memiliki penderita diabetes.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi: 1) Konsep Keluarga, 2) Konsep *Self Efficacy*, 3) Konsep Perilaku, 4) Konsep Diabetes Mellitus, 5) Konsep Resiko Luka Ulkus, 6) Konsep Perawatan Kaki, 7) Konsep Model Keperawatan Dorothea Orem.

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain (Harmoko, 2016).

Menurut (Harmoko, 2016) keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan.

Hal tersebut sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh (Izati, 2017) keluarga merupakan unit terkecil yang berupa dua atau lebih individu yang terdiri dari kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disatu atap yang tergabung karena adanya ikatan darah, perkawinan, atau adopsi.

Berdasarkan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekumpulan individu lebih dari satu yang tinggal dalam satu atap yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan dan adopsi yang masing-masing anggota keluarga saling berinteraksi, berbagi pengalaman dan melakukan pendekatan secara emosional.

2.1.2 Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan social, macam tipe keluarga berkembang mengikutinya. Agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan, maka perawat perlu memahami dan mengetahui berbagai jenis tipe keluarga tradisional (Harmoko, 2016), antara lain :

1. *Nuclear family*. Keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi legal dalam ikatan perkawinan, satu/keduanya dapat bekerja diluar rumah (Harmoko, 2016). Sedangkan menurut (Izati, 2017) keluarga inti adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri, anak-anak, baik karena kelahiran (natural) maupun adopsi.
2. *Extended family*. Keluarga inti ditambah dengan sanak saudara misalnya kakek, nenek, keponakan, saudara, sepupu, paman, bibi, dan sebagainya (Harmoko, 2016).
3. *Single parent*. Suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak (kandung/angkat) dan kondisi tersebut bisa disebabkan oleh kematian atau perceraian (Harmoko, 2016). Sedangkan menurut (Izati, 2017) keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan atau berpisah.
4. *Single adult* (dewasa lajang yang tinggal sendiri). Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri atas kerabat, jaringan ini dapat

terdiri atas teman-teman seperti mereka yang sama-sama tinggal dirumah pensiun, rumah jompo, atau hidup bertetangga (Izati, 2017).

5. Keluarga lanjut usia. Keluarga yang terdiri dari suami istri yang sama-sama sudah lanjut usia (Harmoko, 2016).

2.1.3 Fungsi Keluarga

(Harmoko, 2016) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, yaitu :

1. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikologis. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia dan gembira. Anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, perasaan yang dimiliki, perasaan yang berarti, dan merupakan sumber kasih sayang. Dukungan yang semua dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dalam keluarga. Fungsi afektif merupakan sumber energy yang menentukan kebahagiaan keluarga (Harmoko, 2016).

2. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, dimana individu secara kontinu mengubah perilaku mereka sebagai respons terhadap situasi yang terpola secara social yang mereka alami. Keluarga merupakan tempat individu melakukan sosialisasi. Setiap tahap perkembangan keluarga dan individu (anggota keluarga) dicapai melalui interaksi atau hubungan yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, serta perilaku melalui hubungan dan interaksi dalam keluarga, sehingga individu mampu berperan dimasyarakat (Harmoko, 2016). Keluarga sebagai guru,

menanamkan kepercayaan, nilai, sikap dan mekanisme koping, memberikan feedback dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah (Izati, 2017).

3. Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia (Harmoko, 2016).

4. Fungsi Ekonomi

Fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, dan papan (Izati, 2017). Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan, perawat bertanggung jawab untuk mencari sumber-sumber dimasyarakat yang dapat digunakan oleh keluarga dalam meningkatkan status kesehatan (Harmoko, 2016).

5. Fungsi Perawatan Keluarga atau Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarganya yang sakit (Harmoko, 2016). Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua atau yang bertanggung jawab dalam keluarga yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga (Izati, 2017).

2.1.4 Struktur Keluarga

1. Struktur Komunikasi

Komunikasi dalam keluarga dikatakan berfungsi apabila dilakukan secara jujur, terbuka, melibatkan emosi, konflik selesai, dan ada hirarki kekuatan. Komunikasi keluarga bagi pengirim yakin mengemukakan pesan secara jelas dan

berkualitas, serta meminta dan menerima umpan balik. Penerima pesan mendengarkan pesan, memberikan umpan balik, dan valid (Harmoko, 2016).

2. Struktur Peran

Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan social yang diberikan (Harmoko, 2016). Peran merupakan perilaku yang dikaitkan dengan seseorang yang memegang sebuah posisi tertentu, posisi mengidentifikasi status atau tempat seseorang dalam suatu system social (Izati, 2017).

3. Struktur Kekuatan

Struktur kekuatan adalah kemampuan dari individu untuk mengontrol, memengaruhi, atau mengubah perilaku orang lain. Hak (*legitimate power*), ditiru (*referent power*), keahlian (*exper power*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*) (Harmoko, 2016).

4. Struktur Nilai dan Norma

Nilai keluarga adalah suatu system ide, perilaku dan keyakinan tentang nilai suatu hal atau konsep yang secara sadar maupun tidak sadar mengikat anggota keluarga dalam budaya sehari-hari atau kebudayaan umum (Izati, 2017). Sedangkan norma merupakan pola perilaku yang diterima dilingkungan social tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga (Harmoko, 2016).

2.1.5 Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut (Harmoko, 2016) tugas pokok keluarga dalam kesehatan keluarga, antara lain :

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan, keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya (Harmoko, 2016).

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan sebuah tindakan. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi. Jika keluarga memiliki keterbatasan dalam pengambilan keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain dilingkungan tempat tinggalnya (Harmoko, 2016).

3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Ketika memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mengetahui keadaan penyakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, keberadaan fasilitas yang dibutuhkan untuk perawatan, sumber-sumber, yang ada dalam keluarga (keuangan, atau financial, fasilitas fisik, psikososial) dan bagaimana sikap keluarga terhadap yang sakit (Izati, 2017).

4. Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Keluarga mampu memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan keluarga mengetahui sumber dan manfaat pemeliharaan lingkungan serta bagaimana upaya pencegahan terhadap penyakit (Izati, 2017).

5. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Apabila mengalami gangguan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga kesehatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya, sehingga keluarga dapat bebas dari segala macam penyakit (Harmoko, 2016).

2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Berikut tahap perkembangan keluarga pada setiap perkembangan menurut (Harmoko, 2016), yaitu :

1. Tahap I (Pasangan baru/ *beginning family*)

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu, yaitu suami istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing, secara psikologis keluarga tersebut memiliki keluarga baru. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya (Harmoko, 2016).

2. Tahap II (Keluarga dengan kelahiran anak pertama/ *child bearing family*)

Mulai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai berusia 30 bulan. Tugas perkembangan tahap ini adalah membentuk keluarga muda sebagai suatu unit yang stabil (menggabungkan bayi yang baru kedalam keluarga), memperbaiki hubungan setelah terjadinya konflik mengenai tugas perkembangan

dan kebutuhan berbagai keluarga, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Izati, 2017).

3. Tahap III (Keluarga dengan anak prasekolah/ *families with preschool*)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan dan minat dari anak prasekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat bergantung pada orang tua. Orang tua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak tahap ini dapat tercapai (Harmoko, 2016).

4. Tahap IV (Keluarga dengan anak usia sekolah/ *families with children*)

Tahap ini dimulai ketika anak pertama memasuki sekolah dalam waktu penuh, biasanya pada usia 5 tahun dan diakhiri ketika ia mencapai pubertas sekitar usia 13 tahun. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimal dan hubungan keluarga pada tahap ini juga maksimal. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mensosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi, mempertahankan hubungan pernikahan yang memuaskan (Izati, 2017).

5. Tahap V (Keluarga dengan anak remaja/ *families with teenagers*)

Tahap ini dimulai saat anak pertama berusia 13 tahun dan berakhir pada usia 19-20 tahun, pada saat anak pertama meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuannya keluarga adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa (Harmoko, 2016). Tugas perkembangan pada tahap ini adalah menyeimbangkan

kebebasan dengan tanggung jawab seiring dengan kematangan remaja dan semakin meningkatnya kebebasan (Izati, 2017).

6. Tahap VI (Keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan/ *launching center families*)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah. Tujuan utama tahap ini adalah mengorganisasikan kembali keluarga untuk tetap berperan dalam melepas anaknya untuk hidup sendiri (Harmoko, 2016). Tugas perkembangan disini adalah keluarga membantu anak tertua untuk terjun ke dunia luar, orang tua juga terlibat dengan anak kecilnya, yaitu membantu mereka untuk menjadi mandiri (Izati, 2017).

7. Tahap VII (Keluarga usia pertengahan/ *middle age families*)

Tahap ini dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Beberapa pasangan pada fase ini akan dirasakan sulit karena masalah usia lanjut, perpisahan dengan anak, dan perasaan gagal sebagai orang tua (Harmoko, 2016). Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah wanita memprogramkan kembali energy mereka dan bersiap-siap untuk hidup dalam kesepian dan sebagai pendorong anak mereka yang sedang berkembang untuk lebih mandiri (Izati, 2017).

8. Tahap VIII (Keluarga usia lanjut)

Tahap akhir siklus kehidupan keluarga dimulai dengan pension salah satu atau kedua pasangan, berlanjut sampai salah satu kehilangan pasangan dan berakhir dengan kematian. Tugas perkembangan keluarga tahap ini adalah mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan. Kembali ke rumah

setelah individu pension/ berhenti bekerja dengan menjadi problematika (Izati, 2017).

2.1.7 Tanggung Jawab Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga

Perawat yang melakukan pelayanan keperawatan dirumah mempunyai beberapa tanggung jawab menurut (Harmoko, 2016), sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan secara langsung

Pelayanan keperawatan meliputi; pengkajian fisik, menunjukkan pemberian tindakan secara terampil, dan memberikan intervensi. Adanya kerja sama dengan klien, keluarga, dan perawat sebagai pemberi perawatan utama dikeluarga pada tahap perencanaan sangat penting. Hal ini sangat bermanfaat untuk menjaga berkesinambungan perawatan selama perawat tidak berada dirumah. Perawatan yang dilakukan dirumah menjadi tanggung jawab keluarga. Oleh karena itu pendidikan kesehatan menjadi intervensi utama dalam perawatan dirumah (Harmoko, 2016).

2. Dokumentasi

Pendokumentasian yang dilakukan selama perawatan dirumah sangat penting untuk melihat kemajuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya (Harmoko, 2016).

3. Koordinasi antar pelayanan dan manajemen kasus

Perawat bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan para professional lain dalam memberikan pelayanan kepada keluarga. Focus peran perawat yang menjadi manager kasus adalah kemampuan untuk mengkaji kebutuhan, menentukan prioritas kebutuhan, mengidentifikasi cara memenuhi kebutuhan, dan mengimplementasikan rencana yang telah disusun (Harmoko, 2016).

4. Menentukan frekuensi dan lama perawatan

Frekuensi kunjungan adalah kekerapan kunjungan yang dilakukan selama periode waktu tertentu, sedangkan lama perawatan adalah lamanya perawatan yang dilakukan dirumah (Harmoko, 2016).

5. Advokasi

Peran perawat sebagai penasehat berhubungan dengan masalah pembayaran yang terkait dengan pelayanan yang diberikan (Harmoko, 2016).

2.2 Konsep *Self Efficacy*

2.2.1 Pengertian *Self Efficacy*

Self Efficacy merupakan suatu keyakinan orang tersebut akan kemampuan mereka dengan tujuan memperoleh hasil yang lebih dalam satu peristiwa yang mempengaruhi kehidupan mereka. Keyakinan diri menentukan bagaimana orang tersebut merasa, berpikir, memotivasi diri dalam berperilaku menurut (Ramachaudran, 1998).

Keyakinan *self efficacy* dimulai sejak usia dini sebagai menghadapi berbagai pengalaman, tugas dan situasi. Bahkan ketika dewasa *self efficacy* terus berkembang sebagai individu dengan keterampilan baru, pengalaman dan pemahaman (Morrison, 2013).

Hal tersebut sejalan dengan pendapat yang di kemukakan oleh (Putri, 2011) bahwa *self efficacy* merupakan suatu penilaian dari individu terhadap dirinya sendiri atau tingkat keyakinan seberapa besar kemampuannya dalam melakukan suatu tugas tertentu guna mencapai hasil yang di rencanakan atau di targetkan (Putri, 2011).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *self efficacy* adalah suatu keyakinan individu terhadap kemampuan yang dimiliki untuk melaksanakan tindakan guna mencapai tujuan yang diinginkan dimana individu memiliki keyakinan untuk menghadapi segala tantangan yang akan datang dan memiliki strategi seberapa besar usaha yang akan dilakukan dalam mencapai tujuan tersebut.

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Tinggi atau rendahnya *self efficacy* pada individu berbeda antara satu dengan yang lain (Putri, 2011). Hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa factor. Beberapa faktor *self efficacy* (Putri, 2011) , antara lain:

1. Jenis kelamin

Terdapat perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam hal perkembangan kemampuan dan kompetensi. Seringkali laki-laki lebih sering membanggakan dirinya sedangkan perempuan lebih meremehkan kemampuan mereka. Hal tersebut berasal dari anggapan orang tua. Orang tua menganggap bahwa perempuan kalah dalam hal akademik dari pada laki-laki. Semakin lama anak perempuan mendapatkan perlakuan dari orang tua perbedaan gender ini, maka semakin rendah penilaian terhadap dirinya pada perempuan. Fakta dilapangan di rumah sakit banyak wanita yang memiliki *self efficacy* tinggi dari pada laki-laki dan sebaliknya (Putri, 2011). Hasil penelitian (Ariani, 2011) pada pasien kanker menyimpulkan bahwa efikasi diri pasien dipengaruhi komponen kecemasan, usia pasien, kondisi fisik, dan jenis kelamin. Berdasarkan penelitian tersebut, laki-laki memiliki efikasi diri yang lebih tinggi dari pada perempuan (Ariani, 2011).

2. Usia

Usia mempengaruhi tingkat kepercayaan setiap individu. Individu yang lebih tua cenderung memiliki pengalaman yang lebih banyak dari pada individu yang masih muda karena masih sedikit pengalaman yang didapat dan peristiwa-peristiwa dalam hidupnya. Sehingga individu yang lebih tua mampu menghadapi rintangan dan menyelesaikan dalam hidupnya, hal tersebut berhubungan dengan pengalaman yang dimiliki setiap individu sepanjang kehidupannya (Putri, 2011). Usia 45-65 tahun disebut usia keberhasilan yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki efikasi diri yang baik (Ariani, 2011).

3. Tingkat pendidikan

Self efficacy dapat terbentuk melalui proses belajar yang diterima individu baik dari formal atau informal. Individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi maka akan mempunyai self efficacy yang tinggi, karena mereka mendapatkan pendidikan formal lebih banyak, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang tinggi mereka mendapatkan kesempatan yang lebih lama untuk belajar mengatasi persoalan-persoalan dalam hidupnya (Putri, 2011). Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki *efficacy* diri dan perilaku perawatan yang baik (Ariani, 2011).

4. Pengalaman

Self efficacy terbentuk melalui proses belajar individu pada suatu organisasi. *Self efficacy* merupakan sebagai bentuk proses dan pembelajaran dalam situasi kehidupannya. Semakin lama individu mengikuti suatu organisasi semakin tinggi pula *self efficacy* yang di miliki individu atau bahkan cenderung

menurun. Hal tersebut juga sangat bergantung kepada bagaimana individu dalam menghadapi kegagalan dan keberhasilan yang dialaminya selama menjalankan organisasi (Putri, 2011).

2.2.3 Dimensi *Self Efficacy*

Menurut (Putri, 2011) ada tiga dimensi self efficacy, antara lain:

1. *Level*

Level berkaitan erat dengan tingkat kesulitan. Setiap individu memiliki tingkat keyakinan yang berbeda. Mayoritas individu hanya mampu dan terbatas pada beberapa tugas baik itu sederhana, menengah maupun sulit. Persepsi setiap individu berbeda dalam memandang tingkat kesulitan suatu tugas atau suatu hal. Individu yang menganggap tugas tersebut berat sedangkan orang lain mungkin tidak merasa demikian (Putri, 2011). dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih sesuai harapan akan keberhasilan (Ariani, 2011).

2. *Generality*

Generality berkaitan dengan seberapa luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan (Ariani, 2011). *Generality* merupakan perasaan kemampuan dari individu untuk menunjukkan pada beberapa konteks yang berbeda baik itu melalui tingkah laku, kognitif, dan afektif. *Generality* dapat menunjukkan suatu individu yakin akan kemampuannya dalam menghadapi berbagai tugas atau melakukan aktivitasnya dalam situasi tertentu hingga dalam suatu rangkaian situasi yang sulit dan bervariasi (Putri, 2011).

3. *Strength*

Dimensi ini berfokus pada kekuatan dan keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya (Ariani, 2011). Hal tersebut berhubungan dengan

ketahanan individu dalam mengerjakan tugas yang dilakukan. Pada individu yang memiliki ketahanan dan kemantapan yang kuat maka akan terus bertahan dalam usahanya meskipun banyak mengalami kesulitan dan tantangan. Pengalaman juga mempengaruhi *self efficacy* yang diyakini individu. Pengalaman yang lemah akan melemahkan juga keyakinan individu dan sebaliknya pengalaman yang kuat mereka akan tangguh dalam usaha untuk menyampaikan kesulitan yang dihadapi (Putri, 2011).

2.2.4 Sumber *Self Efficacy*

Menurut (Putri, 2011) ada beberapa sumber yang mempengaruhi *self efficacy*, yaitu:

1. *Enactive mastery experience* (Pengalaman langsung dan pencapaian prestasi)

Dari pengalaman masa lalu merupakan bukti apakah individu tersebut sudah maksimal dalam mengarahkan seluruh kemampuannya untuk meraih keberhasilan. Umpan balik yang positif terhadap hasil kerja individu akan membuat kepercayaan diri meningkat secara otomatis. Kegagalan di berbagai pengalaman kehidupan dapat diatasi dengan upaya tertentu dapat membuat persepsi *self efficacy* akan lebih baik dan akan membuat individu mampu mengatasi rintangan yang lebih sulit nantinya (Putri, 2011). Seseorang yang memiliki pengalaman sukses lebih menginginkan hasil yang lebih cepat dan mudah gagal. Beberapa kesulitan dan kegagalan sangat diperlukan untuk mengajarkan manusia bahwa kesuksesan membutuhkan usaha, dan keyakinan akan sukses yang mendorong untuk bangkit dan akan berusaha mewujudkan kesuksesan (Ariani, 2011).

2. *Vicarious experience* (Pengalaman orang lain)

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain untuk mendapatkan seperti orang lain tersebut (Ariani, 2011). Cara meningkatkan *self efficacy* dari pengalaman keberhasilan yang telah ditunjukkan orang lain. Ketika individu melihat orang lain dengan kemampuan sama berhasil dengan tekun dalam suatu bidang yang dijalankan, maka individu tersebut akan merasa dirinya mampu berhasil juga dengan usaha yang sama. Sebaliknya *self efficacy* akan turun ketika orang lain yang diamati gagal meskipun sudah berusaha dengan keras secara otomatis individu akan ragu untuk berhasil dalam bidang tersebut menurut (Putri, 2011).

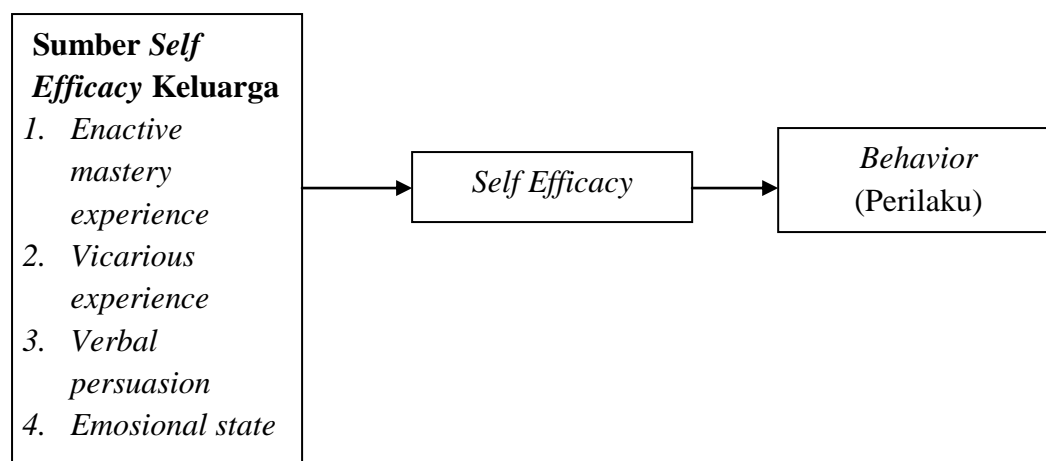
3. *Verbal persuasion* (Persuasi Verbal)

Persuasi verbal berpengaruh terhadap seseorang berperilaku dan bertindak, dengan persuasi verbal seseorang mendapat sugesti bahwa mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi (Ariani, 2011). *Verbal* digunakan untuk membujuk individu bahwa mereka memiliki kemampuan untuk melakukan suatu hal yang ingin dicapai. Individu yang mendapat persuasi secara verbal maka akan memiliki keinginan untuk menyelesaikan tugas yang diberikan dengan usaha yang lebih dari pada orang yang tidak mendapat persuasi secara verbal bahwa dirinya mampu melakukan dibidang tersebut (Putri, 2011).

4. *Emosional state* (Kondisi emosional)

Dalam kondisi penuh tekanan umumnya seseorang akan menunjukkan perilaku susah, sakit, lemah, takut, muak, dan seterusnya. Persepsi akan hal ini akan mengubah *self efficacy* seseorang tersebut. Keputusan *self efficacy* pribadi seseorang dipengaruhi oleh perasaan dibanding penggerakan yang sebenarnya

(Mukhid, 2009). Sebagai contoh kelemahan, nyeri dan ketidaknyamanan sebagai salah satu hambatan fisik yang dapat mempengaruhi *self efficacy* serta kondisi emosional juga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan terkait *self efficacy* dirinya (Ariani, 2011).



Gambar 2.1. Konsep *Self Efficacy* (Sumber: mengadopsi dari teori Bandura (1994, dalam Ramachaudran, 1998)

2.2.5 Karakteristik Individu yang Memiliki *Self efficacy* Tinggi dan *Self Efficacy* Rendah

Karakteristik individu yang memiliki *self efficacy* tinggi yaitu ketika individu merasa mampu mengatasi peristiwa secara efektif serta situasi yang dihadapi, tekun dalam menyelesaikan tugas-tugas yang ada, selalu percaya diri terhadap kemampuan dirinya, memandang situasi yang sulit sebagai tantangan bukan sebagai ancaman, merancang sendiri tujuan yang menantang dan meningkatkan komitmen yang kuat terhadap diri sendiri, meningkatkan usaha yang kuat untuk melakukan segala hal dan meningkatkan usaha untuk menghadapi kegagalan, berfikir untuk menyusun strategi dalam menghadapi kesulitan, cepat memulihkan rasa mampu setelah mengalami kegagalan, dan

mampu menghadapi *stressor* dengan keyakinan mereka mampu mengontrolnya (Putri, 2011).

Karakteristik individu yang memiliki *self efficacy* rendah yaitu cepat merasa tidak berdaya, cepat sedih, apatis, cemas, menjauhkan diri dari tugas-tugas sulit, cepat sekali menyerah saat menghadapi rintangan, aspirasi rendah dan komitmen yang lemah terhadap tujuan yang ingin dicapai, mendapatkan situasi sulit cenderung memikirkan kekurangan mereka, merasa berat terhadap tugas yang sulit, serta lambat lambat untuk memulihkan dan membangkitkan perasaan mampu setelah mengalami kegagalan (Putri, 2011).

2.2.6 Proses *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1994, dalam Ramachaudran, 1998) efikasi terbentuk melalui empat proses (kognitif, motivasi, afektif, dan seleksi) yang berlangsung sepanjang hidup.

1. Proses Kognitif

Efikasi diri mempengaruhi pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang (Ariani, 2011). Proses kognitif merupakan proses berfikir, didalamnya terdapat pemerolehan, pengorganisasian, dan penggunaan informasi. Individu yang memiliki *self efficacy* tinggi cenderung memiliki banyangan tentang kesuksesan. Sebaliknya individu yang memiliki *self efficacy* rendah lebih banyak membayangkan kegagalan dan segala hal yang dapat menghambat kesuksesan (Putri, 2011).

2. Proses Motivasi

Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri didasari atas perilaku kognitif. Selain itu tujuan atau harapan yang diinginkan juga menjadi motivasi individu

tersebut. Disamping itu kemampuan individu untuk mempengaruhi dirinya sendiri dengan mengevaluasi pribadinya menjadi sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya (Ariani, 2011). Individu memberi motivasi terhadap dirinya sendiri melalui tahap pemikirannya sebelumnya. Kepercayaan terhadap kemampuan diri dapat mempengaruhi motivasi, yaitu menentukan tujuan yang telah ditentukan individu, seberapa besar usaha yang dilakukan, dan seberapa tahan mereka dalam menghadapi kesulitan-kesulitan dalam menghadapi kegagalan (Putri, 2011).

3. Proses Afektif

Proses afektif merupakan proses pengaturan kondisi emosi dan reaksi emosional (Putri, 2011). Keyakinan akan dirinya akan mempengaruhi tingkat stress pada seseorang yang dapat diatasi, seseorang yang percaya bahwa dirinya dapat mengendalikan ancaman atau masalah maka dia tidak akan mengalami gangguan pola pikir dan sebaliknya individu yang percaya bahwa dia tidak dapat mengatasi ancaman atau masalah maka akan mengalami kecemasan yang tinggi. Keyakinan diri untuk mengontrol proses berpikir merupakan kunci dalam mengatur pikiran akibat stress dan depresi (Ariani, 2011).

4. Proses Seleksi

Kemampuan individu untuk memilih aktivitas dan suatu kejadian juga mempengaruhi efek dari suatu kejadian. Individu cenderung menghindari aktivitas situasi diluar batas kemampuan mereka. Bila individu merasa yakin akan kemampuan mereka maka mereka cenderung tidak menghindari situasi tersebut. Dengan adanya pilihan yang dibuat, maka individu dapat meningkatkan kemampuan, minat, dan hubungan social mereka (Putri, 2011).

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Pengertian Perilaku

Sisi biologis perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup yang bersangkutan seperti berjalan, berbicara, menangis, tertawa, membaca, dan sebagainya (Siregar, 2017). Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan (Kurniawan, 2011). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) dan sebaliknya jika perilaku itu sendiri tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran yang tinggi maka akan tidak berlangsung lama (Kurniawan, 2011). Menurut (Lawrence W. Green, 1984) mengatakan bahwa dengan adanya promosi kesehatan sebagai pendekatan terhadap factor perilaku kesehatan, maka kegiatannya terlepas dari factor-faktor yang menentukan perilaku tersebut.

2.3.2 Domain Perilaku

Menurut (Notoatmojo., 2012) domain perilaku dibagi menjadi tiga, yaitu:

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera pengelihatn, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melaluia indera mata dan telinga (Notoatmojo., 2012). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010). Secara garis besar dibagi menjadi 6 tingkat pengetahuan (Simbolon, 2009), yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya (Simbolon, 2009). Termasuk pengetahuan dalam tingkat ini yaitu mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah (Notoatmojo., 2012). Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertanyaan misalnya: apa tanda-tanda anak yang kurang gizi, apa saja yang menjadi penyebab penyakit TBC, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dipelajari, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar (Simbolon, 2009). Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang telah dipelajari (Notoatmojo., 2012). Misalnya orang yang memahami cara pemberantasan penyakit demam berdarah, bukan hanya dapat menyebutkan 3M, tetapi juga harus dapat menjelaskan mengapa harus menutup, menguras, tempat-tempat penampungan air tersebut (Notoatmodjo, 2010).

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi dapat diartikan sebagai orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang

diketahui tersebut pada situasi yang lain (Notoatmodjo, 2010). Sedangkan menurut (Simbolon, 2009) merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi yang sebenarnya. Misalnya dapat menggunakan rumus statistic dalam perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip siklus pemecahan masalah didalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan (Notoatmojo., 2012).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain (Simbolon, 2009). Misalnya dapat membedakan antara nyamuk *Aedes Aegypti* dengan nyamuk biasa, dapat membuat diagram (*flow chart*) siklus hidup cacing kremi, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

e. Sintesis (*synthesis*)

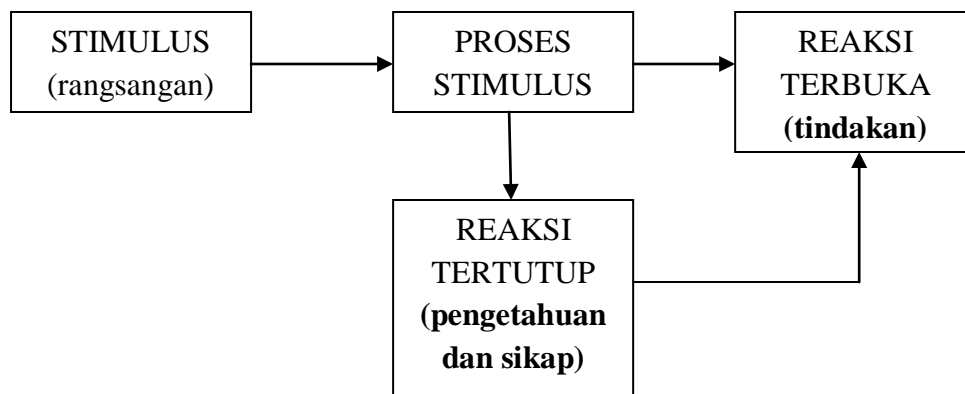
Sintesis merujuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang dimiliki (Simbolon, 2009). Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada (Notoatmodjo, 2010). Misalnya dapat menyusun, merencanakan, dan meringkas, menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada (Notoatmojo., 2012).

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku dimasyarakat (Simbolon, 2009). Misalnya dapat membandingkan antara anak yang cukup gizi dengan anak yang kurang gizi, dapat menanggapi terjadinya diare disuatu tempat, dapat menafsirkan sebab mengapa ibu-ibu tidak mau ikut KB dan sebagainya (Notoatmojo., 2012).

2. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan factor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya) (Febrianti, 2017). Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya (Notoatmojo., 2012), sebagai berikut:



Gambar 2.2. Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Tindakan
(Sumber: Notoatmodjo, 2010)

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek) (Febrianti, 2017). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian orang itu terhadap ceramah-ceramah tentang gizi (Notoatmojo., 2012).

b. Menanggapi (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap (Febrianti, 2017). Misalnya seorang ibu yang mengikuti penyuluhan *ante natal* tersebut ditanya atau diminta menanggapi oleh penyuluh, kemudian dia menjawab dan menanggapi (Notoatmodjo, 2010).

c. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon (Febrianti, 2017). Misalnya seorang ibu mengajak ibu lain untuk pergi menimbangkan anaknya ke posyandu atau mendiskusikan tentang gizi, adalah suatu bukti bahwa si ibu tersebut telah mempunyai sikap positif terhadap gizi anak (Notoatmojo., 2012).

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Febrianti, 2017). Misalnya ibu yang mengikuti penyuluhan *ante natal care*, dia harus berani mengorbankan waktunya, atau kehilangan penghasilannya, atau

di omeli mertuanya karena meninggalkan rumah, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

3. Tindakan atau Praktik (*Practice*)

Seperti yang sudah dijelaskan diatas bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana (Notoatmodjo, 2010). Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan berdasarkan kualitasnya (Notoatmojo., 2012), yaitu:

a. Praktik terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh merupakan indikator praktik tingkat pertama (Febrianti, 2017). Misalnya seorang ibu memeriksakan kehamilannya tetapi masih menunggu diingatkan oleh bidan atau tetangganya adalah masih disebut praktik atau tindakan terpimpin (Notoatmodjo, 2010).

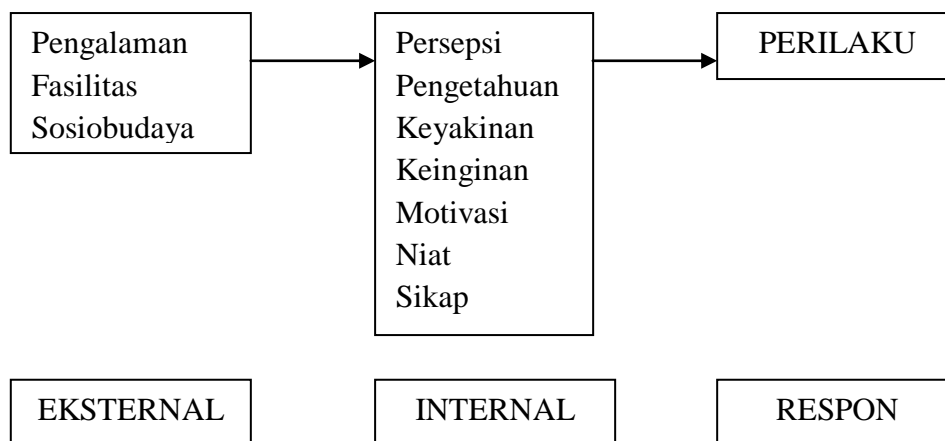
b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis maka disebut praktik atau tindakan mekanis (Febrianti, 2017). Misalnya seorang ibu yang sudah mengimunitasikan bayinya pada umur-umur tertentu tanpa menunggu pemerintah atau ajakan orang lain (Notoatmodjo, 2010).

c. Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa

mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Febrianti, 2017). Misalnya menggosok gigi, bukan sekedar gosok gigi melainkan dengan tehnik-tehnik yang benar (Notoatmodjo, 2010).



Gambar 2.3. Skema Perilaku (Sumber: Notoatmodjo, 2010)

2.3.3 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Menurut (Kurniawan, 2011) klasifikasi perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu:

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*) merupakan suatu usaha untuk memelihara kesehatan guna mencegah sakit (Kurniawan, 2011). Perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek yaitu perilaku pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit bila sakit, dan pemulihan kesehatan apabila sudah sembuh dari penyakit dan yang terakhir perilaku gizi atau makanan dan minuman (Simbolon, 2009).
2. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan atau perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) (Simbolon, 2009). Perilaku ini upaya individu pada saat menderita

penyakit. Perilaku ini dimulai dari mengobati diri sendiri sampai mencari bantuan pengobatan (Kurniawan, 2011).

3. Perilaku kesehatan lingkungan yaitu bagaimana individu merespon lingkungan, baik fisik maupun social budaya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya (Simbolon, 2009). Dengan perkataan lain, bagaimana seseorang mengelolah lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakat (Kurniawan, 2011).

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut (Lawrence W. Green, 1984) perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor Pendorong (*predisposing factors*)

Faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, tradisi, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya. Contohnya seorang ibu mau membawa anaknya ke posyandu, karena tahu bahwa di posyandu akan dilakukan penimbangan anak untuk mengetahui pertumbuhannya. Tanpa adanya pengetahuan-pengetahuan ini ibu tersebut mungkin tidak akan membawa anaknya ke posyandu (Lawrence W. Green, 1984).

2. Faktor Pemungkin (*enabling factors*)

Factor yang memfasilitasi perilaku atau tindakan, yang dimaksud dengan factor pemungkin adalah sarana dan prasarana untuk terjadinya perilaku kesehatan. Contohnya Puskesmas, posyandu, rumah sakit, tempat pembuangan air, tempat pembuangan sampah, tempat olah raga, makanan bergizi, uang dan

sebagainya. Contoh lagi misalnya sebuah keluarga yang sudah tahu masalah kesehatan, mengupayakan keluarganya untuk menggunakan air bersih, buang air di WC, makan makanan bergizi, dan sebagainya. Tetapi apakah keluarga tersebut tidak mampu untuk mengadakan fasilitas itu semua, maka dengan terpaksa buang air besar di kali atau kebun menggunakan air kali untuk keperluan sehari-hari (Lawrence W. Green, 1984).

3. Faktor Penguat (*reinforcing factors*)

Factor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Terkadang meskipun orang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Contohnya seorang ibu hamil tahu manfaat periksa hamil dan didekat rumahnya ada polindes, dekat dengan bidan, tetapi ia tidak mau melakukan periksa hamil karena ibu lurah dan ibu tokoh lain tidak pernah periksa hamil namun anaknya tetap sehat. Hal ini berarti bahwa untuk berperilaku sehat memerlukan contoh dari para tokoh masyarakat (Lawrence W. Green, 1984).

2.3.5 Pengertian Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama (Notoatmojo, 2012). Selain itu menurut Stimulus Organisme (SOR) penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas stimulus yang berkomunikasi dengan organism artinya kualitas dari sumber komunikasi misalnya gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok, atau seseorang (Notoatmodjo, 2010).

2.3.6 Bentuk Perubahan Perilaku

Menurut (Notoatmodjo, 2010) menyebutkan bahwa bentuk perubahan perilaku dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

1. Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perubahan manusia selalu berubah sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Misalnya ibu Ani apabila sakit kepala atau pusing membuat ramuan daun-daunan yang ada di kebunnya. Tetapi karena perubahan kebutuhan hidup, maka daun-daunan untuk obat tersebut diganti dengan tanaman-tanaman untuk bahan makanan, maka ketika bu Ani sakit, tidak berpikir panjang lebar lagi bu Ani minum jamu buatan pabrik yang dapat dibeli di warung (Notoatmodjo, 2010).

2. Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi memang direncanakan sendiri oleh subjek. Misalnya pak Dyo perokok berat. Karena pada suatu saat ia terserang batuk yang sangat mengganggu, maka ia memutuskan untuk mengurangi rokok sedikit demi sedikit, dan akhirnya ia berhenti merokok sama sekali (Notoatmodjo, 2010).

3. Kesiediaan untuk Berubah (*Readiness to Change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program pembangunan di masyarakat maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat menerima perubahan tersebut dan sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima perubahan tersebut, hal ini disebabkan seriap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2010).

2.3.7 Strategi Perubahan Perilaku

Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga (Notoatmodjo, 2010), yaitu :

1. Menggunakan Kekuatan (*Enforcement*)

Perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga mau melakukan atau berperilaku seperti yang diharapkan. Cara ini ditempuh menggunakan cara-cara kekuatan baik fisik atau psikis, misalnya dengan cara mengintimidasi atau ancaman agar masyarakat atau orang mematuhi dan cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat akan tetapi perubahan perilaku yang terjadi tersebut belum tentu berlangsung lama karena tidak didasari kesadaran sendiri (Notoatmodjo, 2010)

2. Menggunakan Kekuatan Peraturan Atau Hukum (*Regulation*)

Perubahan perilaku masyarakat melalui peraturan, perundangan, atau peraturan tertulis artinya masyarakat diharapkan berperilaku, diatur melalui peraturan atau undang-undang secara tertulis. Misalnya keluarga-keluarga yang istrinya tidak memeriksakan kehamilannya maka tidak akan diberikan surat keterangan lahir bagi bayi yang dilahirkan (Notoatmodjo, 2010).

3. Pendidikan (*Education*)

Perubahan perilaku kesehatan melalui pendidikan kesehatan ini diawali dengan cara pemberian informasi kesehatan. Selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2010).

2.4 Konsep Diabetes Mellitus

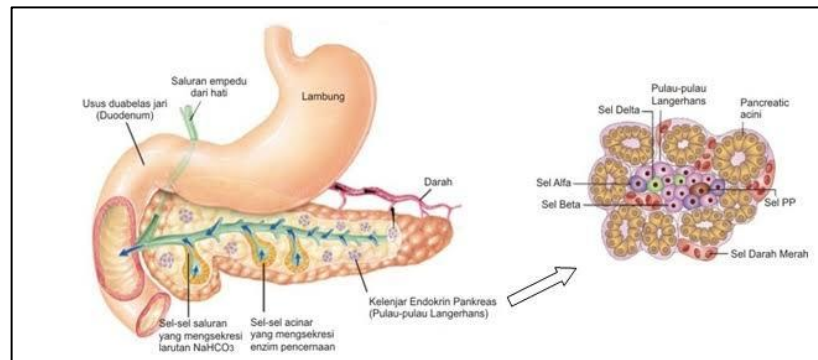
2.4.1 Pengertian Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus adalah suatu penyakit kronis yang membutuhkan perawatan medis dengan strategi mengurangi faktor multifaktoral luar kendali glikemik (ADA, 2015). Penyakit diabetes yang tidak terkontrol dapat terjadi

kerusakan pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal dan saraf. Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus merupakan penyakit metabolik gangguan insulin yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah (Rahmawati, 2016).

2.4.2 Anatomi dan Fisiologi

Anatomi Pankreas



Gambar 2.4. Anatomi Pankreas (Sumber: Triana, 2016)

1. Pengertian pancreas

Pankreas adalah suatu organ berupa kelenjar terletak dalam bagian abdomen bagian atas, didepan vertebrate lumbalis I dan II, dengan panjang sekitar 12,5 cm dan tebal $\pm 2,5$ cm. Pankreas terbentang dari atas sampai ke lengkungan besar dari perut dan biasanya dihubungkan oleh dua saluran duodenum atau usus 12 jari (Marsewa, 2017).

Menurut (Triana, 2016), bagian-bagian pancreas yaitu:

a. Kepala pancreas

Bagian paling lebar, terletak disebelah kanan rongga abdomen dan didalam lekukan duodenum dan yang praktis melingkarinya.

b. Badan pancreas

Bagian utama pada organ itu dan letaknya dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.

c. Ekor pancreas

Merupakan bagian yang runcing disebelah kiri dan yang sebenarnya menyentu limpa

(Triana, 2016).

Pancreas mendapat darah dari arteri lienalis dan arteri mesenterika superior. Duktus pankreatikus bersatu dengan duktus koledokus dan masuk ke duodenum, pancreas menghasilkan dua kelenjar yaitu kelenjar endokrin dan kelenjar eksokrin. Pancreas menghasilkan kelenjar endokrin bagian dari kelompok sel yang membentuk pulau-pulau Langerhans. Pulau-pulau Langerhans berbentuk oval terbesar diseluruh pankreas. Dalam tubuh manusia terdapat 12 juta pulau-pulau Langerhans yang dibedakan dan pewarnaan, setengah dari sel ini menyekresi hormone insulin (Syarifuddin, 2011).

Dalam tubuh manusia normal Langerhans menghasilkan empat jenis sel (Syarifuddin, 2011), antara lain:

- a. Sel-sel A (alfa) sekitar 20-40% memproduksi glukosa menjadi factor hiperglikemik, mempunyai anti-insulin aktif.
- b. Sel-sel B (beta) fungsinya membuat insulin. Insulin menurunkan kadar gula darah dengan beberapa cara insulin mempercepat transportasi glukosa dari darah ke dalam sel. Insulin juga mempercepat perubahan glukosa menjadi glikogen, menurunkan glycogenolysis dan gluconeogenesis, menstimulus glukosa atau zat gizi lainnya ke dalam

asam lemak, dan membantu menstimulus sintesis protein (Marsewa, 2017).

- c. Sel-sel D 5-15% membuat somatostatin.
- d. Sel-sel F 1% mengandung dan menyekresi pankreatik polipeptida.

2. Pengaturan sekresi insulin

Pengaturan sekresi insulin seperti sekresi glucagon yaitu langsung ditentukan oleh kadar gula dalam darah dan berdasarkan dari mekanisme umpan balik. Bagaimana pun hormone lainnya secara langsung tidak dapat mempengaruhi produksi insulin (Triana, 2016).

Fisiologi Pankreas

Pancreas merupakan kelenjar eksokrin (pencernaan) sekaligus kelenjar endokrin (Triana, 2016).

1. Fungsi endokrin

Sel pancreas yang memproduksi hormone disebut pulau Langerhans, yaitu terdiri dari sel alfa yang memproduksi glucagon dan sel beta yang memproduksi insulin (Marsewa, 2017).

2. Glucagon

Efek glucagon secara keseluruhan adalah meningkatkan kadar glukosa darah dan membuat semua jenis makanan dapat digunakan untuk proses energy. Glucagon merangsang hati untuk mengubah glikogen menurunkan glukosa (glikogenolisis) dan meningkatkan penggunaan lemak dan asam amino untuk produksi energi. Proses glukoneogenesis merupakan perubahan kelebihan asam amino menjadi karbohidrat sederhana yang dapat memasuki reaksi pada respirasi sel. Sekresi glucagon dirangsang oleh hipoglikemia. Hal ini dapat terjadi pada

keadaan lapar atau selama stress fisiologis misalnya akibat olahraga (Triana, 2016).

3. Insulin

Insulin merupakan protein kecil terdiri dari dua mata rantai asam amino, satu sama lainnya harus dihubungkan oleh ikatan disulfida. Sebelum dapat berfungsi, ia harus berikatan dengan protein reseptor yang besar dalam membrane sel. Sekresi insulin ditentukan oleh kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah yang berlebihan akan merangsang sekresi insulin dan bila kadar glukosa normal atau rendah maka sekresi insulin akan berkurang (Syarifuddin, 2011).

Kekurangan insulin dapat menyebabkan kelainan yang dikenal dengan diabetes mellitus yang mengakibatkan glukosa tertahan diluar sel (cairan ekstraseluler), mengakibatkan sel jaringan mengalami kekurangan glikosa/ energy dan akan merangsang glikogenolisis disel hati dan jaringan. Glukosa akan dilepaskan kedalam cairan ekstrasel sehingga terjadi hiperglikemia. Apabila mencapai nilai tertentu sebagian tidak diabsorpsi ginjal, dikeluarkan melalui urin sehingga terjadi glukosuria dan poliuria (Triana, 2016).

Konsentrasi glukosa darah mempunyai efek yang berlawanan dengan sekresi glucagon. Penurunan glukosa darah meningkatkan sekresi glukosa yang rendah. Pancreas menyekresi glucagon dalam jumlah yang besar. Asam amino dari protein meningkatkan sekresi insulin dan menurunkan glukosa darah. Pada orang normal, konsentrasi glukosa darah diatur sangat sempit 90 mg/ 100 ml. Orang yang berpuasa setiap pagi sebelum makan 120-140 mg/100ml, setelah makan akan meningkat, setelah 2 jam akan kembali ke tingkat normal. Sebagian jaringan dapat menggeser kepenggunaan lemak dan protein untuk energy bila

tidak terdapat glukosa. Glukosa merupakan satu-satunya zat gizi yang dibutuhkan otak, retina, dan epitel periginativum (Triana, 2016).

Menurut (Syarifuddin, 2011) fungsi insulin, yaitu:

- a. Insulin meningkatkan transport glukosa ke dalam sel/ jaringan tubuh kecuali otak, tubulus ginjal, mukosa usus halus, dan sel darah merah. Masuknya glukosa adalah suatu proses difusi, karena perbedaan konsentrasi glukosa bebas antara luar sel dan dalam sel.
- b. Meningkatkan asam amino ke dalam sel.
- c. Meningkatkan sintesis protein di otak dan hati.
- d. Menghambat kerja hormone yang sensitive terhadap lipase, meningkatkan sintesis lipida.
- e. Meningkatkan pengambilan kalsium dari cairan sekresi.

Menurut (Syarifuddin, 2011), efek insulin yaitu:

Efek insulin pada metabolisme karbohidrat, glukosa yang diabsorpsi dalam efek darah menyebabkan sekresi insulin lebih cepat, meningkatkan penyimpanan dan menggunakan glukosa dalam hati, dan meningkatkan metabolisme glukosa dalam otot. Penyimpanan glukosa dalam otot meningkatkan transport glukosa melalui membran sel otot.

Efek insulin pada metabolisme lemak dalam jangka panjang. Kekurangan insulin menyebabkan arteriosklerosis, serangan jantung, strok, dan penyakit vascular lainnya. Kelebihan insulin menyebabkan sintesis dan penyimpanan lemak, meningkatkan transport glukosa ke dalam sel hati, kelebihan ion sitrat, dan isositrat. Penyimpanan lemak dalam sel adipose menghambat kerja lipase yang sensitive hormon dan meningkatkan transport ke dalam sel lemak.

Efek insulin pada metabolisme protein. Transport aktif banyak asam amino ke dalam sel, membentuk protein baru meningkatkan translasi messenger RNA, meningkatkan kecepatan transkripsi DNA (Syaifuddin, 2011)

2.4.3 Klasifikasi Diabetes Mellitus

Menurut (ADA, 2015) diabetes mellitus dibagi menjadi empat jenis, yaitu:

1. Diabetes mellitus tipe 1 merupakan diabetes yang disebabkan oleh kerusakan sel- β dan menyebabkan kerusakan insulin absolute (ADA, 2015).
2. Diabetes mellitus tipe 2 merupakan diabetes yang disebabkan kerusakan progredif sekretorik insulin akibat resistensi insulin (ADA, 2015).
3. Diabetes mellitus gestasional merupakan diabetes yang terdiagnosa pada kehamilan trimester 2 dan 3 dan belum menjadi penyakit diabetes secara pasti (ADA, 2015).
4. Diabetes mellitus tertentu karena penyebab lain, misalnya dari defek genetic pada fungsi sel- β , defek genetic kerja insulin, penyakit eks kronis pancreas, serta disebabkan oleh obat dan bahan kimia contohnya setelah transplantasi organ (ADA, 2015).

2.4.4 Faktor Risiko Diabetes Mellitus

Faktor risiko terjadinya diabetes mellitus terbagi menjadi tiga (Ratnawati, 2016), yaitu:

1. Riwayat keluarga

Diabetes mellitus dapat menurun melalui silsilah keluarga yang mengidap diabetes, karena kelainan genetic tidak yang mengakibatkan tubuhnya tidak menghasilkan insulin dengan baik (Wahyuni, 2010). Individu yang memiliki

keluarga dengan diabetes memiliki peluang menderita diabetes sebesar 15% jika salah satu dari orang tuanya menderita diabetes. Apabila kedua orang tua memiliki penyakit diabetes maka berpotensi menderita diabetes sebesar 75%. Risiko mendapatkan diabetes dari ibu lebih besar dari pada ayah sebesar 10-30%. Jika memiliki saudara kandung yang menderita diabetes maka beresiko sebesar 105 dan 90% jika yang menderita adalah saudara kembar identik (Wati, 2015).

2. Usia

Semakin usia bertambah maka peningkatan resiko terjadinya diabetes akan semakin tinggi terutama usia diatas 45 tahun. Hal ini karena pada usia tersebut terjadi intoleransi glukosa dan adanya penurunan kemampuan sel β dalam memproduksi insulin karena adanya proses penuaan (Ratnawati, 2016). Dibandingkan dengan usia muda, usia lanjut mengalami peningkatan produksi insulin glukosa dari hati, cenderung mengalami resisten insulin, dan gangguan sekresi insulin akibat penuaan (Wahyuni, 2010).

3. Obesitas

Individu dengan obesitas memiliki resiko 95% kali untuk menderita diabetes mellitus dibandingkan individu yang tidak mengalami obesitas (Oroh, 2018). Menurut (WHO, 2016) obesitas di tandani dengan *body mass index* (BMI) $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Adanya pengaruh BMI terhadap diabetes mellitus karena kurangnya aktivitas fisik serta tingginya konsumsi karbohidrat, protein dan lemak yang merupakan faktor resiko terjadinya diabetes. Hal tersebut mengakibatkan meningkatnya asam lemak. Peningkatan asam lemak dan menyebabkan terjadinya resisten insulin pada jaringan otot (Rahmawati, 2016).

2.4.5 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Menurut (Izati, 2017) patofisiologi pada diabetes mellitus terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Diabetes tipe 1

Pada diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan dalam memproduksi insulin karena sel-sel β pada pancreas telah dihancurkan oleh autoimun. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun sudah berada dalam darah dan akan menimbulkan hiperglikemi proprandial (sesudah makan). Karena tingginya kadar glukosa dalam darah sehingga ginjal tidak dapat menyerap kembali glukosa yang sudah tersaring, sehingga glukosa akan keluar dalam urin (glikosuria). Ketika glukosa yang berlebih akan dieksresi kedalam urine, hal tersebut membutuhkan banyak cairan untuk mendorong pengeluaran glukosa bersama dengan urine dan keadaan tersebut dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kebutuhan cairan berlebih maka pasien akan mengalami peningkatan rasa haus (polidipsis) dan peningkatan berkemih atau poliuria (Izati, 2017). Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang mengakibatkan pasien akan mengalami penurunan berat badan. Akibat dari penurunan simpanan kalori, pasien akan mengalami peningkatan selera makan. Diet dan latihan fisik serta pemantauan glukosa yang sering juga komponen terapi yang penting serta dalam melakukan setiap aktivitas fisik harus selalu berhati-hati karena salah dalam melakukannya akan menimbulkan luka terutama daerah kaki yang berlanjut akan menjadi ulkus (Izati, 2017).

2. Diabetes tipe 2

Mekanisme dalam diabetes tipe 2 disebabkan karena resistensi insulin dan gangguan insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khususnya pada permukaan sel. Sebagai akibat dari terikatnya reseptor dengan insulin, terjadi satu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe 2 disertai penurunan reaksi intrasel, maka insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulus pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah maka harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Izati, 2017).

2.4.6 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus

Tanda gejala diabetes berbeda tergantung pada tingkat hiperglikemia pasien. Tanda gejala klasik dari semua jenis diabetes mellitus yaitu poliuria (frekuensi kencing meningkat), polidipsia (banyak minum) berhubungan dengan kehilangan cairan akibat deuresis osmotik, dan polifagia (rasa lapar yang berlebih) akibat dari keadaan metabolik disebabkan karena defisiensi insulin dan pemecahan protein dan lemak (Rahmawati, 2016). Sedangkan gejala diabetes mellitus yang muncul secara perlahan-lahan sampai menjadi gangguan yang jelas yaitu penurunan berat badan, kelelahan yang berkepanjangan, gangguan penglihatan, luka yang lama sembuh (Wahyuni, 2010).

2.4.7 Komplikasi Diabetes Mellitus

Menurut (Ratnawati, 2016) komplikasi diabetes mellitus terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Komplikasi akut

Menurut (PERKENI, 2011) tiga komplikasi yang berhubungan dengan ketidakseimbangan gula darah jangka pendek yaitu, ketoasidosis diabetik, status hiperglikemik hiperosmolar, dan hipoglikemia.

2. Komplikasi kronik

Komplikasi kronik merupakan komplikasi jangka panjang dari diabetes yang akan mempengaruhi semua system tubuh. Kategori umum komplikasi yaitu komplikasi miovaskular, makrovaskular, dan komplikasi neuropati. Komplikasi mikrovaskular terjadi pada pembuluh darah kecil terutama kapiler. Komplikasi makrovaskular terjadi akibat aterosklerosis dari pembuluh darah besar, terutama arteri akibat timbunan plak (Ratnawati, 2016).

2.4.8 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes. Prinsip utama penatalaksanaan diabetes secara umum ada lima sesuai dengan (PERKENI, 2011), yaitu:

1. Edukasi

Diabetes mellitus umumnya terjadi karena pola gaya hidup dan perilaku yang telah terbentuk dengan kokoh. Keberhasilan dalam mengelola diabetes mandiri membutuhkan partisipasi aktif penderita, keluarga dan masyarakat. Untuk mencapai keberhasilan perilaku pada individu, diperlukan edukasi yang komprehensif pengembangan ketrampilan dan motivasi. Edukasi secara individual dan pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil. Perubahan perilaku yang terjadi hampir sama

dengan proses edukasi yang memerlukan penilaian, perencanaan, implementasi, dokumentasi, dan evaluasi (Febty, 2014).

2. Diet

Diet diabetes sangat dianjurkan untuk mempertahankan kestabilan glukosa dalam darah mendekati normal. Standar yang dianjurkan makanan dengan komposisi seimbang dalam hal karbohidrat, protein, lemak, sesuai dengan cukupan gizi baik menurut (Febty, 2014), yaitu:

- a. Karbohidrat : 60-70% total asupan energy
- b. Protein : 10-20% total asupan energy
- c. Lemak : 20-25% kebutuhan kalori

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, dan umur, stress akut, dan kegiatan jasmani untuk mencapai dan mempertahankan berat badan ideal (Febty, 2014).

3. Exercise (latihan fisik/olahraga)

Dianjurkan latihan fisik secara teratur (3-4 kali dalam seminggu) selama kurang lebih 30 menit (Febty, 2014). Kegiatan sehari-hari seperti berjalan ke pasar, menggunakan tangga, serta kegiatan berkebun juga harus tetap dilakukan. Selain menjaga kebugaran tubuh, latihan fisik dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin sehingga akan memperbaiki kendali glukosa dalam darah. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kebugaran jasmani. Untuk mereka yang relative sehat, intensitas latihan jasmani dapat ditingkatkan sementara yang sudah mendapatkan komplikasi diabetes dapat mengurangi aktivitas jasmani yang terlalu berat. Pada intinya hindarkan diri dari kebiasaan kurang gerak dan bermalas-malasan (PERKENI, 2011).

Latihan fisik pada penderita diabetes sangat dianjurkan untuk mengendalikan berat badan, kadar gula darah, tekanan darah dan memicu produksi insulin dan membuat kerjanya mejadi lebih efektif. Kecuali pada pasien diabetes yang tidak terkontrol maka akan meningkatkan kadar gula darah (Febty, 2014).

4. Terapi obat

Terapi *obat hipoglikemik oral* (OHO) atau dengan injeksi insulin dapat membantu pemaiakan gula dalam tubuh penderita diabetes. Pengobatan diabetes secara menyeluruh mencakup diet yang benar, olah raga yang teratur, dan obat-obatan yang dikonsumsi atau disuntikkan pada kondisi tertentu. Jika pasien telah mengatur pola makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik (Febty, 2014).

5. Pengaturan kadar gula dan mencegah komplikasi

Gula merupakan bentuk karbohidrat yang paling sederhana yang diabsorbsi ke dalam darah melalui sistem pencernaan. Kadar gula dalam darah sangat penting dipertahankan pada kadar yang stabil, sekitar 70-120 mg/dL untuk mempertahankan fungsi otak dan suplay jaringan secara optimal (Febty, 2014).

Penderita diabetes rentan terjadi komplikasi berupa luka atau borok yang sukar sakali untuk sembuh. Seringnya mereka mendapati luka yang sukar sembuh pada daerah kaki, dimana untuk itu perawatan kaki yang teratur sangat diperlukan (Febty, 2014), antara lain:

- a. Jaga kelembapan kulit dengan menggunakan lotion yang tidak menimbulkan alergi.

- b. Potong kuku secara teratur dan ratakan ujung kuku dengan menggunakan kikir, jangan pernah memotong ujung kuku terlalu dalam.
- c. Menggunakan alas kaki yang nyaman dan sesuai dengan bentuk serta ukuran kaki.
- d. Menggunakan bahan sepatu yang lembut dan sol yang tidak keras. Pakai sepatu tertutup jika hendak bepergian keluar rumah.
- e. Waspada jika terdapat luka sekecil apapun, segera obati dengan antiseptik.

(PERKENI, 2006)

Pemeriksaan kadar gula darah bertujuan untuk mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemi dan hiperglikemi sehingga dapat segera ditangani untuk menurunkan resiko komplikasi dari diabetes mellitus (Febty, 2014).

2.5 Konsep Resiko Luka Ulkus

2.5.1 Pengertian Luka Ulkus

Ulkus merupakan salah satu komplikasi kronis diabetes luka terbuka pada permukaan kulit disertai adanya kematian jaringan setempat. Ulkus diabetic dapat merusak lapisan kulit epidermis, dermis, dan subkutis bahkan bisa lebih dalam seperti otot dan tulang. Pasien dengan diabetes mellitus sangat berisiko terhadap luka ulkus dan merupakan jenis luka dengan proses penyembuhan yang lama. Untuk mengetahui tingkat keparahan ulkus harus segera dilakukan pemeriksaan dan deteksi dini untuk menghindari kerusakan jaringan lebih dalam dan lebih luas (Yunus, 2015).

Luka diabetes merupakan luka terbuka di permukaan kulit disebabkan adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusifiensi dan neuroparti, luka pada penderita tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi karena bakteri aerob maupun anaerob (Hastuti, 2008).

Ulkus kaki diabetes adalah kaki pada pasien penderita diabetes yang mengalami perubahan secara patologis akibat infeksi, ulserasi yang berhubungan dengan abnoemalitas neurologi atau komplikasi kronik diabetes pada ekstremitas bawah (Husniawati, 2015).

Berdasarkan beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa luka ulkus merupakan komplikasi kronis yang terjadi pada penderita diabetes mellitus pada permukaan jaringan ekstremitas bawah mengalami luka dengan penyembuhan yang lama dan dapat dicegah dengan melakukan perawatan kaki, aktivitas jasmani, dan memantau kadar glukosa dalam darah.

2.5.2 Etiologi Ulkus Diabetes Mellitus

Etiologi ulkus memiliki banya komponen meliputi deformitas kaki, gender laki-laki, kontrol gula darah yang buruk, hiperglikemia yang berkepanjangan dan kurangnya perawatan kaki (Yunus, 2015). Sementara itu di dalam penelitian yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ulkus Kaki Diabetes Mellitus Di Klinik Diabetes Mellitus Tahun 2015” mendapatkan hasil bahwa faktor terjadinya diabetes yaitu memiliki penyakit diabetes ≥ 10 tahun, perawatan kaki tidak teratur, dan penggunaan alas kaki yang tidak tepat (Husniawati, 2015).

2.5.3 Klasifikasi Ulkus Diabetes Mellitus

Menurut (Yunus, 2015) stadium ulkus diabetes mellitus dibagi menjadi tiga, yaitu:

1. *Superficial ulcer*
 - a. Stadium 0: tidak terdapat lesi, kulit dalam keadaan baik tapi dalam bentuk tulang kaki menonjol (Yunus, 2015).
Stadium 0: tidak ada luka terbuka, kulit utuh (Hastuti, 2008).
 - b. Stadium 1: hilangnya lapisan kulit hingga dermis dan kadang-kadang nampak luka menonjol (Yunus, 2015).
Stadium 1: ulkus superfisialis terbatas pada kulit (Hastuti, 2008).
2. *Deep Ulcer*
 - a. Stadium 2: lesi terbuka dengan penetrasi ke tulang atau tendon dengan goa (Yunus, 2015).
Stadium 2: ulkus lebih dalam sering dikaitkan dengan inflamasi jaringan (Hastuti, 2008).
 - b. Stadium 3: penetrasi hingga dalam, osteomilitis, atau infeksi hingga tendon (Yunus, 2015).
Stadium 3: ulkus dalam yang melibatkan tulang, sendi dan formasi abses (Hastuti, 2008).
3. *Gangrene*
 - a. Stadium 4: gangrene sebagian, menyebar hingga sebagian dari jari kaki, kulit sekitarnya selulitis, gangrene lembab/kering (Yunus, 2015).
Stadium 4: ulkus dengan kematian jaringan tubuh terlokalisir seperti pada ibu jari kaki, bagian depan kaki atau tumit (Hastuti, 2008).

- b. Stadium 5: seluruh kaki dalam kondisi nekrotik dan gangren (Yunus, 2015).

Stadium 5: ulkus dengan kematian jaringan tubuh pada seluruh kaki (Hastuti, 2008).

2.6 Konsep Perawatan Kaki

2.6.1 Pengertian Perawatan Kaki

Perawatan kaki adalah suatu kegiatan yang dilakukan individu baik dalam keadaan kadar gula darah normal atau tinggi yang dilakukan secara teratur menjaga kebersihan bagian kaki (Hidayat & Nurhayati, 2014). Perawatan kaki bersifat pencegahan mencakup mencuci kaki dengan benar, mengeringkan dan meminyakinya secara hati-hati. Inspeksi harus dilakukan setiap hari apakah terdapat gejala kemerahan, lepuh, kalus, atau ulserasi (Sihombing, Dhora dkk, 2012).

2.6.2 Penatalaksanaan Perawatan Kaki

Menurut (Diana, 2013) cara melakukan perawatan kaki sehari-hari, yaitu:

1. Bersihkan kaki setiap hari pada waktu mandi dengan air bersih dan sabun mandi. Bila perlu gosok kaki dengan sikat lembut atau batu apung. Keringkan kaki dengan handuk lembut dan bersih termasuk daerah sela-sela jari kaki, terutama sela jari ketiga-keempat dan keempat-kelima.
2. Berikan pelembap lotion (*body lotion*) pada daerah kaki yang kering agar kulit tidak menjadi retak. Jangan berikan pelembab pada sela-sela jari karena sela-sela jari akan menjadi lembab dan dapat menimbulkan pertumbuhan jamur.

3. Gunting kuku kaki lurus mengikuti bentuk normal jari kaki, tidak terlalu pendek atau terlalu dekat dengan kulit, kemudian kikir agar kuku tidak tajam. Bila penglihatan kurang baik, mintalah pertolongan orang lain untuk memotongkan dua hari sekali. Hindarkan terjadinya luka pada jaringan sekitar kuku. Bila kuku keras sulit dipotong, rendam kaki dengan air hangat (37°) selama sekitar 5 menit, bersihkan dengan sikat kuku, sabun dan air bersih. Bersihkan kuku setiap hari pada waktu mandi dan berikan krim pelembab kuku.
4. Pakai alas kaki sepatu atau sandal untuk melindungi kaki agar tidak terjadi luka, juga didalam rumah. Jangan gunakan sandal jepit karena dapat menyebabkan lecet disela jari pertama dan kedua.
5. Gunakan sepatu atau sandal yang baik sesuai dengan ukuran dan nyaman untuk dipakai, dengan ruang dalam sepatu yang cukup untuk jari-jari. Pakailah kaos kaki/stocking yang pas dan bersih terbuat dari bahan yang mengandung katun.
6. Periksa sepatu sebelum dipakai, apakah ada kerikil, benda-benda tajam seperti jarum dan duri. Lepas sepatu setiap 4-6 jam serta gerakkan pergelangan dan jari-jari kaki agar sirkulasi darah tetap baik terutama pada pemakaian sepatu baru. Bila menggunakan sepatu baru, lepaskan sepatu setiap 2 jam kemudian periksa keadaan kaki.
7. Bila ada luka kecil, obati luka dan tutup dengan pembalut bersih. Periksa apakah ada tanda-tanda radang.
8. Segera ke dokter bila kaki mengalami luka.
9. Periksa kaki ke dokter secara rutin.

2.7 Konsep Model Keperawatan Dorothea Orem

2.7.1 Sejarah Dorothea Orem

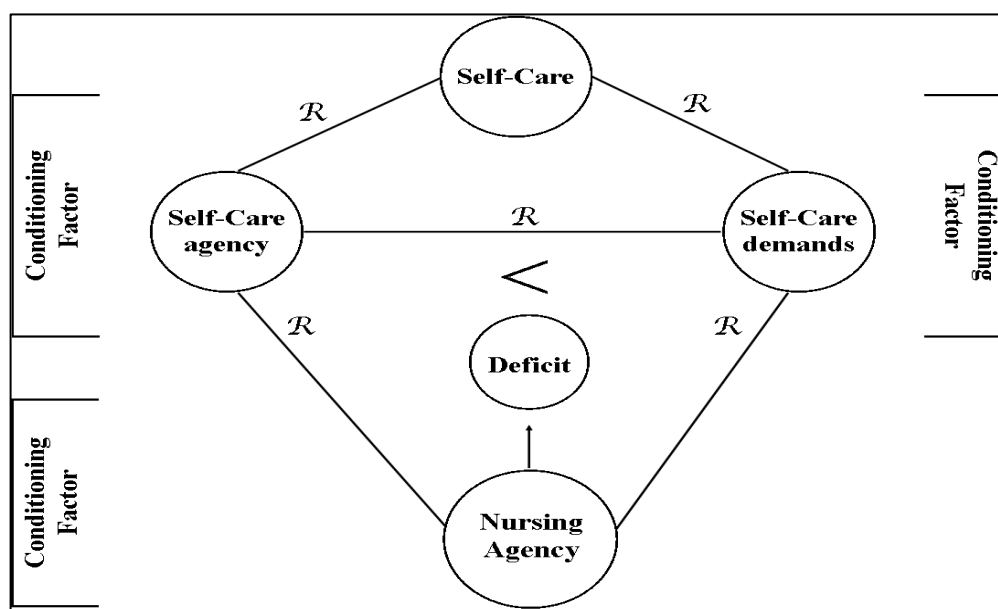
Dorothea Orem lahir di Baltimore, Maryland pada tahun 1914. Ia menerima ijazah keperawatan tahun 1934 dari Providence Hospital School of Nursing, Washington DC. Dorothea Orem menerima sarjana sains dalam pendidikan keperawatan pada tahun 1939 dan master ilmu dalam pendidikan keperawatan pada 1945 dari Catholic University of America, Washington DC. Dia memiliki latar belakang yang bervariasi dalam praktek klinis: OR, pediatric, dewasa med-Surg, tugas pribadi, dan ER pengawasan. Dia mengajar ilmu biologi, menjabat sebagai direktur pelayanan keperawatan dan direktur sekolah keperawatan di Providence Hospital, Detroit, Michigan. Pada tahun 1949, ia pergi ke Indiana State Dewan kesehatan, Divisi rumah sakit, dimana dia bekerja untuk membantu meningkatkan pelayanan keperawatan di rumah sakit umum di Indonesia (Ariyanti, 2012).

Sebagai bagian dari pekerjaan gelar master, Orem harus merumuskan definisi keperawatan. Selama 1958-1959, ia bekerja sebagai konsultan untuk Dinas Pendidikan, Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan di Washington dan berpartisipasi dalam sebuah proyek untuk meningkatkan pelatihan perawat praktis. Karya ini merangsang dia untuk mengidentifikasi kondisi atau keadaan dimana keputusan dibuat bahwa perawatan yang diperlukan. Jawabannya mencakup gagasan bahwa perawat adalah “lain diri”. Ide ini berkembang menjadi konsep keperawatan dari “self care” dan kemudian ke dalam Teori Devisit Keperawatan Self Care. Perawatan diri menyiratkan ketika mereka mampu, individu peduli untuk diri mereka sendiri. Ketika seseorang tidak mampu

merawat diri sendiri, maka perawat akan memberikan bantuan yang mereka butuhkan (Ariyanti, 2012).

Konsep ini pertama kali diterbitkan pada tahun 1959. Dia bekerja dengan anggota fakultas perawat lainnya dari Universitas Katolik Amerika untuk melanjutkan pekerjaan dan mengembangkan konsep ini lebih lanjut. Di 1971, Orem diterbitkan Keperawatan: Konsep Praktek. Sepanjang karirnya, dia adalah penerima banyak gelar kehormatan. Beberapa dokter derajat ilmu pengetahuan, penghargaan nasional, dan penghargaan Sigma Theta Tau Internasional. Dorothea Orem meninggal pada bulan juni 2007 (Ariyanti, 2012).

2.7.2 Gambaran Model Teori Keperawatan Defisit Perawatan Diri (*Self Care Deficit Nursing Theory*)



Gambar 2.5. Konsep *Self Care* (Sumber: (Nursalam, 2016))

Teori keperawatan deficit keperawatan diri (*self care deficit nursing theory*) yang dikeluarkan oleh Orem disusun berdasarkan tiga teori sentral yang saling berkaitan. Ketiga teori tersebut yakni teori perawatan diri (*theory self care*),

teori defisit perawatan diri (*self care deficit*), dan teori sistem keperawatan (*nursing system*) (Wati, 2015), yaitu :

1. Teori *Self Care* (Perawatan Diri)

Orem mendeskripsikan perawatan diri sebagai perilaku yang diperlukan secara pribadi dan berorientasi pada tujuan yang berfokus pada kapasitas individu itu sendiri untuk mengatur dirinya dan lingkungan dengan cara sedemikian rupa sehingga ia tetap bisa hidup, menikmati kesehatan dan kesejahteraan dan berkontribusi dalam perkembangan sendiri. *Self care agency* adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial, budaya, sistem perawatan kesehatan, sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber (Aini, 2018).

Teori keperawatan diri terdiri dari 3 konsep yaitu :

- a. **Perawatan diri (*self care*).** Maksudnya perawatan pribadi untuk keberadaan sehat yang bisa dilakukan secara mandiri setiap hari. Hal ini tergantung pada usia, jenis kelamin, keadaan kesehatan, lingkungan sosial dan budaya, keluarga. Perawatan diri dihasilkan dari hubungan antara persyaratan terapeutik dan efek perawatan diri. Jika seseorang mengalami dependen *self care*, maka ia bergantung pada orang lain untuk membantu memenuhinya.
- b. **Manajemen dan *self care*.** Kegiatan memulai perilaku *self care* pada individu. Pasien harus mengetahui alasan mengapa mereka melakukan

aktivitas tertentu. Mereka harus memutuskan bagaimana melakukan perawatan diri dan memilih urutan aktivitas.

- c. **Kebutuhan perawatan diri (*self care requisites*)**. Kebutuhan perawatan diri oleh Orem yaitu keperawatan diri universal, perkembangan dan deviasi kesehatan.

(Aini, 2018).

2. Teori Defisit Perawatan Diri (*Self Care Deficit*)

Teori *self care deficit* ini merupakan inti dari teori Orem karena menjelaskan kapan asuhan keperawatan dibutuhkan. Defisit perawatan diri muncul saat hubungan antara efek perawatan diri dan persyaratan/ kebutuhan terapeutik tidak memadai, mereka tidak seimbang dan kebutuhan pasien tidak terpenuhi. Perawatan diperlukan saat orang dewasa terbatas atau tidak mampu melakukan perawatan diri secara terus menerus, lancar dan efektif. Keperawatan dibutuhkan seseorang yang tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self efficacy* nya secara terus menerus. Keperawatan diberikan bila berkurang kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan *self efficacy* sesuai dengan *self care demandsnya*. *Self demands* merupakan perawatan terapeutik diri sendiri sehingga membutuhkan *nursing system* (Aini, 2018).

Orem mengidentifikasi lima metode untuk memberikan bantuan keperawatan (Aini, 2018), yaitu :

- a. Memberikan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan keperawatan.
- b. Memberikan arahan dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri.

- c. Memberikan dorongan secara fisik dan psikologi agar klien dapat mengembangkan potensinya agar klien dapat melakukan perawatan secara mandiri.
- d. Memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan pribadi klien untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatannya.
- e. Mengajarkan klien tentang prosedur aspek-aspek tindakan agar klien dapat melakukan perawatan dirinya secara mandiri.

3. Teori sistem keperawatan (*nursing system*)

Nursing system adalah kegiatan keperawatan yang dilakukan karena individu atau pasien mengalami deviasi perawatan diri. *Nursing system*, yang didesain oleh perawat berdasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan klien melakukan aktivitas *self care*nya. Bila ada *self care deviasi* yang berarti ada kesenjangan antara apa yang individu dapat dilakukan (*self care agency*) dan apa yang dilakukan supaya dapat berfungsi secara optimal (*self care demands*), sehingga keperawatan diperlukan (Aini, 2018).

Nursing agency adalah orang yang dididik dan dilatih sebagai perawat yang membolehkan mereka untuk melakukan kegiatan, mengetahui dan membantu individu untuk memenuhi *self care demands*nya melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*nya sendiri (Aini, 2018).

Orem mengidentifikasi 3 klasifikasi dari *nursing system* untuk memenuhi kebutuhan *self care* klien, antara lain :

- a. ***Wholly Compensatory System (WCS)***. WCS diperlukan oleh klien yang mampu untuk memenuhi kebutuhannya sendiri secara langsung

dan mengontrol pergerakan atau dalam pengobatan medis supaya tidak melakukan aktivitas. Perawat mengambil alih pemenuhan kebutuhan *self efficacy* nya secara menyeluruh pada klien. WSC diberikan pada klien dengan tingkat ketergantungan yang tinggi :

- 1) Tidak mampu melakukan berbagai aktivitas misalnya pada klien koma.
- 2) Dapat melakukan gerakan tetapi tidak boleh ada gerakan, misalnya pada klien fraktur.
- 3) Tidak mampu memberi alasan tindakan *self care* tapi mungkin dapat ambulasi dan melakukan *self efficacy* dengan pengawasan dan bimbingan, pada klien dengan retardasi mental.

b. *Partly Compensatory Nursing System*

Situasi dimana perawat dan klien bersama-sama melakukan asuhan keperawatan, *self care* atau ambulasi. Perawat mengambil alih beberapa aktivitas yang tidak dapat dilakukan oleh klien dalam pemenuhan kebutuhan *self care*nya, misalnya klien lansia dan stroke.

c. *Supportive-Educative System*

Klien mampu dan dapat belajar untuk melakukan *self care* yang dibutuhkan, tetapi memerlukan bantuan. Pada sistem ini klien melakukan semua kebutuhan *self care*nya. Klien membutuhkan bantuan untuk pembuatan keputusan, mengendalikan perilakunya dan mendapatkan pengetahuan dan ketrampilan. Peran perawat adalah meningkatkan *self efficacy* dari klien misalnya klien dengan diabetes mellitus diajarkan untuk menyuntik sendiri dan lain-lain.(Aini, 2018).

2.7.3 Hubungan Antar Konsep Menggunakan Model Konsep Aplikasi Dorothea Orem

Menurut (Sheila *et al.*, 2017) bahwa *self care* berkaitan dengan perawatan kaki diabetes, kaitan tersebut diantaranya: 1) manusia harus memiliki kesadaran diri dan bertanggung jawab terhadap perawatan dirinya sendiri dan orang lain didalam memberikan perawatan dalam keluarga, 2) manusia merupakan individu-individu yang berbeda, 3) keperawatan adalah bentuk suatu tindakan dimana terjadi interkasi antara dua atau lebih manusia, 4) keberhasilan pemenuhan kebutuhan *self care* secara menyeluruh merupakan komponen utama dalam perawatan primer dan mencega penyakit, 5) pengetahuan individu tentang masalah kesehatan sangat penting untuk mendukung perilaku *self care*, 6) *self care* dan perawatan mandiri merupakan perilaku yang dipelajari dalam konteks *social cultural*.

Self care sendiri memiliki kaitan dengan *sel efficacy* dimana jika individu yang memiliki *self efficacy* yang baik akan memiliki kemampuan *self care* yang baik pula salah satunya dalam kemampuan perawatan kaki oleh keluarga. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Sheila *et al.*, 2017) bahwa terdapat korelasi positif antara *self efficacy* dengan *self care* diabetes militus, dimana semakin rendah *self efficacy* yang dimiliki individu maka akan semakin rendah pula *self care* yang dimilikinya dalam melakukan perawatan kaki pasien diabetes militus, dan sebaliknya. Ketika *self care* rendah maka akan mempengaruhi resiko terjadi ulkus.

Ulkus adalah Luka diabetes merupakan luka terbuka di permukaan kulit disebabkan adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler

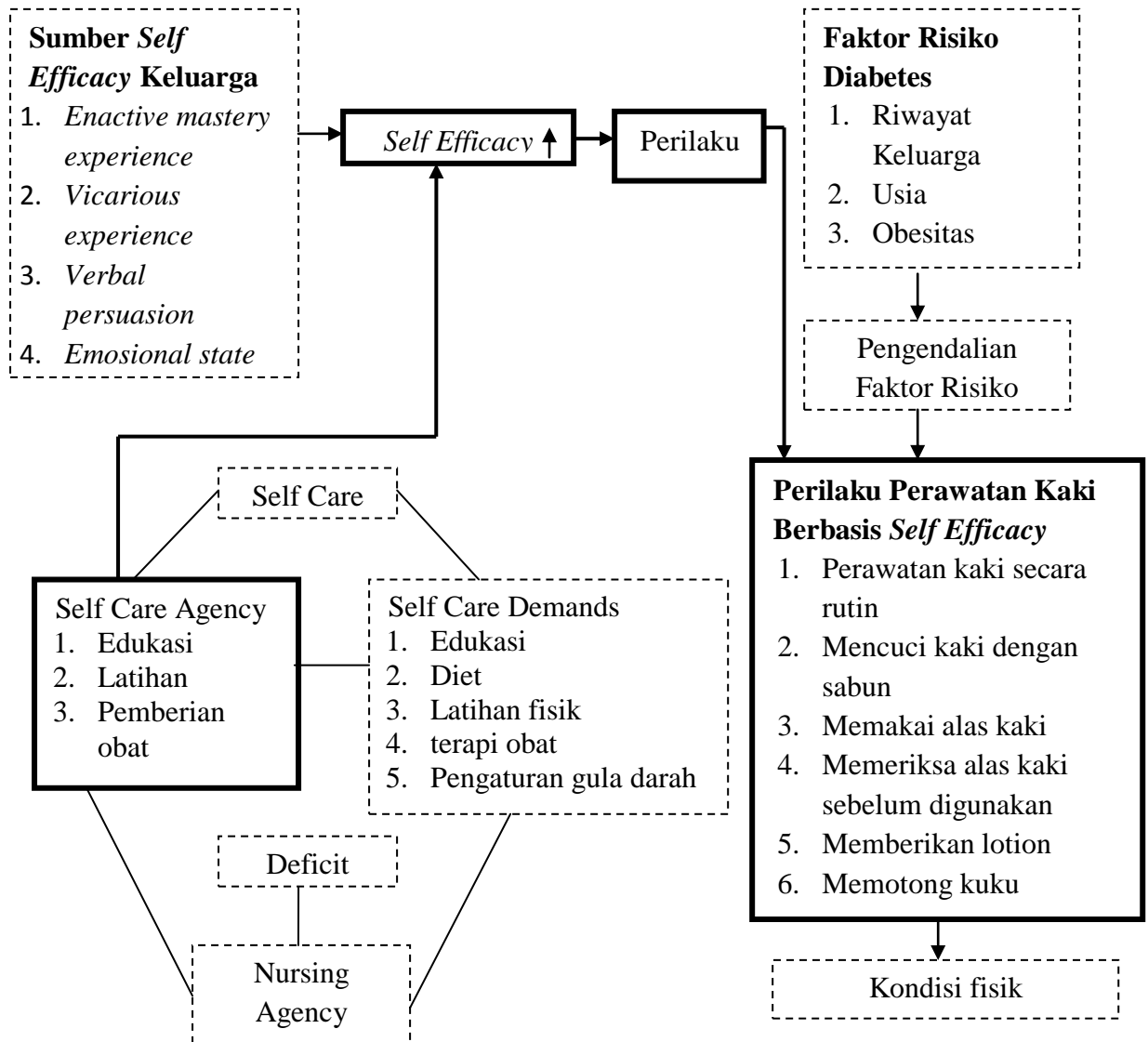
insusifiensi dan neuropati, luka pada penderita tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi karena bakteri aerob maupun anaerob akan berkurang risikonya ketika keluarga yakin dan mampu merawatn sendiri anggota keluarganya yang terkena diabetes (Hastuti, 2008).

Maka pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui korelasi antara *self efficacy* keluarga pasien diabetes mellitus dengan *self care* yang dimiliki keluarga pasien diabetes mellitus dalam melakukan perawatan kaki pasien diabetes mellitus di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

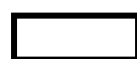
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

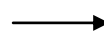
3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :



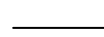
: Diteliti



: Berpengaruh



: Tidak diteliti



: Berhubungan

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* Di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

3.2 Hipotesis

A. H₀

Tidak terdapat hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

B. H₁

Terdapat hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

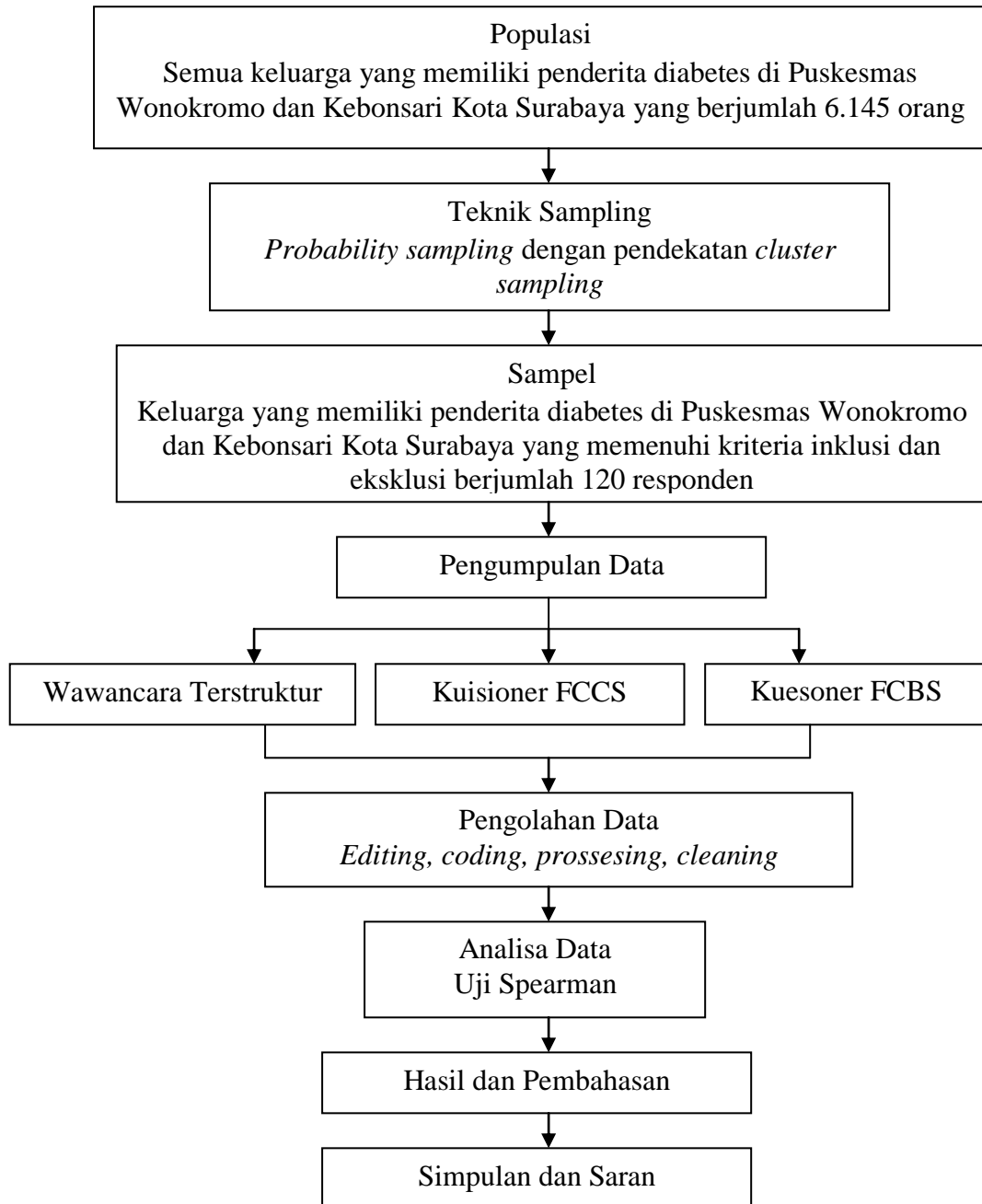
Bab ini membahas mengenai metode penelitian, meliputi: 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Tempat dan Waktu Penelitian, 4) Pupulasi, Sampel, dan Tehnik Sampling 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa, 8) Analisis Data, 9) Etik Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain pada penelitian ini menggunakan observasional analisis dengan pendekatan *cross sectional* untuk menganalisa hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Jenis penelitian ini menekankan waktu pengukuran data variabel independen dan variabel dependen hanya satu kali dan satu saat (Nursalam, 2013).

4.2 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut :



Gambar 4.1. Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* Di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai Juni 2019, tempat penelitian ini di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

4.4 Populasi, Sample, dan Tehnik Sampling

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang memiliki penderita diabetes di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya yang berjumlah 6.145 jiwa.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sample terdiri dari populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2013). Sample dalam penelitian ini adalah keluarga yang tinggal dengan penderita diabetes di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya yang memenuhi syarat sampel. Kriteria dalam penelitian ini yaitu :

1. Kriteria inklusi
 - a. Keluarga dengan pasien yang menderita diabetes
 - b. Keluarga pernah merawat penderita diabetes
 - c. Keluarga yang tinggal dan memiliki hubungan dengan penderita
 - d. Keluarga yang berusia >15 tahun
 - e. Keluarga yang tinggal di Surabaya
 - f. Memiliki kemampuan membaca dan menulis
 - g. Keluarga yang memiliki penderita diabetes mellitus yang terdaftar di dua Puskesmas (Wonokromo dan Kebonsari)

h. Penderita diabetes mellitus yang terdaftar pada bulan Januari dan Februari 2019 di dua Puskesmas

2. Kriteria eksklusi

- a. Keluarga pasien menolak menjadi responden
- b. Keluarga pasien tidak kooperatif

4.4.3 Besar Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki penderita diabetes di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya yang berjumlah 120 orang. Berdasarkan perhitungan besar sampel menggunakan rumus *cluster sampling* menurut peneliti.

Jumlah pasien diabetes dua Puskesmas : $3.360 + 2.785 = 6.145$ orang. Menurut (Suharsimi, 2010), jika jumlah populasi melebihi 100 orang maka dapat dikalikan 10%. Pada penelitian ini menggunakan teknik *cluster sampling*. Teknik *cluster sampling* yang digunakan sejumlah dua kali, yang pertama berdasarkan jumlah kelurahan dan kedua berdasarkan usia.

Jumlah pasien diabetes pada tahun 2018 :

Kebonsari : 3.360 Jiwa

Wonokromo : 2.785 Jiwa +

$$6.145 \text{ Jiwa} \times 10 \% = 615 \text{ orang}$$

Dari total populasi tersebut dilakukan *cluster* sesuai dengan jumlah kelurahan pada dua kecamatan yaitu $615 : 5$ kelurahan, sehingga mendapatkan 123 orang per kelurahan.

Kelurahan	Wonokromo	Kebonsari	Pagesangan	Jambangan	Karah
Jumlah	123 Jiwa	123 Jiwa	123 Jiwa	123 Jiwa	123 Jiwa

Teknik *cluster* yang kedua yaitu dengan melakukan *cluster* sesuai dengan rentan usia. Usia terkecil dari data responden yang didapat yaitu 33 tahun dan usia tertinggi yaitu 84 tahun, sehingga untuk memudahkan perhitungan peneliti menggunakan rentan usia per 10 tahun dan dimulai pada usia 30 tahun sebagai patokannya diantaranya 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, 60 – 69, 70 – 79, 80 – 89 tahun sehingga didapatkan 6 *cluster* usia, maka jumlah populasi dalam setiap kelurahan dibagi 6 (jumlah *cluster* sesuai usia) yaitu 123 (jumlah tiap kelurahan) : 6 (jumlah *cluster* usia) = 20,5 / 21 jiwa per *cluster* usia, kemudian 21 : 5 kelurahan sehingga mendapatkan hasil 4 orang dalam satu *cluster* usia pada setiap kelurahan, dapat dijelaskan pada hitungan berikut.

$$30 - 39 = 21 : 5 = 4,2 / 4 \text{ jiwa /kelurahan}$$

$$40 - 49 = 21 : 5 = 4,2 / 4 \text{ jiwa /kelurahan}$$

$$50 - 59 = 21 : 5 = 4,2 / 4 \text{ jiwa /kelurahan}$$

$$60 - 69 = 21 : 5 = 4,2 / 4 \text{ jiwa /kelurahan}$$

$$70 - 79 = 21 : 5 = 4,2 / 4 \text{ jiwa /kelurahan}$$

$$80 - 89 = 21 : 5 = 4,2 / 4 \text{ jiwa /kelurahan}$$

Kelurahan	Wonokromo	Kebonsari	Pagesangan	Jambangan	Karah
Usia	30-39 = 4	30-39 = 4	30-39 = 4	30-39 = 4	30-39 = 4
	40-49 = 4	40-49 = 4	40-49 = 4	40-49 = 4	40-49 = 4
	50-59 = 4	50-59 = 4	50-59 = 4	50-59 = 4	50-59 = 4
	60-69 = 4	60-69 = 4	60-69 = 4	60-69 = 4	60-69 = 4
	70-79 = 4	70-79 = 4	70-79 = 4	70-79 = 4	70-79 = 4
	80-89 = 4	80-89 = 4	80-89 = 4	80-89 = 4	80-89 = 4
	Total : 24 orang	Total : 24 orang	Total : 24 orang	Total : 24 orang	Total : 24 orang
Sehingga Total Sample : 120 Responden					

Untuk mengantisipasi terjadinya *drop out* saat pengambilan data maka peneliti melakukan perhitungan berdasarkan prediksi sample *drop out* dari penelitian. Formula untuk koreksi jumlah sample yaitu (Hidayat, 2017) :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' = Besar sample setelah dikoreksi

n = Jumlah sample berdasarkan estimasi sebelumnya

f = Prediksi presentase sample *drop out*

Maka besar prediksi *drop out* sample :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

$$n' = \frac{120}{1 - 0,05}$$

$$n' = 126 \text{ responden}$$

4.4.4 Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan pendekatan *cluster sampling* yaitu dengan melakukan kunjungan dari rumah ke rumah kemudian memberikan kuesioner FCCS dan kuesioner FCBS serta mewawancarai responden untuk mengetahui keyakinan keluarga dalam melakukan perawatan kaki pada penderita diabetes mellitus di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Teknik sampling dengan menggunakan *cluster sampling* dengan mengelompokkan sample berdasarkan wilayah atau lokasi populasi (Nursalam, 2016). Jenis sampling ini dapat digunakan dalam dua situasi

pertama jika *simple random sampling* tidak memungkinkan karena jarak dan biaya, kedua peneliti tidak mengerti alamat dari populasi secara pasti dan tidak memungkinkan menyusun *sampling frame* (Nursalam, 2016).

4.5 Identifikasi Variabel

Penelitian ini peneliti menggunakan dua variable yaitu variable bebas (*Independen*) dan variable terikat (*Dependen*).

4.5.1 Variabel Bebas (Variabel *Independen*)

Variable bebas dalam penelitian ini adalah keyakinan keluarga di Wilayah Puskesmas Kota Surabaya.

4.5.2 Variabel Terikat (Variabel *Dependen*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati (diukur). Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang lagi oleh orang lain (Nursalam, 2013).

Tabel 4.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Keyakinan keluarga	Kondisi seseorang percaya terhadap dirinya sendiri untuk melakukan suatu kegiatan	Terdiri dari 12 komponen : Terdapat 12 pertanyaan yang terkait keyakinan keluarga	1. Kuesioner FCCS (<i>Foot Care Confidence Scale</i>) 2. Wawancara terstruktur	Nominal	1. <i>Self Efficacy</i> Tinggi : 36-60 2. <i>Self Efficacy</i> Rendah : 12-35

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis <i>self efficacy</i>	Usaha yang dilakukan keluarga untuk mempertahankan kebersihan dan kesehatan kaki penderita diabetes dengan cara yang benar berlandaskan keyakinan dalam diri keluarga	Terdiri dari 17 komponen : Terdapat 17 pertanyaan yang terkait perilaku perawatan kaki diabetes berbasis <i>self efficacy</i>	1. Kuesioner FCBS (<i>Foot Care Behavior Scale</i>) 2. Wawancara terstruktur	Nominal	1. Resiko Perilaku Merusak Tinggi : 52 – 86 2. Resiko Perilaku Merusak Rendah : 17 - 51

4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Pengumpulan Data

Data yang didapatkan dalam penelitian ini dengan menggunakan tiga instrument yaitu wawancara terstruktur, kuisoner FCCS (*Foot Care Confidence Scale*) untuk mengukur keyakinan keluarga dan kuisoner FCBS (*Foot Care Behavior Scale*) untuk mengukur perilaku perawatan kaki diabetes mellitus.

Kuisisioner berisikan data demografi dari responden yang meliputi: inisial nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pernah melakukan perawatan kaki atau tidak.

1. Wawancara Terstruktur

Instrumen yang digunakan berupa daftar pertanyaan terkait keyakinan keluarga terhadap perilaku perawatan kak diabetes yang telah disusun sedemikian rupa oleh peneliti sebagai bahan wawancara dengan responden. Pertanyaan seputar keyakinan keluarga dalam melakukan perawatan kaki diabetes pada anggota keluarganya yang menderita diabetes. Instrument bagian pertama peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian ini. Pertanyaan seputar keyakinan keluarga terdapat 7 item pertanyaan sedangkan pertanyaan seputar perilaku perawatan kaki terdapat 6 item pertanyaan. Maksud dan tujuan peneliti menggunakan instrumen wawancara yaitu untuk menilai lembar kuesioner yang diisi responden apakah sama jawabannya dengan hasil wawancara terkait topic yang sama. Hasil wawancara akan tarik kesimpulan dan akan dibahas dalam bab pembahasan. Pada kolom edukasi maksud dari peneliti yaitu tidak memasukkan edukasi sebagai penelitian yang dilakukan peneliti akan tetapi maksudn dari edukasi peneliti ingin memberikan sedikit ilmu kepada responden yang telah peneliti ambil datanya supaya setelah penelitian ini selesai responden bisa mendapatkan manfaat dari penelitin ini.

2. Kuisisioner FCCS (*Foot Care Confidence Scale*)

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur keyakinan keluarga adalah kuisisioner FCCS. Terdapat 12 pertanyaan yang terkait keyakinan keluarga. FCCS dikembangkan oleh (Pourhaji *et al.*, 2016). Instrumen ini terdiri

dari 12 item serta oleh peneliti diadopsi dan dimodifikasi dengan bahasa sedemikian rupa untuk mempermudah pemahaman responden. Penelitian yang dilakukan menggunakan skala likert dengan nilai rentang skor 1 sangat tidak percaya diri, skor 2 cukup percaya diri, skor 3 percaya diri, skor 4 cukup percaya diri, dan 5 sangat yakin. Kuesioner ini telah diuji dan diteliti oleh (Pourhaji *et al.*, 2016) dengan interpretasi hasil total skor antara *self efficacy* tinggi 36-60, *self efficacy* rendah 24-35. Hasil interpretasi instrumen peneliti melakukan perhitungan sendiri secara manual dikarekakan peneliti tidak menemukan jurnal terkait interpretasi kuesioner FCCS. Hasil perhitungan tersebut yaitu :

Skor terbesar = 5 Jumlah pertanyaan = 12 item

Skor terkecil = 1

Banyak kelas = 2, peneliti mengadopsi penelitian dari (Sloan, 2002) bahwa total skor FCCS tinggi menunjukkan percaya diri yang tinggi dan skor rendah menunjukkan kepercayaan diri yang rendah sehingga peneliti memutuskan membagi banyak kelas menjadi 2.

Nilai terbesar = skor ideal terbesar x jumlah pertanyaan

$$= 5 \times 12$$

$$= 60$$

Nilai terkecil = skor ideal terkecil x jumlah pertanyaan

$$= 1 \times 12$$

$$= 12$$

Rentang = nilai terbesar – nilai terkecil

$$= 60 - 12$$

$$= 48$$

Panjang kelas = rentang – banyak kelas

$$= 48 : 2$$

$$= 24$$

Self efficacy rendah = 12 (nilai terkecil) + 24 (panjang kelas)

$$= 35$$

Self efficacy tinggi = 36 (total perilaku rendah 35) + 24 (panjang kelas)

$$= 60$$

Sehingga dapat disimpulkan interpretasi hasil dari kuesioner FCCS, yaitu :

Self Efficacy Tinggi = 36-60

Self Efficacy Rendah = 12-35

3. Kuesioner FCBS (*Foot Care Behavior Scale*)

Instrument yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur perilaku perawatan kaki diabetes mellitus adalah kuesioner FCBS. Terdiri dari 17 pertanyaan yang terbagi menjadi dua kategori pertanyaan yaitu perilaku pencegahan dan perilaku berpotensi merusak. FCBS dikembangkan oleh (García-inzunza *et al.*, 2015). Instrument ini terdiri dari 17 item pertanyaan serta oleh peneliti diadopsi dan dimodifikasi dengan bahasa sedemikian rupa untuk mempermudah pemahaman responden. Peneliti menggunakan skala liker dengan nilai rentang skor 5 selalu, skor 4 sering, skor 3 setiap tiga hari, skor 2 dua kali seminggu, dan skor 1 sekali seminggu dengan interpretasi hasil 17 – 86 total skor FCBS tinggi menunjukkan resiko perilaku merusak kaki yang lebih tinggi (García-inzunza *et al.*, 2015). Peneliti juga melakukan perhitungan secara manual interpretasi hasil kuesioner FCBS untuk mengetahui apakah interpretasi pada penelitian sudah sesuai dan berikut hasil perhitungan manual oleh peneliti :

$$\text{Skor terbesar} = 5 \qquad \text{Jumlah pertanyaan} = 17 \text{ item}$$

$$\text{Skor terkecil} = 1$$

Banyak kelas = 2, peneliti mengadopsi penelitian dari (García-inzunza *et al.*, 2015) bahwa total skor FCBS tinggi menunjukkan resiko perilaku merusak kaki yang lebih tinggi sehingga peneliti memutuskan membagi banyak kelas menjadi 2.

$$\text{Nilai terbesar} = \text{skor ideal terbesar} \times \text{jumlah pertanyaan}$$

$$= 5 \times 17$$

$$= 85$$

$$\text{Nilai terkecil} = \text{skor ideal terkecil} \times \text{jumlah pertanyaan}$$

$$= 1 \times 17$$

$$= 17$$

$$\text{Rentang} = \text{nilai terbesar} - \text{nilai terkecil}$$

$$= 85 - 17$$

$$= 68$$

$$\text{Panjang kelas} = \text{rentang} - \text{banyak kelas}$$

$$= 68 : 2$$

$$= 34$$

$$\text{Perilaku rendah} = 17 \text{ (nilai terkecil)} + 34 \text{ (panjang kelas)}$$

$$= 51$$

$$\text{Perilaku tinggi} = 52 \text{ (total perilaku rendah 51)} + 34 \text{ (panjang kelas)}$$

$$= 86$$

Sehingga dapat disimpulkan interpretasi hasil dari kuesioner FCBS, yaitu :

$$\text{Resiko Perilaku Merusak Tinggi} = 52 - 86$$

$$\text{Resiko Perilaku Merusak Rendah} = 17 - 51$$

4.7.2 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti mengumpulkan data melalui proses berkelanjutan dengan melibatkan beberapa pihak dengan cara yang sudah ditetapkan, yaitu:

1. Peneliti mengajukan surat perijinan penelitian dari institusi pendidikan program studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin kepada BAKESBANGPOL Kota Surabaya untuk melakukan penelitian di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.
3. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Peneliti mengajukan permohonan ijin pengumpulan data keluarga dengan penderita diabetes di Puskesmas Surabaya pada bulan April sampai dengan Juni 2019.
5. Peneliti menentukan responden berdasarkan criteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan.
6. Peneliti membuat kuisisioner mengenai keyakinan keluarga dan perawatan kaki diabetes.
7. Peneliti menentukan sampel yang akan digunakan untuk penelitian dan melakukan pendekatan pada responden untuk kelancaran penelitian.
8. Peneliti melakukan uji etik yang diselenggarakan STIKES Hang Tuah Surabaya dengan nomor laik etik PE/37/V/2019/KEPK/SHT.
9. Peneliti membagikan informed consent dan menjelaskan kepada responden petunjuk cara pengisian kuesioner.

10. Peneliti membagikan kuesioner dengan tehnik mengumpulkan responden di Puskesmas yang telah ditentukan dan meminta responden untuk mengisi lembar persetujuan dan kuesioner.
11. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden karena kesediaannya menjadi responden peneliti.

4.7.3 Pengolahan Data

1. Pengelolaan Data

Pengelolaan data dilakukan dengan menggunakan kuisisioner yang berisi penilaian keyakinan keluarga dan perilaku perawatan kaki diabetes. Variabel data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data dengan kuisisioner yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut (Santjaka, 2011):

a. Memeriksa data (*editing*)

Daftar pertanyaan yang telah diisi kemudian diperiksa kembali dengan melihat kelengkapan dan kesesuaian jawaban (Santjaka, 2011).

b. Memberikan tanda kode (*coding*)

Hasil jawaban yang diperoleh kemudian diklasifikasikan dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi tanda atau angka pada masing-masing variable (Santjaka, 2011).

c. Pengolahan data (*processing*)

Processing merupakan tahap pengolahan data yang dimulai dari proses memasukkan data sampai pemilihan jenis penyajian data (Santjaka, 2011). Pengolahan data pada penelitian ini menggunakan bantuan SPSS (*Statistical Product For Social Science*). Data yang telah di coding kemudian dimasukkan sesuai dengan format SPSS 25.

d. Cleaning

Data diteliti kembali agar pada saat analisa data bebas dari kesalahan dan memperoleh hasil yang lebih akurat dan benar (Santjaka, 2011).

2. Analisa statistik

a. Analisa univariat

Analisa univariat bertujuan mendeskripsikan variabel perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* dalam bentuk presentase dan tabulasi.

b. Analisa bivariat

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan keyakinan keluarga terhadap perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Hasil uji korelasi dan untuk menentukan adanya hubungan menggunakan uji *spearman*.

4.7.4 Analisa data

Data lembar kuisioner yang telah terkumpul kemudian diperiksa kembali untuk mengetahui kelengkapannya. Data yang sudah lengkap kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan. Kemudian data ditabulasi dan dianalisa dengan menggunakan uji *spearman* karena variable berskala ordinal. Uji *spearman* untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Apabila $p < 0,05$ maka artinya terdapat hubungan Keyakinan Keluarga terhadap Perilaku Perawatan Kaki Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan surat rekomendasi dari STIKES Hang Tuah Surabaya dan mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan, serta pihak di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Selain itu penelitian ini juga menggunakan prinsip etik yang di rekomendasikan oleh (WHO, 2016), yaitu: 1) prinsip manfaat, 2) prinsip menghargai hak-hak responden dan 3) prinsip keadilan.

1. Prinsip manfaat (*beneficence* dan *nonmaleficence*)

Peneliti melakukan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat bagi responden (*beneficence*). Peneliti berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi responden (*nonmaleficence*).

2. Prinsip menghargai hak-hak responden (*respect for human dignity*)

Hak klien dijunjung tinggi selama penelitian berlangsung, baik berupa hak untuk mundur maupun hak mendapatkan penghargaan yang relevan. Keikutsertaan klien bersifat sukarela dan tidak ada unsur paksaan.

3. Prinsip keadilan (*respect for justice*)

Setiap responden pada masing-masing kelompok mendapatkan perlakuan yang adil.

Peneliti juga menerapkan prinsip etik dalam penelitian ini dengan cara mendapatkan rekomendasi dari STIKES Hang Tuah Surabaya dan mendapatkan izin dari Dinas Kesehatan, serta pihak di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan berpedoman pada prinsip etik sebagai berikut (Nursalam, 2013):

1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Lembar persetujuan diberikan sebelum penelitian dilakukan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian, serta responden mengetahui dampak yang akan terjadi selama pengumpulan data. Responden yang bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden (Nursalam, 2013).

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang telah diisi responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden maka lembar tersebut akan diberi kode tertentu (Nursalam, 2013).

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Informasi yang telah didapat dari responden akan dijamin kerahasiaannya. Kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian (Nursalam, 2013).

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada Bab Ini Diuraikan Tentang Hasil Penelitian dan Pembahasan dari Data Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 dan didapatkan 126 responden. hasil dari penelitian akan diuraikan data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum dan data khusus. Data umum berisi tentang data demografi meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pengalaman melakukan perawatan kaki. Sedangkan data khusus yaitu tentang keyakinan keluarga dan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy*.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Wonokromo dan Puskesmas Kebonsari kota Surabaya. Puskesmas Wonokromo berlokasi di Jl. Karangrejo VI No.4, Wonokromo kecamatan Wonokromo yang terletak diantara pemukiman warga. Sementara itu Puskesmas Kebonsari yang berlokasi di Jl.Kebonsari Manunggal 30 Surabaya. Wilayah kerja Puskesmas Kebonsari membawahi 4 kelurahan yaitu kelurahan pagesangan, Kebonsari, jambangan dan karah. Pelayanan unggulan yang diberikan Puskesmas Kebonsari yaitu Puskesmas sore,

Puskesmas UGD set, spesialis penyakit dalam dan spesialis paru. Sementara itu wilayah kerja Puskesmas Kebonsari meliputi sebagai berikut:

Sebelah utara : wilayah kecamatan Wonokromo

Sebelah barat : wilayah kecamatan Karang Pilang

Sebelah selatan : wilayah kabupaten Sidoarjo

Sebelah timur : wilayah kecamatan Gayungan

5.1.2 Gambaran Umum Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki penderita diabetes mellitus yang terdaftar di Puskesmas Wonokromo dan Puskesmas Kebonsari, jumlah keseluruhan subyek penelitian sebanyak 126 responden. Data demografi responden didapatkan melalui kuesioner yang diisi oleh responden yaitu keluarga yang memiliki penderita diabetes mellitus.

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pengalaman perawatan kaki diabetes mellitus. Sedangkan data khusus yaitu tentang keyakinan keluarga dan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy*.

5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Table 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126)

Usia	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
25-34	1	8%
35-44	11	8,7%
>45	114	90,5%
Total	126	100%

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 126 responden didapatkan sebagian besar responden berusia >45 tahun sebanyak 114 orang (90,5%), berusia

35-44 tahun sebanyak 11 orang (8,7%) dan berusia 25-34 tahun sebanyak 1 orang (8%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Laki-laki	31	24,6%
Perempuan	95	75,4%
Total	126	100%

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 126 responden didapatkan sebagian besar yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 95 orang (75,4%), dan berjenis kelamin laki-laki sebanyak 31 orang (24,6%).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126)

Tingkat Pendidikan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tidak Sekolah	12	9,5%
SD	31	24,6%
SMP	30	23,8%
SMA	47	37,3%
Perguruan Tinggi	6	4,8%
Total	126	100%

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa dari 126 responden didapatkan sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 47 orang (37,3%), berpendidikan SD sebanyak 31 orang (24,6%), berpendidikan SMP sebanyak 30 orang (23,8%), tidak sekolah sebanyak 12 orang (9,5%), dan berpendidikan perguruan tinggi sebanyak 6 orang (4,8%).

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pengalaman Melakukan Perawatan Kaki Diabetes Mellitus

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pengalaman Melakukan Perawatan Kaki Diabetes Mellitus di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126)

Pengalaman	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Pernah	126	100%
Tidak Pernah	0	0%
Total	126	100%

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 126 responden didapatkan hasil sebanyak 126 orang (100%) mempunyai pengalaman dalam melakukan perawatan kaki diabetes mellitus.

5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Keyakinan

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Keyakinan di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126)

Keyakinan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
<i>Self Efficacy</i> Rendah	4	3,2%
<i>Self Efficacy</i> Tinggi	122	96,8%
Total	126	100%

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 126 responden didapatkan hasil sebanyak 122 orang (96,8%) mempunyai keyakinan tinggi dan sebanyak 4 orang (3,2%) memiliki keyakinan rendah.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Resiko Perilaku Merusak

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Resiko Perilaku Merusak di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Pada Tanggal 20 Mei 2019 – 31 Mei 2019 (N = 126)

Resiko Perilaku Merusak	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Resiko Perilaku Merusak Rendah	122	96,8%
Resiko Perilaku Merusak Tinggi	4	3,2%
Total	126	100%

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 126 responden didapatkan hasil sebanyak 122 orang (96,8%) mempunyai resiko perilaku merusak rendah dan sebanyak 4 orang (3,2%) mempunyai resiko perilaku merusak tinggi.

3. Hubungan Antara Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

Tabel 5.7 Hubungan Antara Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* Di Puskesmas Wonokromo Dan Kebonsari Kota Surabaya

Keyakinan	Resiko Perilaku Merusak					
	Resiko Perilaku Merusak Rendah		Resiko Perilaku Merusak Tinggi		Total	
	f	%	f	%	F	%
<i>Self Efficacy</i> Rendah	0	0%	4	3,2%	4	3,2%
<i>Self Efficacy</i> Tinggi	122	96,8%	0	0%	122	96,8%
Total	122	96,8%	4	3,2%	126	100%

Nilai uji statistic Spearman 0,00 ($\alpha = 0,05$)

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa responden yang memiliki self efficacy rendah sebanyak 4 orang (3,2%), resiko perilaku merusak rendah sebanyak 122 orang (96,8%), responden yang memiliki self efficacy tinggi

sebanyak 122 orang (96,8%), dan resiko perilaku merusak tinggi sebanyak 4 orang (3,2%).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Keyakinan Keluarga di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

Penelitian yang telah dilakukan pada keluarga yang memiliki penderita diabetes di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Surabaya memberikan hasil bahwa dari 126 responden didapatkan sebagian besar responden memiliki keyakinan yang tinggi sebanyak 122 orang (96,8%), dan keyakinan rendah sebanyak 4 orang (3,2%).

Self Efficacy atau keyakinan merupakan suatu keyakinan orang tersebut akan kemampuan mereka dengan tujuan memperoleh hasil yang lebih dalam satu peristiwa yang mempengaruhi kehidupan mereka. Keyakinan diri menentukan bagaimana orang tersebut merasa, berpikir, memotivasi diri dalam berperilaku (Ramachaudran, 1998). Hal tersebut sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh (Putri, 2011) bahwa *self efficacy* atau keyakinan merupakan suatu penilaian dari individu terhadap dirinya sendiri atau tingkat keyakinan seberapa besar kemampuannya dalam melakukan suatu tugas tertentu guna mencapai hasil yang direncanakan atau ditargetkan. Keyakinan *self efficacy* dimulai sejak usia dini sebagai menghadapi berbagai pengalaman, tugas dan situasi. Bahkan ketika dewasa *self efficacy* terus berkembang sebagai individu dengan keterampilan baru, pengalaman dan pemahaman (Morrison, 2013).

Hal yang mempengaruhi keyakinan individu diantaranya jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pengalaman. Keyakinan dapat diperoleh dari

pengalaman langsung atau pencapaian prestasi. Seseorang yang memiliki pengalaman sukses lebih menginginkan hasil yang lebih cepat dan mudah gagal. Beberapa kesulitan dan kegagalan sangat diperlukan untuk mengajarkan manusia bahwa kesuksesan membutuhkan usaha, dan keyakinan akan sukses yang mendorong untuk bangkit dan akan berusaha mewujudkan kesuksesan (Ariani, 2011). Pengalaman orang lain dapat mempengaruhi keyakinan individu, ketika individu melihat orang lain dengan kemampuan sama berhasil dengan tekun dalam suatu bidang yang dijalankan maka individu tersebut akan merasa dirinya mampu berhasil juga dengan usaha yang sama dan sebaliknya. Individu yang mendapatkan persuasi verbal atau nasehat maka akan memiliki keinginan untuk menyelesaikan tugas yang diberikan dengan usaha yang lebih dari pada orang yang tidak mendapat persuasi secara verbal (Putri, 2011) serta kondisi emosional juga mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan terkait *self efficacy* dirinya (Ariani, 2011).

Menurut asumsi peneliti, dari 126 total responden sebanyak 122 responden memiliki keyakinan yang tinggi disebabkan karena pola pemikiran responden yang positif. Hasil wawancara sebagai data pendukung menerangkan bahwa responden sebagian besar memiliki asumsi bahwa dengan mereka memiliki pola pemikiran yang positif dan percaya diri akan kemampuan dirinya dalam menghadapi setiap permasalahan, adanya motivasi dan dukungan antar anggota keluarga dapat meningkatkan keyakinan yang lebih. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian dari (Ariani, 2011) tentang hubungan motivasi dengan efikasi diri dengan jumlah sample sebanyak 110 responden pasien diabetes di RSUP H.Adam Malik mendapatkan hasil bahwa seseorang yang mendapatkan motivasi yang baik

maka dapat lebih menunjukkan efikasi diri yang baik dibanding seseorang dengan motivasi yang kurang. Sementara itu menurut (Putri, 2011) penelitiannya tentang studi deskriptif *self efficacy* dengan 11 responden dengan menggunakan instrumen kuesioner yang mendapatkan hasil bahwa individu yang memiliki keyakinan tinggi cenderung memiliki bayangan tentang keberhasilan. Kuesioner keyakinan yang diisi oleh responden memberikan hasil point pertanyaan nomer 5 yang menyebutkan bahwa keluarga mampu memotong kuku dengan benar keluarganya sebanyak 95 responden memberikan nilai tertinggi / nilai 5 yang memiliki maksud sangat yakin maka dapat dilihat bahwa responden memiliki kepercayaan diri yang tinggi dalam merawat anggota keluarganya.

Hasil tabulasi silang antara usia dan keyakinan mendapatkan hasil sebanyak 111 (88,1%) responden yang berusia >45 tahun memiliki keyakinan yang tinggi. Individu yang lebih tua cenderung memiliki pengalaman yang lebih banyak dari pada individu yang masih muda karena masih sedikit pengalaman yang didapat dan peristiwa-peristiwa dalam hidupnya. Sehingga individu yang lebih tua mampu menghadapi rintangan dan menyelesaikan dalam hidupnya, hal tersebut berhubungan dengan pengalaman yang dimiliki setiap individu sepanjang kehidupannya (Putri, 2011). Usia 45-65 tahun disebut usia keberhasilan yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri, sehingga pasien memiliki efikasi diri yang baik (Ariani, 2011). Peneliti berasumsi bahwa pada usia tua responden dapat membimbing diri sendiri dan menilai diri sendiri dalam menerima segala sesuatu yang terjadi pada dirinya seperti penerimaan penyakit diabetes sehingga memiliki keyakinan yang tinggi.

Hasil tabulasi silang antara tingkat pendidikan dan keyakinan mendapatkan hasil sebanyak 46 (36,5%) responden tingkat pendidikan SMA yang memiliki keyakinan yang tinggi. Individu yang memiliki tingkat pendidikan tinggi maka akan mempunyai keyakinan yang tinggi, karena mereka mendapatkan pendidikan formal lebih banyak, selain itu individu yang memiliki jenjang pendidikan yang tinggi mereka mendapatkan kesempatan yang lebih lama untuk belajar mengatasi persoalan-persoalan dalam hidupnya (Putri, 2011). Sementara itu menurut (Ariani, 2011) mengatakan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki keyakinan diri dan perilaku perawatan yang baik. Peneliti berasumsi bahwa responden yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan memiliki keyakinan yang lebih tinggi karena dengan memiliki waktu yang lama untuk belajar maka responden memiliki pengalaman untuk mengatasi persoalan yang dihadapi.

Hasil tabulasi silang antara pengalaman dan keyakinan mendapatkan hasil sebanyak 122 (98,6%) responden pernah melakukan perawatan kaki. Hasil pengambilan data kuesioner dan wawancara perawatan kaki yang dimaksud responden secara umumnya seperti mencuci kaki, memakai alas kaki, memeriksa alas sebelum dipakai, memberikan lotion pada kaki, dan memotong kuku. Responden dapat melakukan perawatan kaki tersebut berasal dari ajaran orang tua sejak kecil. Menurut (Putri, 2011) semakin lama dan semakin sering individu belajar maka akan mempengaruhi keyakinannya semakin tinggi. Peneliti berasumsi bahwa responden yang memiliki pengalaman yang lebih banyak dan lebih lama maka akan mempunyai keyakinan yang tinggi karena sudah memiliki kesiapan dalam menghadapi permasalahan.

Sementara itu menurut asumsi peneliti yang selanjutnya yaitu dari 126 total responden sebanyak 4 responden memiliki keyakinan yang rendah dapat disebabkan karena responden tidak percaya diri dalam melakukan suatu tindakan. Hasil wawancara yang telah dilakukan mendapatkan hasil bahwa responden tidak memiliki keberanian dalam mengatasi suatu permasalahan sebagai contoh responden mengandalkan orang tertua didalam keluarga sebagai patokan dalam pengambilan keputusan. Kurangnya motivasi antar keluarga sebagai salah satu faktor responden tidak memiliki keyakinan yang tinggi sehingga menghambat responden untuk melakukan suatu tindakan dikarenakan rasa takut akan kegagalan lebih tinggi. Sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh (Yesi, 2011) dalam penelitiannya dengan jumlah responde 110 mendapatkan hasil bahwa individu yang memiliki *self efficacy* rendah lebih banyak membayangkan kegagalan dan segala hal yang dapat menghambat kesuksesan. Sementara itu dengan perilaku responden mudah stress dan cemas dalam menghadapi setiap permasalahan menyebabkan proses pikir menjadi kacau dan tidak percaya diri dapat menyelesaikan masalah tersebut. Menurut (Ariyanti, 2012) keyakinan akan dirinya akan mempengaruhi tingkat stress pada seseorang yang dapat diatasi, individu yang percaya bahwa dia tidak dapat mengatasi ancaman atau masalah maka akan mengalami kecemasan yang tinggi. Keyakinan diri untuk mengontrol proses berpikir merupakan kunci dalam mengatur pikiran akibat stress dan depresi.

5.2.2 Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

Penelitian yang telah dilakukan pada keluarga yang memiliki penderita diabetes di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Surabaya memberikan hasil bahwa dari 126 responden didapatkan sebagian besar responden memiliki resiko perilaku merusak yang rendah sebanyak 122 orang (96,8%), dan resiko perilaku merusak tinggi sebanyak 4 orang (3,2%).

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup yang bersangkutan seperti berjalan, berbicara, menangis, tertawa, membaca, dan sebagainya (Siregar, 2017). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) dan sebaliknya jika perilaku itu sendiri tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran yang tinggi maka akan tidak berlangsung lama. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan (Kurniawan, 2011).

Perilaku dipengaruhi oleh tiga factor utama. Factor pendorong merupakan factor mempermudah terjadinya perilaku seseorang seperti pengetahuan, sikap, tradisi, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan sebagainya. Factor pemungkin merupakan sarana dan prasarana untuk terjadinya perilaku kesehatan dan factor penguat merupakan factor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Terkadang meskipun orang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya (Lawrence W. Green, 1984).

Menurut asumsi peneliti, dari 126 responden didapatkan sebagian besar responden memiliki resiko perilaku merusak yang rendah sebanyak 122 orang (96,8%) dikarenakan responden memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan perawatan kaki. Hasil wawancara menunjukkan bahwa pengalaman yang dimaksud responden disini yaitu secara umumnya seperti mencuci kaki, memakai alas kaki, memeriksa alas sebelum dipakai, memberikan lotion pada kaki, dan memotong kuku. Responden dapat melakukan perawatan kaki tersebut berasal dari pengetahuan yang diberikan orang tua sejak kecil bahwa merawat kaki itu penting meskipun tidak dalam kondisi diabetes. Pengetahuan yang dimaksud responden yaitu pengetahuan yang didapat dari media sosial seperti *browsing* di internet, diberitahu oleh tetangga, dan terkadang mendapatkan penyuluhan petugas Puskesmas ketika responden datang ke Puskesmas. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kale and Akoit, 2015) tentang analisis luka kaki diabetes dengan 30 responden penderita diabetes di Poli DM RSUD Prof.DR.W.Z mendapatkan hasil bahwa pentingnya pemberian edukasi kesehatan tentang perawatan kaki untuk mencegah ulkus serta melakukan deteksi dini risiko luka kaki diabetik. Kuesioner perilaku yang telah diisi responden memberikan hasil, point pertanyaan nomor 1 yang menyebutkan bahwa keluarga mampu memeriksa kaki keluarganya sebanyak 58 responden memberikan nilai 5 yang memiliki maksud selalu maka dapat dilihat bahwa responden memiliki perilaku yang baik dalam merawat anggota keluarganya sehingga resiko perilaku merusak kesehatan yang dilakukan responden yaitu rendah.

Sementara menurut asumsi peneliti yang selanjutnya yaitu dari 126 responden sebanyak 4 (3,2%) responden memiliki resiko perilaku merusak yang

tinggi, hal tersebut dapat disebabkan kurangnya pengetahuan, kurangnya hubungan social, dan kurang terbuka dengan hal-hal baru. Hasil wawancara yang telah dilakukan, responden menyatakan bahwa responden tidak suka bersosialisasi dengan banyak orang sehingga minimnya pengetahuan yang didapatkan. Perilaku keseharian responden sangat berisiko contohnya sering tidak memakai sandal diluar maupun didalam ruangan karena diyakini lebih sehat menurut kepercayaan dari leluhur mereka. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kamaru Zaman NH, Mohd Shah NS, 2018) menunjukkan bahwa, praktik perawatan kaki yang buruk disebabkan kurangnya pengetahuan tentang perawatan kaki diabetes yang benar.

5.2.3 Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* Di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

Penelitian yang telah dilakukan pada keluarga yang memiliki penderita diabetes di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Surabaya memberikan hasil bahwa dari 126 responden didapatkan responden dengan keyakinan tinggi sebanyak 122 orang (96,8%) dengan resiko perilaku merusak rendah sebanyak 122 orang (96,8%). Sedangkan responden dengan keyakinan rendah sebanyak 4 orang (3,2%) dengan resiko perilaku merusak tinggi sebanyak 4 orang (3,2%).

Berdasarkan hasil uji statistic menggunakan SPSS 25 pada penelitian ini di Puskesmas Kebonsari dan Wonokromo Kota Surabaya menunjukkan p value = 0,00 dan menunjukan lebih kecil dari 0,05 ($0,00 < 0,05$) yang menunjukkan H_0 ditolak dan H_1 diterima yang artinya terdapat hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di

Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya. Sementara itu pada kolom *correlation coefficient* menunjukkan hasil -1.000^* yang memiliki arti terdapat hubungan yang signifikan antar kedua variabel. Tanda min (-) pada nilai -1.000 menunjukkan arti korelasi negatif, sehingga semakin tinggi keyakinan keluarga maka resiko perilaku merusak semakin rendah dan sebaliknya jika keyakinan keluarga semakin rendah maka resiko perilaku merusak akan tinggi. Selanjutnya pada kolom *sig 2 (tailed)* menunjukkan hasil kosong yang memiliki arti $0,00$ yang berarti lebih kecil dari batas kritis $\alpha = 0,05$ atau $0,00 < 0,05$ yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel.

Keluarga merupakan unit terkecil yang berupa dua atau lebih individu yang terdiri dari kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disatu atap yang tergabung karena adanya ikatan darah, perkawinan, atau adopsi (Izati, 2017). Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarganya yang sakit (Harmoko, 2016). Peneliti berasumsi bahwa sesuai dengan hasil penelitian dilapangan peran sebagian besar peran keluarga dalam merawat dan melindungi anggota keluarga yang menderita diabetes sangat erat sehingga resiko yang tidak diharapkan dapat diminimalisir.

Keyakinan diri pada seseorang terbentuk melalui empat proses menurut (Ramachaudran, 1998). Proses kognitif merupakan proses berfikir, didalamnya terdapat pemerolehan, pengorganisasian, dan penggunaan informasi sebagai contoh individu yang memiliki *self efficacy* tinggi cenderung memiliki banyangan tentang kesuksesan dan sebaliknya (Putri, 2011). Setelah melalui proses kognitif selanjutnya proses motivasi. Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri didasari

atas perilaku kognitif, individu memberi motivasi terhadap dirinya sendiri melalui tahap pemikirannya sebelumnya. Kepercayaan terhadap kemampuan diri dapat mempengaruhi motivasi, yaitu menentukan tujuan yang telah ditentukan individu, seberapa besar usaha yang dilakukan, dan seberapa tahan mereka dalam menghadapi kesulitan-kesulitan (Ariani, 2011). Proses afektif merupakan proses ketiga dalam terbentuknya efikasi diri pada individu. Proses afektif merupakan proses pengaturan kondisi emosi dan reaksi emosional (Putri, 2011). Keyakinan akan dirinya akan mempengaruhi tingkat stress pada seseorang yang dapat diatasi, seseorang yang percaya bahwa dirinya dapat mengendalikan ancaman maka dia tidak akan mengalami gangguan pola pikir dan sebaliknya (Ariani, 2011). Proses terakhir terbentuknya efikasi yaitu proses seleksi. Proses seleksi merupakan proses dimana kemampuan individu dalam memilih aktivitas dan suatu kejadian juga mempengaruhi efek dari suatu kejadian, adanya pilihan yang dibuat, maka individu dapat meningkatkan kemampuan, minat, dan hubungan sosial mereka (Putri, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 122 orang (96,8%) memiliki keyakinan tinggi dengan resiko perilaku merusak rendah sebanyak 122 orang (96,8%). Menurut (Ariani, 2011) seseorang yang mendapatkan motivasi yang baik maka dapat lebih menunjukkan efikasi diri yang baik dibanding seseorang dengan motivasi yang kurang. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian dari (Ratnawati, 2016) tentang efikasi diri dengan kualitas hidup dengan 37 responden mendapatkan hasil menyebutkan bahwa semakin tinggi keyakinan atau *self efficacy* yang dimiliki pasien diabetes maka semakin tinggi kualitas hidup pasien DM tipe 2. Peneliti berasumsi bahwa keluarga yang memiliki keyakinan tinggi

sejumlah 122 dan memiliki resiko perilaku merusak yang rendah dikarenakan adanya motivasi dan dukungan antar anggota keluarga sebagai *support system*.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 4 orang (3,2%) memiliki keyakinan rendah dengan resiko perilaku merusak tinggi sebanyak 4 orang (3,2%). Sementara itu hasil penelitian dari (Windani *et al.*, 2016) tentang pengaruh program efikasi perawatan kaki berbasis edukasi dengan melibatkan 72 responden mendapatkan hasil bahwa perawatan kaki oleh keluarga terhadap pasien diabetes rendah, dikarenakan kurangnya keyakinan keluarga dalam merawat kaki pasien diabetes. Peneliti berasumsi bahwa keluarga yang memiliki keyakinan yang rendah dengan resiko perawatan merusak yang tinggi dikarenakan kurangnya pengetahuan, kurangnya hubungan social, dan kurang terbuka dengan hal-hal baru sehingga responden sehingga pengetahuan yang didapatkan responden sangat minim atau sedikit.

5.3 Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini merupakan kelemahan dan hambatan maka dalam penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan yang dihadapi peneliti, yaitu :

1. Jarak rumah antar responden cukup jauh sehingga diperlukan tenaga ekstra bagi peneliti untuk mengunjunginya.
2. Waktu yang diperlukan untuk melakukan kunjungan responden selama 2 minggu sehingga kurang efisien dan kurang efektif.
3. Kurangnya penelitian terdahulu tentang hubungan keyakinan keluarga dengan perilaku perawatan kaki *Diabetes Mellitus* berbasis *Self Efficacy*.

4. Penjelasan tentang tujuan penelitian terhadap subjek penelitian dikarenakan keterbatasan pengetahuan tentang kemampuan berbahasa Indonesia oleh subjek penelitian.

BAB 6

PENUTUP

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan maka dapat diambil kesimpulan seseorang yang memiliki keyakinan tinggi maka resiko perilaku merusak akan rendah dan sebaliknya jika responden memiliki keyakinan yang rendah maka resiko perilaku merusak akan tinggi.

6.2 Saran

Berdasarkan temuan hasil penelitian, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut :

6.2.1 Bagi Responden

Disarankan bagi keluarga selalu mengingatkan dan mendampingi setiap aktivitas yang dilakukan keluarganya yang menderita diabetes untuk meminimalkan resiko yang tidak diinginkan.

6.2.2 Bagi Puskesmas

Disarankan untuk membentuk suatu program perkumpulan dan edukasi untuk keluarga penderita untuk membahas tentang kiat-kiat penyakit diabetes karena peran keluarga sangat mempengaruhi pola perilaku penderita diabetes.

6.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Diharapkan untuk penelitian selanjutnya melakukan modifikasi atau pengembangan penelitian tentang “efektivitas pemberian sandal khusus diabetes terhadap penurunan gula darah”.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA, A. D. A. (2015) *Periodic selection, infectious gene exchange and the genetic structure of E. coli populations.*, *Genetics*. doi: 10.2337/dc15-S001.
- Aini, N. (2018) *Teori Model Keperawatan Beserta Aplikasinya Dalam Keperawatan*. Malang: UMM Press.
- Ariani, Y. (2011) *Hubungan Antara Motivasi Dengan Efikasi Diri Pasien Dm Tipe 2 Dalam Konteks Asuhan*. Universitas Indonesia.
- Ariyanti (2012) *Hubungan Perawatan Kaki Dengan Risiko Ulkus Kaki Diabetes Di RS. PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Universitas Indonesia.
- Diana, N. (2013) *Pengetahuan dan praktik perawatan kaki pada klien diabetes melitus tipe 2 di kalimantan selatan*. Universitas Indonesia.
- Febrianti, D. (2017) *Studi Fenomenologi Pemanfaatan Sungai Sebagai Media MCK Di Desa Sokaraja Kulon Kecamatan Soekarja Kabupaten Banyumas*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Febty, I. D. C. (2014) *Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Tentang Penatalaksanaan DM Pada Pasien Di Puskesmas Ciputat Timur*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. doi: 10.1016/B978-1-4377-1927-7.00011-X.
- García-inzunza, J. A. *et al.* (2015) ‘Validity of the Mexican version of the combined Foot Care Confidence / Foot-Care Behavior scale for diabetes’, *Pan American Journal of Public Health*, 38(1), pp. 35–41.
- Gill Morrison (2013) ‘*Self Efficacy: Sebuah Alat Untuk Penderita Diabetes Dikelola Oleh Terus Menerus Infus Insulin Subkutan*’, *Journal of Diabetes*, 17.
- Harmoko (2016) *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Hastuti, R. T. (2008) *Faktor-Faktor Risiko Ulkus Diabetes Pada Penderita Diabetes Mellitus (Studi Kasus di RS Dr. Moewardi Surakarta)*. Universitas Diponegoro Semarang.
- Hidayat, A. A. (2017) *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kesehatan*. Surabaya: Salemba Medika.
- Hidayat, A. R. (2014) ‘Perawatan Kaki Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Rumah’, *Jurnal Permata Indonesia*, 5(November). Available at: www.permataindonesia.ac.id

- Husniawati, N. (2015) '*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Ulkus Kaki Diabetes Mellitus Di Klinik Diabetes Mellitus Tahun 2015*', *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2 September).
- IDF, I. D. F. (2017) *IDF DIABETES ATLAS Eighth edition 2017*. International Diabetes Federation. Available at: www.diabetesatlas.org.
- IDF, I. of D. F. (2015) *IDF DIABETES ATLAS SEVENTH EDITION*. Seventh Ed.
- Izati, Z. (2017) *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Diabetes Mellitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Kota Padang*. Poltekkes Kemenkes Padang.
- Kale, E. D. and Akoit, E. E. (2015) '*Analisis risiko luka kaki diabetik pada penderita dm di poliklinik dm dan penyakit dalam*', *Jurnal Info Kesehatan*, 14(2).
- Kamaru Zaman NH, Mohd Shah NS, H. S. (2018) '*Knowledge And Practice Of Foot Care Among Diabetic Elderly In Ukm Medical Centre (Ukmmc)*', *The Malaysian Journal Of Nursing*, 9(January), pp. 6–12.
- Kurniawan, V. E. (2011) *Pengaruh Konseling Terhadap Pengetahuan, Sikap, Perilaku Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tentang Perawatan Kaki Di Wilayah Kerja Puskesmas Kabuh*. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Lawrence W. Green (1984) *Modifying And Developing Health Behavior*. Available at: www.annualreviews.org (Accessed: 3 April 2019).
- Marsewa, N. (2017) *Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Diabetes Mellitus Ruang Kanthil Rumah Sakit Umum Darah Banyumas*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Mukhid, A. . (2009) '*(Perspektif Teori Kognitif Sosial dan Implikasinya terhadap Pendidikan)*', *Journal Tadris*, 4.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Notoatmojo., P. D. S. (2012) *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Revisi 201. Rineka Cipta.
- Nursalam (2013) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2016) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

- Oroh, W. (2018) 'Hubungan Obesitas Dengan Kejadian Diabetes Melitus', *E-Journal Keperawatan*, 6(1 Mei).
- PERKENI (2006) *Konsensus Pengelolaan Diabetes Melitus di Indonesia*, Denpasar: PB. Perkeni. Available at: <https://www.pbpadpdi.org>.
- Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, P. (2011) *Konsesnsus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Available at: www.labcito.co.id.
- Pourhaji, F. *et al.* (2016) 'Behavior in People with Diabetes Mellitus', *International Journal of Musculoskeletal Pain prevention*, 1(3), pp. 101–107.
- Putri (2011) *Studi Depkriptif Mengenal Self Efficacy Terhadap Pekerjaan pada Pegawai Bidang Statistik Sosial Di Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat*. Universitas Islam Bandung. doi: 10.1007/978-3-211-99651-5_15.
- Ramachaudran (1998) 'Self-Efficacy', *Ensiklopedia Manusia*. Available at: <https://www.uky.edu>.
- Ratnawati, N. (2016) *Hubungan Efikasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Universitas Muhammasdiyah Yogyakarta.
- Riskesdas (2018) *HASIL UTAMA RISKESDAS 2018*. Jakarta.
- Sheila, M. *et al.* (2017) 'Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes *Applied Nursing Research Self-ef fi cacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes*', *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 36(May), pp. 25–32. doi: 10.1016/j.apnr.2017.05.004.
- Sihombing, D. (2012) 'Gambaran Perawatan Kaki Dan Sensasi Sensorik Kaki Pada Paiesn Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Poliklinik DM RSUD', 14, pp. 1–14. Available at: <http://www.journal.unpad.ac.id>.
- Simbolon, C. A. (2009) *Perilaku Buang Air Besar Pada Ibu Rumah Tangga Yang Tidak Memiliki Jamban Keluarga Di Kecamatan Sukaresmi Kabupaten Garut Tahun 2009*. Universitas Indonesia.
- Siregar, P. S. (2017) *Pengaruh Faktor Perilaku Terhadap Terjadinya DM tipe 2 Pada Pengunjung DM di klinik Puskesmas Sering*. Universitas Sumatera Utara.
- Sloan, H. L. (2002) 'Developing and Testing of the Foot Care Confidence Scale', *Journal of Nursing Measurement*, 10(3), pp. 207–218.

- Suharsimi (2010) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Syaifuddin (2011) *Anatomi Fisiologi Kurikulum Berbasis Kompetensi Unuk Keperawatan dan Kebidanan Edisi 4*. Edisi 4. Edited by M. Ester. Jakarta: EGC.
- Triana, Z. (2016) *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diabetes Mellitus Di Ruang Flamboyan RS Dr. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Wahyuni, S. (2010) *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Penyakit Diabetes Melitus (DM) Daerah Perkotaan di Indonesia tahun 2007 (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2007)*. Universitas Islam Negeri Syaris Hidayatullah.
- Wati, W. (2015) *Penerapan Asuhan Keperawatan Model Self Care Orem pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Ulkus Di RSUPN Cipto Mangunkusumo*. Universitas Indonesia.
- WHO (2016) *Global report on diabetes.*, World Health Organization. doi: 10.1128/AAC.03728-14.
- Windani, C. et al. (2016) 'Pengaruh Program Edukasi Perawatan Kaki Berbasis Keluarga terhadap Perilaku Perawatan Kaki pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2', *Jurnal Keperawatan*, 4.
- Yunus, B. (2015) *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Lama Penyembuhan Luka Pada Pasien Ulkus Diabetikum Di Rumah Perawatan ETN Center Makssar Tahun 2014*. UIN Alaudin Makassar.

LAMPIRAN**Lampiran 1 Curriculum Vitte****A. Biodata Pribadi**

1. Nama : Sherley Ajeng Pratiwi
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat tanggal lahir : Kediri, 4 Maret 1997
4. Kebangsaan : Indonesia
5. Status : Belum Menikah
6. Agama : Islam
7. Alamat : Dsn.Patar Lor RT 10 RW 02 Desa Ngaresrejo,
Kecamatan Sukodono, Kab. Sidoarjo, Jawa Timur
8. No.Hp : 085607814247 / 085331703640
9. Email : ajengsherley@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

1. TK : TK Dharma Wanita 2001-2003
2. SD : SD Negeri Ngaresrejo 2003-2009
3. SMP : SMP Negeri 2 Sukodono 2009-2012
4. SMK : SMK Plus Nahdlatul Ulama Sidoarjo 2012-2015

Lampiran 2 Halaman Motto dan Persembahan

MOTTO

Tidak ada manusia yang diciptakan gagal, yang ada hanyalah mereka gagal memahami potensi diri dan gagal merancang kesuksesannya. Tiada yang lebih berat timbangan Allah pada hari akhir nanti, selain Taqwa dan akhlaq mulia seperti wajah dipenuhi senyuman untuk kebaikan dan tidak menyakiti sesama [HR Tirmidzi]

Maka



إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ﴿٦﴾

“*Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan (Qs: Al - Insyirah ayat 6)*”

Kupersembahkan sebagai rasa hormat dan sayangku

1. *Mamaku Siti Rokmah dan Ayahku Marhudi serta adikku Dany Setyanwan*
2. *Nenekku mbah Masini dan kakekku Alm. Mbah Samsul yang selalu mendobakanku dari jauh*
3. *Dyo Prasetyo kekasihku yang selalu memberikan dukungan masukan dan semangat untuk segera lulus dan melanjutkan kehidupan tahap selanjutnya*
4. *Seluruh keluargaku yang aku sayangi yang tidak bisa aku sebut satu per satu*
5. *Peny Indrawatii dan Difta Nadilah sahabat terbaik yang selalu memotivasiku untuk segera menyelesaikan skripsi ini*
6. *Semua teman ST-4 angkatan 21 yang telah mewarnai hari-hariku selama 4 tahun*
7. *Teman kelompok tugas akhirku (Nadya Yohana dan Selvia) kalian mengajarkanku arti kesabaran dimanapun itu.*

Lampiran 3 Surat Pengambilan Data

	YAYASAN NALA <i>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya</i> RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id	
	Surabaya, 17 Mei 2019	
Nomor : B/408 N/2019/ SHT. Klasifikasi : BIASA. Lampiran : -- Perihal : Permohonan Ijin : <u>Pengambilan Data Penelitian</u>	K e p a d a Yth. KEPALA BANGKESBANGPOL & LINMAS KOTA SURABAYA di <u>Surabaya</u>	
<p>1. Dalam rangka penyusunan Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2018/2019, mohon Kepala Bangkesbangpol dan Linmas Kota Surabaya berkenan mengizinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Instansi/wilayah kerja yang Bapak/Ibu pimpin.</p> <p>2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :</p> <p>Nama : Sherley Ajeng Pratiwi NIM : 151.0051 Judul penelitian : Hubungan Keyakinan Keluarga terhadap Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Melitus Berbasis <i>Self Efficacy</i> di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya</p> <p>3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.</p>		
		 STIKES HANG TUAH SURABAYA KETUA <u>WIWIEK LIES YANINGRUM, S.Kp., M.Kep</u> NIP. 04014
<u>T e m b u s a n :</u> 1. Ketua Pengurus Yayasan Nala 2. Puket I, II, III STIKES Hang Tuah Sby 3. Ka Prodi S1 Kep. STIKES Hang Tuah Sby		



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 1759 / 436.7.2 / 2019

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perindungan Masyarakat
Nomor : 070/5970/436.8.5/2019
Tanggal : 17 Mei 2019
Hal : Pengambilan Data
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Sherley Ajeng Pratiwi**
NIM : 1510051
Pekerjaan : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
Alamat : Dsn. Patar Lor Kec. Sukodono Kab. Sidoarjo
Tujuan Penelitian : Menyusun Proposal
Tema Penelitian : Hubungan Keyakinan Keluarga Terhadap Perilaku Perawatan
Kaki Diabetes Mellitus Berbasis Self Efficacy di Puskesmas
Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2019
Daerah / tempat : 1. Puskesmas Wonokromo
Penelitian : 2. Puskesmas Kebonsari

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarah dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 21 Mei 2019

a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,



Nanik Sukristina, S.KM. M.Kes

Pembina Tk. I

NIP. 197001171994032008

Lampiran 4 Surat Keterangan Pengambilan Data



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS WONOKROMO
 JL. KARANGREJO VI / 4 , TELP : (031) 8281647
 S U R A B A Y A (60243)

SURAT KETERANGAN
 NOMOR : 800/ s 28 /436.7.2.45/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Era Kartikawati
 NIP : 197004302006042008
 Pangkat/Golongan : Pembina ; IV/a
 Jabatan : Kepala Puskesmas Wonokromo

Dengan ini menerangkan dengan benar bahwa :

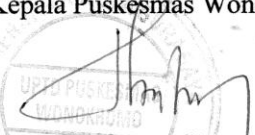
Nama : Sherley Ajeng Pratiwi
 NIM : 1510051
 Pekerjaan : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
 Alamat : Dsn Patar Sukodono Sidoarjo

Telah melaksanakan penelitian dengan tema “ Hubungan Keluarga Terhadap Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Melitus Berbasis Self Efficacy “ di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokromo Surabaya pada bulan Maret s/d bulan Mei 2019 dengan mematuhi ketentuan yang berlaku dengan baik.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 22 Maret 2019

Kepala Puskesmas Wonokromo


dr. Era Kartikawati
 Pembina
 Nip. 197004302006042008



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN KOTA
UPTD PUSKESMAS KEBONSARI**
Jl. Kebonsari Manunggal no. 30-32 Surabaya 60233
Telp. : 031 – 8294420

SURAT KETERANGAN

Nomor: 094/ 171b /436.7.2.53/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini :

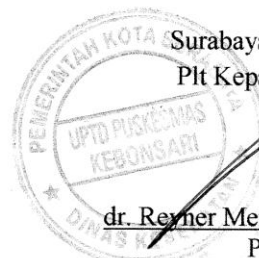
Nama : dr. Reyner Meilaksana S. M.H. Kes
Jabatan : Plt Kepala Puskesmas Kebonsari
Alamat : Jl. Kebonsari Manunggal No. 30-32 Surabaya

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Sherley Ajeng Pratiwi
NIM : 1510051
Jabatan : Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Telah diizinkan untuk pengambilan data penelitian penyusunan skripsi dengan tema penelitian “Hubungan Keyakinan Keluarga Terhadap Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis Self Efficacy di Puskesmas Kebonsari Kota Surabaya”, pada Bulan Mei s/d Juli 2019.

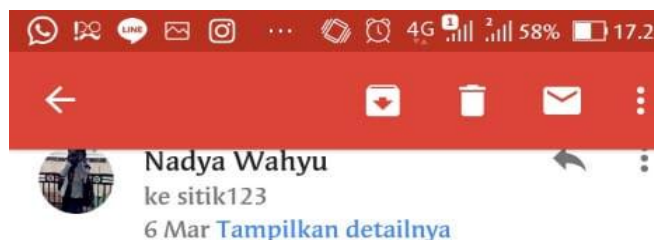
Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana semestinya.



Surabaya, 15 Juni 2019
Plt Kepala Puskesmas

dr. Reyner Meilaksana S. M.H. Kes
Pembina
NIP. 19790519 200604 1 018

Lampiran 5 Ijin Penggunaan Kuesioner



Excusme Mr, let me introduce our group first

1. Nadya Wahyu Pratiwi
2. Sherley Ajeng Pratiwi
3. Yohana Novitasari Sutrisno
4. Selvia Kumala Sari

We are from student of Hang Tuah Surabaya Health Sciences Institue from Indonesia. We have read your original artucle "Self-efficacy of foot care behaviour of elderly patients with diabetes", we want to permission to adopt your original article questionnaire for complete our research.

Thank you



Prof/ Dr/ Tuan/ Puan
Dear students,

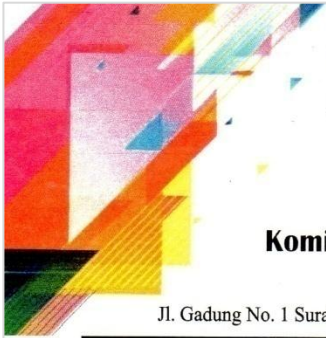
Sorry for late reply, you can use the tool, and best of luck

Kind regards

Dr Siti Khuzaimah Ahmad Sharoni
Ketua Pusat Pengajian (Fakulti Sains Kesihatan)
Institut Pendidikan Neo (iNED)
Aras 2, UiTM-MTDC Technopreneur Centre
Universiti Teknologi MARA (UiTM) 40450 Shah Alam, Selangor
Email: sitik123@salam.uitm.edu.my
Tel : +603-5544 8198 Fax : +603-5544 8299
Mobile : 019-2119284

Dr Siti Khuzaimah Ahmad Sharoni
Senior Lecturer
Center for Nursing Studies
Faculty of Health Sciences
UiTM Selangor, Puncak Alam Campus
40200 Selangor

Lampiran 6 Persetujuan Uji Etik



PERSETUJUAN ETIK

(Ethical Approval)

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
Stikes Hang Tuah Surabaya

Jl. Gadung No. 1 Surabaya, kepkshtsby@gmail.com, Telp. (031) 8411721, Fax. (031) 8411721

Surat Pernyataan Laik Etik Penelitian Kesehatan

Nomor : PE/37/V/2019/KEPK/SHT


Protokol penelitian yang diusulkan oleh : Sherley Ajeng Pratiwi

dengan judul :

Hubungan keyakinan keluarga terhadap perilaku perawatan kaki diabetes mellitus berbasis *self efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kekerasan dan Privasi, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator masing-masing Standar sebagaimana terlampir.


Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 08 Mei 2019 sampai dengan tanggal 08 Mei 2020



Ketua KEPK
Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 03006

Catatan untuk Peneliti dan Para Pihak :

- 1) Setiap pelaksanaan yang menyimpang dari protokol etik penelitian ini, harus sudah dilaporkan kepada kami untuk memperoleh pertimbangan dan persetujuan;
- 2) Setiap kejadian yang tidak diharapkan, yang timbul dari pelaksanaan penelitian ini harus segera dilaporkan kepada kami
- 3) Peneliti bersedia untuk sewaktu-waktu memperoleh pemantauan pelaksanaan penelitian
- 4) Para pihak terkait dapat menyampaikan aduan terkait dengan pelaksanaan penelitian ini kepada kami melalui e-mail, maupun nomor telepon kami
- 5) Peneliti harus memasukkan laporan tahunan, atau laporan akhir (berupa ringkasan) jika penelitian tidak melebihi 1 (satu) tahun.



Lampiran 7 Lembar Informasi Untuk Persetujuan Responden

LEMBAR INFORMASI UNTUK PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama : Sherley Ajeng Pratiwi

NIM : 1510051

Yang berjudul “Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya”.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa:

1. Saya telah diberikan informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Hubungan Keyakinan Keluarga Terhadap Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Melitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya”

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Surabaya, 17 Maret 2019

Peneliti

Responden

Sherley Ajeng Pratiwi
Saksi Peneliti

Saksi Responden

Lampiran 8 Lembar Persetujuan Responden**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Kepada Yth.
Bapak Ibu Calon Responden Penelitian
Di Puskesmas Wilayah Kota Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis “Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya”.

Pada penelitian ini, peneliti akan mengukur tingkat keyakinan keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita diabetes mellitus terhadap perilaku perawatan kaki dengan menggunakan kuesioner. Anda akan diminta untuk mengisi kuesioner yang telah disediakan peneliti sebanyak satu kali kurang lebih sekitar 20 menit. Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif untuk peningkatan perilaku perawatan kaki diabetes mellitus secara maksimal.

Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang saudara berikan sesuai dengan yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain. Partisipasi saudara bersifat bebas dalam penelitian ini, artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menanda tangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan terjamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan saudara akan kami hanguskan.

Yang menjelaskan,

Yang dijelaskan

Sherley Ajeng Pratiwi
Nim.151.0051

Lampiran 9 Lembar Kuesioner

LEMBAR KUESIONER

HUBUNGAN KEYAKINAN KELUARGA DENGAN PERILAKU PERAWATAN KAKI DIABETES MELLITUS BERBASIS *SELF EFFICACY* DI PUSKESMAS WONOKROMO DAN KEBONSARI KOTA SURABAYA

Dengan kuesioner ini saya mahasiswa Jurusan Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya (peneliti) ingin mengetahui kemampuan keluarga dalam menangani anggota keluarga yang memiliki penyakit diabetes dalam hal perawatan kaki. Sebelum mengisi kuesioner penelitian saudara dipersilahkan untuk mengisi data diri terlebih dahulu.

Nomor Kode Responden : (kosongkan)
 Tanggal Pengisian :
 Nama (inisial) :

Petunjuk Pengisian

1. Silahkan membaca pernyataan dengan teliti sebelum menjawab
2. Saudara dipersilahkan memilih satu jawaban yang sesuai dengan diri saudara dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang tersedia
3. Kolom kode responden tetap dibiarkan kosong
4. Usahakan agar tidak ada jawaban satupun yang terlewatkan
5. Untuk menjaga kerahasiaan saudara tidak perlu mencantumkan nama
6. Apabila kurang jelas saudara berhak bertanya kepada peneliti
7. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali

A. DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

		Kode
1. Usia	: <input type="checkbox"/> 15 - 24 tahun <input type="checkbox"/> 25 - 34 tahun <input type="checkbox"/> 35 - 44 tahun <input type="checkbox"/> ≥ 45 tahun, Sebutkan.....	<input type="checkbox"/>
2. Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki – laki <input type="checkbox"/> Perempuan	<input type="checkbox"/>
3. Tingkat Pendidikan	: <input type="checkbox"/> Tidak Sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Perguruan Tinggi	<input type="checkbox"/>

4. Pengalaman melakukan : Pernah melakukan perawatan kaki
- a. Mencuci kaki dengan sabun
 - b. Memakai alas kaki (sandal)
 - c. Memeriksa alas kaki sebelum digunakan
 - d. Memberikan lotion pada kaki
 - e. Memotong kuku
- Tidak pernah, Sebutkan Alasannya.....

B. KUESIONER KEYAKINAN KELUARGA

FCCS (*Foot Care Confidence Scale*)

Fatemeah Paurhaji *et al.*, (2016)


Petunjuk Pengisian

1. Silahkan membaca pernyataan dengan teliti sebelum menjawab
2. Saudara dipersilahkan memilih satu jawaban yang sesuai dengan diri saudara dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang tersedia
3. Kolom kode tetap dibiarkan kosong
4. Usahakan agar tidak ada jawaban satupun yang terlewatkan
5. Apabila kurang jelas saudara berhak bertanya kepada peneliti
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali

Skor

- 1 = Sangat Tidak Percaya Diri
 2 = Cukup Tidak Percaya Diri
 3 = Percaya Diri
 4 = Cukup Percaya Diri
 5 = Sangat Yakin

No	Pertanyaan	1	2	3	4	5	Kode
1.	Saya dapat membantu keluarga sayas melindungi kakidari bahaya yang terkena diabetes?						
2.	Saya bisa memeriksa keluarga saya yang terkena diabetes untuk memeriksa luka, goresan, lecet?						
3.	Setelah mencuci kaki keluarga saya yang terkena diabetes, saya dapat mengeringkan jari-jari kakinya?						
4.	Saya bisa menilai kaki keluarga saya yang terkena diabetes apakah perlu pengobatan ke rumah sakit?						
5.	Saya dapat memotong kuku keluarga saya yang menderita diabetes dengan benar?						
6.	Saya dapat mengetahui kapan keluarga saya yang menderita diabetes harus menggunakan sikat halus untuk menghaluskan kapalan pada kakinya?						
7.	Saya bisa menguji suhu air sebelum keluarga saya yang menderita diabetes meletakkan kakinya ke dalam bak?						

		1	2	3	4	5	Kode
8.	Saya bisa memberitahu keluarga saya yang menderita diabetes untuk selalu memakai alas kaki dan kaus kaki termasuk berjalan didalam ruangan?						
9.	Ketika saya berbelanja saya bisa memilih sepatu yang baik untuk kaki keluarga saya yang menderita diabetes? 						
10.	Saya bisa memanggil dokter untuk berkonsultasi terkait sepatu yang membahayakan kaki keluarga saya yang menderita diabetes?						
11.	Saya dapat memeriksa sepatu keluarga saya yang menderita diabetes sebelum dipakai?						
12.	Saya dapat mengarahkan keluarga saya yang menderita diabetes untuk rutin menggunakan lotion dikakinya?						

Interpretasi Hasil

Self Efficacy Tinggi : 36-60

Self Efficacy Rendah : 12-35

C. KUESIONER PERILAKU PERAWATAN KAKI BERBASIS *SELF*

EFFICACY

FCBS (Foot Care Behavior Care)

(García-inzunza *et al.*, 2015).

Petunjuk Pengisian

1. Silahkan membaca pernyataan dengan teliti sebelum menjawab
2. Saudara dipersilahkan memilih satu jawaban yang sesuai dengan diri saudara dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang tersedia
3. Kolom kode tetap dibiarkan kosong
4. Usahakan agar tidak ada jawaban satupun yang terlewatkan
5. Apabila kurang jelas saudara berhak bertanya kepada peneliti
6. Setelah semua diisi mohon diserahkan kembali

Skor

5 = Selalu

4 = Sering

3 = Setiap tiga hari

2 = Dua kali seminggu

1 = Sekali seminggu

No	Pertanyaan	5	4	3	2	1	Kode
1.	Selama 1 minggu terakhir berapa kali anda memeriksa kaki keluarga anda yang terkena diabetes?						
2.	Selama seminggu terakhir seberapa sering anda mencuci kaki keluarga anda yang terkena diabetes?						
3.	Selama seminggu terakhir seberapa sering anda memakaikan minyak atau krim untuk kaki keluarga anda yang terkena diabetes?						
4.	Selama seminggu terakhir seberapa sering anda mengganti kaus kaki keluarga anda yang terkena diabetes?						
5.	Selama seminggu terakhir seberapa sering anda menguji dengan tangan anda suhu air sebelum mandi untuk keluarga anda yang terkena diabetes?						
6.	Selama seminggu terakhir seberapa sering keluarga anda yang terkena diabetes berjalan tanpa alas kaki didalam ruangan?						

		1	2	3	4	5	Kode
7.	Selama seminggu terakhir seberapa sering keluarga anda yang terkena diabetes berjalan tanpa alas kaki diluar ruangan?						
8.	Selama seminggu terakhir seberapa sering keluarga anda memakai sepatu tanpa kaus kaki?						
9.	Selama seminggu terakhir seberapa sering anda memeriksa bagian dalam sepatu keluarga anda yang terkena diabetes?						
10.	Seberapa sering anda menggunakan bahan kimia atau plester untuk menghilangkan kapalan pada keluarga anda yang terkena diabetes?						
11.	Seberapa sering anda menghaluskan kuku/kalus dengan silet/pisau/alat potong kuku pada keluarga anda yang terkena diabetes?						
12.	Seberapa sering anda memotong kuku keluarga anda yang terkena diabetes dengan lurus?						
13.	Berapa kali anda mengukur kaki keluarga anda yang terkena diabetes ketika membeli sepatu baru?						
14.	Seberapa sering keluarga anda yang terkena diabetes memakai sepatu olahraga atau sepatu bertali?						
15.	Seberapa sering keluarga anda yang terkena diabetes merasa cocok dengan sepatu baru yang telah diukur kakinya terlebih dahulu?						
16.	Seberapa sering keluarga anda yang terkena diabetes menggunakan sandal?						
17.	Ketika kaki keluarga anda yang terkena diabetes terasa dingin, seberapa sering anda menggunakan botol air panas untuk menghangatkan kakinya?						

Interpretasi Hasil :

Resiko Perilaku Merusak Tinggi = 52 – 86

Resiko Perilaku Merusak Rendah = 17 - 51

INSTRUMEN WAWANCARA

Selamat pagi / siang / sore sebelumnya bapak / ibu pekenalkan nama saya Sherley Ajeng Pratiwi mahasiswa prodi S1 keperawatan dari Stikes Hang Tuah Surabaya saat ini sedang menjalankan tugas akhir saya berupa skripsi. Kedatangan saya disini bermaksud untuk melakukan pengambilan data penelitian kepada ibu / bapak selaku keluarga pasien diabetes yang kebetulan keluarga ibu / bapak masuk dalam criteria penelitian saya. Penelitian saya membahas terkait keyakinan keluarga terhadap perilaku perawatan kaki pada pasien diabetes mellitus, jadi disini saya ingin mengetahui keyakinan bapak / ibu terhadap perilaku perawatan kaki. Disini saya akan memberikan pertanyaan kepada ibu / bapak minta tolong jawab jujur dan sesuai yang terjadi.

KEYAKINAN	PERILAKU PERAWATAN KAKI	EDUKASI
Apakah saudara yakin dapat melakukan perawatan kaki diabetes pada keluarga saudara yang menderita diabetes mellitus secara benar?	Apa yang saudara ketahui tentang perilaku perawatan kaki?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan kaki secara rutin 2. Mencuci kaki dengan sabun setiap mandi, gosok kaki dengan sikat lembut, keringkan dengan handuk lembut termasuk daerah sela-sela jari kaki 3. Memakai alas kaki sepatu atau sandal untuk melindungi kaki agar tidak terjadi luka, juga didalam rumah. Jangan gunakan sandal jepit karena dapat menyebabkan lecet disela jari pertama dan kedua 
Apakah menurut anda keyakinan dibutuhkan dalam proses rawat kaki keluarga anda yang menderita diabetes mellitus? Mengapa?	Apakah saudara mengetahui tentang perilaku perawatan kaki yang benar?	
Mengapa anda harus memiliki keyakinan untuk melakukan perawatan kaki terhadap keluarga anda yang menderita diabetes mellitus?	Bagaimana cara anda untuk merawat keluarga anda yang menderita diabetes mellitus khususnya perawatan kaki?	
Bagaimana cara anda dalam menumbuhkan rasa	Mengapa anda harus melakukan perawatan kaki	

yakin untuk melakukan perawatan kaki terhadap keluarga anda yang menderita diabetes mellitus?	terhadap keluarga anda yang menderita diabetes mellitus?	<p>4. Memeriksa alas kaki sebelum digunakan apakah ada kerikil, benda-benda tajam seperti jarum dan duri. Lepas sepatu setiap 4-6 jam serta gerakkan pergelangan dan jari-jari kaki agar sirkulasi darah tetap baik terutama pada pemakaian sepatu baru. Bila menggunakan sepatu baru, lepaskan sepatu setiap 2 jam kemudian periksa keadaan kaki</p> <p>5. Memberikan lotion pada daerah kaki yang kering. Jangan memberikan lotion pada sela-sela jari karena dapat menimbulkan pertumbuhan jamur</p> <p>6. Memotong kuku lurus mengikuti bentuk normal jari kaki, tidak terlalu pendek atau terlalu dekat dengan kulit, kemudian kikir agar kuku tidak tajam.</p> <div data-bbox="922 1115 1342 1350" style="text-align: center;"> </div>
Bagaimana cara anda dalam mengatur pola hidup keluarga anda yang menderita diabetes mellitus?	Apa saja yang anda lakukan untuk merawat kaki keluarga anda yang menderita diabetes mellitus, dan mengapa harus dilakukan?	
Mengapa anda harus memiliki rasa yakin dalam menentukan pola hidup keluarga anda yang menderita diabetes mellitus?	Menurut anda aspek apa saja yang harus diperhatikan dalam perawatan kaki keluarga anda yang menderita diabetes mellitus, dan mengapa harus dilakukan?	
Bagaimana cara anda dalam melakukan control terhadap tingkat gula darah keluarga anda yang menderita diabetes mellitus?		

Lampiran 10 Hasil Uji SPSS

Hasil Spss Data Demografi Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari Kota Surabaya

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	25-34	1	.8	.8	.8
	35-44	11	8.7	8.7	9.5
	>45	114	90.5	90.5	100.0
	Total	126	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	31	24.6	24.6	24.6
	PEREMPUAN	95	75.4	75.4	100.0
	Total	126	100.0	100.0	

TINGKAT PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK SEKOLAH	12	9.5	9.5	9.5
	SD	31	24.6	24.6	34.1
	SMP	30	23.8	23.8	57.9
	SMA	47	37.3	37.3	95.2
	PERGURUAN TINGGI	6	4.8	4.8	100.0
	Total	126	100.0	100.0	

PENGALAMAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PERNAH	126	100.0	100.0	100.0

Hasil Spss Variabel
Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes
Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari
Kota Surabaya

SELF EFFICACY

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12-35	4	3.2	3.2	3.2
	36-60	122	96.8	96.8	100.0
	Total	126	100.0	100.0	

RESIKO PERILAKU MERUSAK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-51	122	96.8	96.8	96.8
	52-86	4	3.2	3.2	100.0
	Total	126	100.0	100.0	

SELF EFFICACY * RESIKO PERILAKU MERUSAK
Crosstabulation

Count

		RESIKO PERILAKU MERUSAK		Total
		17-51	52-86	
SELF EFFICACY	12-35	0	4	4
	36-60	122	0	122
Total		122	4	126

Hasil Spss Tabulasi Silang
Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki
Diabetes Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo
dan Kebonsari Kota Surabaya

USIA * SELF EFFICACY Crosstabulation

			SELFEFFICACY		Total
			12-35	36-60	
USIA	25-34	Count	0	1	1
		% within USIA	0.0%	100.0%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	0.0%	0.8%	0.8%
		% of Total	0.0%	0.8%	0.8%
	35-44	Count	1	10	11
		% within USIA	9.1%	90.9%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	25.0%	8.2%	8.7%
		% of Total	0.8%	7.9%	8.7%
	>45	Count	3	111	114
		% within USIA	2.6%	97.4%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	75.0%	91.0%	90.5%
		% of Total	2.4%	88.1%	90.5%
Total	Count	4	122	126	
	% within USIA	3.2%	96.8%	100.0%	
	% within SELF EFFICACY	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.2%	96.8%	100.0%	

TINGKAT PENDIDIKAN * SELF EFFICACY Crosstabulation

			SELFEFFICACY		Total
			12-35	36-60	
TINGKAT PENDIDIKAN	TIDAK SEKOLAH	Count	1	11	12
		% within TINGKAT PENDIDIKAN	8.3%	91.7%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	25.0%	9.0%	9.5%
		% of Total	0.8%	8.7%	9.5%
	SD	Count	0	31	31
		% within TINGKAT PENDIDIKAN	0.0%	100.0%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	0.0%	25.4%	24.6%
		% of Total	0.0%	24.6%	24.6%
	SMP	Count	1	29	30
		% within TINGKAT PENDIDIKAN	3.3%	96.7%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	25.0%	23.8%	23.8%
		% of Total	0.8%	23.0%	23.8%
	SMA	Count	1	46	47
		% within TINGKAT PENDIDIKAN	2.1%	97.9%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	25.0%	37.7%	37.3%
		% of Total	0.8%	36.5%	37.3%
	PERGURUAN TINGGI	Count	1	5	6
		% within TINGKAT PENDIDIKAN	16.7%	83.3%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	25.0%	4.1%	4.8%
		% of Total	0.8%	4.0%	4.8%
Total	Count	4	122	126	
	% within TINGKAT PENDIDIKAN	3.2%	96.8%	100.0%	
	% within SELF EFFICACY	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.2%	96.8%	100.0%	

PENGALAMAN * SELF EFFICACY Crosstabulation

			SELFEFFICACY		Total
			12-35	36-60	
PENGALAMAN	PERNAH	Count	4	122	126
		% within PENGALAMAN	3.2%	96.8%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.2%	96.8%	100.0%
Total		Count	4	122	126
		% within PENGALAMAN	3.2%	96.8%	100.0%
		% within SELF EFFICACY	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.2%	96.8%	100.0%

Hasil Spss Korelasi Spearman
Hubungan Keyakinan Keluarga Dengan Perilaku Perawatan Kaki Diabetes
Mellitus Berbasis *Self Efficacy* di Puskesmas Wonokromo dan Kebonsari
Kota Surabaya

Correlations

		SELF EFFICACY	RESIKO PERILAKU MERUSAK	
Spearman's rho	SELF EFFICACY	Correlation Coefficient	1.000	
		Sig. (2-tailed)	.	
		N	126	
	RESIKO PERILAKU MERUSAK	Correlation Coefficient	-1.000**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	126	126

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

Lampiran 11 Dokumentasi

Lampiran 12 Jurnal Kuisiomer

Original article



International Journal of Musculoskeletal Pain prevention

Volume 1, Number 3, Summer 2016



Foot-Care Self-efficacy Beliefs, Physical Self-Concept and actual Foot-Care Behavior in People with Diabetes Mellitus

Fatemeh Pourhaji¹, Mohammad Hossein Delshad^{2*}, Abbas Ali Ammari³, Roya Pourhaji⁴

1. Expert in charge of Health Education, Health Network Pardis, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Expert in charge of Development, Health Network Shemiranat, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Mashhad university medical sciences, Samen Health Center, Mashhad, Iran.

4. Department of Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

Background: The concept of self efficacy and physical self-concept have been shown to be an effective predictor of behavior in many areas of health. This study investigated the relationships between foot-care self-efficacy beliefs, Physical self-concept, self-reported foot-care behavior in people with diabetes.

Methods and Material: This is a cross sectional study in which the 90 diabetic individuals who had been admitted to the diabetic clinic of health centers located in Mashhad- Iran between the years 2015 and 2016 was invited to be entered into the study. The demographic questionnaire and the self-report "Foot Care Confidence Scale" (FCCS) questionnaire and also the self-report Marsh "Physical Self-Description Questionnaire" (PSDQ) were applied to measure data. SPSS 20.0 was used for the analyses.

Results: Ninety patients with a mean age of 51.82 ± 11.3 years were assessed. There is the significant association between foot-care self-efficacy beliefs and higher foot care behavior. ($r=0.4, P<0.05$). Also, there was a significant association between physical self-concept and foot-care, so that people who had a better physical self-concept had better foot care behavior.

Conclusions: This study has found that foot-care self-efficacy beliefs and physical self-concept improvement could help foot-care behavior improvement among diabetic people.

Keywords: Foot-care, Self-efficacy Beliefs, Physical self-concept, Foot-care Behavior

Introduction

In 2014 the global prevalence of diabetes was estimated to be 9% among adults aged 18 + years.

In 2011, an estimated of 1.5 million deaths were directly caused by diabetes (WHO, 2014). With an impact of over 500 million people worldwide, diabetes has become the fastest developing chronic disease (Marricconi & Jones, 2014). Diabetic Foot Ulcers (DFUs), one of the most common complications of diabetes, have an annual incidence rate of 1% to 4% and a lifetime risk of 15% to 25% (Snyder & Hanft, 2009).

Approximately 15% of people with diabetes worldwide suffering from diabetic footulceration at some stage in their illness. Through mechanisms that are not well understood, damage to the vascular and nervous systems occurs in diabetes, leading to complications (Aidan Seale et al., 2005). Foot ulcers may take weeks or months to be healed, and non-healing ulcers may be followed by infection, gangrene and amputation of the affected limb. Indeed, these ulcers constitute the most common reason for hospitalization of people with diabetes mellitus (Aidan Searle et al., 2005).

Peripheral neuropathy is a major contributing factor in the development of DFUs, along with deformity, callus, trauma, and vascular insufficiency (Boulton, Kirsner & Vileikyte, 2004; Boulton et al., 2005).

Diabetes with severe foot infections (e.g. necrotizing fasciitis, gas gangrene, ascending cellulites, infection with systemic toxicity or

Corresponding author: No 202, Department of Shemiranat Health Network, Shahid Beheshti University, P. O. Box: 1439613313, Tel: 0098 21 22211882; Fax: 0098 21 22678363; E-mail: Delshad@sbmu.ac.ir

Access this article online

Website: ijmpp.modares.ac.ir

DOI:



metabolic instability) has risen significantly during the past decade. DFUs can be painful and limit daily and social activities, leading to reduced quality of life (Snyder & Hanft, 2009). DFUs is very costly so that in a retrospective cohort study was shown that in the first year after DFU diagnosis, patients with ulcers had more emergency room visits, more outpatient visits, and more inpatient days. Furthermore, in the second year, emergency room visits remained unchanged for the DFU group, but outpatient visits and inpatient days were declined (Snyder & Hanft, 2009). The high rate of mortality in patients with DFUs has been well known, but how it could be compared with other serious medical conditions was less well understood (Snyder & Hanft, 2009).

Foot infections are a major cause of hospitalization and subsequent lower extremity amputation among patients with diabetes mellitus who have a history of a preexisting ulceration (Zgonis et al., 2008). Appropriate and timely foot self-care practices may prevent diabetes-related foot complications. However, self-care practices are often neglected, particularly by older adults (Matricciani and Jones, 2014). There is strong historical and anecdotal suggestion that certain foot-care behaviors can prevent diabetes-related foot pathology. However, the evidence suggests that people with diabetes often fail to employ the suggested behavioral strategies suggested in educational interventions. For example, two large population-based studies have found that only 20% of participants with diabetes inspected their feet daily and 23-25% never inspected their feet (Perrin, Swerissen & Payne 2009).

According to the American Association of Diabetes Educators Self-Care Behaviors framework, people with Type 2 Diabetic Mellitus (T2DM) should be skilled in self-care behaviors that improve their quality of life while reducing associated complications of this condition. The skills needed to accomplish this include monitoring of blood glucose levels; monitoring of blood pressure; eliminating smoking; foot self-checks; and routine eye, foot, and dental exams (Bonner, Foster & Spears-Lanoix 2016), Boren et al., 2007).

Diabetes, including diseases that can affect physical self-description, individual's view of his or her body, state of health, physical appearance, skills, and sexuality. In other words, physical self-description of one's own views includes all the pros and cons person (Mosharraf et al.,

2007). Physical self-concept includes all perception within each individual image (appearance, values and beliefs) that impact on individuals' behavior and it indicates when someone uses word "I" (Tanner, 2006). Our review indicates that little research has been conducted on the association between foot-care self-efficacy beliefs, physical self-concept and actual foot-care behavior. The aim of the current study is to explore the relationships between foot-care self efficacy beliefs, physical self-concept and actual foot-care behavior among patients with type 2 diabetes in a whole model. Based on literature review, we hypothesized that self-efficacy beliefs and physical self-concept, would directly affect foot-care behaviors in patients with type 2 diabetes (Figure 1).



Figure 1. Model of the relationships between foot-care self-efficacy beliefs, physical self-concept and actual foot-care behavior among patients with type 2 diabetes.

Methods and Material

This is a cross sectional study in which 90 diabetic patients who had been admitted in the diabetic clinic of health centers located in Mashhad-Iran from, 2015 to, 2016 were invited to participate in the study.

Key inclusion criteria were as being diagnosed diabetic through standard laboratory test and having health record in the diabetic clinic of health centers. However, the patients who were unsatisfied to enter into the study were excluded from the study. Participants were provided with informed consent form to be signed before being interviewed and were assessed by the principal researcher to determine the following variables as age, gender, duration of diabetes, education level, marital status, FBS level (mg/dl), HbA1c level (mg/dl), and preventative behavior score.

To measure foot-care self-efficacy beliefs, each participant completed the self-report "Foot Care Confidence Scale" (FCCS) questionnaire (Sloan, 2002). The FCCS consists of twelve statements (Figure 2) about the "confidence"

level which the participants had in undertaking various foot-care activities using a five-point Likert scale response. In response to a statement about undertaking foot-care behavior (e.g. "I can protect my feet"), the participant could respond with the following Likert responses: "strongly not confident", "moderately not confident", "confident", "moderately confident" and "strongly confident" (Perrin, Swerissen & Payne, 2009).

The FCCS has internally consistent (Cronbach's $\alpha = 0.90$), strong content validity and also one-dimensional construct (Sloan, 2002). The maximum score is sixty, with higher scores indicating a higher level of self-efficacy beliefs. To measure foot-care behavior, a self-report questionnaire was used that was derived from a tool developed previous research (Perrin, Swerissen & Payne, 2009, Vileikyte et al., 2006). This questionnaire was completed for illiterate people to interview.

Foot care behaviors were evaluated by 17-item questionnaire that it was split into two behavioral subscales: nine items pertaining to preventative behavior and eight items to potentially damaging behavior (Figure 3).

According to the previous research (Perrin, Swerissen & Payne, 2009) the responses were rated on two different scales: a 6-point scale for "during the past week" questions (twice a day, daily, every other day, twice a week, once a week, or never) and on a four-point scale for "in general" questions (always, most of the time, occasionally, or never). Because of the difference in scaling, items were converted to a scale that ranged from 0 to 1 before summing scores. After re-coding, higher scores (i.e. closer to 1) indicating both more preventative and potentially foot-damaging behaviors (Perrin, Swerissen & Payne, 2009).

To measure physical self-concept, each participant completed the self-report Marsh "Physical Self-Description Questionnaire" (PSDQ) (Marsh, Martin & Jackson 2010). The short form questionnaire of this scale contains 40 questions and each PSDQ item is a simple declarative statement and the individuals respond the items using a 6-point true-false response scale. Each of the 40 items from PSDQ-S instrument is denoted by three codes (below). The first is a two digit number (01-40) indicating the item number on the PSDQ-S instrument. Physical self-concept have 11

components which include: Health (HE): not getting sick often, getting well quickly, Coordination (CO): being good at coordinated movements, smooth physical movements, Activity (AC): being physically active, doing lots of physical activities regularly, Body Fat (BF): not being overweight, not being too fat, Sport (SP): being good at sports, being athletic, having good sports skills, Global Physical (GP): feeling positive about one's physical self, Appearance (AP): being good looking, having a nice face, Strength (ST): being strong, a powerful body, lots of muscles, Flexibility (FL): being able to bend and turn your body easily in different directions, Endurance (EN): being able to run a long way without stopping, not tiring when exercising hard, Global Esteem (ES): overall positive feelings about self (Marsh, Martin & Jackson, 2010). SPSS 20.0 was used for the analyses. To determine the relationship of FCCS scores with both preventative and potentially damaging behavior scores, the Pearson product-moment coefficient of correlation was determined in each case. For these correlation analyses, $\alpha < 0.05$ was considered significant.

Results

Characteristics of the participants were reported in Table 1. A high percentage of the participants were female and were diagnosed with type 2 diabetes, and there were a high proportion of the participants who completed secondary school.

Pearson product-moment coefficient of correlation was performed and showed a small positive correlation between physical self-concept scores and preventative behavior scores ($r = 0.36$, $p = 0.05$). So that by increasing physical self-concept, preventative behavior was even higher. Table 2 includes correlations among study variables. There is the significant association between foot-care and self-efficacy beliefs and higher foot care behavior. ($r = 0.4$, $P < 0.05$). Also, there was a significant association between physical self-concept and foot-care, so that people who had a better physical self-concept, foot care behavior was higher and Estimated model of the of the relationships of foot-care self efficacy beliefs, Physical self-concept and actual foot-care behavior among patients with type 2 diabetes (Figure 4).

Table 1. Characteristics of study population

Variable	N=99 Mean	N=99 Mean
Age (years)	51.82	51.82
FBS (mg dl)	154.26	154.26
Duration of diabetes (years)	69.82	69.82
HbA1c	7.3	7.3
FBS(mg dl)	30.13	30.13
Preventative behavior score	43.67	43.67
Potentially damaging behavior score	25.55	25.55
Physical self-concept	126	126
Variable	N	N
Female	70	70
Male	20	20
Never married	6	6
Married	82	82
Unlettered		
Completed primary school		
Undertook some secondary school		
Completed secondary school	22	22
Completed undergraduate university degree		

- 1- I can protect my feet
- 2- Even without pain/discomfort, I can look at my feet daily to check for cuts, scratches, blisters, redness or dryness
- 3- After washing my feet, I can dry between my toes
- 4- I can judge when my toenails need to be trimmed by a podiatrist
- 5- I can trim my toenails straight across
- 6- I can figure out when to use a pumice stone to smooth corns and/or calluses on my feet
- 7- I can test the temperature of the water before putting my feet into it
- 8- If I was told to do so, I can wear shoes and socks every time I walk (includes walking indoors)
- 9- When I go shopping for new shoes, I can choose shoes that are good for my feet
- 10- I can call my doctor about pro my shoes for problems that could harm my feet
- 11- Before putting them on, I can check the insides of my shoes for problems that could harm my feet
- 12- If directed to do so, I can routinely apply lotion to my feet

Figure 2 The FCCS statements.

Behavior subcale	Question
Preventative	1- During the past week how often did you examine your feet?
Preventative	2- During the past week how often did you wash your feet?
Preventative	3- During the past week how often did you check the inside of your shoes?
Preventative	4- During the past week how often did you use moisturizing oils or creams for your feet?
Preventative	5- During the past week how often did you change your socks?
Preventative	6- During the past week how often did you test the water temperature with your hand / elbow before taking a bath or a shower?
Potentially damaging	7- During the past week how often did you walk barefoot indoors?
Potentially damaging	8- During the past week how often did you walk barefoot outdoors
Potentially damaging	9- During the past week how often did you wear shoes without the socks?
Potentially damaging	10- In general, how often do you use chemical agents or plasters to remove corns and calluses?
Potentially damaging	11- In general, how often do you yourself treat corns or calluses with a blade?
Preventative	12- In general, how often do you cut your toenails straight across?
Preventative	13- In general, how often do you have your feet measured when buying a new pair of shoes?
Preventative	14- In general, how often do you wear trainers sneakers or lace-up shoes?
Preventative	15- In general, how often do you rely on feeling the fit of the shoes when buying a new pair?
Potentially damaging	16- In general, how often do you wear sandals or slippers?
Potentially damaging	17- In general, when your feet feel cold at night, how often do you use hot water bottles/heating pads to warm them?

Figure 3. The behavior question.

Table 2. Correlations among study variables.

Physical self-concept	FCCS score	Foot care	Variable
		1	Foot care
	1	0.4*	FCCS score
1	0.42*	0.372*	Physical self-concept

*p < 0.05



Figure 4. Estimated model of the relationships of foot-care self efficacy beliefs, Physical self-concept and actual foot-care behavior among patients with type 2 diabetes. Note: Coefficients are standardized path coefficients. For tests of significance of individual paths, $p > 0.05$, * $p < 0.05$.

The result of independent t-test shown between gender and marriage conditions did not significant differences with foot-care. The ANOVA tests show there was no significant correlation between education level and foot-care.

To investigate the relationship between foot care, physical self-concept and demographic variables Pearson and Spearman correlation coefficient was used (Table 3).

Table 3 Correlation matrix of foot care, Physical Self-Concept and demographic variables.

Variable	Foot care		Physical self-concept	
	Person <i>r</i>	Person <i>p</i>	Person <i>r</i>	Person <i>p</i>
Age (years)	0.026	0.8	-0.23	0.03
Hemoglobin (mg/dl)	0.18	0.13	-0.23	0.8
Variable	foot care		Physical self-concept	
correlation	pearson <i>r</i>	pearson <i>p</i>	spearman <i>r</i>	spearman <i>p</i>
Diabetes duration (years)	0.19	0.07	0.1	0.3
FBS (mg/dl)	0.13	0.19	0.09	0.3

The above table shows a significant negative relationship between age and Physical self-concept ($r = -0.23$, $P < 0.05$). Also, there was not statistically significant between other demographic variables with physical self-concept and foot care.

Discussion

To the authors' knowledge, this is the first study to have directly investigated the relationship between foot-care self-efficacy beliefs and physical self-concept and actual foot-care behavior.

This sample has a preponderance of older females with type 2 diabetes that have low levels of education. These demographics are consistent with other populations of people with diabetes, and who are at high risk of future diabetes-related foot problems. These characteristics may influence the results of this study which was consistent with the results of the study of Byron and et al (Perrin, Swerissen & Payne 2009). Males generally are less likely to rest or seek medical advice during an illness and engage in fewer health promoting activities. However, gender had no significant impact on the behavior of foot care.

In current study, There was the greater self efficacy predicted more frequent foot-care that it was related with results of previous research (Aljaseem et al., 2001) was suggested that a greater self efficacy predicted more frequent blood glucose testing, less frequent skipping of medication and binge eating, and closer adherence to an ideal diet. Also in previous research (Gao et al., 2013) research it shown that were significant positive direct paths from self-efficacy to diabetes self-care that consist our study. These findings were confirmed in both studies (Bohanny et al., 2013; Lee et al., 2015) showed patients who had higher self-efficacy and who were married had better self-care behaviors. Compliance with a chronic disease can affect a person's physical self-concept. The chronic diseases such as diabetes, need to self-care behaviors in life (Safavi, Samadi & Mahmoodi, 2013). In current study, physical self-concept was a strong predictor for foot-care and this relationship confirmed. In addition, results of previous research (Patrizia, Sebastiano & Rosalba, 2013) showed that multidimensional model of physical self-concept is a strong predictor for exercise. In previous research (Martin & Whalen, 2012). This result is produced and reported to positive perceptions of multidimensional physical self-concept (M's ranging from 3.3 to 5.9 of 6). Using multiple regression analyses, were able account for 29 and 47 percent of the variance in global self-concept and physical activity, respectively.

There are several limitations to this study. First, data used in this analysis were collected through a cross-sectional design. The cross-sectional nature of the design ensured that the sample was only investigated at one point in time rather than exploring patterns of change over time, such as the changes in self-efficacy beliefs, actual

behavior (Portney & Watkins, 2000). Although we took several technical measures to enhance the efficacy of the association analysis, such as interviews.

Finally, it is important to be aware of the issue of sample size and its effect on tests of significance in relation to correlations we determined in our study. As the sample size was relatively large, we have taken a more conservative approach that focused on the correlation coefficient, which was medium. Although the correlation between FCCS scores and physical self-concept scores was just statistically significant ($p = 0.05$) and the correlation was actually middle ($r = 0.3$). A larger sample size would have ensured more statistical power, although the clinical implications of this are unknown.

Conclusion

The results suggested the management of people with diabetes disease problems must take place in a context that includes consideration of psychosocial and behavioral factors in addition to patho physiological factors. However, this study has found that it is unlikely that the evaluation of foot-care self-efficacy beliefs and physical self-concept were particularly useful in assessing the actual foot-care behavior of people with diabetes and loss of protective sensation in their feet. Detailed Semi-experimental research and educational interventions is now required to definitively determine the relationship between self-efficacy beliefs and physical self-concept and the incidence of foot-care behavior of people with diabetes.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest for this article.

Acknowledgement

The authors would like to thank research deputy of Tarbiat Modares University for its financial support of this study.

Author contribution

F. P: Study implementation, Data collection and analysis, writing the first draft of Paper.

F. P, AAA, MH, D, R, P: Study design and data analysis, editing and confirming the final draft of the paper.

F. P, AAA, MH, D, R, P: Study design, confirming the final draft of the paper.

Funding/Support

No Declared.

References

- Searle, A.J., Campbell, R., Tallon, D., Fitzgerald, A., Vedhara, K. (2005) A Qualitative Approach to Understanding the Experience of Ulceration and Healing in the Diabetic Foot: Patient and Podiatrist perspectives. *WOUNDS*, 17(1), 16-26.
- Ajaseem, LI., Peyrot, M., Wissow, L. & Rubin, RR. (2001) The impact of barriers and self-efficacy on self-care behavior in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 27 (3), 393-404.
- Bobanny, W., Wu, SF., Liu, CY., Yeh, SH., Tsay, SL. & Wang, TI. (2013) Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(9), 495-502.
- Bonner, T., Foster, M. & Spears-Lanoix, F. (2016) Type 2 diabetes-related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: a systematic review of the literature. *Diabetic Foot & Ankle*, 7, 29758, <http://dx.doi.org/10.3402/dfa.v7.29758>.
- Boren, SA., Gunlock, TL., Schaefer, J. & Albright (2007) Reducing Risks in Diabetes Self-management: A Systematic Review of the Literature. *The Diabetes Educator*, 33 (6), 1033-1077.
- Boulton, JM., Kirzner, R. & Vileikyte, L. (2004) Neuropathic diabetic foot ulcers. *New England Journal of Medicine*, 351, 48-55.
- Boulton, JM., Vileikyte, L., Ragnarson-Tennvall, G. & Apelqvist, J. (2005) The global burden of diabetic foot disease. *The Lancet*, 366 (9498), 1719-1724.
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haastorf, R., Keger, MC., Zhu, Y., et al., (2013) Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Biomedical Center Family Practice*, 14, 66.
- WHO. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva. ISBN: 978 92 4 156455 4, Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en> [Accessed on 5th July, 2017].
- Lee, YI., Shin, SI., Wang, RH., Lin, KD., Lee, YL. & Wang, YH. (2015) Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 99 (2), 287-294.
- Martin, J. & Whalen, MA. (2012) Self-concept and physical activity in athletes with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 5 (3), 197-200.
- Matricciani, L. & Jones, S. (2014) Who Cares About Foot Care? Barriers and Enablers of Foot Self-care Practices Among Non-Institutionalized Older Adults Diagnosed With

- Diabetes An Integrative Review. *The Diabetes Educator*. 41 (1), 106-117.
- Mosharraf, R., Aghaei, A., Zadeh, H. & Koodak, A. (2007) Relationship between satisfaction and expectation with self-esteem and self-concept in patients using complete denture. *Journal of Dentistry, Shiraz University of Medical Sciences* 3, 60-70.
- Patrizia, Sebastian, & Roxalba (2013) Physical Self-Concept and Its Relationship to Exercise Dependence Symptoms in Young Regular Physical Exercisers. *American Journal of Sports Science and Medicine*. 3 (3), 60-71.
- Patin, M., Swanson, H. & Payne, C. (2009) The association between foot-care self efficacy beliefs and actual foot-care behaviour in people with peripheral neuropathy: a cross-sectional study. *Journal of Foot and Ankle Research*. 2 (3), 1-8.
- Portney, G. & Watkins, P. (2000) *Foundations of clinical research: applications to practice*, Prentice Hall Upper Saddle River, NJ.
- Safavi, M., Samadi, N. & Mahmoodi, M. (2013) The relationship between self-concept and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Medical Sciences Journal L*. 23 (2), 148-153.
- Sloan, HL. (2002) Developing and testing of the Foot Care Confidence Scale. *Journal of Nursing Measurement* 10 (3), 207-218.
- Snyder, RJ. & Hanft, JR. (2009) Diabetic foot ulcers-effects on quality of life, costs, and mortality and the role of standard wound care and advanced-care therapies in healing: a review. *Wound Management* 55 (11), 28-38.
- Tanner, CA. (2006) Nursing education: Current themes, puzzles and paradoxes. *Communicating Nursing Research*. 40, 3-14.
- Vilokyte, L., Gonzalez, JS, Leventhal, H., Peyrot, MF, Rubin, RR, Garrow, A, et al. (2006) Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) questionnaire: an instrument for assessment of cognitive and emotional factors associated with foot self-care. *Diabetes Care*, 29 (12), 2617-2624.
- Zgonis, T., Stapleton, JJ, Giness-Powell, VA, & Hagino, RT. (2008) Surgical management of diabetic foot infections and amputations. Association of periOperative Registered Nurses (*AORN Journal*). 87 (5), 935-950.

How to cite this article: Poudjaji, F., Dehshad, M. H., Ammari, A. A., Poudjaji, R., Foot-Care Self-Efficacy Beliefs, Physical Self-Concept and Actual Foot-Care Behavior in People with Diabetes Mellitus. JMPP. 2016; 1 (3): 101-107.



Validity of the Mexican version of the combined Foot Care Confidence / Foot-Care Behavior scale for diabetes

Jaime A. García-Inzunza,¹ Ana M. Valles-Medina,² Fátima A. Muñoz,³
Guadalupe Delgado-Ramos,² and Lidia G. Compean-Ortiz⁴

Suggested citation García-Inzunza JA, Valles-Medina AM, Muñoz FA, Delgado-Ramos G, Compean-Ortiz LG. Validity of the Mexican version of the combined Foot-Care Confidence / Foot-Care Behavior scale for diabetes. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(1):35-41.

ABSTRACT

Objective. To 1) translate / transculturally adapt the original (English-language) combined Foot Care Confidence Scale / Foot-Care Behavior instrument (FCCS-FCB) to produce a Mexican-Spanish version and 2) determine its validity and reliability in a population with diabetes in Tijuana, Mexico.

Methods. The original FCCS-FCB was translated (and back-translated), the content validated (by a group of health professional experts), and the instrument applied in 104 patients 15-78 years old in diabetes support groups in Tijuana, Mexico. Internal consistency for the study constructs ("self-efficacy," and risk prevention for self-care behaviors) was measured using Cronbach's alpha. The constructs were validated using principal component factor analysis.

Results. The Cronbach's alpha values for internal consistency were 0.781 for self-efficacy and 0.505 for behaviors. Based on the analysis, two factors explained 40.13% of the total variance for self-efficacy, and six factors explained 57.7% of the total variance for behaviors. The results were consistent with those for the original (English) version of the FCCS-FCB.

Conclusion. The Mexican version of the FCCS-FCB is a reliable and valid instrument recommended for use with Mexican-Spanish-speaking patients with diabetes.

Key words

Validation studies; reproducibility of results; diabetic foot; self care; self efficacy; Mexico.

Diabetes is a chronic disease affecting approximately 9% of the adult population and is responsible for 1.5 million deaths worldwide. It is estimated that

30% of diabetes deaths occur in low- and middle-income countries like Mexico (1). The prevalence of diabetes among people 10-79 years old is reported to be 11.0% in North America and the Caribbean and 8.0% in South and Central America (2). In Mexico, diabetes affects more than 9 million people (3), causes 87 245 deaths annually, and is the leading cause of death among people 45-64 years old (4). People with diabetes require lifelong treatment to address the complications their chronic condition can trigger. These complications include cardiovascular

problems, neuropathy, renal failure, vision problems, and loss of limbs by amputation (5), all of which often overwhelm health services. Diabetic foot (DF) (foot ulcer) is one of the most common complications that cause a significant amount of disability. DF is defined as an "ulceration, infection, and/or deep tissue destruction associated with neuropathy or peripheral vascular disease in the lower extremities of people with diabetes" (6, 7). Prevalence of DF ranges from 1.5% to 10% and its cumulative incidence is between 2.2% and 5.9%. This

¹ Public Health Graduate Program, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, Baja California, Mexico.

² School of Medicine and Psychology, Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, Baja California, Mexico. Send correspondence to Ana María Valles-Medina, avalles@uabc.edu.mx

³ Division of Global Public Health, School of Medicine, University of California, San Diego, California, United States of America.

⁴ School of Nursing, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Tamaulipas, Mexico.

means that each year about 4 million people with diabetes will develop foot ulcers (3).

While interventions are needed to improve medical treatment of DF, foot protection through patient self-care is recognized as the first line of prevention to avoid the amputation of lower limbs (9, 10). One of the most useful approaches in preventive and health promotion programs involves the cognitive process that occurs in measuring one's level of "self-efficacy"—a concept referring to a sense of adequacy, efficiency, and ability to cope with life. Bandura introduced the concept of self-efficacy in his social cognitive theory (SCT) (11), which defines it as the belief that an individual has about the result he/she would get if he/she performs a certain behavior (10, 12, 13). Given this cognitive process, effective diabetes care programs should consider 1) diabetes patients' level of confidence in their treatment, and 2) their self-care behaviors.

In this report, diabetes self-care behaviors are divided into risk (potentially damaging), and protective. Protective behaviors include any activity that is perceived as "healthy" and undertaken by an individual for the purpose of preventing or detecting illness (14). This type of self-care is critical for people with diabetes to prevent the development of foot ulcers. In recent years, several scales have been developed to assess the severity of foot ulcers (15, 16), screen for high risk (17, 18), and/or assess the impact of foot ulcer treatment on quality of life (19, 20). These include the Confidence in Diabetes Self-care scale (CIDS), which was designed to assess diabetes-specific self-efficacy among Dutch and U.S. patients (but includes only three items related to foot care), and a seven-item scale developed more recently that evaluates foot self-care behaviors (21). However, very few scales evaluate both 1) diabetes self-care risk/preventive behaviors and 2) patients' perceptions of their self-efficacy in carrying them out, and to the best of the authors' knowledge no such scales have been validated for use among Spanish-speaking populations.

The Foot Care Confidence Scale (FCCS) (10) is a questionnaire designed to measure foot-care self-efficacy. The Foot-Care Behavior (FCB) scale (22) measures self-care behaviors (preventive and risk) in performing important foot care. The FCCS and FCB were originally

developed and validated separately, in English, by Sloan (10) and Vileikyte et al. (22) respectively, in 2009. Perrin et al. (9) presented them together as one integrated instrument (the FCCS-FCB).

The desire for valid and reliable scales that assess health in its broadest sense and the use of health services in particular has led to the production of questionnaires that collect data on variables previously ignored by health professionals, such as functional, psychological, and social aspects. Although most of these scales have been developed in English-speaking countries (mainly the United States), at present they are being used more broadly in other languages (23, 24). The FCCS-FCB is an accepted, valid, and reliable combination scale that allows for collection of important information about preventive and risk behaviors related to diabetes plus simultaneous analysis of foot care and the construct of self-efficacy. The goal of this research was to 1) translate/transculturally adapt the original (English-language) FCCS-FCB to produce a Mexican-Spanish version and 2) determine its validity and reliability among a population with diabetes in Tijuana, Mexico.

MATERIALS AND METHODS

Between November and December 2012, two separate Spanish translations of the original (English) version of the FCCS-FCB were combined into one consensus version (Version 1), which was validated by a group of experts (generating Version 2), tested in a focus group feasibility study, and back-translated for comparison with the original English text (generating Version 3). Version 3 was then applied in a cross-sectional survey to gather data for testing the scale's psychometric properties. Internal consistency for the study constructs ("self-efficacy," and risk/preventive foot self-care behaviors) was measured using Cronbach's alpha; the constructs were validated using principal component factor analysis. Based on the analyses, Version 3 was revised to produce the final version of the Mexican-Spanish FCCS-FCB (Figure 1).

Translation

Two professional Spanish-English translators translated the English questionnaires independently, generating

two Spanish versions of the same material. Two researchers then systematically reviewed and integrated the two Spanish versions, including the response categories and the instructions, to generate the first consensus version of the Mexican-Spanish FCCS-FCB (Version 1).

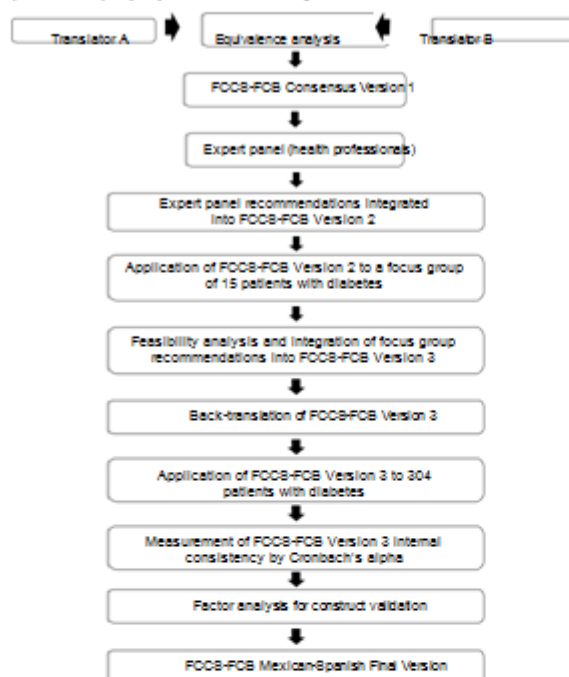
Content validation

To validate Version 1, recorded interviews were conducted with a group of health professional experts (a neurologist, an angiolist, a psychologist, and a podiatrist) to assess its content, clarity, and readability. To evaluate the content, the experts used a checklist to score each questionnaire item (with "1" meaning the item was clear and understandable, "2" if it was difficult to understand, and "3" if it was completely unintelligible). The experts also provided opinions and suggestions about the questionnaire's language, based on cultural, technical, and local-semantic considerations. The experts rated 75% of the questions as clear and understandable and 25% as difficult to understand. None of the questions were rated incomprehensible. One recommendation from the experts was to make the wording of the questionnaire more consistent/uniform. After reviewing the recorded interviews with the experts and their completed checklists, the researchers incorporated the experts' recommendations and designed a second version of the Mexican-Spanish FCCS-FCB (Version 2). The participation of the health professional experts was essential in this process.

Items pretesting with intended target population

A feasibility analysis was conducted by administering Version 2 to a focus group of 15 diabetes patients with characteristics similar to the selection criteria for the study sample. The goal of this phase of the research was to assess the level of clarity and readability of the adapted FCCS-FCB content according to users similar to the instrument's ultimate target group (diabetes patients focused on foot self-care). The principal investigator (JAG) moderated the focus group session with the help of two social workers. The session was recorded and transcribed and all focus group participant comments and questions analyzed. The participants required 10–15 minutes to answer the questionnaire. All questions

FIGURE 1. Validation of the Spanish translation and transcultural adaptation of the combined Foot Care Confidence Scale / Foot-Care Behavior Instrument (FCCS-FCB) in people with diabetes, Tijuana, Mexico, 2013



and wording were understood except the Spanish term for "podiatrist," which was changed to the Spanish term for "foot care specialist." The replacement of this one term was the only change to the content of Mexican-Spanish FCCS-FCB Version 3. Once the revision was completed, the entire text of Version 3 was back-translated into English by a professional translator who was not familiar with the original FCCS-FCB. Forward-backward translation was carried out to ensure the integrity of the instrument at the conceptual level (23) by testing equivalence between the original English text and the translated/adapted version (24).

Establishment of psychometric properties

After confirming the equivalence of Mexican-Spanish FCCS-FCB Version 3

with the original instrument, a self-administered survey was carried out in a sample of 304 participants to measure the translated instrument's internal consistency and factor structure. The estimated sample size was based on criteria recommending the inclusion of 10 subjects per item to validate an instrument (25). Once the purpose of the study was explained to the participants and they provided signed informed consent, a questionnaire including the FCCS-FCB scales was administered by the researchers.

Survey setting and population

The survey was conducted at a Family Medicine Unit of the Mexican Social Security Institute (*Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS*) in Tijuana, Baja California, Mexico. The clinical unit was selected because

of its diabetes program, DiabetIMSS (*Programa de atención al paciente diabético*), which provides comprehensive care to patients diagnosed with diabetes. DiabetIMSS is run by a multidisciplinary team consisting of a family doctor, nurse, dentist, social worker, nutritionist, and psychologist.

The research team surveyed 304 patients with diabetes who were more than 20 years old and attending DiabetIMSS support groups during the five-day workweek (two in the morning shift and one in the afternoon shift). Patients who had suffered ulceration, infection, and/or deep-tissue destruction associated with neuropathy and/or peripheral vascular disease in the lower extremities were excluded from the survey. The age of the participants ranged from 23 to 78 years with a mean age of 54 (± 10.4). A total of 101 were men (33.2%) and 203 (66.8%) were women.

Scale description

The survey collected information on socio-demographic, self-efficacy, and foot-care behavior variables. The FCCS-FCB includes 29 items—12 for self-efficacy, nine for preventive behaviors, and eight for risk behaviors. The FCCS section of the questionnaire evaluates self-efficacy in foot care based on survey participant responses to various statements (e.g., "I can protect my feet"), using a five-point Likert scale (with 5 meaning "very sure" and 1 meaning "not sure at all"). The FCB section evaluates

two different domains of diabetes foot self-care: preventive behaviors and risk behaviors. For the preventive behavior domain, there are six possible responses ("twice daily," "daily," "every three days," "twice a week," "once a week," or "never") to nine questions about self-care (e.g., "During the past week how often did you examine your feet?"). For the risk behavior domain, there are four possible responses ("always," "most of the time," "occasionally," or "never") to questions about risk behaviors (e.g., "In general, how often do you use chemical agents or plasters to remove corns and calluses?"). The total score for the FCCS (self-efficacy) scale ranges from 12 to 60 points, with higher scores representing greater self-efficacy (as perceived by the patient). The total score for the FCB (preventive and risk behaviors) scale ranges from 17 to 86 points, with higher scores

representing higher risk of potential foot-damaging behaviors.

Data analysis

Cronbach's alpha coefficient was used to measure the reliability of Version 3 according to the internal consistency method. A principal components factor analysis with orthogonal Varimax rotation was then performed to evaluate the construct validity. To determine if the items correlation matrix was factorable, the researchers performed a Bartlett test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin test (KMO), which assesses the strength of partial correlations among scale items and measures sample adequacy. A KMO coefficient > 0.6 indicates a good sample size (26, 27). The factors that showed eigenvalues greater than 1 were retained (26), and included items with a factorial loading > 0.40 (27). SPSS statistical package version 16 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, United States) was used for all statistical analysis.

Ethical considerations

The research protocol was approved by the Bioethics Committee of the School of Medicine and Psychology of the Universidad Autónoma de Baja California. Participants signed an informed consent that explained the study objective in detail and were informed that they would not receive any incentives for participating and their information would be kept confidential. Any participants that required clinical assistance for their feet also received information about available health services.

RESULTS

The sample included 304 participants with a mean age of 54 years old (± 10.4), of which 101 (33.2%) were men and 203 (66.8%) were women. A total of 181 (59.5%) had completed six years of schooling or less, and of those 17 (5.6%) were illiterate, 55 (18.1%) had completed middle school, 17 (5.6%) had completed high school, and 23 (7.6%) had completed higher education (technical university). With regard to marital status, 183 (60.0%) were married, 35 (11.5%) were single, 35 (11.5%) were widowed, 24 (7.9%) were cohabiting with a partner, and 14 (4.6%) were divorced. A total of 143 (47.0%) listed their occupation as "housework,"

55 (18.1%) were employed, 27 (8.9%) were retired, 23 (7.6%) were merchants, 11 (3.6%) were laborers, and 29 (9.5%) had occupations classified as "Other."

Principal component factor analysis generated a KMO value of 0.758 ($P < 0.001$, Bartlett test of sphericity), indicating the sample size was acceptable for factor analysis. As shown in Table 1, two factors or structures for the self-efficacy construct explained 49.1% of the total variance, with 39.4% attributable to the first factor (items 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, and 11), which assessed foot self-care, and the remainder attributable to the second factor (items 4, 6, 10, and 12), which assessed clinical aspects of foot care. For the behaviors construct, six factors explained 57.7% of the total variance. The greatest percentage (14.1%) was attributable to the first factor (items 19, 20, 22, 23, and 29), which assessed risk (potentially damaging) behaviors for foot care, with the rest attributable to the remaining five factors. The second factor (items 13, 15, and 16) assessed footwear, the third factor (items 14, 17, and 18) assessed foot-care hygiene, the fourth factor (items 21 and 26) assessed use of proper footwear, the fifth factor (items 25 and 27) assessed the purchase of proper footwear, and the sixth factor (items 24 and 28) assessed foot care (Table 1).

Figure 2 shows how the constructs of self-efficacy and behaviors are distributed in the FOCs-FCB and their respective Cronbach's alpha values for internal consistency. The reliability results indicated an estimated internal consistency of 0.782 for the self-efficacy construct and 0.505 for the behaviors construct, with 10 and 12 items respectively with a factorial loading > 0.50 , grouped by constructs and dimensions. For self-efficacy, two factors or dimensions emerged from the factor analysis: foot self-care and foot-care clinical aspects. For behaviors, the items were grouped as "preventive" or "potentially damaging" (i.e., risk) according to the criteria described by Perrin et al. (9).

DISCUSSION

This research produced a transculturally adapted version of the FOCs-FCB in Spanish (see Supplementary material) with psychometric properties consistent with the original (English) version (9, 10, 22).

The methodology that was used was recommended by experts in the field of scale validation for obtaining an instrument that is culturally adapted for the local population yet semantically equivalent to the original version. This type of adaptation allows those modifying the scale to capitalize the intellectual and technical work of the researchers who developed the original version, thus avoiding the complex and expensive process of creating a new instrument. This methodology also allows for the use of reference values from the construction and validation of the original instrument (28).

This survey sample included men and women with low levels of education, a characteristic consistent with other populations of people with diabetes and peripheral neuropathies found to be at high risk of having diabetes-related foot problems (5, 29, 30). Although some researchers have shown an acceptable correlation between self-efficacy and preventive behavior, suggesting that a high level of self-efficacy implies favorable preventive behavior (31-33), self-efficacy did not act as a predictor of self-care behaviors in this study, perhaps due to cultural aspects. Without disqualifying the valuable role played by the belief system as a means of modifying behavior (as per the SCT), some studies explain that, along with self-efficacy, people require skills, knowledge, and incentives to stimulate and reinforce self-care behavior (34). More detailed analysis of related environmental and psychological variables is needed to establish the conditions driving higher prevention levels in behaviors.

The results of this study must be interpreted within the context of some limitations. First, the cross-sectional nature of the research design limited study of the sample to a given point in time, precluding exploration of any patterns of change (trends) over time in patients' perception of their self-efficacy, their actual conduct, and/or development of a foot pathology. Qualitative studies would have allowed for 1) assessment of diabetes patients' actual behavior, providing a better understanding of the relationships between background, behaviors, and consequences (35), and 2) measurement of certain behaviors that must be identified within their natural context. Second, the FOCs-FCB was adapted and validated in Spanish spoken in Mexico and therefore the results reported here might not be

TABLE 1. Factor analysis for the combined Foot Care Confidence Scale / Foot-Care Behavior Instrument (FCCS-FCB) (Spanish version) in people with diabetes, Tijuana, Mexico, 2013

Item	Factor						% Explained variance
	1	2	3	4	5	6	
Self-efficacy							45.1
1 "I can protect my feet."	0.724						
2 "Even without pain/discomfort, I can look at my feet daily to check for cuts, scratches, blisters, redness, or dryness."	0.575						
3 "After washing my feet, I can dry between my toes."	0.600						
4 "I can judge when my toenails need to be trimmed by a podiatrist."		0.726					
5 "I can trim my toenails straight across."	0.505						
6 "I can figure out when to use a pumice stone to smooth corns and/or calluses on my feet."		0.796					
7 "I can test the temperature of the water before putting my feet into it."	0.426						
8 "I'd be so, I can wear shoes and socks every time I walk (including walking indoors)."	0.466						
9 "When I go shopping for new shoes, I can choose shoes that are good for my feet."	0.622						
10 "I can call my doctor about problems with my feet."		0.523					
11 "Before putting them on, I can check the insides of my shoes for problems that could harm my feet."	0.705						
12 "If directed to do so, I can routinely apply lotion to my feet."		0.695					
Behaviors							57.7
13 During the past week how often did you examine your feet?		0.691					
14 During the past week how often did you wash your feet?			0.666				
15 During the past week how often did you use moisturizing oils or creams for your feet?		0.745					
16 During the past week how often did you change your socks?		0.480					
17 During the past week how often did you test the water temperature with your hand/ellbow before taking a bath or shower?			0.771				
18 During the past week how often did you walk barefoot indoors?			0.636				
19 During the past week how often did you walk barefoot outdoors?	0.623						
20 During the past week how often did you wear shoes without the socks?	0.635						
21 During the past week how often did you check the inside of your shoes?				0.480			
22 In general, how often do you use chemical agents or plasters to remove corns and calluses?	0.450						
23 In general, how often do you yourself treat corns or calluses with a blade?	0.654						
24 In general, how often do you cut your toenails straight across?						0.533	
25 In general, how often do you have your feet measured when buying a new pair of shoes?					0.458		
26 In general, how often do you wear trainers/sneakers or lace-up shoes?				0.652			
27 In general, how often do you rely on feeling the fit of new shoes (versus being measured) when buying a new pair?					0.701		
28 In general, how often do you wear sandals or slip-ons?						0.777	
29 In general, when your feet feel cold at night, how often do you use hot water bottles/heating pads to warm them?	0.490						

generalizable to other Spanish-speaking populations.

Strengths of the study included the extensive translation and adaptation process, and the equivalency that was obtained between the original English text and the resulting Spanish version. During the transcultural adaptation process, the FCCS-FCB content was modified based on comments and suggestions from both diabetes patients and the group of health professional experts. While only moderate internal consistency coefficients were obtained for the adapted scale, the values were similar to those for the original (English) version. Aside from the language revisions, no technical or conceptual changes had to

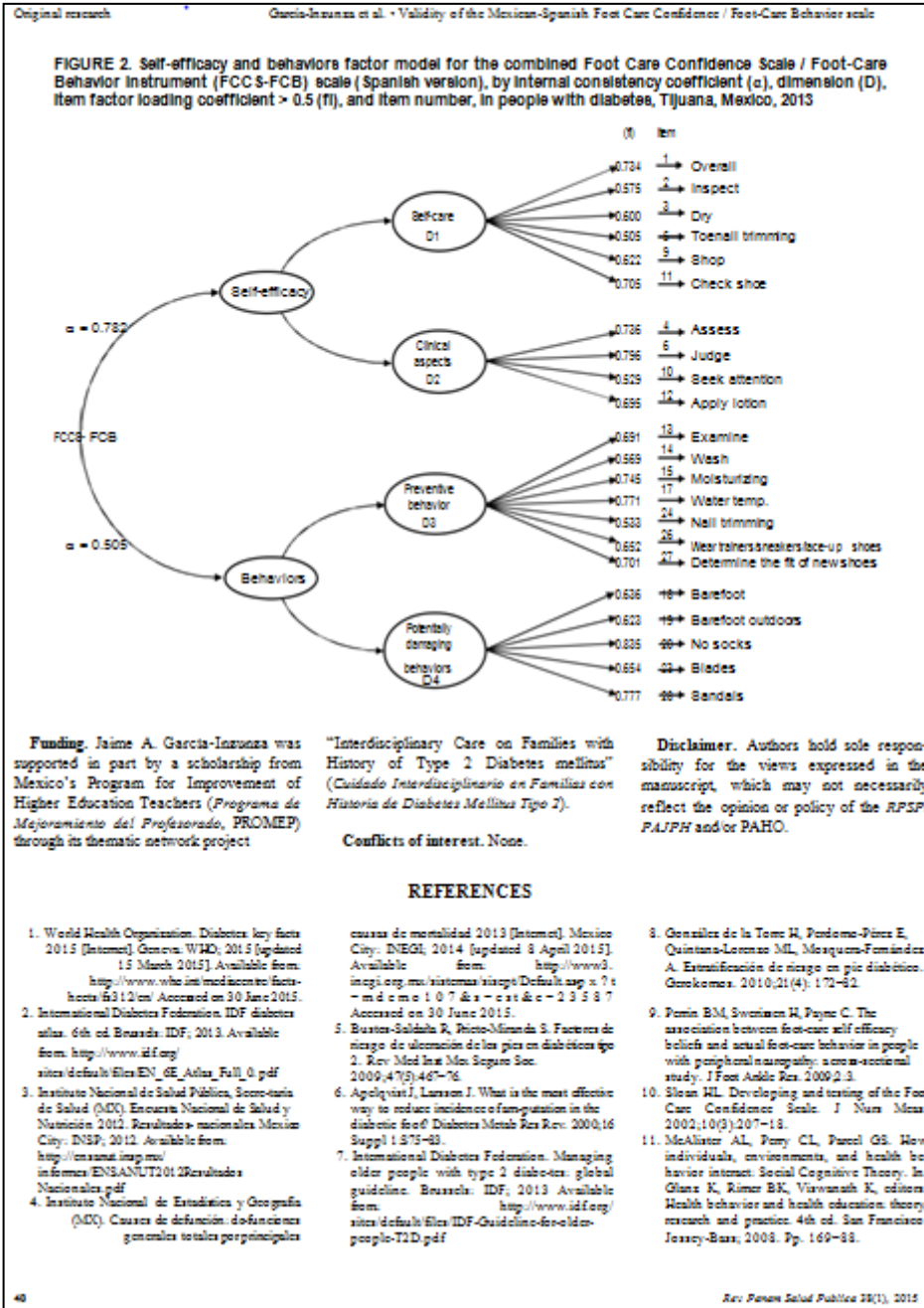
be made to the adapted version to obtain a semantically and culturally equivalent version of the FCCS-FCB in Spanish.

Conclusions

The final version of the Mexican-Spanish FCCS-FCB was a short instrument with simple questions that may be suitable for use with any Spanish-speaking diabetes-suffering population. This combination scale can be used in different community settings, including outpatient care and educational programs for patients with diabetes. Additional research should be carried out to explore the instrument's strength in predicting outcomes related to the

self-efficacy scale (the FCCS) in terms of self-care behaviors, and its sensitivity to changes in patient behavior.

Acknowledgments. The authors gratefully acknowledge the following individuals for participating in the panel of health experts that contributed to this study: Rufino Menchaca Diaz, Flavio Manrique Maldonado, Emilia Martinez, and Guadalupe Delgadillo Ramos. They also wish to express their gratitude to the Mexican Social Security Institute Family Medicine Unit #27 (*Instituto Mexicano del Seguro Social Unidad Médica Familiar #27*) (Tijuana, Baja California, Mexico); Maria Cecilia Ansaldo Campos; and all of the study participants.



12. Vellaquez-Fernández A. Autoeficacia, comportamiento y definiciones. *Psicogente*. 2009; 12(21):231-5.
13. Benilla ME, Amargosa M, Rossaro MF, Vazquez N. Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*. 2010;27(1):77-94.
14. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Theory, research, and practice in health behavior and health education. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. Pp. 23-38.
15. Martínez-De Jesús FR. A checklist system to score healing progress of diabetic foot ulcers. *Int J Low Extrem Wounds*. 2010;9(2):74-83.
16. Martínez-De Jesús FR, González-Molina MF, Martínez-Medina FN, Jiménez GR, Gutiérrez-Aguilar P. Saint Elías wound scoring system for the follow-up of diabetic foot ulcers and its therapeutic relevance. *Rev Latinoam Cie*. 2012;2(1):14-20.
17. Sibbald RG, Ayello EA, Alavi A, Ostrow B, Lowe J, Botas M, et al. Screening for the high-risk diabetic foot: a 60-second tool (2012). *Adv Skin Wound Care*. 2012;25(10):463-76.
18. Murphy CA, LaForest K, De Rosa P, Tabano F, Woodbury MG. Reliability and predictive validity of Inley's 60-Second Diabetic Foot Screen Tool. *Adv Skin Wound Care*. 2012;25(6):261-6.
19. Abate L, Sumon M, Brady L, McNulty P, Gagnon DD. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials. *Pract Diab Int*. 2002;19(6):167-75.
20. Bann CM, Fehnel SE, Gagnon DD. Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *Pharmacoeconomics*. 2003;21(17):1277-90.
21. Chin YF, Wang TT. Development and validation of diabetes foot self-care behavior scale. *J Nurs Res*. 2013;21(1):19-25.
22. Vilckiyte L, Gonzalez JS, Leventhal W, Peyret MF, Rubin RR, Gamow A, et al. Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) questionnaire: an instrument for assessment of cognitive and emotional factors associated with foot self-care. *Diabetes Care*. 2006;29(12):2617-24.
23. Robles-García R, Pérez Aguirre F, Zúñiga Partida O, Rizo Méndez A, Hernández Villanueva E. Estudio de inducción al capital y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias acerca de las voces (BAVQ). *Actas Exp Psiquiatr*. 2004;32(6):338-62.
24. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, López-Antoñan G, Teyssé FJ, Navarro-Sarabia F. Adaptación transcultural y validación de una versión en español de un instrumento específico para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad angulo-axo. *el ASQoL*. *Revista Clin*. 2006; 2(2):64-9.
25. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement instruments that often should be broken. *Res Nurs Health*. 1995;18(5):465-9.
26. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: the use of factor analysis for instrument development in health care research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003.
27. Field A. Discovering statistics using SPSS 2e ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2005.
28. Dilortio CK. Measurement in health behavior: methods for research evaluation. San Francisco: Jossey-Bass; 2005. 336 pp.
29. Báñez Jiménez A, Palet Jefe G, Uruarac Urquijo S, Celabre Ribas D. Identificación del riesgo de pie diabético y factores asociados. *Enferm Clin*. 2005;15(5):283-6.
30. Llanos Barrios JA, Fernández Montequín JL, Soue AH, Chirino Carullo N, Hernández Rivas MI. Caracterización del pie diabético y algunos de sus factores de riesgo. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc*. 2010;11(1):10-8.
31. Mohrbi S, Asadbakhti L, Feizi A, Shafiqi G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *J Educ Health Promot*. 2013;2(36).
32. Manro S, Lewin S, Swart T, Volmink J. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*. 2007;7(104):1-16.
33. Bernal M, Woolley S, Schenkel JJ, Dickinson JK. Complexes of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *Diabetes Educ*. 2000;26(4):673-80.
34. Wen LK, Shepherd MD, Puchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2004;30(6):980-93.
35. Kuhnke JL, Bailey PH, Woodbury MG, Bumwa M. The role of qualitative research in understanding diabetic foot ulcers and amputation. *Adv Skin Wound Care*. 2014;27(4):182-8.

Manuscript received on 12 October 2014. Revised version accepted for publication on 9 April 2015.

RESUMEN

Validez de la versión mexicana del instrumento combinado de las escalas Foot Care Confidence Scale y Foot Care Behavior para la diabetes

Objetivo. 1) traducir o adaptar transculturalmente el instrumento original combinado (en inglés) de las escalas Foot Care Confidence Scale (Escala de Competencia en el Cuidado del Pie) y Foot Care Behavior (Comportamientos del Cuidado del Pie) (FCCS-FCB) para crear una versión en español de México, y 2) determinar su validez y fiabilidad en una población de personas con diabetes de Tijuana, México.

Métodos. Se tradujo al español la escala original FCCS-FCB (y se volvió a traducir al inglés), su contenido fue validado (por un grupo de expertos), posteriormente se aplicó el instrumento a 304 pacientes de 25 a 78 años de edad, pertenecientes a grupos de apoyo al control de la diabetes de Tijuana, México. Mediante el alfa de Cronbach, se midió la coherencia interna de los constructos ("competencia personal" y "comportamientos de riesgo o preventivos de autocuidado del pie"). Los constructos fueron validados mediante análisis factorial de componentes principales.

Resultados. El valor de alfa de Cronbach correspondiente a competencia personal fue de 0,782 y de 0,505 para los comportamientos. En el análisis factorial, dos factores explicaron el 49,1% de la variancia total para la competencia personal, y seis factores explicaron el 57,7% de la variancia total para los comportamientos. Los resultados concordaron con los de la versión original (en inglés) del FCCS-FCB.

Conclusiones. La versión mexicana del FCCS-FCB es un instrumento fiable y válido recomendado para su empleo en pacientes mexicanos de habla hispana con diabetes.

Palabras clave

Estudios de validación; reproducibilidad de resultados; pie diabético; autocuidado; autoeficacia; México.