



**HUBUNGAN DEPRESI DENGAN EFIKASI DIRI PADA
PASIEN DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2 DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUGER
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Faridatul Isniah
NIM 162310101298**

**PROGAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2018



**HUBUNGAN DEPRESI DENGAN EFIKASI DIRI PADA
PASIEN DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2 DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUGER
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pembelajaran di Program Studi Sarjana Keperawatan dan memenuhi gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

oleh

**Faridatul Isniah
NIM 162310101298**

**PROGAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**HUBUNGAN DEPRESI DENGAN EFIKASI DIRI PADA
PASIEN DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2 DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS PUGER
KABUPATEN JEMBER**

oleh

**Faridatul Isniah
NIM 162310101298**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Nur Widayati, MN

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Erti Ikhtiarini D., M.Kep.,Sp.Kep.J

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Senin, 21 Mei 2018

Tempat : Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan,
Universitas Jember


Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



Ns. Nur Widayati, MN
NIP 19810610 200604 2 001

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Erti Ikhtiarini D., M.Kep., Sp.Kep.J
NIP 19811028 200604 2 002

Dosen Penguji Utama



Ns. Mulia Hakam., M. Kep., Sp.Kep.MB
NIP 198103192014041001

Dosen Penguji Anggota



Ns. Enggal Hadi K., M.Kep
NIP 760016844

Mengesahkan
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP 19780323 200501 2 002

PERSEMBAHAN

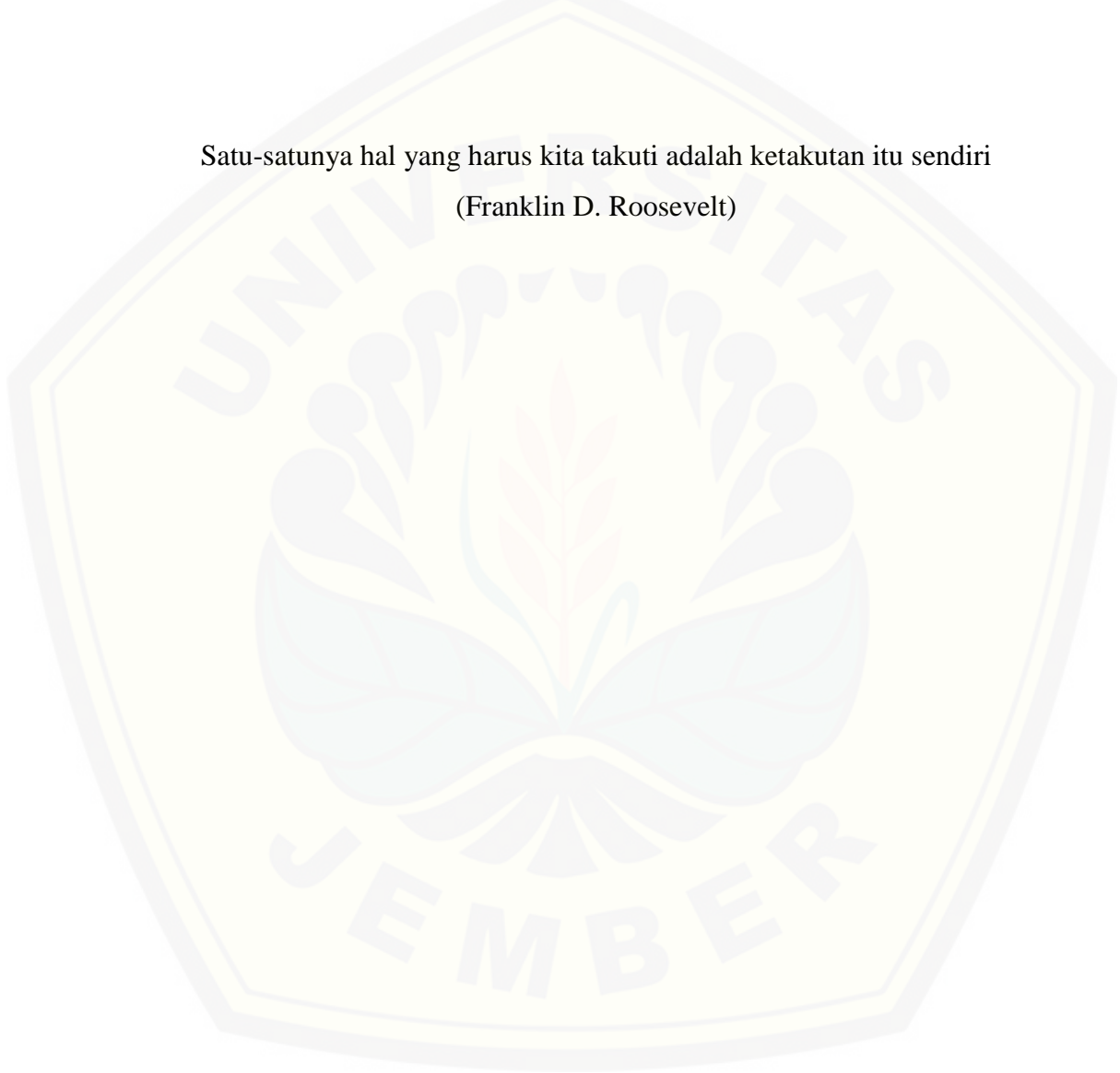
Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan Rahmat serta Hidayah Nya sehingga saya mampu menyelesaikan setiap tugas yang diberikan dalam hidup ini. Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. ayah tercinta Prayitno Utomo dan ibu tersayang Sri Darwati terimakasih tidak terhingga untuk cinta, kasih sayang, dukungan, doa, motivasi serta pengorbanan demi kesuksesan dan kebahagiaan ananda. Semoga dengan terselesaikannya skripsi menjadikan ayah dan ibu bangga;
2. kakak-kakak saya Sariatul Fauziah dan Gilang Ramadhan beserta semua keluarga besar yang mendukung saya dalam menuntut ilmu dan tidak hentinya memberi motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini;
3. guru-guru di TK Aisyiah Bustanul Atfal, SDN Dabasah Bondowoso, SMPN 7 Bondowoso, SMAN 1 Bondowoso, D III Keperawatan Universitas Bondowoso, serta seluruh dosen, staf, serta karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
4. teman-teman alih jenis angkatan 2016, teman-teman KKN UMD 22 Tangsil Wetan Wonosari terima kasih telah bersedia mendengarkan keluh kesah, memberi motivasi dan pengalaman hidup baru, memberikan motivasi dalam pengerjaan skripsi;
5. seluruh responden di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember, serta segenap instansi yang telah membantu dalam proses administrasi dan penelitian;
6. almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

“Hai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan (kepada Allah) dengan sabar dan (mengerjakan) shalat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar.” (Al-Baqarah:153)

Satu-satunya hal yang harus kita takuti adalah ketakutan itu sendiri
(Franklin D. Roosevelt)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Faridatul Isniyah

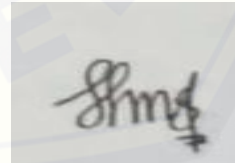
NIM : 162310101298

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Mei 2018

Yang menyatakan,



Faridatul Isniyah
NIM 162310101298

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Tuhan YME., atas segala berkat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan serta mencapai gelar Sarjana Keperawatan di Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember tahun 2017.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti menyampaikan terimakasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Nur Widayati, MN., selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini;
3. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep., Sp.Kep.J., selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan dalam menyelesaikan skripsi ini;
4. Ns. Mulia Hakam, M.Kep.,Sp.Kep.MB., selaku dosen penguji utama yang telah memberi bimbingan, arahan dan motivasi dalam kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Enggal Hadi K, M.Kep., selaku dosen penguji anggota yang telah memberi arahan, bimbingan, dan motivasi dalam kesempurnaan skripsi ini;
6. Ns. Murtaqib, M.Kep., selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan arahan selama melaksanakan studi di Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember;

7. Dinas Kesehatan dan Puskesmas Puger yang telah memberikan ijin dan bantuan dalam memberikan informasi demi terselesaikannya skripsi ini;
8. Pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Puger yang telah bersedia berpartisipasi dalam kegiatan
9. Kedua orang tua Ayah Prayitno Utomo dan Ibu Sri Darwati, kakakku Sariatul Fauziah, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan doa, semangat, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
10. Semua pihak yang membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, peneliti berharap semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, Mei 2018

Peneliti

Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember (*Correlation between Depression and Self Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus (DM) in the area of Public Health Center of Puger Jember*)

Faridatul Isniah

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Type 2 Diabetes Mellitus (DM) is a chronic disease that requires lifelong care. This condition can cause negative effect on psychological status such as depression. Depression can reduce self-efficacy. The variabels in this study divided into two, the independent variables are depression and the dependent variable was self efficacy. This research aimed to analyze the correlation between depression and self efficacy in type 2 diabetes mellitus patients. This research applied an observational analytic design with cross sectional approach. A total of 84 respondents were enrolled in this study by using consecutive sampling technique. Data collection in this study was performed by using questionnaires of Beck Depression Inventory (BDI-II) and Diabetes Mellitus Self Efficacy Scale (DMSES). Data were analyzed by using Spearman Rank correlation test with significance level of 0,05. The results showed that the mean value of depression was 18.46 and the value of self efficacy was 59.71. There was a significant negative correlation between depression and self efficacy (p value = 0.028; r = -0.24). The correlation was weak and negative which means the higher the depression the lower the self efficacy. Physiological and psychological changes caused by DM can cause depression resulting in changes in emotional state becomes negative and there is a decrease in self efficacy. This study suggest the importance of depression to optimize and self efficacy of diabetes mellitus patients.

Keywords: diabetes mellitus type 2, depression, self efficacy.

RINGKASAN

Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember; Faridatul Isnayah. 162310101298; 2018: xvii + 170 halaman; Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember

Diabetes Melitus adalah kelainan metabolik karena ketidakmampuan tubuh dalam memanfaatkan insulin yang dikarenakan defisiensi sekresi hormon insulin, aktivitas insulin atau gabungan keduanya dengan hasil peningkatan kadar glukosa dalam tubuh. Pengaturan menjaga normalitas nilai kadar glukosa darah menjadi kunci perawatan DM untuk mencegah komplikasi. DM tipe 2 menyebabkan kelemahan pada seluruh aspek kehidupan penderitanya dan depresi adalah salah satu gangguan aspek psikologis terbesar yang menyertai DM tipe 2. Pasien DM dengan depresi memiliki kemungkinan lebih besar mengalami komplikasi dibanding DM tanpa depresi. Depresi dapat menurunkan efikasi diri pasien DM tipe 2 yang berpengaruh terhadap manajemen perawatan diabetes agar dapat berjalan secara optimal. Keyakinan diri yang tinggi diperlukan untuk mendorong individu mengetahui dan percaya terhadap kemampuan yang dimiliki.

Penelitian ini memiliki tujuan untuk menganalisa hubungan depresi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional analitik dengan metode *cross sectional*. Sampel penelitian menggunakan teknik *non probability sampling* dengan cara *consecutive sampling* sehingga diperoleh 84 pasien yang berkontribusi dalam pelaksanaan penelitian. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *Beck Depression Index (BDI-II)* untuk mengukur depresi dan *Diabetes Mellitus Self Efficacy Scale (DMSES)* untuk mengukur efikasi diri. Uji statistic dalam analisis data menggunakan *spearman rank* dengan tingkat signifikansi 0,05.

Hasil penelitian menunjukkan nilai nilai rerata depresi adalah 18,46 dan nilai rerata efikasi diri adalah 59,71. Hasil uji statistic menggunakan *spearman rank* menunjukkan adanya hubungan signifikan antara depresi dengan efikasi diri

pasien DM tipe 2 (nilai *P value* 0,028 dan nilai *r* adalah -0,24). Hasil tersebut menunjukkan terdapat korelasi negative dengan nilai kekuatan lemah yang diartikan sebagai semakin tinggi nilai depresi maka semakin rendah nilai efikasi diri pasien DM tipe 2.

Pasien DM tipe 2 dengan peningkatan gejala depresi dapat menurunkan nilai efikasi diri yang dimiliki. Pengurangan gejala depresi berpengaruh terhadap peningkatan efikasi diri melalui kemampuan yang dimiliki sehingga dapat mencapai tujuan dengan baik. Pasien DM dengan depresi memiliki fungsi fisik serta kontrol kadar gula darah lebih buruk yang menyebabkan kepatuhan terhadap pengobatan mengalami penurunan. Efikasi diri dibutuhkan dalam mempengaruhi komitmen tujuan pasien menjalani perawatan. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah terdapatnya hubungan yang signifikan antara depresi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Skrining terhadap gejala depresi penting dilakukan untuk meningkatkan efikasi diri pasien DM sehingga manajemen perawatan DM menjadi optimal.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
HALAMAN MOTO	vi
HALAMAN PERNYATAAN	vii
PRAKATA	viii
ABSTRACT	x
RINGKASAN	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1. Tujuan Umum	7
1.3.2. Tujuan Khusus	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1. Bagi Peneliti	8
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan	8
1.4.3. Bagi Pelayanan Keperawatan	9
1.4.4. Bagi Masyarakat	9
1.5 Keaslian Penelitian	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1. Konsep Diabetes Melitus	11

2.1.1	Definisi.....	11
2.1.2	Etiologi	11
2.1.3	Klasifikasi	13
2.1.4	Manifestasi Klinis	15
2.1.5	Patofisiologi	16
2.1.6	Komplikasi	19
2.1.7	Diagnosis	21
2.1.8	Penatalaksanaan	23
2.2.	Konsep Depresi	27
2.2.1	Definisi	27
2.2.2	Gejala Depresi.....	28
2.2.3	Ciri Kepribadian Depresi	29
2.2.4	Faktor yang Mempengaruhi Depresi	30
2.2.5	Diagnosis Depresi	33
2.2.6	Dampak Depresi	34
2.2.7	Skala Ukur Depresi.....	34
2.3.	Konsep Efikasi Diri.....	36
2.3.1	Definisi.....	36
2.3.2	Cara Pembentukan Efikasi Diri	37
2.3.3	Dimensi Efikasi Diri	39
2.3.4	Perkembangan Efikasi Diri	39
2.3.5	Faktor yang Berhubungan Dengan Efikasi Diri	40
2.3.6	Pengukuran Efikasi Diri.....	42
2.4.	Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe	43
2.5.	Kerangka Teori	46
BAB 3.	KERANGKA KONSEP	47
3.1.	Kerangka Konsep	47
3.2.	Hipotesis Penelitian	47
BAB 4.	METODE PENELITIAN	50
4.1.	Desain Penelitian	50

4.2. Populasi Dan Sampel Penelitian	50
4.2.1. Populasi Penelitian	50
4.2.2. Sampel Penelitian	50
4.2.3. Teknik Sampling Penelitian	50
4.2.4. Kriteria Sampel Penelitian	51
4.3. Lokasi Penelitian	51
4.4. Waktu Penelitian	52
4.5. Definisi Operasional	54
4.6. Teknik Pengumpulan Data	57
4.6.1. Sumber Data	57
4.6.2. Teknik Pengumpulan Data	57
4.6.3. Alat Pengumpulan Data	59
4.6.4. Uji Validitas dan Reabilitas	62
4.7. Teknik Pengolahan Data	63
4.7.1. <i>Editing</i>	63
4.7.2. <i>Coding</i>	64
4.7.3. <i>Processing / Entry</i>	65
4.7.4. <i>Cleaning</i>	65
4.8. Rencana Analisis Data	65
4.9. Etika Penelitian	68
4.9.1. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	68
4.9.2. Prinsip Kerahasiaan	68
4.9.3. Prinsip Keadilan	69
4.9.4. Prinsip Kemanfaatan	69
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	70
5.1 Hasil Penelitian	70
5.1.1 Karakteristik Pasien	70
5.1.2 Depresi	73
5.1.3 Efikasi Diri	75
5.2 Pembahasan	77
5.2.1 Karakteristik Pasien	77

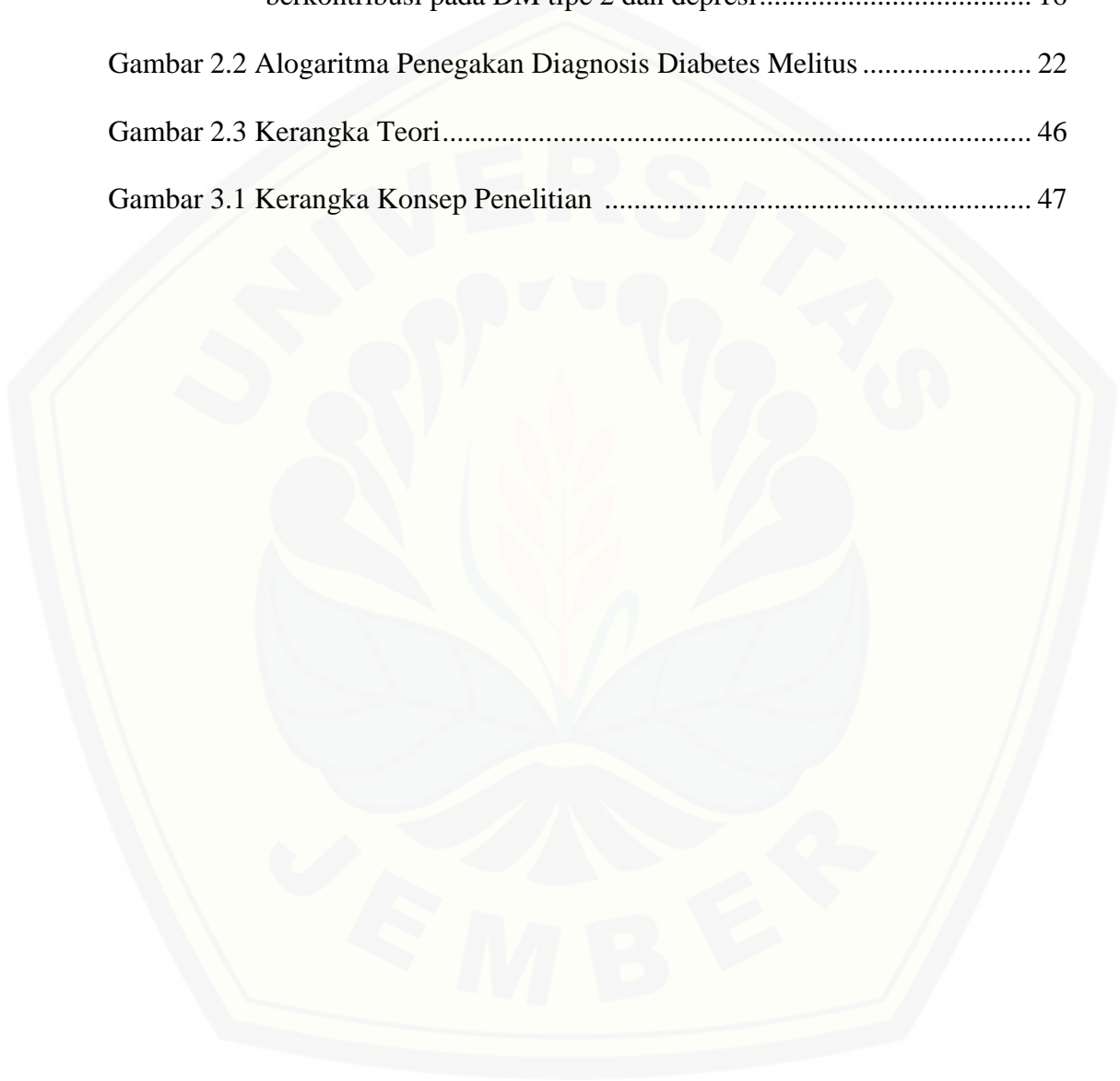
5.2.2 Depresi pada Pasien DM Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	84
5.2.3 Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	91
5.2.4 Hubungan Depresi dan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	98
5.3 Keterbatasan Penelitian	102
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	104
6.2.1 Kesimpulan.....	104
6.2.2 Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	107
LAMPIRAN	128

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	10
Tabel 4.1 Rencana Waktu Penelitian	53
Tabel 4.2 Definisi Operasional	55
Tabel 4.3 <i>Blueprint</i> kuesioner depresi (BDI).....	60
Tabel 4.4 <i>Blueprint</i> kuesioner efikasi diri (DMSES).....	62
Tabel 4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p dan arah korelasi	67
Tabel 5.1 Distribusi Pasien Menurut Usia dan Lama Menderita DM pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember ...	71
Tabel 5.2 Distribusi Pasien Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Status Pernikahan dan Komplikasi pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	72
Tabel 5.3 Nilai Rerata Depresi pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	73
Tabel 5.4 Nilai Rerata Indikator Depresi pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	74
Tabel 5.5 Distribusi Pasien DM Tipe 2 Berdasarkan Kategori Depresi di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	75
Tabel 5.6 Nilai Rerata Efikasi Diri pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	75
Tabel 5.7 Nilai Rerata Indikator Efikasi Diri pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	76
Tabel 5.8 Hubungan Depresi dan Efikasi Diri pada Pasien DM Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember	77

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Respon stres dan kemungkinan mekanisme patofisiologis yang berkontribusi pada DM tipe 2 dan depresi.....	16
Gambar 2.2 Algoritma Penegakan Diagnosis Diabetes Melitus	22
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	46
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Permohonan	129
Lampiran B. Lembar Persetujuan	130
Lampiran C. Karakteristik Responden	131
Lampiran D. Kuisiomer Depresi	133
Lampiran E. Kuisiomer Efikasi Diri	135
Lampiran F. Hasil Analisa Data (SPSS 24)psi	138
Lampiran G. Dokumentasi Penelitian	146
Lampiran H. Lembar Bimbingan Skripsi	147
Lampiran I. Surat Penelitian	149

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) adalah suatu kondisi meningkatnya kadar gula darah (hiperglikemi) yang menandakan adanya gangguan metabolik pada tubuh oleh karena terganggunya sekresi insulin pada pankreas, gangguan pada kinerja insulin atau gabungan dari keduanya (Smeltzer, 2010). DM dan komplikasinya dapat memperburuk kesulitan yang ada dan depresi serta keputusasaan dapat terjadi (Trief, 2007). Pasien DM membutuhkan pandangan yang positif terhadap dirinya agar manajemen DM yang diajalani dapat memberikan hasil yang optimal (Frazier et al, 2012).

Kecenderungan peningkatan insiden dan prevalensi DM tipe 2 terlihat dari epidemiologi di berbagai belahan dunia. Prediksi WHO tentang peningkatan jumlah penderita DM yang memungkinkan sebagai salah satu ancaman kesehatan global. Tahun 2008 sebanyak 347 juta orang di dunia menderita DM dan mengakibatkan 1,5 juta kasus kematian di tahun 2012 (World Health Organization [WHO], 2016). WHO memperkirakan bahwa DM akan menjadi penyebab utama ke-7 kematian pada tahun 2030 (WHO, 2017). Data menunjukkan terdapat 9,3% atau 153 juta orang usia dewasa terdiagnosa DM pada tahun 2015 dan akan meningkat menjadi 11,9% atau sekitar 215 juta orang pada tahun 2040 (International Diabetes Federation [IDF], 2015).

Riset Kesehatan Dasar melaporkan kejadian DM di Indonesia sebesar 5,7% pada tahun 2007 dan terjadi peningkatan sebesar 6,9% pada tahun 2013 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Laporan tahunan Rumah sakit

Tipe B dan C tahun 2012 menunjukkan DM menempati urutan kedua setelah penyakit degeneratif lain yakni sebesar 102.399 (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012). DM di Kabupaten Jember berada di urutan ketiga dari 10 besar penyakit rawat jalan di tahun 2013 yaitu sebesar 17,49% (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2014). Di Kabupaten Jember, Dm tipe 2 menempati urutan ketujuh dari 46 besar penyakit lainnya (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2017). Data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember total kunjungan DM di wilayah Puskesmas Kabupaten Jember sejak bulan Januari 2016 sampai dengan Desember 2016 yakni sebanyak 10.941 dengan jumlah kasus baru sebanyak 5.287. Puskesmas Puger menempati urutan kedua dengan jumlah pasien DM sebanyak 1.010 kunjungan serta menempati urutan keempat pada kasus baru yaitu sebanyak 332 kasus. Berdasar pada data studi pendahuluan Puskesmas Puger Kabupaten Jember terhitung sejak 1 Januari 2016 hingga bulan Oktober 2017 didapatkan jumlah kunjungan DM tipe 2 sebanyak 959 kunjungan dengan jumlah pasien dalam kunjungan tersebut sebanyak 369 orang.

DM memiliki efek negatif pada kesehatan fisik dan psikologis sehingga termasuk dalam salah satu diantara daftar penyakit kronis (Aflakseir, 2014). Dampak negatif fisik yaitu komplikasi pada sistem kardiovaskular, adanya gangguan pada penglihatan, kerusakan pada ginjal serta kelainan yang terjadi pada fungsi saraf (Sumarwati et al, 2008) serta menimbulkan dampak psikologis seperti rasa sedih, stres (Snoek, 2002) dan depresi (Chew, 2014). Pada populasi penderita DM, 14-18% didapatkan terjadi depresi. Sekelompok orang dengan DM yang kadar HbA1c diatas 9% sebanyak 42% positif mengalami depresi dibandingkan

penderita dengan kadar HbA1c kurang dari 9% sebanyak 21% positif mengalami depresi. Pada orang dengan kondisi kronik seperti DM tiga kali lebih memungkinkan mengalami depresi. Penderita DM 29% lebih mungkin mengalami depresi dibanding mereka yang tidak terkena DM. Resiko terjadinya depresi pada DM meningkat sebesar 25% pada kondisi perasaan tertekan dan 53% lebih tinggi diantara mereka yang diobati dengan insulin (Independent Diabetes Trust [IDDT,] 2013).

DM adalah penyakit kronik yang sering ditemui dengan berbagai komplikasi sepanjang perjalanannya sehingga menyebabkan keterbatasan perilaku dan kecacatan pada kehidupan seseorang. Kejadian depresi lebih tinggi terjadi pada pasien DM sehingga menyebabkan penurunan pada kualitas hidup pasien. Sebuah hasil penelitian depresi pada pasien DM sebagai berikut, sebanyak 29 orang (32,2%) mengalami depresi ringan; 33 orang (37,7%) mengalami depresi sedang; 13 orang (14,4%) mengalami depresi berat dan 15 orang (16,7%) mengalami depresi sangat berat (Das et al, 2013). Sebuah penelitian tentang depresi pada pasien DM menunjukkan sebanyak 42,5% (17 orang) mengalami depresi ringan, 12 orang (30%) mengalami depresi sedang, 15% (6 orang) mengalami depresi berat dan 5 orang (12,5%) mengalami depresi sangat berat (Wardhani, 2008).

Orang dengan DM penting untuk menghadapi komplikasi yang terjadi pada penyakitnya, mereka perlu belajar dan manajemen diri untuk mencegah potensi komplikasi dalam kehidupan sehari-hari (Kav, 2017). Persepsi individu akan kemampuan dalam mengatasi kesulitan melakukan tugas dapat menjadi

prediksi terhadap usaha masa depan dalam keterlibatan berbagai tantangan perilaku terkait tugas yang dijalankan (Mishali et al, 2010). Perawatan DM sangat kompleks dan menimbulkan banyak masalah, selain kontrol glikemik yang dapat diatasi (ADA, 2010). Efikasi diri menjadi penting pada kelangsungan manajemen DM yang bertujuan agar pasien dapat mengikuti perawatan diri yang disarankan. Rendahnya nilai efikasi yang dimiliki berhubungan terhadap kepatuhan perilaku yang dijalani (Mishali et al, 2010). Meningkatnya kepercayaan diri pasien DM diperlukan agar dapat mengatur kadar glikemik (Dehghan et al, 2017).

Efikasi diri diperlukan sebagai sarana dukungan setiap pasien untuk mempertahankan perubahan perilaku (Mishali et al, 2010). Pengetahuan yang dimiliki oleh pasien DM berpengaruh pada efikasi diri mereka untuk dapat menanggapi kondisi mereka saat sakit, perubahan gaya hidup dan keinginan untuk terus hidup sehat dengan kondisi mereka (Rasheed, 2013). Tingginya nilai efikasi diri mampu mengendalikan gejala, pengobatan, perubahan fisik, psikososial serta gaya hidup sehingga mampu melakukan adaptasi dengan kondisinya. Hasil penelitian tentang efikasi diri pada pasien DM didapatkan hasil efikasi diri kurang baik sejumlah 32 responden (74,4%) dan efikasi diri baik sejumlah 11 (25,6%) (Asrikan et al, 2010).

Efikasi diri pasien DM baik itu memiliki nilai yang baik atau kurang dibentuk oleh diri pasien DM sendiri. Rasa yakin yang dimiliki pasien DM terlihat dari perilaku tertentu yang muncul serta merubah pola pikir sehingga dapat mengelola dan mengurangi gejala yang dialami (Chung et al., 2013). Dua komponen dalam teori sosial kognitif yaitu *efficacy expectations* (rasa percaya diri

untuk melakukan suatu tugas) dan *outcome expectations* (kepercayaan bahwa perilaku yang diterapkan akan sesuai dengan keinginan atau tujuan awal) berpengaruh terhadap keseimbangan perilaku seseorang (Bandura, 1997). Rendahnya perilaku pasien DM yang rendah dihubungkan pada rendahnya efikasi diri yang dimiliki dimana hal tersebut mendekati pada terjadinya depresi (Mishali et al., 2010). Seseorang dengan efikasi diri yang tinggi akan menetapkan tujuan dan berpegang teguh pada tujuannya begitu pula sebaliknya sehingga berpengaruh terhadap perawatan dirinya. Efikasi diri mendorong terhadap proses kontrol diri untuk dapat mempertahankan perilaku yang diperlukan dalam pengelolaan perawatan diri pasien DM (Bandura, 1982 dalam Kott, 2008). Fokus terhadap efikasi diri yang dimiliki pasien DM adalah tentang bagaimana pasien DM menunjukkan perilaku yang dapat mendukung terhadap perbaikan penyakitnya serta dapat meningkatkan manajemen perawatan diri seperti diet, latihan fisik, medikasi, kontrol glukosa dan perawatan DM secara umum (Wu et al., 2007). Pengelolaan diri secara mandiri pada pasien penyakit kronis merupakan kunci dalam penatalaksanaan penyakit secara komprehensif yang diperoleh bila seseorang memiliki pengetahuan, keterampilan dan efikasi diri untuk melakukan perilaku pengolahan DM (Atak, 2010).

DM perlu penatalaksanaan sepanjang hidup untuk mengontrol kadar gula darah (Damayanti, S., 2017). Pasien dengan kondisi kronis seperti DM memerlukan manajemen diri untuk mencapai hasil yang optimal (Wallston, 2007). Depresi pada pasien DM mempengaruhi manajemen DM yang meliputi beberapa hal; secara langsung mempengaruhi kualitas hidup pasien, mengurangi tingkat

aktivitas fisik, membatasi kepatuhan terhadap perawatan diri dan mengganggu kemampuan pasien untuk berkomunikasi dengan dokter (Piette et al, 2004). Keterkaitan antara depresi dan hasil yang buruk pada penderita DM kemungkinan disebabkan oleh perubahan fisiologis dan perilaku yang diperantarai oleh efikasi diri yang dimiliki (Cherrington, 2010). Dalam kasus DM kadar glikemik yang buruk meningkatkan gejala depresi (Wallston et al., 2007) dan kondisi emosional yang negatif berkontribusi terhadap efikasi diri yang buruk (Cherrington et al, 2010).

Pasien DM perlu mengatur sendiri kondisi mereka untuk mendapat hasil optimal (Wallston *et al*, 2007) yang dapat dicapai melalui satu faktor penting yaitu efikasi diri (Mishali *et a.*, 2010). Efikasi diri dapat menjadi buruk pada pasien dengan penyakit kronis, seperti DM (Dehghan, 2017). Efikasi diri dapat menjadi penting dalam manajemen DM yang bertujuan mengidentifikasi kecenderungan pasien dalam melakukan perawatan diri. Pengukuran efikasi diri pada pasien DM digunakan untuk memberikan perawatan kesehatan profesional sehingga pasien dapat menerima informasi yang diperlukan tentang kesiapan untuk terlibat dalam perubahan perilaku (Mislahi *et al*, 2010).

Hasil studi pendahuluan di Wilayah Kerja Puskesmas Puger dengan wawancara dan pembagian kuesioner terhadap 10 responden didapatkan nilai rata-rata depresi sebesar 28,1 dari nilai maksimal 68. Dua orang tidak mengalami depresi dan 8 orang mengalami depresi berat. Sementara nilai rata-rata efikasi diri sebesar 42,9 dari nilai maksimal 100. Hasil nilai rata-rata dari 10 responden di dapatkan yaitu 5 orang dengan nilai dibawah rata-rata dan 5 orang lainnya di atas

rata-rata. Delapan responden yang mengalami depresi berat mengatakan pasrah akan kondisinya saat ini walaupun beberapa kali rasa khawatir tersebut hilang dan responden dapat menerima serta mau dan mampu menjalankan terapi DM sedang dua orang responden lainnya mengatakan walaupun mengalami penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun harus tetap berusaha mengikuti saran dokter dan mematuhi aturan yang di sampaikan. Berdasarkan paparan tersebut, peneliti bermaksud melakukan penelitian “Hubungan depresi dengan efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu adakah “hubungan depresi dengan efikasi diri pada pasien diabetes melitus (DM) tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Puger Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan depresi dengan efikasi diri pada pasien diabetes melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi depresi pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi efikasi diri pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.
- d. Menganalisis hubungan depresi dan efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

Hasil penelitian ini diharapkan memberi manfaat kepada peneliti, institusi pendidikan, keperawatan dan masyarakat.

1.4.1 Bagi Peneliti

Diharapkan mampu menambah pengetahuan tentang depresi dengan efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2, pemahaman terhadap tanda depresi serta nilai efikasi diri yang dimiliki pasien DM tipe 2 serta sumber referensi dalam pengembangan penelitian yang akan datang.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi tambahan literatur tentang hubungan depresi dengan efikasi diri pasien Diabetes Melitus tipe 2 sehingga dapat digunakan sebagai menunjang penelitian selanjutnya.

1.4.3 Bagi Pelayanan Keperawatan

Diharapkan menjadi sumber rujukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat khususnya dalam penanganan masalah yang berhubungan dengan depresi dan efikasi diri pasien DM tipe 2.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat berguna dalam mencegah terjadinya depresi yang diakibatkan penatalaksanaan DM yang lama dan mencegah komplikasi yang terjadi dengan melakukan skrining kondisi psikologis pasien.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Yesi Ariani tahun 2017 dengan judul hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H.Adam Malik Medan. Tujuan penelitian tersebut adalah menganalisis motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H.Adam Malik Medan.. Rancangan penelitian ini adalah *Cross Sectional* dengan populasi yang digunakan adalah pasien DM Tipe 2 di RSUP H.Adam Malik Medan dan sampel penelitian sebanyak 110 orang dengan teknik sampling adalah *Purposive Sampling*.

Penelitian yang akan dilakukan saat ini berjudul hubungan tingkat depresi dengan efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember yang bertujuan untuk menganalisis hubungan tingkat depresi dengan efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Rancangan penelitian yang

digunakan adalah *Cross Sectional* dengan populasi yang digunakan adalah warga Puskesmas Puger yang mengalami DM Tipe 2 dengan teknik sampling penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*.

Tabel 1.1 Perbedaan Penelitian

Variabel	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP H.Adam Malik Medan	Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2
Tempat penelitian	RSUP H.Adam Malik Medan	Wilayah Kerja Puskesmas Puger
Tahun penelitian	2011	2017
Peneliti	Yesi Ariani	Faridatul Isniyah
Variabel Independen	Motivasi	Depresi
Variabel Dependen	Efikasi Diri	Efikasi Diri
Teknik sampling	<i>Purposive Sampling</i>	<i>Consecutive Sampling</i>
Instrumen penelitian	Kuesioner Motivasi, <i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i> (DMSES).	<i>Beck Depression Index</i> (BDI)-II dan <i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i> (DMSES).

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

Diabetes adalah kondisi saat pankreas tidak lagi dapat memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak lagi dapat mempergunakan insulin secara efektif. Insulin ialah hormon yang membantu terhadap kontrol kadar gula darah. Kenaikan gula darah menjadi pengaruh umum dari diabetes yang tidak terkontrol dan secara berkelanjutan menyebabkan sistem tubuh menjadi rusak pada kebanyakan orang, terutama pembuluh darah (WHO, 2017). Diabetes melitus merupakan kondisi hiperglikemia persisten karena defek sekresi insulin, aksi insulin atau dari keduanya. Diabetes melitus tipe-2 (DM tipe-2) adalah hasil perpaduan dari resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif (Julia dkk., 2015). Diabetes melitus adalah kumpulan kelainan metabolik dengan ciri-ciri peningkatan kadar gula darah (hiperglikemi) yang dihasilkan dari cacat pengeluaran hasil produksi insulin, aksi insulin, atau keduanya.

2.1.2 Etiologi

Diabetes dibagi dalam beberapa kategori sebagai berikut :

a. Diabetes Tipe 1

Diabetes tipe 1 (dikenal sebagai insulin-dependent, juvenile atau serangan masa kanak-kanak) keadaan kurangnya produksi insulin dan membutuhkan insulin setiap hari. Belum diketahui penyebab pasti dari DM tipe 1 dan tidak dapat

dicegah berdasarkan pengetahuan terbaru. Gejalanya meliputi eksresi urin berlebih (polyuria), haus (polidipsia), kelaparan, penurunan berat badan, perubahan berat badan, perubahan penglihatan dan kelelahan. Gejala ini dapat terjadi secara tiba-tiba (WHO, 2017).

b. Diabetes Tipe 2

Diabetes tipe 2 (dikenal non-insulin-dependent atau serangan dewasa) Ketidakefektifan hasil produksi insulin dalam tubuh. Gejala dapat serupa dengan diabetes tipe 1 sehingga kurang mendapat perhatian sehingga penyakit ini terdiagnosis beberapa tahun setelah serangan, bahkan saat komplikasi sudah nampak. Hingga saat ini, jenis diabetes hanya terlihat pada orang dewasa namun sekarang sering terjadi pada anak-anak (WHO, 2017). Faktor resiko DM dibagi menjadi 2, yaitu faktor resiko tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi (PERKENI, 2015: 13) :

- a. Faktor Resiko yang Tidak Dapat Dimodifikasi berupa ras dan etnik, riwayat keluarga dengan DM, umur (>45 tahun lakukan pemeriksann DM), riwayat melahirkan bayi >4000 gr atau menderita DM Gestasional dan riwayat lahir dengan BB $<2,5$ g.
- b. Faktor Resiko yang Dapat Dimodifikasi yaitu BB lebih ($IMT \geq 23 \text{ g/m}^2$), kurang aktivitas fisik, hipertensi (140/90 mmHg), dislipidemia (HDL <35 mg/dl dan /atau trigliserida > 250 mg/dl) dan diet tidak sehat.
- c. Faktor Lain Terkait Resiko DM : penderita *Polycystic Ovary Syndrome* (PCOS), penderita sindrom metabolik dan penderita yang memiliki riwayat penyakit kardiovaskular.

c. Diabetes Gestasional

Diabetes Gestasional adalah nilai glukosa darah di atas normal tapi dibawah diagnostik diabetes yang terjadi selama kehamilan (WHO, 2017). DM jenis ini biasanya terjadi pada trimester dua atau tiga yang terjadi karena hormon yang disekresi oleh plasenta menghambat kerja insulin (Smeltzer&Bare, 2011). Wanita dengan diabetes gestasional beresiko tinggi mengalami komplikasi penyakit ini selama masa kehamilan dan saat persalinan. Mereka dan anak-anaknya juga beresiko tinggi terkena diabetes tipe 2 di masa depan (WHO, 2017).

2.1.3 Klasifikasi

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Serangannya terjadi secara tiba-tiba ditandai dengan penurunan berat badan atau mual, muntah, atau sakit perut (Johnson, 2010). Penyakit ini dikenal Diabetes Juvenil (*Juvenile-onset diabetes*) dengan ciri sebagai berikut (Smeltzer&Bare, 2011):

- a) Terjadi di segala usia, namun biasanya terjadi di usia muda (<30 tahun).
- b) Ciri fisik seperti tubuh kurus saat didiagnosis, penurunan BB secara tiba-tiba.
- c) Faktor genetik, imunologi atau lingkungan (misal, virus) menjadi penyebab terjadinya DM tipe 1.
- d) Cenderung memiliki antibodi sel pulau Langerhans, memiliki antibodi terhadap insulin walaupun belum pernah mendapat terapi insulin.
- e) Sedikit atau tidak memiliki insulin endogen.
- f) Insulin dibutuhkan untuk pertahanan hidup.

g) Ketoasidosis metabolik menjadi komplikasi akut dari hiperglikemia.

b. Diabetes tipe 2

Bermula sangat lambat (beberapa tahun), intoleransi glukosa secara progresif menyebabkan komplikasi jangka panjang jika tidak terdeteksi selama bertahun-tahun (misalnya penyakit mata, neuropati perifer, penyakit pembuluh darah perifer). Komplikasi dapat berkembang sebelum diagnosis yang sebenarnya dibuat. Diabetes Melitus tipe 2 dapat terjadi di segala usia, seringnya di atas usia 30 tahun. Obesitas terlihat pada tampilan fisik pasien DM tipe 2 yang juga menjadi etiologi bersamaan dengan kondisi herediter atau lingkungan (Johnson, 2010).

DM tipe 2 tidak memiliki antibodi pulau Langerhans namun terjadi penurunan hasil kerja insulin endogen atau terjadi peningkatan resistensi insulin namun insulin juga dibutuhkan dalam frekuensi pendek atau panjang sekedar mencegah terjadi hiperglikemia. Pasien dengan kondisi obesitas biasanya dapat melakukan kadar glukosa melalui penurunan berat badan dimana bila hal ini tidak berhasil dilakukan dapat menggunakan agens hipoglikemia oral. Ketoasidosis jarang terjadi, hanya bila pasien stres atau mengalami infeksi. Komplikasi akut adalah sindrom hiperosmoler nonketotik (Smeltzer&Bare, 2011).

c. Diabetes Melitus yang Berkaitan dengan Keadaan atau Sindrom Lain

Diabetes yang disertai dengan kondisi yang dicurigai menjadi penyebab penyakit lain, seperti infeksi pada pankreas, kelainan hormonal, obat-obatan seperti glukokortikoid dan prepatat yang mengandung estrogen penyandang diabetes) serta bergantung pada kemampuan pankreas untuk menghasilkan

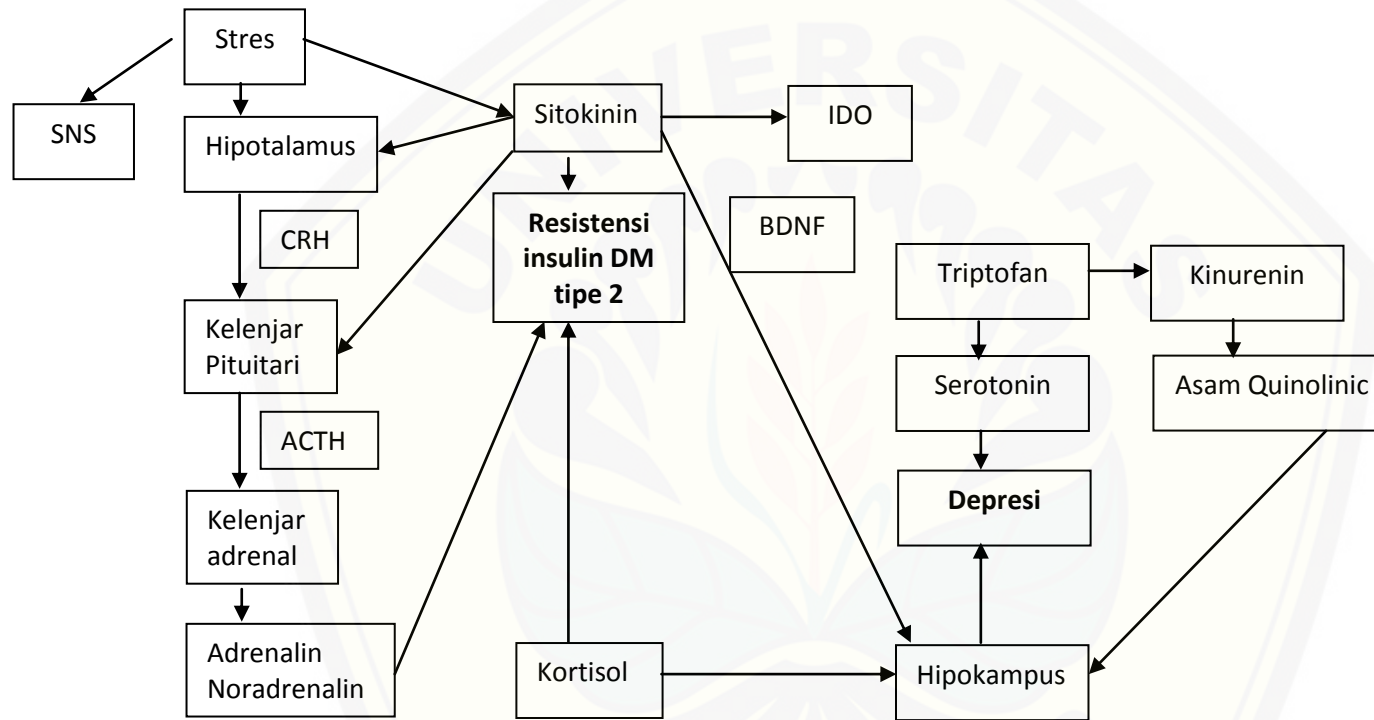
insulin. Pasien dengan keadaan ini mungkin memerlukan terapi obat oral atau insulin (Smeltzer&Bare, 2011).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis DM tipe 2 dapat dilihat pada tingkat hiperglikemia yang dialami oleh pasien (Smeltzer&Bare, 2011), seperti :

- a. Poliuria, polidipsia dan polifagia
- b. Keletihan dan kelemahan, perubahan penglihatan mendadak, kesemutan atau mati rasa di tangan atau kaki, kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuh, dan infeksi berulang.
- c. Tanda dan gejala DKA meliputi sakit perut, mual, muntah, hiperventilasi, dan bau nafas buah. Jika tidak diobati DKA dapat berakibat pada tingkat kesadaran yang berubah, koma dan kematian.

2.1.5 Patofisiologi



Gambar 2.1 Respon stres dan kemungkinan mekanisme patofisiologis yang berkontribusi pada DM tipe 2 dan depresi

Terjadinya depresi pada DM tipe 2 kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor lingkungan yaitu gaya hidup tidak baik seperti tidak aktif, kurang tidur, diet, masalah psikologis dan faktor sosial juga stres yang terjadi pada awal kehidupan serta tuntutan terhadap posisi sosial dan ekonomi juga kondisi “ketat” medis, faktor lain seperti obesitas dan perawatan medis (kortikosteroid). Depresi dan DM tipe 2 adalah penyakit yang lazim berkembang di dunia, efek absolut dari peningkatan resiko relatif terjadi pada populasi yang sangat tinggi. Disebutkan secara umum faktor lingkungan mendatangkan ancaman terhadap homeostasis pada sistem stres tubuh. Bagi sebagian besar tubuh mampu dalam mengatur efek stres akut, terutama melalui sistem hormon, sistem otonom dan sistem peradangan. Namun bila sistem ini tidak memiliki waktu untuk mengkondisikan stres dapat terjadi secara kebetulan dan akhirnya berbahaya.

Stres mengaktifkan sumbu adrenal pituitari hipotalamus (HPA) sehingga meningkatkan produksi kortisol dari korteks adrenal, meningkatkan stimulasi bagian simpatis dari sistem otonom (SNS) dan meningkatkan produksi adrenalin dan noradrenalin dari medula adrenal. Sudah jelas bahwa hormon stres ini mengerahkan efek katabolik secara keseluruhan pada tubuh oleh pergerakan glukosa serta protein lemak dalam darah, menangkal efek insulin yang terutama beraksi sebagai hormon anabolik yang memfasilitasi dalam pengambilan dan penyimpanan glukosa. Ini merupakan mekanisme aktivasi stres kronis yang dapat dilakukan untuk mengetahui kebutuhan insulin dan akhirnya terjadi DM tipe 2. Entah secara langsung atau melalui sumbu HPA dan sistem saraf otonom, sistem peradangan juga diaktifkan oleh stres yang dibuktikan dengan meningkatnya

produksi proinflammatory sitokin dari sel kekebalan dan jaringan seperti II-6 TNF- α dan interferon- γ .

Sitokin dapat langsung merangsang reseptor di hipotalamus dan kelenjar bawah otak sehingga memudahkan produksi kortisol lebih banyak. Selain kontribusi kortisol dan sitokin pada pengembangan resistensi insulin yang juga memiliki dampak negatif pada area atau sistem otak terkait depresi, seperti sistem monoamine dan hippocampus. Pertama, hippocampus menunjukkan reseptor glucocorticoid dan telah ditunjukkan stimulasi tersebut dari waktu ke waktu dengan peningkatan kadar kortisol tinggi yang menyebabkan berkurangnya neurogenesis dan plastisitas sinaptik serta apoptosis pada daerah hippocampus yang berbeda. Kedua, efek sitokin pada hippocampus dimediasi oleh peningkatan kadar stres oksidatif yang berakibat tingkat BDNF lebih rendah. BDNF adalah peptida neutropika yang penting untuk kelangsungan hidup dan proliferasi neuron di otak, dan tingkat BDNF ditemukan rendah pada orang dengan depresi, sementara penggunaan agen antidepresan dikaitkan dengan peningkatan kerja produksi BDNF.

Telah disulkan bahwa sitokin proinflammatory tertentu dapat meningkatkan degradasi triptofan dan asam amino esensial. Degradasi ini terjadi di jalur kynurenine terutama di hati, ginjal, dan sel kekebalan tubuh. Telah ditunjukkan bahwa sitokin menginduksi satu tingkat yang membatasi jalur enzim, indoleamine dioxigenase (IDO), sedangkan kortisol dapat mengatur tingkat yang membatasi enzim pembatas lain, triptofan-2, 3-dioxigenase (TDO), menghasilkan konsentrasi triptofan yang tersedia lebih rendah dan konsentrasi metabolit lainnya di jalur

kynurenine. Serotonin mungkin adalah monoamine yang paling penting teelibat dalam patofisiologi depresi yang dapat diproduksi dengan baik oleh triptophan, dan sebuah teori tentang konsentrasi rendah dari triptophan yang mengakibatkan kurang ketersediaan hasil serotonin di otak. Beberapa tambahan metabolit jika ditelusuri lebih jauh pada jalur kynurenine seperti asam quinolinic, diketahui menjadi dampak tambahan negatif pad ahippocampus dalam hal neurogenesis dan induksi apoptosis.

2.1.6 Komplikasi

Diabetes Melitus merupakan kelainan heterogen dengan ciri kenaikan kadar glukosa darah (Smeltzer&Bare, 2011). Komplikasi terkait dengan diabetes diklasifikasikan dengan akut dan kronis:

- a. Komplikasi akut terjadi dari jangka pendek seperti ketidakseimbangan glukosa darah dan meliputi hipoglikemia, DKA dan HHNS.
- b. Komplikasi kronis umumnya terjadi pada 10 sampai 15 tahun setelah awitan diabetes melitus meliputi :
 - a) Penyakit makrovaskular (pembuluh darah besar) : penyakit kardiovaskular menjadi penyebab kematian dan kecacatan pada pasien DM seperti angina, infar miokard, stroke, penyakit arteri perifer dan jantung kongestif (IDF, 2015). Mempengaruhi arteri koroner, pembuluh darah perifer , dan sirkulasi vaskular serebral (Smeltzer, 2010). Darah tinggi, kolesterol tinggi, glukosa darah tinggi dan faktor resiko lainnya

berkontribusi terhadap peningkatan risiko komplikasi kardiovaskular (IDF, 2015).

b) Penyakit mikroovaskular (pembuluh darah kecil):

- Mempengaruhi mata/retinopati: peningkatan glukosa darah yang terus meninggi merupakan penyebab utama retinopati. Jaringan dari pembuluh darah yang memasok darah pada retina dapat rusak pada keadaan retinopati sehingga menyebabkan hilangnya penglihatan secara permanen (IDF, 2015).
- Mempengaruhi ginjal (nefropati): Kerusakan pembuluh darah kecil dapat menyebabkan ginjal menjadi kurang efisien atau gagal sama sekali (IDF, 2015). Tingkat kontrol glukosa darah untuk menunda atau menghindari timbulnya komplikasi mikrovasikular dan makrovaskular (Smeltzer, 2010).

c) Penyakit neuropatik: mempengaruhi motor sensorik dan otonom saraf dan berkontribusi pada masalah seperti impotensi. Penyebabnya ialah kadar glukosa darah yang tinggi sehingga mempengaruhi salah satu jenis saraf dalam tubuh yaitu pada jalur neuro perifer terutama pada saraf sensorik kaki. Rasa sakit, kesemutan, serta kehilangan sensasi adalah tanda yang sering dirasakan. Terjadi secara signifikan karena dapat menyebabkan luka masuk tanpa sadar, menimbulkan ulserasi, infeksi serius dan amputasi. ulkus kaki (Smeltzer, 2010).

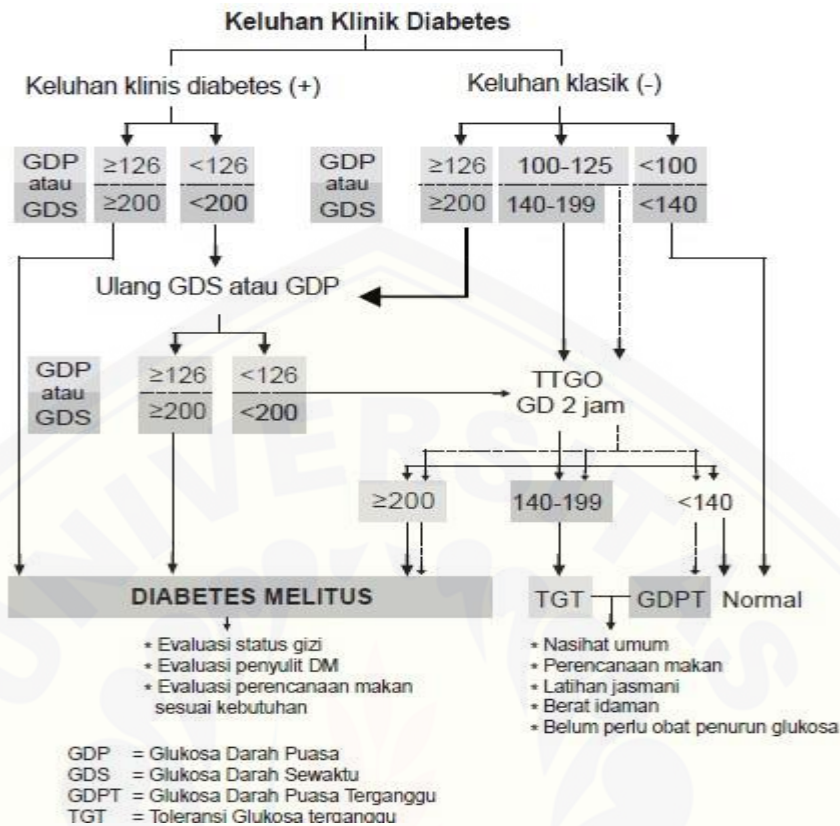
Tiga komplikasi utama jangka pendek diabetes terkait dengan ketidakseimbangan kadar glukosa darah adalah hipoglikemia, diabetes

ketoasidosis (DKA), dan hiperkolar hiperglikor hiperglikotik sindrom (HHNS). Hiperglikemia jangka panjang dapat berkontribusi dengan komplikasi mikrovaskuler kronis (ginjal dan penyakit mata) dan komplikasi neuropatik. Diabetes juga terkait dengan peningkatan kejadian penyakit makrovaskular, termasuk penyakit arteri koroner (infark miokard), penyakit serebrovascular (stroke) dan penyakit pembuluh darah perifer (Johnson, 2010).

2.1.7 Diagnosis

Diagnosis DM ditentukan berdasar pada hasil pemeriksaan kadar gula darah, disarankan memeriksa gula darah secara enzimatis dengan bahan plasma darah vena dan dipantau melalui hasil pengobatan melalui pemeriksaan gula darah kapiler menggunakan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakan melalui adanya glukosuria. Diabetes Melitus dapat dicurigai bila ditemukan ciri-ciri seperti (PERKENI, 2015):

1. Keluhan klasik DM : poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya.
2. Keluhan lain : badan terasa lemah, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.



Gambar 2.2 Alogaritma Penegakan Diagnosis Diabetes Melitus (PERKENI, 2011)

Diagnosis DM dapat ditegakkan melalui tiga cara (PERKENI, 2006):

1. Ditemukan keluhan klasik, hasil pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL cukup untuk menegakkan diagnosis DM.
2. Pemeriksaan glukosa plasma puasa yang murah dan mudah diterima pasien.
3. Melalui TTGO, walaupun dengan beban 75 g glukosa lebih sensitif dan khusus dibandingkan pemeriksaan glukosa plasma puasa yang memiliki keterbatasan sendiri. TTGO sulit dilakukan berulang sehingga jarang digunakan.

Pemeriksaan penyaring dianjurkan bagi yang memiliki faktor resiko DM tanpa menunjukkan gejala DM dengan tujuan menemukan pasien dengan DM, TGT ataupun GDPT agar diketahui lebih dini dan penanganan yang tepat. Dapat dilakukan pemeriksaan glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa puasa, bila positif lakukan konfirmasi pemeriksann glukosa plasma puasa atau tes toleransi glukosa oral (TTGO) standar (PERKENI, 2006).

2.1.8 Penatalaksanaan

Banyaknya komplikasi yang dikhawatirka timbul oleh DM di masa mendatang, penatalaksanaan serta pengelolaan DM didasarkan dalam 4 pilar penyelesaian masalah klinis DM, yaitu: edukasi, terapi gizi medis, latihan fisik dan perencanaan farmakologis (PERKENI, 2011).

- a. Edukasi : pola hidup serta perilaku yang terbentuk dengan mapan menjadi faktor umum terjadinya DM tipe 2. Edukasi yang komprehensif dibutuhkan dalam mencapai keberhasilan dalam merubah perilaku dan peningkatan motivasi (PERKENI, 2011). Edukasi bertujuan memberikan dukungan untuk pasien mengerti perjalanan penyakit secara alami, pengelolaannya, pengenalan masalah kesehatan/komplikasi sejak awal, kepatuhan perilaku untuk memantau dan mengelola penyakit secara mandiri, serta perubahan perilaku kesehatan (Ndraha, 2014).
- b. Terapi gizi/nutrisi medis (TNM) : merupakan penyelesaian masalah pada DM secara total. Keteraturan pembagian waktu makan, jenis dan jumlah makanan terlebih bagi mereka yang mengkonsumsi obat penurun glukos

darah atau insulin. Jumlah makanan diantaranya adalah karbohidrat sebanyak 45-65% dari total masukan energi; lemak disarankan sekitar 20-25% dari kebutuhan kalori, protein sekitar 10-20% total asupan energi; natrium yang dibutuhkan sama dengan kebutuhan pada umumnya yaitu tidak lebih dari 3000 mg/6-7 gr (1 sendok teh) garam dapur; serat yang dianjurkan ± 25 gr/hari; pemanis alternatif dibagi menjadi pemanis berkalori dan tidak berkalori, penggunaan fruktosa sebagai salah satu pemanis berkalori tidak dianjurkan bagi penderita DM yang menyebabkan efek samping pada lemak darah sedangkan untuk pemanis yang aman dikonsumsi selama tidak lebih batas yang dianjurkan (*Accepted Daily Intake/ADI*) (PERKENI, 2011).

- c. Latihan jasmani secara teratur (3-4 kali dalam satu minggu selama kurang lebih 30 menit) disarankan bagi penyandang DM yang bertujuan mengurangi berat badan dan perbaikan sensitivitas insulin sehingga terjadi perbaikan kendali gula darah. Latihan jasmani penderita DM disesuaikan dengan dengan usia dan status kesehatan jasmani dan hindari pola hidup yang monoton atau bermalas-malasan (PERKENI, 2011).
- d. Terapi farmakologis pasien DM terdiri dari dua macam yaitu obat oral dan dalam bentuk suntikan/injeksi. Obat oral (obat hipoglikemi oral/OHO) terbagi menjadi lima golongan yaitu pemicu sekresi insulin (insulin secretagogue): sulfonilurea dan glinid; peningkat sensitivitas terhadap insulin: metformin dan tiazolidindion; penghambat glukoneogenesis (metformin); penghambat absorpsi glukosa: penghambat glukosidase alfa

dan DPP-IV inhibitor. Terapi farmakologis dalam suntikan terdapat dua jenis yaitu insulin dan Agonis GLP-1/incretin mimetic (PERKENI, 2011).

American Diabetes Association/European for the Study of Diabetes (ADA/EASD) dan the American Association of Clinical Endocrinologist/American College of Endocrinology (AAACE/ACE) tahun 2015 memberi rekomendasi penatalaksanaan terbaru bagi penderita DM yaitu pemberian metformin sebagai terapi pada lini pertama. Rekomendasi yang berdasar pada manfaat metformin sehingga menurunkan kadar glukosa darah, harga yang terjangkau, efek samping yang minimal serta tidak menyebabkan peningkatan berat badan.

America Association of Diabetes Educators (AADE, 2014) membagi komponen dari perawatan diri pasien DM menjadi 7 hal, yaitu: makanan sehat, aktivitas fisik, pemantauan kadar glukosa darah, pemberian obat, penyelesaian masalah, koping yang sehat, serta mengurangi resiko.

- a) Makanan sehat (diet) : Diet yang baik melakukan kontrol terhadap makanan sesuai gizi seimbang serta berdasarkan kebutuhan kalori setiap pasien yang didampingi oleh petugas kesehatan serta penurunan BB diperlukan terutama pada pasien dengan obesitas (PERKENI, 2015).
- b) Aktivitas Fisik : Latihan yang dilakukan teratur sebanyak tiga hingga lima kali dalam satu minggu selama kurang lebih 30 menit sehingga total menjadi 150 menit. Aktivitas dilakukan dengan rentang tidak lebih dari 2 hari berturut-turut serta dilakukan pada pasien yang tidak memiliki komplikasi seperti neuropati. Latihan ini berupa gerakan aerobik seperti jalan kaki,

bersepeda santai, jogging serta berenang yang bertujuan untuk memperbaiki kadar glukosa darah serta dilakukan dengan menyesuaikan dengan usia dan status kesehatan pasien (PERKENI, 2015).

- c) Monitoring kadar glukosa darah : Kadar gula darah pasien dapat di periksa melalui alat glukometer dengan menggunakan darah pada pembuluh darah perifer ujung jari (Price dan Wilson, 2005). Pasien juga dapat melakukan pemantauan secara mandiri di rumah yang disebut SMBG (*Self-Monitoring of Blood Glucose*) guna mencegah komplikasi yang terjadi (Smeltzer dan Bare, 2002).
- d) Pemberian obat: Pemberian obat pada pasien DM berfungsi sebagai pemicu sekresi insulin seperti obat glinid guna meningkatkan sensitivitas insulin dan penghambat glukogenesis seperti metformin dan penghambat absorpsi glukosa dan inhibitor DPP-IV. Pemberian obat secara oral maupun suntik diberikan sesuai aturan jalur pemberian obat (PERKENI, 2015).
- e) Penyelesaian masalah: merupakan keterampilan inti yang harus dimiliki pasien DM dimana merupakan bagian dari *Diabetes Self Management Education (DSME)*. Pemecahan masalah dapat memengaruhi peningkatan HbA1c secara signifikan serta masalah psikososial. Pemecahan masalah digunakan dalam penyelesaian masalah yang dapat berpengaruh dalam perubahan (Stephanie et al, 2013).
- f) Koping yang sehat : koping yang sehat merupakan status kesehatan dan kualitas hidup yang efektif secara psikologis dan faktor sosial. Tekanan psikologis secara langsung dapat berpengaruh pada kesehatan serta secara

tidak langsung berpengaruh terhadap motivasi pada pengelolaan penyakit DM. Koping yang sehat diperlukan dalam pengendalian perilaku, dikarenakan jika tidak diatasi membuat perawatan diri pasien DM menjadi buruk (Fisher et al, 2007).

- g) Mengurangi resiko: implementasi perilaku dalam mengurangi resiko yang efektif berguna dalam mencegah progresifitas atau pergerakan secara lambat terhadap komplikasi yang dapat terjadi pada pasien DM. Sadar terhadap faktor resiko serta pencegahan komplikasi adalah bagian penting pada pengelolaan DM (Boren et al, 2007).

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Definisi

Depresi adalah kondisi alam perasaan (mood) yang terganggu ditandai oleh rasa murung dan sedih yang mendalam dan berkelanjutan yang menyebabkan kehilangan semangat hidup, tanpa mengalami gangguan penilaian realita (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak mengalami retaknya kepribadian/*splitting of personality*) perilaku dapat mengalami gangguan namun masih dalam batasan normal (Hawari, 2011). Depresi adalah gangguan afektif paling umum dengan kisaran kondisi sangat ringan hampir normal, sampai pada depresi (psikotik) berat disertai halusinasi dan delusi (bhowmik et al, 2012).

2.2.2 Gejala Depresi

Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III depresi adalah gangguan dengan karakteristik (Maslim, 2001), dengan:

- a. Gejala Utama meliputi efek depresif, hilangnya minat dan rasa gembira serta kurangnya energi menyebabkan peningkatan kondisi mudah lelah dengan intensitas kerja yang sedikit dan penurunan aktifitas.
- b. Gejala Lainnya yaitu konsentrasi dan perhatian berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, perasaan bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan suram, ide untuk membahayakan diri, tidur terganggu dan penurunan nafsu makan.

Berikut adalah gejala yang timbul pada kepribadian depresi (Hawari, 2011) yaitu rasa murung, sedih, menurunnya gairah hidup, kurang bersemangat, merasa tidak berdaya dikenal sebagai afek disforik; merasa bersalah, berdosa, rasa penyesalan; nafsu makan berkurang, berat badan menurun; menurunnya kemampuan berfikir dan daya ingat, mengalami gangguan tidur: insomnia (sukar/tidak dapat tidur) atau dapat juga mengalami hipersomnia (terlalu banyak tidur) yang disertai mimpi buruk); agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya); kehilangan rasa senang, semangat serta minat, tidak melakukan hobi, kreativitas dan produktivitas menurun; libido/gairah seksual menurun; berpikir tentang kematian atau bunuh diri.

2.2.3 Ciri Kepribadian Depresif

Seorang yang sehat jiwanya dapat mengalami depresi bila tidak mampu mengatasi stresor psikososial yang dialami, juga terdapat seseorang dalam keadaan rentan terkena depresi dibanding orang lain. Orang dengan resiko depresi lebih tinggi dapat memperlihatkan ciri-ciri sebagai berikut (Hawari, 2011) yaitu pemurung, sulit senang dan merasa bahagia, pesimis akan masa depan, menganggap rendah diri, mudah mengalah, enggan berbicara, mudah merasa haru, sedih dan menangis, mudah merasa bersalah dan dosa, gerak lamban, lesu, kurang energik, mudah mengeluh sakit (keluhan psikosomatik), mudah tegang, khawatir, takut, tidak percaya diri, merasa tidak mampu dan berguna, merasa selalu tidak berhasil dalam usaha, pekerjaan atau sekolah, senang menarik diri, menjadi pemalu dan pendiam, mudah tersinggung, senang mengasingkan diri, tidak senang bersosialisasi, sangat terbatas dalam pergaulan sosial, mudah tegang, agitasi, gelisah, lebih senang menjaga jarak, menghindari dari keikutsertaan dengan orang, senang mencela, mengkritik, konvensional, susah mengambil keputusan, kurang agresif, sikap oposisi berada dalam bentuk pasif-agresif, pengendalian diri terlalu kuat, menekan dorongan/impuls diri, menghindari dari hal yang membuat senang dan lebih senang berdamai untuk menghindari konflik atau konfrontasi.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Depresi

Depresi dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

a. Usia

Usia diperkirakan menjadi implikasi dan penyebab terjadinya depresi. Usia awal dikaitkan pada kejadian depresi yang parah serta memungkinkan terjadi kekambuhan, menjadi kronis dan terjadi kerusakan. Perbedaan usia dapat mencerminkan perbedaan faktor yang menyertai, banyak individu mengalami depresi setelah terkena stressor akut dan pulih setelah beberapa waktu (England and Sim, 2009).

b. Kelas Sosial

Pencapaian pada tingkat pendidikan mempengaruhi terjadinya depresi. Semakin rendah tingkat pendidikan dapat menyebabkan kerugian dalam hubungan sosial (Wan, 2012).

c. Tingkat Pendidikan

Motivasi dalam mencapai suatu target atau hasil akan lebih tinggi seiring dengan pendidikan yang dimiliki oleh seseorang.

d. Pekerjaan

Ketidakcukupan ekonomi yaitu kemiskinan diduga dapat menimbulkan depresi (Wan, 2012).

e. Penyakit Fisik

Beberapa faktor terkait penyakit fisik dapat menimbulkan atau memperburuk terjadinya depresi. Dampak psikologis seperti dampak kecacatan, penurunan kualitas hidup, serta hilangnya peran dan hubungan sosial yang berharga. Efek

samping obat dapat menjadi faktor pendukung terjadinya depresi. Mekanisme fisiologis dari penyakit dapat langsung berpengaruh terhadap terjadinya depresi yang berhubungan dengan neurotransmitter, hormon serta sistem kekebalan tubuh (Canda Mental Report Illnesses, 2002).

f. Jenis Kelamin

Depresi terjadi dua sampai tiga kali lebih banyak terjadi pada wanita (Wan, 2012).

g. Status Perkawinan

Status perceraian menempatkan seorang dalam resiko lebih tinggi terkena depresi. Seorang dengan kondisi yang tinggal seorang diri juga lebih rentan mengalami depresi dibanding mereka yang tinggal dengan keluarga atau kerabat (Amir, 2005). Seseorang yang tinggal terpisah atau bercerai diperkirakan mudah mengalami depresi terutama pada pria (Wan, 2012).

h. Kepribadian

Kepribadian introvet, mudah cemas, hipersensitif dan tingkat ketergantungan pada orang lain yang lebih tinggi rentan terkena depresi. Keadaan sehat jasmani seseorang dapat dikalahkan bila orang tersebut tidak mampu menghadapi stressor psikososial yang ada (Amir, 2005).

i. Genetik

Jika dalam keluarga terdapat seseorang mengalami depresi pada beberapa titik dalam kehidupan akan berpengaruh pada orang di sekitar (Wan, 2012).

j. Episode depresi sebelumnya

Salah satu episode masa depan pada depresi adalah prediktor episode masa depan. Lebih dari 50% individu dengan gejala mayor depresi dapat mengalami kekambuhan (Central for Clinical Interventions [CCI], 2015).

k. Stres

Stres diperkirakan menjadi faktor resiko depresi. Penelitian menunjukkan stres dapat menjadi predisposisi awal terjadinya depresi bukan untuk episode berulang. Reaksi terhadap stres setiap individu berbeda, beberapa lebih rentan mengalami depresi setelah terdapat kejadian dalam hidup, mengalami kesulitan menjalin hubungan atau faktor resiko sosio-ekonomi seperti pendapatan atau tempat tinggal yang tidak memadai, prasangka dan stres pada pekerjaan (Canda Mental Report Illnesses, 2002).

l. Lama menderita DM

Sebuah penelitian tentang lama mengalami DM dengan tingkat depresi pasien DM tipe 2 menunjukkan hasil sebagai berikut: 28 responden (100%) dengan lama menderita DM selama 0-5 tahun 21 responden (75%) tidak mengalami depresi dan 7 responden (25%) mengalami depresi ringan. Responden dengan lama menderita DM selama 6-11 tahun dari 22 responden (100%) didapatkan 12 responden (54,5%) tidak mengalami depresi, 6 responden (27,3%) mengalami depresi sedang serta 4 responden (18,2%) mengalami depresi sedang. Responden dengan lama menderita DM selama 11-15 tahun diketahui 1 responden (25%) tidak mengalami depresi.

2.2.5 Diagnosis Depresi

Seorang dengan kepribadian depresi tidak harus memiliki seluruh gejala secara keseluruhan. Seorang dapat dinyatakan depresi bila seorang tersebut terdapat gangguan fisik (somatik) atau psikis berarti sehingga mengganggu fungsi kehidupan sehari-hari seperti dirumah, sekolah/kampus, tempat bekerja atau pergaulan sosial lainnya. Termasuk dalam kategori depresif tunggal adalah sebagai berikut (Maslim, 2001):

- a. Episode depresif ringan terdiri dari sedikitnya harus terdapat 2 dari 3 gejala utama, 2 gejala lain, tidak terdapat gejala berat diantaranya serta berlangsung sedikitnya 2 minggu, hanya sedikit sulit melakukan pekerjaan serta kegiatan sosial.
- b. Episode depresif sedang terdiri dari harus terdapat dua dari 3 gejala utama, ditambah 3-4 gejala lain, lamanya sekitar 2 minggu dan kesulitan yang nyata meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.
- c. Episode depresif berat terdiri dari semua 3 gejala utama, ditambah 4 gejala lain dan beberapa diantaranya harus dengan intensitas berat, bila terdapat gejala (agitasi atau retardasi psikomotorik) yang mencolok, pasien mungkin tidak dapat melaporkan semua gejala secara rinci dan episode depresif berat masih dapat dibenarkan, lamanya sekitar 2 minggu, bila gejala sangat berat dan beronset sangat cepat, dapat ditegakkan diagnosis kurang dari 2 minggu, sangat tidak mungkin mampu melakukan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

2.2.6 Dampak Depresi

Depresi ialah masalah utama terkait kesehatan jiwa saat ini. Menjadi penting karena seorang dengan kondisi depresi menyebabkan penurunan produktivitas yang berdampak buruk bagi masyarakat, bangsa dan negara yang dalam masa pembangunan. Penelitian oleh *Kielholz* dan *Poldinger* (1974) menyebutkan bahwa 10% pasien dengan pengobatan ke dokter adalah pasien depresi dengan separuhnya mengalami depresi terselubung (*masked depression*). Depresi terselubung merupakan salah satu bentuk depresi dengan gejala seperti keluhan fisik (somatik) yang muncul di permukaan. Kurangnya pengamatan dokter terhadap hal yang muncul sehingga dapat mengakibatkan depresi membuat pengobatan hanya terfokus terhadap keluhan fisik (somatik). Pada pasien dengan depresi terselubung ini semestinya diberikan terapi pendukung seperti psikoterapi, psikofarmatika (obat anti depresi), psikoreligius selain pengobatan terhadap terhadap keluhan somatik (Hawari, 2011).

2.2.7 Skala Ukur Depresi

a. Beck Depression Inventory (BDI)

Aaroon T. Beck merancang instrumen pengukuran depresi di tahun 1961 yang berisi 21 pertanyaan ditujukan untuk mengetahui perasaan klien di minggu terakhir berhubungan dengan perasaan terkait tanda dan gejala depresi. Instrumen ini digunakan pada individu berusia diatas 13 tahun dan lebih serta menghubungkan gejala depresi seperti keputusasaan dan marah, perasaan bersalah atau dihukum dan gejala fisik yang ditimbulkan seperti kelelahan,

penurunan berat badan serta penurunan minat pada seks (Beck, 2006). Hasil uji validitas terhadap BDI-II dengan nilai *cronbach alpha* sebesar 0,89. Korelasi antara BDI-II dengan PHQ-9 sangat kuat ($r=0,75$) dan hal terkait kecemasan yang terkait adalah 0,68 dan 0,71 yang berada pada kisaran tinggi (Lee et al, 2017).

b. The Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

DASS adalah instrumen mandiri dengan 42 item yang dirancang untuk mengukur besarnya tiga kondisi emosional seseorang yaitu depresi, cemas dan stres. Pengukuran depresi pada instrumen DASS fokus terhadap laporan terkait suasana hati, motivasi dan harga diri. Kecemasan pada instrumen DASS berfokus pada gairah yang dirasakan, panik dan takut sedangkan pada stress terkait pada ketegangan dan sifat lekas marah.

Petunjuk instrumen bagi klien dan penilaian yang dihasilkan adalah bila responden menunjukkan skala 4 pada setiap poin pada 42 pernyataan yang diterapkan pada kondisi dalam kurun waktu satu minggu terakhir. Skor yang lebih tinggi pada setiap subskala menunjukkan tingkat keparahan depresi, kecemasan atau stres. Untuk dapat menyelesaikan pengukuran dibutuhkan waktu 10-20 menit atau dengan durasi lebih singkat yaitu 5-10 menit pada versi 21 item dari DASS (DASS-21) dimana skor tertinggi dirubah menjadi skala 2. Skor z yakni 0,5 sampai 1,0 berarti ringan, 1,0 sampai 2,0 berarti moderat dan 2,0 sampai 3,0 berarti berat dan skor z dipertimbangkan untuk menilai depresi, kecemasan atau stres yang sangat parah (Parkitny and McAuley, 2010).

2.3 Konsep Efikasi Diri

2.3.1 Definisi

Efikasi diri (*self efficacy*) adalah keyakinan untuk menentukan bagaimana seorang, merasa berpikir, memotivasi diri sendiri dan berperilaku. Sebagai perwujudannya orang akan percaya terhadap kemampuan yang dimiliki untuk memproduksi terhadap tingkatan kinerja yang dapat mempengaruhi kehidupan mereka (Bandura, 1994).

Efikasi diri dikembangkan melalui empat sumber utama yaitu pengalaman langsung dan pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal, kondisi fisik dan emosional (Bandura, 1994):

a. Pengalaman Langsung dan Pencapaian Prestasi

Merupakan cara yang paling efektif dalam pembentukan efikasi diri seseorang. Ketika seorang pernah mempunyai kesuksesan pengalaman maka akan mengharapkan hasil yang lebih cepat dan mudah dan lebih mudah jatuh jika mengalami kegagalan. Beberapa kesulitan dan kegagalan diperlukan dalam pembentukan pribadi yang tangguh serta memberikan pengajaran manusia bahwa sukses membutuhkan usaha, dengan memiliki keyakinan akan sukses mendorong seseorang untuk bangkit dan berusaha dalam mewujudkan kesuksesan tersebut.

b. Pengalaman Orang Lain

Cara kedua untuk menciptakan dan memperkuat keyakinan diri adalah dengan belajar dari pengalaman yang dimiliki orang lain dan menirukan apa yang diperbuat untuk memperoleh seperti yang di dapatkan oleh orang lain.

c. Persuasi Verbal

Komunikasi verbal akan mempengaruhi tindakan atau perilaku seseorang. Melalui komunikasi verbal, seseorang memperoleh sugesti bahwa memiliki kemampuan dalam menyelesaikan masalah yang akan diterima. Seorang yang selalu diberi keyakinan dan dorongan untuk sukses, akan menunjukkan tindakan dalam pencapaian kesuksesan tersebut dan akan gagal bila mendapat pengaruh atau sugesti tidak baik dari lingkungannya.

d. Kondisi Fisik dan Emosional

Nyeri, kelemahan dan ketidaknyamanan dapat menjadi hambatan dari kondisi fisik sehingga mempengaruhi efikasi diri dan kondisi emosional yang dirasakan seorang dapat mempengaruhi seseorang tentang pengambilan keputusan berkaitan dengan efikasi diri.

2.3.2 Cara Pembentukan Efikasi Diri

Efikasi diri terbentuk melalui empat proses, yaitu (Bandura, 1994):

a. Proses Kognitif

Pola pikir seseorang dapat dipengaruhi oleh efikasi diri sehingga dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Sebelum melakukan suatu tindakan sebagian individu akan berpikir, bila seorang dengan efikasi diri tinggi cenderung akan bertindak sesuai dengan apa yang diharapkan serta memiliki komitmen dalam mempertahankan perilakunya.

b. Proses Motivasional

Aktivitas kognitif seseorang mempengaruhi kemampuannya untuk memberikan motivasi dalam diri dan melakukan perilaku yang memiliki tujuan dalam hidup. Berdasar pada teori motivasi, perilaku di masa lalu dapat mempengaruhi motivasi seseorang. Selain itu, kemampuan dalam memberikan pengaruh dalam diri sendiri dapat di evaluasi pada penampilan pribadinya dimana hal tersebut merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dalam diri.

c. Proses Afektif

Efikasi diri seseorang juga berpengaruh dalam pengaturan kondisi afektif. Stres dan depresi dapat teratasi bergantung pada keyakinan seseorang akan kemampuan untuk menyelesaikannya, ketika seseorang percaya bahwa dia dapat menangani hal tersebut maka seseorang tidak akan mengalami gangguan pola pikir atau akan mengalami kecemasan tinggi apabila seseorang yakin bahwa dia tidak dapat mengatasi ancaman yang ada. Efikasi diri diperlukan dalam mengontrol proses berpikir seseorang dimana hal tersebut adalah faktor dalam mengatur pikiran yang diakibatkan stres dan depresi.

d. Proses Seleksi

Proses kognitif, motivasional dan afektif dalam proses pengembangan efikasi diri memungkinkan seseorang dalam membantu pembentukan sebuah lingkungan yang dapat membantu dan mempertahankan. Bila lingkungan dapat sesuai akan membantu dalam proses pembentukan diri dan mencapai tujuan.

2.3.3 Dimensi Efikasi Diri

Dimensi dari efikasi diri terdiri atas 3 poin, yaitu (Bandura, 1977) dalam Nadziroh, 2016):

a. *Magnitude*

Berfokus terhadap tingkat kesulitan yang dihadapi individu berkaitan pada usaha yang dilakukan yang berimplikasi terhadap perilaku yang dipilih berdasar pada harapan akan keberhasilan yang dicapai.

b. *Generality*

Berkaitan dengan seberapa besar cakupan perilaku yang dapat dilakukan oleh individu. Beragam pengalaman pribadi yang dialami individu dibandingkan dengan pengalaman yang dimiliki orang lain pada umumnya dirasa lebih mampu dalam peningkatan efikasi diri seseorang.

c. *Strength*

Berfokus tentang kekuatan sebuah harapan atau keyakinan yang dimiliki individu terhadap kemampuan yang dimiliki. Pengalaman kegagalan dapat menyebabkan lemahnya harapan sementara individu yang memiliki harapan yang kuat akan berusaha keras walaupun mengalami kegagalan.

2.3.4 Perkembangan Efikasi Diri

Efikasi diri berkembang secara berkesinambungan berdasarkan tumbuh kembang, usia, pengalaman dan perluasan lingkungan (Bandura 1994) yang diklasifikasikan sebagai berikut:

Bayi memulai pengembangan efikasi dirinya sebagai bentuk usaha untuk berlatih dari pengaruh lingkungan fisik dan sosial. Dimulai dengan mengerti dan belajar tentang kemampuan diri, kemampuan fisik, kemampuan sosial dan kecakapan berbahasa dimana hampir secara konstan digunakan dan bertujuan pada lingkungan. Awal perkembangan efikasi diri bermula dari orang tua, kemudian saudara kandung, teman sebaya dan orang dewasa lainnya. Di usia sekolah, efikasi diri terbentuk secara kognitif dan berkembang termasuk dalam hal pengetahuan, kemampuan individu dalam berpikir, kompetisi dan interaksi sosial baik kepada sesama atau kepada guru. Saat remaja, efikasi diri berkembang melalui berbagai pengalaman hidup, kemandirian mulai terbentuk dan mulai bertanggung jawab terhadap diri sendiri. Saat usia dewasa, efikasi diri mulai meliputi penyesuaian terhadap masalah perkawinan, bagaimana menjadi orang tua dan pekerjaan. Setelah berada pada tahap lanjut usia, efikasi diri meliputi bagaimana sikap individu terhadap menerima dan menolak pada kemampuan yang dimiliki, beriringan dengan penurunan fungsi fisik dan intelektualnya.

2.3.5 Faktor yang Berhubungan dengan Efikasi Diri

a. Usia

Kurang lebih 90-95% penderita mengalami DM tipe 2 dimana paling banyak dijumpai di usia lebih dari 30 tahun dengan adanya riwayat kegemukan yang terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin yang umumnya terjadi peningkatan pada usia di atas 65 tahun, riwayat keluarga dan terjadi pada kelompok etnik di Amerika Serikat (Smeltzer&Bare, 2011). Efikasi diri pada

lansia berfokus terhadap sikap menerima dan menolak pada kemampuan yang dimiliki seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami sedang pada usia dewasa berfokus terhadap kemampuan penyelesaian masalah yang dihadapi dan usaha dalam mencapai kesuksesannya (Bandura, 1994).

b. Jenis Kelamin

Laki-laki cenderung memiliki percaya diri lebih tinggi dan kemampuan mengatasi berbagai masalah secara lebih mandiri dalam menggunakan kemampuan yang dimilikinya, termasuk pada saat menderita DM. Di sisi lain, perempuan memiliki kecenderungan lebih patuh dalam menjalani pengobatan dan perawatan diri dibandingkan laki-laki (Ariani, 2011).

c. Tingkat Pendidikan

Tingginya pendidikan seseorang tidak menjamin memiliki kualitas efikasi diri yang baik. Seharusnya seorang dengan pendidikan tinggi akan lebih mudah dalam pemahaman dan penerimaan informasi sehingga mempermudah pada peningkatan efikasi diri (Ariani, 2011). Kemampuan dalam memberikan motivasi pada diri sendiri dan berperilaku didasarkan oleh aktivitas fisik (Bandura, 1997).

d. Status Pernikahan

Status pernikahan tidak ada hubungan dengan efikasi diri seseorang karena memiliki pasangan tidak selalu menjadi pendukung terlebih bila pernikahan tersebut mengalami masalah yang dapat menjadi sumber stressor bagi pasien dimana bila semakin besar stressor tersebut membuat penurunan kemampuan pasien dalam penyelesaian masalah sehingga mempengaruhi efikasi diri pasien (Ariani, 2011).

e. Dukungan Keluarga

Seseorang bila selalu diberi keyakinan dan dorongan untuk sukses, akan menunjukkan perilaku dalam mencapai kesuksesan tersebut, dan gagal bila mendapat pengaruh dari sekitar (Bandura, 1994).

f. Depresi

Kondisi emosional seseorang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan seseorang terkait efikasi diri yang dimiliki. Keyakinan seseorang akan kemampuan yang dimiliki dalam penyelesaian berbagai masalah cenderung melakukan tindakan yang berarti serta efektif untuk mengatasi masalah dengan baik. Seseorang yang tidak mengalami depresi memiliki efikasi diri yang baik (Bandura, 1997). Depresi disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor biologi, faktor genetik dan faktor psikososial. Penyebab depresi faktor psikososial diantaranya karena peristiwa kehidupan dan stres lingkungan, faktor psikoanalitik dan psikodinamik (Firdaus, 2012). Depresi merupakan salah satu gangguan paling umum pasien DM yang sering menyulitkan perawatan kesehatannya. Efikasi diri yang buruk berkaitan dengan gejala depresi yang meningkat dan disertai dengan kontrol glikemik yang buruk (Sympa et al, 2017).

2.3.6 Pengukuran Efikasi Diri

Pengukuran efikasi diri diabetes melitus antara lain:

a. *Diabetes Management Self Efficacy Scale (DMSES)*

Van Der Bijl (1999) mengembangkan kuesioner *Diabetes Management Self Efficacy Scale (DSMES)* yang selanjutnya dirubah oleh Shi (2010) untuk

mengukur efikasi diri pasien DM tipe 2. Kuesioner yang berisi 20 item dengan skala likert 1-5 mengukur tentang keyakinan terhadap kemampuan pengecekan gula darah (3 item), pengaturan diet dan menjaga berat badan idela (11 item), aktivitas fisik (2 item), perawatan kaki (1 item) dan mengikuti program pengobatan (3 item).

b. *Diabetes Self-Efficacy Scale* (DSES)

Diabetes Self-Efficacy Scale (DSES) merupakan instrumen untuk mengukur efikasi diri pasien DM yang telah dikembangkan oleh Katherine Cabtree (1986, dalam Stipanovi, 2002). DSES digunakan pada pasien DM tipe 1 dan 2 dimana berisi 4 subskala yaitu manajemen diet (8 item), medikasi (7 item), latihan 6 item), dan manajemen secara umum (4 item). Penilaian instrumen menggunakan skala likert yaitu *strong disagree*, *moderately disagree*, *slightly disagree*, *strong agree*, *moderately agree*, *slightly agree*, dan *not apply*. Kelemahan instrumen ini pertanyaan merupakan pertanyaan negatif yang membingungkan responden (Ariani, 2011).

2.4 Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM)

Tipe 2

Diabetes Melitus (DM) adalah kumpulan penyakit metabolik disertai tingginya kadar gula karena kelainan proses sekresi insulin, kerja dari insulin atau keduanya (Ndraha, 2014). Peningkatan kadar glukosa secara konsisten dapat memicu komplikasi penyakit seperti jantung, penyumbatan pembuluh darah, kebutaan, ginjal dan saraf serta amputasi pada bagian tubuh dapat terjadi pada

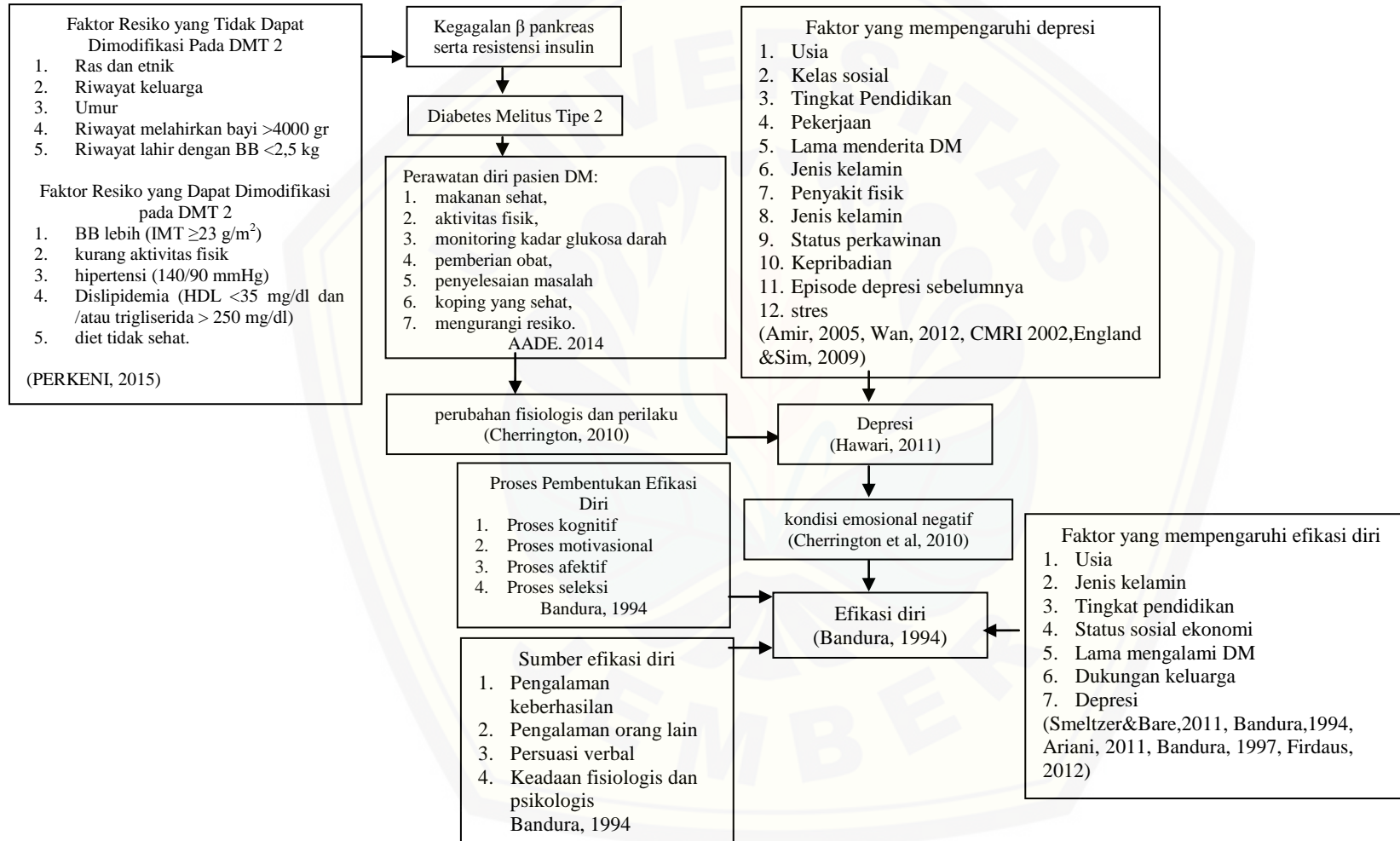
keadaan ini (IDF, 2015). Manajemen diabetes yang buruk berawal dari kenaikan gula darah secara signifikan membuat kondisi depresi pada pasien DM dapat terjadi (Strakstein, 2014). Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien DM dapat dikontrol secara ketat sehingga dapat mencegah komplikasi dan memperbaiki kualitas hidup pasien (Weiler dan Crist, 2007) melalui perawatan diri yang dilakukan diantaranya mengkonsumsi makanan sehat, melakukan aktivitas fisik, melakukan monitor kadar gula darah, konsumsi obat secara teratur, penyelesaian masalah terkait penyakitnya, memiliki mekanisme coping yang sehat serta menyadari faktor resiko dan pencegahan terhadap komplikasi DM (AADE, 2014).

Hans Selye adalah yang pertama menggambarkan turunan dari neuroendokrin akibat stres memunculkan fenomena pelepasan neurotransmitter (termasuk serotonin) aksonal, kumpulan metabolit seperti homosistein, faktor pengaktifan platelet dan oksida nitrat terlibat dalam patogenesis kejadian depresi (Plante, 2005) yang memiliki dampak signifikan terhadap pengelolaan diri dan hasil kesehatan penderita (Chiecanowski, 2003). Seorang individu dengan DM selayaknya memiliki perilaku positif seperti keyakinan yang baik, memiliki pengaruh positif, rasa bersyukur dan ikut berperan penting dalam kesehatan (Massey et al, 2017). Pasien dengan diabetes tidak terkontrol dengan baik dapat meningkatkan depresi yang dapat berpengaruh besar terhadap manajemen diri serta keyakinan diri (Robertson et al, 2013). Beban psikologis pada DM dapat berkontribusi terjadinya depresi (Holt et al, 2014) yang dapat menguras energi dan menyebabkan ketidakmampuan dalam pengelolaan diri dan berpotensi seseorang

untuk berpikir secara berlebihan serta tidak rasional sehingga berpengaruh pada suasana hati (Greenberger et al, 2014).

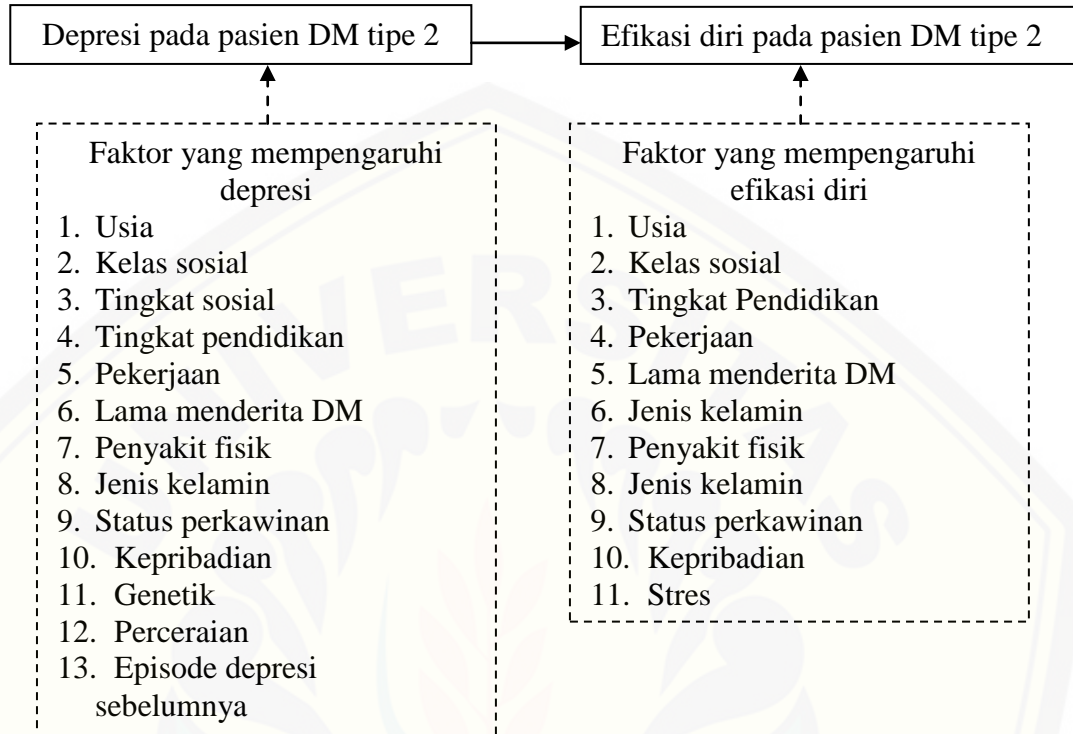
Suasana hati yang buruk dapat menurunkan efikasi diri pasien. Bandura (1997) mendefinisikan efikasi diri sebagai rasa percaya seorang terhadap kapasitas diri dalam melakukan tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi . Efikasi diri pada pasien DM yang tinggi diperlukan sebagai kunci dalam pengelolaan diabetes menjadi lebih baik (Hyett et al, 2000), salah satunya berkaitan dengan kontrol glikemik yang baik (Walker, 2014) sementara pasien dengan kontrol glikemik yang buruk dapat membuat efikasi dirinya rendah (Indelicato, 2017). Selain kontrol glikemik yang baik efikasi diri yang tinggi pada pasien juga berhubungan pada kepatuhan terhadap pengobatan, perilaku perawatan diri serta mental akan kualitas hidup yang baik terhadap kesehatan (Walker, 2014).

2.5 Kerangka Teori





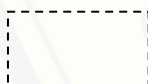
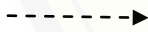
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2

Keterangan :

-  : diteliti
-  : diteliti
-  : tidak diteliti
-  : tidak diteliti

3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara pada rumusan masalah penelitian dimana kebenarannya di uji dari data yang bersumber dari sampel penelitian (Sugiyono, 2016). Hipotesis dalam penelitian ini menggunakan

hipotesis alternatif (H_a), yaitu ada hubungan antara depresi dengan efikasi diri pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger. Tingkat kesalahan (α) yang digunakan sebesar 0,05 dalam penelitian ini. H_a ditolak jikan hasil yang diperoleh $p\ value > \alpha$ dan H_a gagal ditolak jika $p\ value < \alpha$.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian korelasional yang digunakan untuk mengkaji hubungan antar variabel dengan rancangan penelitian *cross sectional*. *Cross sectional* merupakan pendekatan penelitian dengan melakukan observasi variabel dependen dan independen secara satu waktu atau bersamaan (Nursalam, 2008: 83). Variabel dependen penelitian ini yaitu depresi dan variabel independen adalah efikasi diri diukur secara bersamaan.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah semua subjek penelitian yang ada dalam penelitian (Arikunto, 2013). Populasi terdiri dari subjek/objek dengan kualitas dan karakteristik seperti yang ditetapkan untuk kemudian disimpulkan oleh peneliti (Sugiyono, 2016). Populasi pada penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosa DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember mulai bulan Januari 2016 hingga bulan Oktober 2017 yaitu sebanyak 369 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian populasi dari jumlah dan ciri yang dimiliki oleh populasi yang ada (Sugiyono, 2016). Sampel yang digunakan menggambarkan dari populasi yang digunakan (Arikunto, 2013). Sampel pada penelitian ini adalah

pasien DM Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember sejak bulan Januari 2016-Oktobre 2017.

Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini dihitung melalui aplikasi G*Power 3 yang merupakan sebuah aplikasi yang di desain sebagai program untuk menganalisis uji statistik biasanya digunakan dalam bentuk sosial dan perilaku (Faul et al, 2007). Berdasarkan hasil perhitungan sampel dengan G*Power 3 dengan menggunakan standart *effect size* 0,30; *α error probability* menggunakan 0,05 dan power ($1-\beta$ *error probability*) menggunakan 0,80 diperoleh sampel sebanyak 84 pasien.

4.2.3 Teknik Sampling Penelitian

Teknik sampling adalah cara yang dipakai dalam pengambilan sampel dilakukan dengan baik sehingga dapat menjadi sampel yang menggambarkan populasi yang ada atau representatif (Arikunto, 2013). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*. *Consecutive Sampling* adalah teknik sampling yang digunakan untuk menentukan sampel dengan menetapkan sesuai dengan pemenuhan kriteria penelitian dalam waktu tertentu. Teknik sampling ini merupakan jenis *non-probability sampling* (Nursalam, 2008). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan berdasar pada urutan nama pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger yang berkunjung sejak bulan Januari 2016-Oktobre 2017.

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

Untuk mengurangi bias berlebih pada hasil penelitian, perlu adanya kontrol terhadap sampel penelitian. Hal ini memiliki pengaruh terhadap variabel yang diteliti yang terbagi menjadi dua macam, yaitu kriteria inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2008). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien DM Tipe 2 yang berkunjung ke Puskesmas Puger dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

- 1) Usia 25-65 tahun;
- 2) Dapat berkomunikasi dengan baik;

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien dengan gangguan fisik atau kondisi yang tidak memungkinkan berpartisipasi dalam penelitian seperti hipoglikemi, hipotensi;
- 2) Pasien dengan penyakit penyerta seperti stroke, penyakit jantung koroner;
- 3) Pasien yang memiliki keterbatasan fisik seperti buta dan tuli;

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian bertempat di wilayah kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Peneliti mendatangi rumah pasien sesuai alamat yang tertera dari data di wilayah kerja Puskesmas Puger.

4.4 Waktu Penelitian

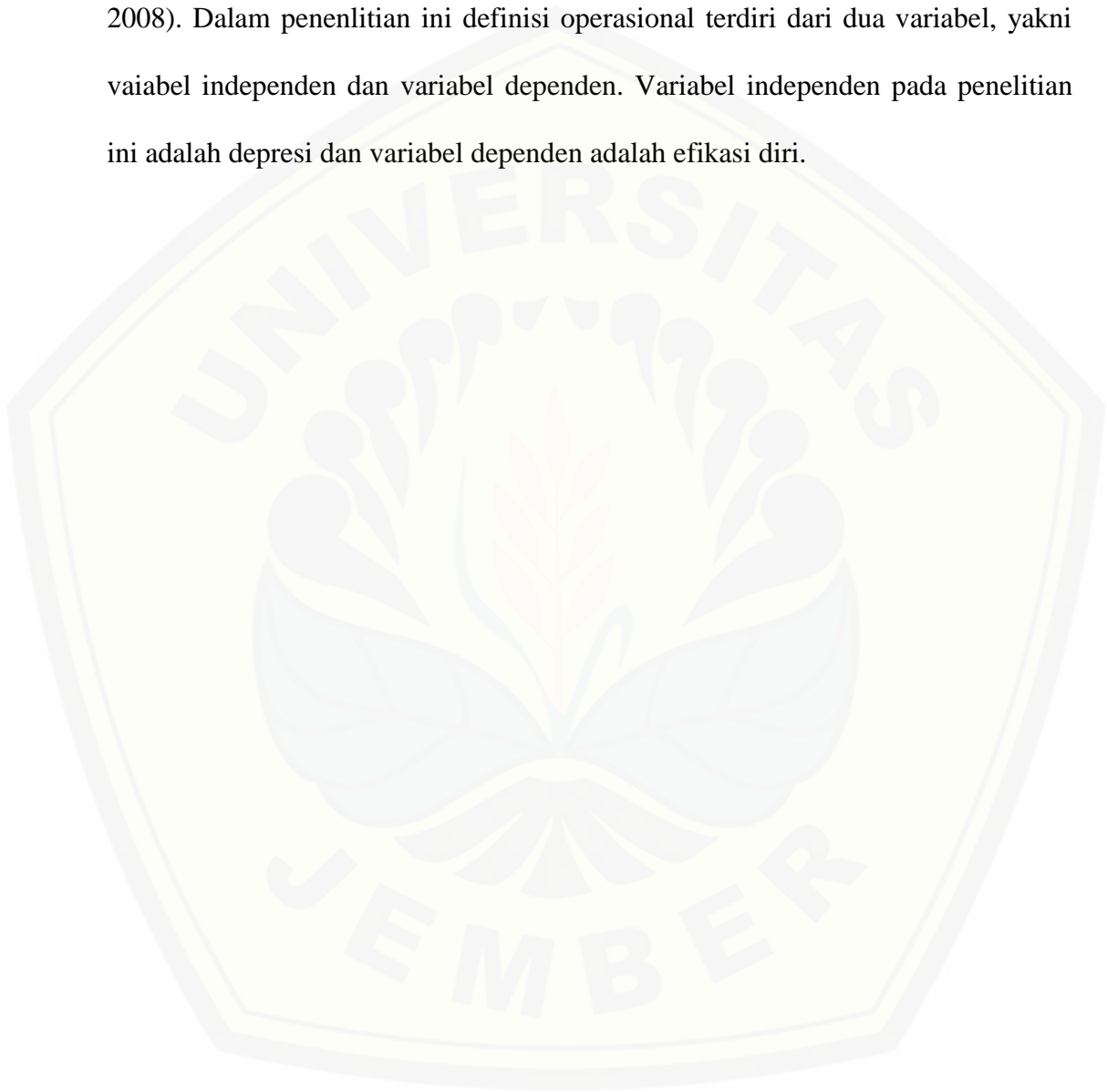
Waktu penelitian dimulai sejak pembuatan proposal skripsi, penyusunan laporan hasil penelitian dan publikasi. Tahapan penyusunan proposal dimulai

sejak bulan Agustus 2017 sampai bulan Desember 2017. Seminar proposal dilaksanakan bulan Desember 2017 sementara pelaksanaan penelitian sampai seminar hasil dilakukan bulan Januari – Mei 2018.



4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah sesuatu untuk menerangkan arti dari suatu kata yang memiliki ciri khusus dan diamati dari sesuatu yang didefinisikan (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini definisi operasional terdiri dari dua variabel, yakni variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini adalah depresi dan variabel dependen adalah efikasi diri.



Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Skala Indikator	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Independen : Depresi	Penurunan kondisi emosional pasien DM Tipe 2 karena penyakitnya sehingga menyebabkan rasa sedih dan murung secara berlebihan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan sedih 2. Perasaan pesimis 3. Perasaan gagal 4. Perasaan tidak puas 5. Perasaan bersalah 6. Perasaan dihukum 7. Membenci diri sendiri 8. Menyalahkan diri 9. Keinginan bunuh diri 10. Mudah menangis 11. Mudah tersinggung 12. Menarik diri dari hubungan sosial 13. Tak mampu mengambil keputusan 14. Penyimpangan citra tubuh 15. Kemunduran pekerjaan 16. Gangguan tidur 17. Kelelahan 18. Kehilangan nafsu makan 19. Penurunan berat badan 	Kuesioner <i>Beck's Depression Inventory</i> (BDI)	Interval	Nilai minimal : 0 Nilai maksimal : 63 (Ramdhani, 2012)

		20. Preokupasi somatik			
		21. Kehilangan libido			
Dependen : Efikasi Diri	Keyakinan pasien DM terhadap kemampuan dalam mengatur dan melakukan perawatan diri penyakitnya sehingga mendapatkan hasil sesuai harapan.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan pengecekan gula darah 2. Pengaturan diet dan menjaga berat badan ideal 3. Aktivitas fisik 4. Perawatan Kaki 5. Mengikuti program pengobatan 	Kuesioner <i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i> (DMSES)	Interval	Nilai minimal : 20 Nilai maksimal : 100 (Indrayana, 2016).

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer yaitu sumber data yang didapatkan secara langsung berisi data pada pencari data (Sugiyono, 2016). Sumber data primer dalam penelitian ini diperoleh dari hasil penilaian menggunakan kuesioner *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES), *Beck's Depression Inventory* (BDI) dan didukung oleh data seperti usia, jenis kelamin, lama menderita penyakit DM, status menikah, pendidikan, pekerjaan dan komplikasi.

b. Data Sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh melalui sumber lain yang dibutuhkan peneliti seperti dari keterangan orang lain atau dokumen yang berhubungan dengan penelitian (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini data sekunder diperoleh melalui data jumlah pasien yang terdiagnosis DM Tipe 2 melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan data di Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara yang diperlukan dalam mendapatkan data penelitian (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara mengisi kuesioner *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES) dan *Beck's Depression Inventory* (BDI), dengan melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Sebelum dilakukan penelitian, peneliti lebih dahulu mengajukan surat izin penelitian dari pihak Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang diserahkan kepada pihak Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) untuk selanjutnya mendapat surat tembusan yang ditujukan pada Dinas Kesehatan (DINKES) Kabupaten Jember dan diberikan surat untuk diserahkan kepada Kepala Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) Puger.
- b. Setelah memperoleh izin dari pihak Puskesmas Puger peneliti berkoordinasi dengan pihak puskesmas untuk memperoleh data pasien DM tipe 2.
- c. Pasien dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang ditetapkan.
- d. Pengumpulan data dilakukan dengan cara *door to door* berdasar data pasien DM tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger hingga memenuhi jumlah pasien.
- e. Pasien yang terpilih dan memenuhi kriteria seperti yang ditetapkan peneliti diberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat penelitian dan mekanisme penelitian.
- f. Pasien membaca dengan seksama dan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) sebagai bukti kesediaan terlibat dalam penelitian sebagai pasien.
- g. Kuesioer *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES) dan *Beck's Depression Inventory* (BDI)-II diberikan kepada pasien sebagai pengukuran variabel penelitian dengan waktu 15-30 menit, apabila terdapat pasien yang

kesulitan memahami isi kuesioner maka peneliti memberikan bantuan membacakan isi kuesioner.

- h. Kuesioner yang telah diisi oleh pasien kemudian di *cross-check* untuk melihat apakah masih terdapat pertanyaan yang belum terisi untuk dapat menjawab pada bagian tersebut.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu cara yang di tujukan pada subjek dan pengumpulan terhadap karakteristik pada suatu penelitian (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner merupakan alat pengumpulan data secara formal dan tertulis untuk dijawab kepada subjek penelitian (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan 3 kuesioner, yaitu:

- a. Karakteristik Demografi

Kuesioner ini berisi data demografi pasien yang terdiri dari usia, jenis kelamin, lama menderita DM, komplikasi, status menikah, pendidikan dan pekerjaan.

- b. Instrumen Depresi

Aaron T. Beck mengembangkan instrumen Beck Depression Inventory untuk mengukur derajat depresi yang berisi 21 item untuk menggambarkan 21 kategori, yaitu: perasaan sedih, perasaan pesimis, perasaan gagal, perasaan tidak puas, perasaan bersalah, perasaan dihukum, perasaan membenci diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, keinginan bunuh diri, mudah menangis, mudah

tersinggung, menarik diri dari hubungan sosial, tidak dapat mengambil keputusan, penyimpangan citra tubuh, kemunduran pekerjaan, mengalami gangguan tidur, kelelahan dan kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, preokupasi somatik dan kehilangan libido.

Nilai yang diberikan oleh pasien terhadap pernyataan dalam kuesioner tersebut terdiri dari nilai 0 untuk jawaban tidak, nilai 1 untuk jawaban jarang, nilai 2 untuk jawaban sering, nilai 3 untuk jawaban selalu. Setelah pasien menyelesaikan kuesioner, skor dari setiap pertanyaan ditambahkan dan nilai terendah adalah 0 dan nilai tertinggi adalah 63. Nilai setiap indikator adalah dengan cara menjumlahkan skor total masing-masing indikator.

Tabel 4.3 *Blueprint* kuesioner depresi (BDI) pasien diabetes melitus tipe 2

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan	Jumlah Pertanyaan
Depresi	1. Perasaan sedih	1	1
	2. Perasaan pesimis	2	1
	3. Perasaan gagal	3	1
	4. Perasaan tidak puas	4	1
	5. Perasaan bersalah	5	1
	6. Perasaan dihukum	6	1
	7. Membenci diri sendiri	7	1
	8. Menyalahkan diri	8	1
	9. Keinginan bunuh diri	9	1
	10. Mudah menangis	10	1
	11. Mudah tersinggung	11	1
	12. Menarik diri dari hubungan sosial	12	1
	13. Tak mampu mengambil keputusan	13	1
	14. Penyimpangan citra tubuh	14	1
	15. Kemunduran pekerjaan	15	1
	16. Gangguan tidur	16	1
	17. Kelelahan	17	1
	18. Kehilangan nafsu makan	18	1
	19. Penurunan berat badan	19	1
	20. Preokupasi somatik	20	1
	21. Kehilangan libido	21	1
	Total	21	21

c. Instrumen Efikasi Diri

Van Der Bijl (1999) mengembangkan kuesioner *Diabetes Self Efficacy Scale* (DMSES) yang selanjutnya dirubah oleh Shi (2010) dalam mengukur nilai DIRI pasien DM tipe 2. Kuesioner DMSES ini telah diterjemahkan oleh Rondhianto tahun 2012 yang terdiri dari 20 item dengan skala likert 1-5. Item yang terdapat dalam kuesioner DMSES berisi keyakinan pada kemampuan pengecekan gula darah (3 item), pengaturan terhadap diet dan menjaga berat badan ideal (11 item), aktivitas fisik (2 item), perawatan kaki (1 item) dan mengikuti program pengobatan (3 item). Nilai yang diberikan oleh pasien terhadap pernyataan dalam kuesioner tersebut terdiri dari nilai 1 untuk jawaban tidak yakin, nilai 2 untuk jawaban kurang yakin, nilai 3 untuk jawaban cukup yakin, nilai 4 untuk jawaban yakin dan nilai 5 untuk jawaban sangat yakin. Setelah pasien menyelesaikan kuesioner, skor dari setiap pertanyaan ditambahkan dengan nilai terendah 20 dan nilai tertinggi 100. Nilai rerata setiap indikator diperoleh dengan cara menjumlah skor total masing-masing indikator dibagi dengan jumlah item pertanyaan tiap indikator. Pada setiap indikator didapatkan nilai rerata dengan nilai minimal 1 dan nilai maksimal 5.

Tabel 4.4 Blueprint kuesioner efikasi diri (DMSES) pasien diabetes melitus tipe 2

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan	Jumlah Pertanyaan
Efikasi diri	1. Kemampuan pengecekan gula darah	1,2,3	3
	2. Pengaturan diet dan menjaga berat badan	4,5,6,8,9,10,13,14,15,16,17	11
	3. Aktivitas fisik	11,12	2
	4. Perawatan kaki	7	1
	5. Mengikuti program pengobatan	18,19,20	3
	Total	20	20

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah tentang pengukuran dan pengamatan pada instrumen (Nursalam, 2013). Ketepatan pada data yang ada dalam objek penelitian dapat ditunjukkan oleh peneliti dalam mendukung validitas instrumen yang digunakan. Reliabilitas adalah ketetapan dan kesamaan data atau temuan (Sugiyono, 2016). Alat dan cara ukur atau pengamatan menjadi penting untuk dilakukan pada saat yang sama (Nursalam, 2013).

Kuesioner DMSES yang telah dikembangkan oleh Van Der Bijl (1999) memiliki nilai korelasi antar item antara 0,37-0,92 dengan koefisien cronbach alpha sebesar 0,78 (Lee et al, 2015). Validitas kuesioner DMSES sebelumnya telah diuji oleh Rondhianto (2012) pada 10 orang pasien DM tipe 2 yang sedang rawat inap di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* didapatkan nilai r diatas $0,658 > 0,228$ ($p < 0,05$) sedangkan reabilitas menggunakan uji Alpha didapatkan nilai croncabch alpha $0,923 > 0,80$ ($p < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa instrumen DMSES telah valid dan reliabel.

Beck Depression Inventory menunjukkan konstruk validitas yang tinggi pada gejala medis yang diukur. BDI-II memiliki korelasi positif dengan HARS yang menunjukkan nilai $r = 0,71$ dan memiliki reliabilitas tes ulang selama satu minggu dengan nilai $r = 0,93$ dan konsistensi internal $\alpha = 0,91$ (Beck, 1961). Validitas kuesioner Beck Depression Inventory sebelumnya telah diuji oleh Ramdani (2012) pada 25 pasien DM tipe 2 di unit rawat jalan RSUD Kardinah Kota Tegal dengan hasil tiap item pertanyaan berkisar antara 0,393 sampai 0,826 yang

diuji dengan uji *Pearson Product Moment* pada signifikan 5% dengan uji 2 ekor (*two tailed*) sebesar 0,381 sedangkan reabilitas diuji dengan Alpha didapatkan nilai $\alpha=0,741$ yang berarti kuesioner tersebut telah valid dan reliabel (Ramdani, 2016).

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Editing

Proses editing adalah proses pengecekan dan memperbaiki isi dari kuesioner penelitian (Notoatmodjo, 2014). Dalam penelitian ini, kuesioner yang telah diisi oleh pasien diperiksa oleh peneliti bila masih terdapat jawaban yang kosong peneliti mendatangi kembali pasien untuk dapat memperbaiki dan melengkapi kuesioner.

4.7.2 Coding

Koding adalah proses perubahan data dari bentuk kalimat menjadi angka atau bilangan yang sangat berguna saat proses memasukkan data (Notoatmodjo, 2014). Pada penelitian ini, peneliti memberikan kode :

- a. Jenis Kelamin
 - 1) Laki-laki : 1
 - 2) Perempuan : 2
- b. Status Menikah
 - 1) Menikah : 1
 - 2) Belum menikah : 2
 - 3) Janda/Duda : 3

c. Pendidikan

- 1) Tidak sekolah : 1
- 2) SD : 2
- 3) SMP : 3
- 4) SMA : 4
- 5) PT : 5

d. Pekerjaan

- 1) Tidak bekerja : 1
- 2) PNS : 2
- 3) Petani/Pekebun : 3
- 4) Wiraswasta : 4
- 5) Pegawai Swasta : 5
- 6) Ibu Rumah Tangga : 6
- 7) Lain-lain : 7

e. Komplikasi

- 1) Tidak ada komplikasi : 1
- 2) Ada komplikasi : 2

4.7.3 Processing/Entry

Proses entry data adalah proses memasukkan jawaban pasien ke dalam program atau “*software*” komputer dimana setiap software memiliki kelebihan dan kekurangan. Ketelitian peneliti dalam *data entry* diperlukan dalam proses ini karena bila tidak maka bias akan terjadi (Notoatmodjo, 2014). Pada penelitian ini, peneliti mengolah data yang diperoleh dengan menggunakan computer.

4.7.4 Cleaning

Cleaning adalah proses mengecek kembali untuk melihat kemungkinan kesalahan melakukan *coding*, data tidak lengkap dan lainnya yang dilakukan sebagai koreksi (Notoatmodjo, 2014). Peneliti melakukan pemeriksaan ulang pada setiap data yang telah dimasukkan ke dalam computer sehingga peneliti dapat mengetahui bahwa analisis data dilakukan dengan benar.

4.8 Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah data diperoleh dari pasien. Kegiatan menganalisis bukan hanya deskripsi tentang hasil analisa data namun diharapkan mendapatkan hasil dari penelitian (Notoatmodjo, 2014). Dalam analisa data penelitian terdapat dua prosedur yang dilalui, yakni:

a. Analisis Univariate

Analisis univariate bertujuan menjelaskan karakteristik variabel penelitian. Bentuk analisis tergantung jenis data yang digunakan, bila data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi (Notoatmodjo, 2014). Data kategorik pada penelitian ini berupa karakteristik demografi pasien yaitu jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, komplikasi. Data numerik seperti usia, lama menderita DM, depresi dan efikasi diri disajikan dalam bentuk mean, median dan standar deviasi.

Aaron T. Beck dalam Steven J. Holon (2010) mengklasifikasikan nilai dari hasil instrumen Beck Depression Inventory sebagai berikut:

Nilai 0-9: tidak ada gejala depresi

Nilai 10-15: depresi ringan

Nilai 16-23: depresi sedang

Nilai 24-63: depresi berat

Sedangkan untuk variabel efikasi diri dikategorikan berdasarkan nilai mean dan standart deviasi median, inter kuartil range, dan minimal maksimal sehingga cara pengkategorianya (Azwar, 2010) sebagai berikut:

$$\text{Rendah} = \mu - 1,5 \sigma < X \leq \mu - 0,5 \sigma$$

$$\text{Sedang} = \mu - 1,5 \sigma < X \leq \mu + 0,5 \sigma$$

$$\text{Tinggi} = \mu + 1,5 \sigma < X \leq \mu + 1,5 \sigma$$

$$\text{Sangat tinggi} = \mu + 1,5 \sigma < X$$

Penilaian dalam kuesioner DMSES terdiri dari 20 pertanyaan ($\sum k$) yang memiliki skor minimal item adalah 1 ($i_{\min} = 1$) dan skor maksimal item adalah 5 ($i_{\max} = 5$), skor minimal subyek adalah 20 ($X_{\min} = 20$) dan skor maksimal subyek adalah $X_{\max} = 100$, sehingga nilai mean hipotetik (μ) dan standar hipotetik (σ) adalah sebagai berikut:

$$\mu = \frac{1}{2} (i_{\max} + i_{\min}) \sum k = \frac{1}{2} (5+1) 20 = 60$$

$$\sigma = \frac{1}{6} (X_{\max} + X_{\min}) = \frac{1}{6} (100+200) = 13,33$$

Sehingga pengkategorian efikasi diri yaitu:

$$\text{Sangat rendah} = \leq 40,005$$

$$\text{Rendah} = > 40,005 - \leq 53,35$$

$$\text{Sedang} = > 53,35 - \leq 66,65$$

$$\text{Tinggi} = > 66,65 - \leq 79,995$$

$$\text{Sangat Tinggi} = > 79,995$$

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan setelah melakukan uji univariat dimana telah diketahui karakteristik atau distribusi masing-masing variabel. Cara ini dilakukan pada dua variabel yang diduga memiliki korelasi (Notoatmodjo, 2014). Skala pengukuran dari depresi dan efikasi diri menggunakan skala interval. Uji normalitas data menggunakan uji *kolmogorov-spirnov* karena direkomendasikan untuk sampel yang besar (lebih dari 50) (Dahlan, M. S, 2014). Hasil variabel depresi terdistribusi tidak normal dengan p value sebesar 0,020 dan setelah dilakukan uji transformasi di dapatkan nilai p value sebesar 0,20 serta variabel efikasi diri terdistribusi tidak normal dengan hasil p value sebesar 0,000 dan setelah dilakukan uji tranformasi didapatkan nilai p value sebesar 0,000. Uji statistik menggunakan *spearman rank* (r_s) karena data terdistribusi tidak normal.

Tabel 4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p dan arah korelasi

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi	0,00-0,199	Sangat lemah
		0,20-0,399	Lemah
		0,40-0,599	Sedang
		0,60-0,799	Kuat
		0,80-1,000	Sangat kuat
2.	Nilai p	$P < 0,05$	Terdapat hubungan yang bermakna antar dua variabel yang diuji. Tidak terdapat hubungan antar dua variabel yang diuji.
		$P > 0,05$	Tidak terdapat hubungan antar dua variabel yang diuji.
3.	Arah korelasi	+ (positif)	Searah, yakni semakin besar nilai satu variabel, maka semakin besar pula nilai variabel lainnya.
		- (negatif)	Berlawanan arah, yakni semakin besar nilai suatu variabel, maka semakin kecil pula nilai variabel lainnya.

(Dahlan, 2011)

4.9 Etika Penelitian

Etika penelitian perlu adanya untuk diperhatikan oleh peneliti, jika tidak dilakukan akan melanggar hak otonomi manusia yang secara kebetulan menjadi pasien (Nursalam, 2013).

4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti memberikan lembar persetujuan *informed consent* pada pasien sebelum melakukan penelitian. Pasien wajib mendapatkan informasi lengkap serta menyeluruh tentang maksud dari penelitian, mempunyai hak untuk bersedia atau menolak menjadi pasien (Nursalam, 2014). Peneliti memberikan penjelasan pada pasien DM tipe 2 untuk selanjutnya diberikan kesempatan pada pasien untuk memutuskan bersedia atau menolak menjadi responden dalam penelitian. Setelah memberikan keputusan bersedia menjadi pasien kemudian diminta menandatangani lembar pernyataan persetujuan menjadi pasien penelitian.

4.9.2 Prinsip Kerahasiaan

Setiap pasien memiliki hak meminta untuk dirahasiakan data dirinya serta peneliti tidak boleh menyebarkan informasi pada pihak lain yang tidak terlibat dalam penelitian (Nursalam, 2014). Peneliti menulis nama pasien menggunakan inisial (*anonymity*) dalam menjaga serta merahasiakan identitas pasien.

4.9.3 Prinsip Keadilan (*Justice*)

Setiap pasien harus diperlakukan sama adil mulai sebelum, selama dan setelah ikut serta dalam penelitian tanpa ada deskriminasi (Nursalam, 2014). Peneliti memperlakukan pasien sama tanpa membedakan pasien satu dengan lainnya. Peneliti berlaku sama kepada semua responden berdasarkan moral,

martabat, moral dan hak asasi manusia tanpa membedakan status social ekonomi. Peneliti menjaga hak dan kerahasiaan responden dan juga memperlakukan responden dengan ramah.

4.9.4 Prinsip Kemanfaatan (*Benefience*)

Pasien harus dijauhkan dari situasi yang tidak menguntungkan. Peneliti meyakinkan pasien bahwa keikutsertaannya pada penelitian ini tidak akan merugikan dalam bentuk apapun (Nursalam, 2014). Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara depresi dengan efikasi diri pasien diabetes melitus (DM) tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas Puger.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dijelaskan pada bab sebelumnya peneliti menyimpulkan bahwa :

- a. Rata-rata usia pasien dalam penelitian ini adalah 53,08 tahun, rata-rata lama menderita DM adalah 4 tahun. Penelitian ini menunjukkan lebih dari 75% pasien adalah perempuan, tingkat pendidikan terbanyak adalah SD , lebih dari 75% dengan status menikah, jenis pekerjaan terbanyak adalah petani sebanyak 31% dan sebagian besar pasien tidak mengalami komplikasi.
- b. Nilai rata-rata depresi pada pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember adalah 18,46 dengan tingkat depresi terbanyak yaitu depresi sedang 40 orang (47,6%).
- c. Nilai rata-rata efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus (DM) tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember adalah 59,71 dengan tingkat efikasi diri terbanyak yaitu efikasi diri rendah 42 orang (50%).
- d. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara depresi dengan efikasi diri pada pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Semakin tinggi nilai depresi semakin rendah nilai efikasi diri yang dimiliki.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya

Pada penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengkaji faktor lain seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, status menikah, lama DM, komplikasi serta depresi pada DM tipe 2 sehingga dapat diketahui faktor yang dapat meningkatkan efikasi diri DM tipe 2.

6.2.2 Bagi Pasien DM dan Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat membantu pasien DM tipe 2 untuk berkunjung ke pelayanan kesehatan secara rutin terkait informasi, gejala yang dirasakan tentang diabetes dan manajemen pengobatan. Peran serta dukungan keluarga, orang terdekat serta kelompok penyandang diabetes diharapkan mampu meningkatkan efikasi diri untuk mengurangi depresi yang dialami.

6.2.3 Bagi Profesi Keperawatan

Perawat dapat melakukan skrining melalui pengisian kuesioner depresi seperti *Beck Depression Index* (BDI-II) sedini mungkin terhadap pasien DM. Peran perawat dalam mengidentifikasi, menganalisa serta pemetaan terhadap masalah kejiwaan yang dialami pasien sehingga dapat mengembangkan serta membantu memperbaiki kualitas hidup pasien DM tipe 2.

6.2.4 Bagi Institusi Kesehatan

Puskesmas diharapkan dapat memfasilitasi pembentukan kelompok diskusi antar penderita DM yang diharapkan dapat mengurangi depresi melalui

kegiatan berbagi informasi dan pengalaman perawatan DM sehingga dapat meningkatkan efikasi diri pasien DM tipe 2.



DAFTAR PUSTAKA

- Adam, J dan Folds, L. 2014. *Depression, Self-efficacy, and Adherence in Patients With Type 2 Diabetes*. [www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(14\)00519-4/fulltext](http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(14)00519-4/fulltext)
- Aflakseir, A & Malekpour, F. 2014. *The Role of Self-Efficacy and Social Support in Predicting Depression Symptoms in Diabetic Patient*. *Iranian Journal Of Diabetes And Obesity*. 6 (3): 126-130. <http://ijdo.ssu.ac.ir/article-1-198-en.pdf>. [diunduh pada 10 September 2017]
- Al-Kahfi, R., Palimbo, A., Marlina., 2016. *PENGARUH EFIKASI DIRI DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PENCEGAHAN KAKI DIABETIK PADA PASIEN RAWAT JALAN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RSUD Dr. H. MOCH. ANSARI SALEH BANJARMASIN*.<http://ojs.dinamikakesehatan.stikessarimulia.ac.id/index.php/dksm/article/view/146>
- Alarcon, L. C., Lopez, E. L., Carbajai, M. J. L., Ortiz, M. I., Monter, P., Martinez, E. F., Torres, M. O. 2005. Level of Knowledge in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its Relationship with Glycemic Levels and Stages of Grief According to Kübler-Ross. <https://www.omicsonline.org/open-access/level-of-knowledge-in-patients-with-type-diabetes-mellitus-and-its-relationship-with-glycemic-levels-and-stages-of-grief-according-to-kublerross-2155-6156.1000495.php?aid=40014>
- Allorerung, D.L., Sekplin, A.S., Wooford, B.S. (2016). Hubungan Antara Umur, Jenis Kelamin Dan Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. [Serial Online]. [Http://Medkesfkm.Unsrat.Ac.Id/Wp-Content/Uploads/2016/11/Jurnal-Desy-L.-Allorerung.Pdf](http://Medkesfkm.Unsrat.Ac.Id/Wp-Content/Uploads/2016/11/Jurnal-Desy-L.-Allorerung.Pdf) .
- American Diabetes Association. 2010. *Standards of Medical Care in Diabetes—2010*. 33 (1): Diabetes Care. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797382/>. [diunduh pada tanggal 23 September 2017].
- American Association Diabetes of Educators. 2014. AADE7 Self Care Behaviours.

http://www.diabeteseducator.org/docs/defaultsource/legacydocs/_resources/pdf/publications/aade7_position_statement_final.pdf?sfvrsn=4. [21 Oktober 2017].

Amir, N. 2005. *Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana*, FK UI. Jakarta.

Andatu, R. L dan Nugroho, M. A. A. 2016. *Hubungan Antara Durasi Menderita Diabetes Melitus (Dm) Dengan Angka Kejadian Neuropati Diabetik*. Muhammadiyah University of Yogyakarta: Yogyakarta. eprints.ums.ac.id/51812/11/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf. [diunduh pada tanggal 13 Maret 2018].

Anugrah, Hasbulah, S dan Suarnianti. 2013. *Hubungan Obesitas, Aktivitas Fisik, Dan Kebiasaan Merokok Dengan Penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Pasien Rawat Jalan Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*. STIKES Nani Hasanudin Makassar: Makassar. download.portalgaruda.org/article.php?article=29751&val=2168. [diakses pada tanggal 01 April 2018].

Ariani, Y. 2011. *Hubungan Antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan*. [serial online]. <http://lontar.uic.ac.id>. [diakses pada tanggal 15 Maret 2017].

Ariani, Y., Sitorus, R., Gayatri, D. 2012. *Motivasi dan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Dalam Asuhan Keperawatan*. <http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/44>

Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.

Atak, N., Gurkan, T., Kose, K. 2010. *The effect of education on knowledge, self management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes*. 26 (2). www.ajan.com.au/vol26/26-2_atak.pdf. [Diunduh pada tanggal 02 Januari 2018].

Azwar, Saifuddin. 2010. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

- Badescu, S. V., Tataru C., Kobylinska L., Georgegescu E. L., Zagrean A. M., Zagrean, L. 2016. *The Associaton between Diabetes Mellitus and Depression*. Romaria
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863499/> [diakses pada tanggal 27 September 2017].
- Bandura, A. 1994. *Self-Efficacy*. [serial online].
<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>. [diakses pada tanggal 24 September 2017].
- _____. 1997. *Self-Efficacy*. [serial online].
<https://www.des.emory.edu/mfp/BanEnncy.html>. [diakses pada tanggal 24 September 2017].
- Beck, A. T. (2006). *Depression: Cause and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beckerle, C. M., and Lavin, A., 2013. Association of Self-Efficacy and Self-Care With Glycemic Control in Diabetes. <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/diaspect/26/3/172.full.pdf>
- Begum, S., Kong-in, W., Manasurakan, J. 2010. Knowledge and Practice of Prevention of Foot Ulcer Among Patients with Diabetes Mellitus. <http://fs.libarts.psu.ac.th/research/conference/proceedings-2/7pdf/008.pdf>
- Berge, L. I and Riise, T. 2015. *Comorbidity between Type 2 Diabetes and Depression in the Adult Population: Directions of the Association and Its Possible Pathophysiological Mechanisms*. Norway: Hindawi Publishing Corporation. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/164760>. [diakses pada 14 September 2017].
- Bernal, H., Woolley,S., Schensul, J & Dickinson, J.K. (2000). Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *The Diabetes Educator* 2000; volume 26; number 4 2010 dari <http://tde.sagepub.com/cgi/reprint/>
- Bertalina dan Purnama. 2016. *Hubungan Lama Sakit, Pengetahuan, Motivasi Pasien Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes*

- Mellitus*. Poltekkes Tanjungkarang: Tanjungkarang. <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/view/211>. [diakses pada tanggal 13 Maret 2018].
- Bhowmik, D., Kumar, K.P.S., Srivasta, S., Paswan, S., Dutta, A. S. 2012. *Depression – Symptoms, Causes, Medications and Therapies. The Parma Innovation*. <http://www.thepharmajournal.com/archives/2012/vol1issue3/PartA/5.pdf>. [diakses pada 20 Oktober 2017].
- Boren, S.A., Gunlock, T.L., Schaefer, J., Albright, A., 2007. *Reducing Risks in Diabetes Self-management A Systematic Review of the Literature. The Diabetes Educators*. 33 (60). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057274>. [22 Oktober 2017].
- Butler, H. A. 2002. *Motivation: The role in diabetes self-management in older adults*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Baumert, J., Meisinger, C., Lukaschek, K., Emeny, R. T., Rucket, I. M., Kruse, J., Ladwig, K. H. 2014. *A pattern of unspecific somatic symptoms as long-term premonitory signs of type 2 diabetes: findings from the population-based MONICA/ KORA cohort study, 1984-2009*. <http://www.biomedcentral.com/1472-6823/14/87> Centre for Clinical Interventions. 2015. *What Causes Depression?*. http://www.cci.health.wa.gov.au/resources/minipax.cfm?mini_ID=8. [diakses pada tanggal 20 November 2017].
- Cherrington, A., Wallston, K. A., Rothman, R. L. 2010. *Exploring the Relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glyemic control among men and women with type 2 diabetes*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4435554/> [diakses pada tanggal 01 Oktober 2017].
- Chew, et al ., 2015. Negative Effects of Diabetes-Related Distress on Health-Related Quality of Life: an Evaluation Among the Adult Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Three Primary Healthcare clinics in Malaysia. [Serial Online]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657278/pdf/12955_2015_Article_384.pdf [Diakses pada tanggal 26 September 2017].

- Chung, O. K., Cho, H. D., Chung, J. D., Chung, Y. M., 2013. *Assessment of Factors Associated with the Quality of Life in Korean Type 2 Diabetic Patients*. 52. 179-185: Internal Medicine. https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine/52/2/52_52.7513/_pdf/-char/en. [Diunduh pada tanggal 02 Januari 2018].
- Ciecanowski P, S., Katon, W, J., Russo. J. E., Hirsch. I.B. 2003. *The Relationship of Depressive Symptoms to symptom Reporting Self-Care and Glucose Control in Diabetes*. NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850656> [diakses pada tanggal 09 Oktober 2017].
- Cortez, D. N., Reis, I. A., Souza, D. A. S., Macedo, M. M. L., Torres, H, d. C. 2014. *Complications and the time of diagnosis of diabetes mellitus in primary care*. <https://pdfs.semanticscholar.org/65b2/d8610b9aa4bb64667006e29cbe562f2f05ba.pdf>
- Dahlan, M. S. 2011. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Edisi 5. Jakarta: salemba Medika
- Damayanti, S. 2017. *Efektivitas (Self-Efficacy Enhancement Intervention Program (Seeip) Terhadap Efikasi Diri Manajemen Diabetes Mellitus Tipe 2*. 4 (2): 148-153. <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>. [Diunduh pada tanggal 18 September 2017].
- Das, R., Singh, O., Thakurta., R. G., Khandakar, R. M., Ali, N. S., Malick, K. A., Roy, P., Bhattacharrya, K. A. 2013. *Prevalence of Depression in Patients with Type II Diabetes Mellitus and its Impact on Quality of Life*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3821207/>. [Diunduh pada tanggal 20 September 2017].
- Dehghan, H., Charkazi Abdurrahman., Kouchaki, G. M., Zadeh, B. P., Dehghan, B. A., Matlabi, M., Mansourian, M., Qorbani, M., Safari, O., Pasaheo, T., Mehr, B. R. 2017. *General Self Efficacy and Diabetes Management Self-Efficacy of Diabetic Patients referred to Diabetes Clinic of Qala, North of Iran*. BioMed Central

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5312542/> [diakses pada tanggal 19 September 2017].

Delamater, A. M. 2006. Improving Patient Adherence. clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2016. *Surveilans Kasus PTM dari Puskesmas*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinkes Provinsi Jawa timur. 2012. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012. [Serial Online]. http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROV_INSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf. [Diakses pada tanggal 28 September 2017].

Donsu, J. DT., Hadjan, M. N. R., Hidayat, R., Asdie, A. H. 2014. *Peran Faktor-faktor Psikologis terhadap Depresi pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2*. <https://journal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/6953>

Ekpenyong, A., Nishimjura, R., Tajima, N. 2010. *Trends in the Epidemiology of Patients with Diabetes in Japan*. www.med.or.jp/english/journal/pdf/2010_01/036_040.pdf

England and Sim. 2009. *The Etiology of Depression*. National Academies Press (US): Washington (DC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215119/>. [diakses pada tanggal 25 November 2017].

Erickson, E. 2013. Psychosocial Stages. Psychosocial Stages www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html

Faul, F., E. Erdfelder., A-G. Lang., dan A. Buchner. 2007. G*Power 3: A Flexible Atatistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*. <http://link.springer.com/article/10.3758/BF03193146> [Diakses pada 27 Oktober 2017].

- Fahlevi, B. 2016. *Hubungan Antara Lama Menderita Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Gejala Depresi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh*. http://etd.unsyiah.ac.id/index.php?p=show_detail&id=19368
- Fisher, E.B., Thorpe, C.T., Devellis, B.M., Devellis, R.F., 2007. Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management A Systematic Review and Appraisal. *The Diabetes educator*. 33 (6). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18057276>. [22 Oktober 2016].
- Fitriani. 2012. *Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 di Puskesmas Kecamatan Citangkil dan Puskesmas Kecamatan Pulo Merak Kota Cilegon*. <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-12/20440387-S-PDF-Fitriyani.pdf>.
- Frazier, J.P., Hilliard, M., Cochrane, K., Hood, K.K. 2012. *The Impact of Positive Psychology on Diabetes Outcomes: A Review*. (<http://www.SciRP.org/journal/psych>) [Diakses Pada Tanggal 27 Oktober 2017].
- Fung, K. 2009. Type 2 Diabetes: A Couples Study on Spousal Relationship and Health Behaviors. <http://repository.cmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1011&context=hsshonors>. [Diakses pada tanggal 11 April 2018].
- Gharaibeh, B., Gajewski, B. J., Al-smadi, A., Boyle, D. K. 2016. The relationships among depression, self-care agency, self-efficacy and diabetes self-care management. journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1744987115621782
- Greenberger, C., Dror, Y. F., Lev, I., Hazoref, R. H. 2014. *The inter-relationships between self-efficacy, self management, depression and glicemic control in Israeli people with type 2 diabetes*. *Journal od Diabetes Nursing* Volume 18. https://www.researchgate.net/publication/286069104_The_inter-relationships_between_self-efficacy_self-management_depression_and_glycaemic_control_in_Israeli_people_with_type_2_diabetes. [diakses pada tanggal 25 September 2017].
- Groot, M. D., Crick, K. A., Long, M., Saha, C., Shubarock, J. H. 2016. Lifetime Duration of Depressive Disorders in Patients With Type 2 Diabetes. diabetesjournals.org/content/39/12/2174

- Gupta, S. k., Singh, Z., Purty, A. J., Kar, M., Vedapriya., Mahajan P., Cherian, J. 2010. V. *Diabetes Prevalence and its Risk Factors in Rural Area of Tamil Nadu*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2963877/>
- Harista, R. A dan Lisiswanti, R. 2015. Depresi pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. juku.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1411
- Hati, Y. 2014. *EFEKTIFITAS EDUKASI DIABETES TERPADU UNTUK MENINGKATKAN EFIKASI DIRI PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2*. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/42401/Cover.pdf;sequence=7>
- Hawari, P. D. H. D. 2011. *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*. Edisi 2. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hendrick,S & Hendrick, C (1992). *Liking, Loving, and Relating*. Pacific Grove, CA: Books/cole
- Holon, D steven. 2010. *Aaron T. Beck: The Cognitive Revolution In Theory And Therapy*. USA. 2010). <http://johnjayresearch.org/cje/files/2012/08/Aaron-Beck- chapter-.pdf>. [diakses pada tanggal 28 September 2017].
- Holt, R. I. G., Groot, M. D., Golden, S. H. 2014. *Diabetes and Depression*. Business Media New York <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476048/> [diakses pada tanggal 11 Oktober 2017].
- Hyett, J. M. 2000. *Self Efficacy in Type 2 Diabetes*. https://athenaum.uiw.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.co.id/&httpsredir=1&article=1058&context=uiw_etds [diakses pada tanggal 18 November 2017].
- Idris, H., Hasyim, H., Utama, F. 2017. *Analysis of Diabetes Mellitus Determinants in Indonesia: A Study from the Indonesian Basic Health Research 2013*. <http://actamedindones.org/index.php/ijim/article/view/267>

- Indelicanto, L., Dauriz, M., Santi, L., Bonora, F., Negri, C., Cacciatori, V., Targher, G., Trento, M., Bonora, E. 2017. *Psychological Distress, self-efficacy and glicemic control in type 2 Diabetes*. NCBI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28274728> [diakses pada tanggal 17 September 2017].
- Independent Diabetes Trust. 2013. *Diabetes Stress, Anxiety and Depression*. <https://www.iddt.org/wp-content/uploads/2011/10/Stress-Anxiety-Depression.pdf> [diakses pada tanggal 01 Oktober 2017].
- Indrayana, Sandi. 2016. *Pengaruh Self Management Education And Support (DSME/S) Terhadap Efikasi Diri Klien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember*. Jember: Universitas Jember.
- Intercoop Foundation. MODERN MACHINES IN AGRICULTURE http://www.befarmex.com/files/292_Chapter%20N.2%20MODERN%20MACHINES%20IN%20AGRICULTURE%20-%20SPAIN.pdf
- International Diabetes Federation. 2015. IDF Diabetes Atlas Seventh Edition. [Serial Online]. www.oedg.at/pdf/1606_IDF_Atlas_2015_UK.pdf. [18 Maret 2017].
- Isworo, A dan Saryono. 2010. HUBUNGAN DEPRESI DAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KADAR GULA DARAH PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI RSUD SRAGEN. [lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-10/20437312-Atyanti Isworo.pdf](http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/2016-10/20437312-Atyanti%20Isworo.pdf)
- Johnson, J. Y. 2010. *Handbook for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Edisi 12. United States of America: Wolters Kluwer Health.
- Julia, M., A. Utari, Nurrochmah, dan A. G. M. 2015. *PENGELOLAAN DIABETES MELLITUS TIPE 2*. Edisi 1. Jakarta: Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Jumita, R., Azrimaidaliza., dan Machmud, R. 2012. *Kemandirian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Lampasi Kota Payakumbuh*. *Jurnal Kesehatan*

Masyarakat

6(2).

<http://jurnal.fkm.unand.ac.id/index.php/jkma/article/view/95/101>

Junianty, S., Nursiswanti, Emaliyawati, E. 2011. *HUBUNGAN TINGKAT SELF CARE DENGAN KEJADIAN KOMPLIKASI PADA PASIEN DM TIPE 2 DI RUANG RAWAT INAP RSUD.* download.portalgaruda.org/article.php?article=103600&val=1378

Kamuhabwa, A. R dan Charles, E. 2014. *Predictors of poor glycemic control in type 2 diabetic patients attending public hospitals in Dar es Salaam.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216043/>

Karsuita, R. L., Decroll, E., Sulastri, D. 2016. *Hubungan Jumlah Komplikasi Kronik Dengan Derajat Gejala Depresi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Rsup Dr. M. Djamil Padang.* jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/600

Karney, B.R., & Bradbury, T.N. (1995). The Longitudinal Course of Marital Quality and Stability – A Review of Theory, Method, and Research. *Psychological Bulletin*, 118,3-34.

Kav, S., Yilmaz, A. A., Bulut, Y., Dogan, N. 2017. *Self-efficacy, depression and self care activities of people with type 2 diabetes in Turkey.* Austrian College of Nursing. Elsevier <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769615000827> [diakses pada tanggal 18 September 2017].

Khan, M. A., Nazli, R., Sher, N., Akhtar., Sultan, S. M., Khan, M. A., 2014. Frequency of Depression among Patients with Type-Ii Diabetes Mellitus in Peshawar. [http://textroad.com/pdf/JAEBS/J.%20Appl.%20Environ.%20Biol.%20Sci.,%204\(8S\)295-299,%202014.pdf](http://textroad.com/pdf/JAEBS/J.%20Appl.%20Environ.%20Biol.%20Sci.,%204(8S)295-299,%202014.pdf)

Kott, B. K. 2008. *Self-Efficacy, Outcome Expectation, Self-Care Behavior And Glycosylated Hemoglobin Level In Persons With Type 2 Diabetes.* <https://search.proquest.com/docview/304558972>. [Diunduh pada tanggal 02 Januari 2018].

Kusnadi, G., Etisa, A.M., dan Deny, Y.F. 2017. *Faktor Risiko Diabetes Melitus pada Petani dan Buruh. Journal of Nutrition College* 6 (2): 138-148. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnc/article/view/16905/17189>.

Kusumadewi, M D. 2011. *Peran Stresor Harian, Optimisme dan Regulasi Diri Terhadap Kualitas Hidup Individu dengan Diabetes Melitus Tipe 2. Jurnal Psikologi Islam (JPI)*. 1 2011 43-62: 44.

Kusumawati, D. S. 2016. *DIABETES MELITUS (TIPE 2) PADA USIA PRODUKTIF DAN FAKTOR-FAKTOR RESIKO YANG MEMPENGARUHINYA (STUDI KASUS DI RSUD Dr. SOEROTO KABUPATEN NGAWI)*. jurnal.bhmm.ac.id/index.php/jurkes/article/download/8/8

Kusuma, H dan Hidayati, W. 2013. *HUBUNGAN ANTARA MOTIVASI DENGAN EFIKASI DIRI PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DI PERSADIA SALATIGA*. <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=161583&val=5087&title=HUBUNGAN%20ANTARA%20MOTIVASI%20DENGAN%20EFIKASI%20DIRI%20PADA%20PASIEN%20DIABETES%20MELLITUS%20TIPE%20DI%20PERSADIA%20SALATIGA>

Lee, E. H., Bijl, J. V. D., Baggett, L. M. S., Han, S. J. H., Moon, S. H. 2015. *Psychometric Properties of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale in Korean Patients with Type 2 Diabetes*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4451298/pdf/IJE2015-780701.pdf>. [diakses pada tanggal 15 Desember 2017].

Lee, E. H., Lee., S. J., Hwang, S. T., Hong, S. H., Kim, J. H. 2017. *Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-II among Korean Adolescents*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240453/>. [diakses pada tanggal 10 Desember 2017].

Lin, E. B., Rutter, C. M., Katon, W., Heckbert, S. R., Ciecanowski, P., Oliver, M. M., Ludman, E. L., Young, B. A., Williams, L. H., McCulloch, D. K., Korff, M. V. **Depression and Advanced Complications of Diabetes**. care.diabetesjournals.org/content/33/2/264

- Lin, K., Park, C., Li, M., Wang, X., Li, X., Li, W., Quinn, L. 2017. Effects of Depression, Diabetes Distress, Self-efficacy, and Self-management on Glycemic Control among Chinese Population with Type 2 Diabetes Mellitus. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822716308191
- Litwak, L., Goh, S. Y., Malek, R., Prusty, V., Khamseh, M. 2013. *Prevalence of diabetes complications in people with type 2 diabetes mellitus and its association with baseline characteristics in the multinational A1chieve study.* <https://dmsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1758-5996-5-57>
- Liu, X., Li, Y., Zhang, L., Ren, Y., Zhou, H, Cui, L., Mao, Z., Hu, H., Wang, C. 2016. *Prevalence, awareness, treatment, control of type 2 diabetes mellitus and risk factors in Chinese rural population: the RuralDiab study.* <https://www.researchgate.net/publication/306077161> Prevalence awareness treatment control of type 2 diabetes mellitus and risk factors in Chinese rural population the RuralDiab study
- Mahfud, M. U. 2012. *HUBUNGAN PERAWATAN KAKI PASIEN DIABETES MELITUS TIPE 2 DENGAN KEJADIAN ULKUS DIABETIK DI RSUD DR. MOEWARDI.* eprints.ums.ac.id/22557/9/NASKAH_PUBLIKASII.pdf
- Markowitz, S., Gonzalez, J S., Wilkinson, J L., Safren, S A. 2011. *Treating Depression in Diabetes: Emerging findings.* 52(1): 1–18.
- Maslim SpKJ, D. M. 2001. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III.* Edisi I. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiw FK-Unika Atmajaya, PT Nuh Jaya.
- Massey, C. N., Feig, E. H., Serrano, L. D., Huffman. 2017. *Psychological Well-Being and Type 2 Diabetes.* Juniper Publisher. <https://juniperpublishers.com/crdoj/pdf/CRDOJ.MS.ID.555641.pdf> [diakses pada tanggal 15 Oktober 2017].
- Mathew, C. S., Dominic, M., Isaac, R., Jacob, J. J. 2012. *Prevalence of depression in consecutive patients with type 2 diabetes mellitus of 5-year duration and its impact on glycemic control.* <https://www.researchgate.net/publication/232536644> Prevalence of depression in consecutive patients with type 2 diabetes mellitus of 5 year duration and its impact on glycemic control

Meloh, M. L., Pandeki, K., Sugeng, C. 2015. *HUBUNGAN KADAR GULA DARAH TIDAK TERKONTROL DAN LAMA MENDERITA DIABETES MELITUS DENGAN FUNGSI KOGNITIF PADA SUBYEK DIABETES MELITUS TIPE*.
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/download/6837/6361>

Mishali, M., Omer. H., Heymann. 2010. *The Importance of Measuring self-efficacy in Patients with diabetes*. Oxford University Press
<https://academic.oup.com/fampra/article-abstract/28/1/82/500686/The-importance-of-measuring-self-efficacy-in> [diakses pada tanggal 24 September 2017].

Morimoto, A., Nishimura, R., Tajima, N. *Trends in the Epidemiology of Patients with Diabetes in Japan*.
www.med.or.jp/english/journal/pdf/2010_01/036_040.pdf

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Theodorakis, P., Vlahos, L. 2010. Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2354.2008.01039.x>

Nainggolan, Otwin., Kristanto, A, Y., Edison, H. 2013. *DETERMINAN DIABETES MELITUS ANALISIS BASELINE DATA STUDI KOHORT PENYAKIT TIDAK MENULAR BOGOR 2011*.
[http://download.portalgaruda.org/article.php?article=155878&val=4892&title=Determinan%20Diabetes%20Melitus%20Analisis%20Baseline%20Data%20Studi%20Kohort%20Penyakit%20Tidak%20Menular%20Bogor%202011%20\(The%20Determinan%20of%20Diabetes%20Melitus%20\(Baseline%20Data%20Analysis%20of%20Kohort%20Studies%20of%20Non-communicable%20Diseases%20Bogor%202011\)\)](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=155878&val=4892&title=Determinan%20Diabetes%20Melitus%20Analisis%20Baseline%20Data%20Studi%20Kohort%20Penyakit%20Tidak%20Menular%20Bogor%202011%20(The%20Determinan%20of%20Diabetes%20Melitus%20(Baseline%20Data%20Analysis%20of%20Kohort%20Studies%20of%20Non-communicable%20Diseases%20Bogor%202011)))

Ndraha, 2014. Diabetes Melitus Tipe 2 dan Tatalaksana Terkini. [Serial Online].
http://cme.medicinus.co/file.php/1/LEADING_ARTICLE_Diabetes_Mellitus_Tipe_2_dan_tata_laksana_terkini.pdf. [Diakses pada tanggal 07 Oktober 2017].

Nezhad, A., Moharban, G., Parizadeh., Safarian., Esmaili, Parizadeh, S., Khodae., Abasalti., Hassanakhani., Ferns. 2008. *Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender, urbanisation, education, marital status and occupation*.
<https://www.researchgate.net/publication/23164464> **Prevalence of ty**

**pe 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender u
rbanisation education marital status and occupation**

Notoatmodjo. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. 2008. *Konsep dan Persiapan Metodologi Penelitian Keperawatan Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.

_____. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.

Nadziroh, Umi. 2016. *Hubungan Efikasi Diri dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Poli Penyakit Dalam RSUD dr. Haryoto Lumajang*. Jember: Universitas Jember.

Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta

Nouwen. A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, E., Peyrot., Ismail, K., Pouwer. 2010. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. link.springer.com/article/10.1007/s00125-010-1874-x

Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., Dam, R. M. V., Franco, O. H., Manson, j. E., Willet, W. C., Ascherio, A., Hu, F. B. 2010. *Bidirectional Association between Depression and Type 2 Diabetes in Women*. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/226243>

Parkitny, L and McAuley, J. 2010. *The Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*. (56). Australian Psiotherapy Association: America. [http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553\(10\)70030-8/abstract](http://www.journalofphysiotherapy.com/article/S1836-9553(10)70030-8/abstract). [Diunduh pada tanggal 20 Oktober 2017].

Pajares (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Retrieved month day, year, from <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>

- PERKENI, 2006. *Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2006*. Edisi 3. Jakarta: PB PERKENI.
- PERKENI, 2015. *Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2015*. Cetakan 1. Jakarta: PB PERKENI <http://pbperkeni.or.id/doc/konsensus.pdf> [diakses pada tanggal 20 juni 2017].
- Pertiwi, I. 2015. *HUBUNGAN DUKUNGAN PASANGAN DAN EFIKASI DIRI DENGAN KEPATUHAN MENJALANI PENGOBATAN PADA PENDERITA*. <http://eprints.ums.ac.id/38295/>
- Phillips, A. 2015. *Diabetes and relationships:How couples manage diabetes*. www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/pnur.2015.26.6.298
- Piette, J. D et al . *Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression*. 2 (2).
- Plante, G. E. 2005. *Depression and Cardiovascular Disease: a reciprocal relationship*. NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877313> [diakses pada tanggal 09 Oktober 2017].
- Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Pisa, E. D., Amore, M., Ferrara, C., Tatarelli, R., Girardi, P. 2009. *Quality of Life and Suicide Risk in Patients With Diabetes Mellitus*. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003331820970756X
- Prabowo, A dan Hastuti, W. 2014. *HUBUNGAN PENDIDIKAN DAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN DIIT PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI WILAYAH PUSKESMAS PLOSOREJO GIRIBANGUN MATESIH KABUPATEN KARANGANYAR*. www.e-jurnal.com/2016/11/hubungan-pendidikan-dan-dukungan.html
- Prajapati, B., Mark, D dan Richard, A. 2010. *Sample Size Estimation and Statistical Power Anayses*.http://www.floppybunny.org/robin/web/virtualclassroom/stats/basic_s/articles/gpower/Gpower_tutorial_Prajapati_2010-.pdf. [Diakses pada tanggal 05 Desember 2017].

- Price, S. A. dan Wilson, L. M. W. 2005. *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit edisi 6 volume 2*. Jakarta: EGC
- Rahman, H. F., Yulia., Sukmarini, L. 2017. Efikasi Diri, Kepatuhan, dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. download.portalgaruda.org/article.php?...Efikasi%20Diri,%20Kepatuhan,%20dan%20.
- Rahmanian, K., Shojaei, M., Jahromi, A. S. 2013. *Relation of type 2 diabetes mellitus with gender, education, and marital status in an Iranian urban population*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4757057/>
- Ramdani, M. I. 2016. *Gambaran Tingkat Depresi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 DiRumah Sakit Umum Kardinah Kota Tegal*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Rasheed, A. M. 2013. *The Effect of Diabetes Education on Self-Efficacy and Readmission Rates of Diabetic Patients*. Gardner-Webb University.
- Rias, Y. A. 2016. *HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN KEYAKINAN DENGAN EFIKASI DIRI PENYANDANG DIABETIC FOOT ULCER*. journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/358
- Riset Kesehatan Dasar. 2013. *RISET KESEHATAN DASAR RISKESDAS 2013*. [www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil Riskesdas 2013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil_Riskesdas_2013.pdf)
- Robertson, M. S., Amspoker, B. A., Cully, A. J., Ross, L. E., Naik, D. A. 2013. *Affective symptoms and change in diabetes self-efficacy and glycaemic control*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23350920>. [Diunduh pada tanggal 27 September 2017].
- Rondhianto. 2012. *Keterkaitan Diabetes Self Management Education Terhadap Self Efficacy Pasien Diabetes Mellitus*. <http://ejournal.umm.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/2599>. [diakses pada tanggal 27 November 2017].
- Roupa., Koulouri., Sotiropoulou., Makrinika., Marneras., Lahana., Gourni. 2009. *ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES*

MELLITUS, DEPENDING ON SEX AND BODY MASS INDEX.
<http://www.hsj.gr/medicine/anxiety-and-depression-in-patients-with-type-2-diabetes-mellitus-depending-on-sex-and-body-mass-index.php?aid=3650>

Sarkar, S dan Balhara, Y. P. S. 2016. *Diabetes mellitus and suicide.*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138899/>

Shao, Y., Liang, L., Shi, L., Wan, C., Yu, S., 2017. *The Effect of Social Support on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: The Mediating Roles of Self-Efficacy and Adherence.*
<https://www.hindawi.com/journals/jdr/2017/2804178/>

Shera, A. S., Maqsood, A., Azfar. M. 2014. *Prevalence of Chronic Complications and Associated Factors in Type 2 Diabetes.*
<http://jpma.org.pk/PdfDownload/337.pdf>

Siregar, L. B dan Hidajat, L. L. 2017. *FAKTOR YANG BERPERAN TERHADAP DEPRESI, KECEMASAN DAN STRES PADA PENDERITA DIABETES MELITUS TIPE 2: STUDI KASUS PUSKESMAS KECAMATAN GAMBIR JAKARTA PUSAT.*
ojs.atmajaya.ac.id/index.php/manasa/article/view/621/488

Smeltzer, S. C. dan Bare, B. G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Volume 2, Edisi 8.* Jakarta: EGC

Smeltzer, Susan C. 2010. *Handbook For Brunner & Suddath's Textbook of Medical Surgical.* Twelve Edition. USA: Lippincot Williams & Wilins luwer Health Inc. Terjemahan oleh Devi Yulianti. 2013. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth.* Edisi 12. Jakarta: EGC.

Snoek, F. J. dan Skinner. T. C. 2002. Psychological counselling in problematic diabetes: does it help? *Diabetic Medicine.* 19: 265–273
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11942996> [Diakses pada 30 Oktober 2017].

- Souza, V.D & Zauseiniewski, J. A. (2005). Toward a theory of diabetes self-care management. *Journal of Theory Construction & Testing*; Winter 2005/2006; 9,2. Diunduh dari <http://proquest.umi.com/pqdweb>
- Strakstein, E. S., Davis, A. W., Dragovic, M., Cestrullo, V., Davis, M. E. T., Bruce, G. S. 2014. *Diagnostic Criteria for Depression in Type 2 Diabetes: A Data-Driven Approach*. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0112049>. [Diunduh pada tanggal 29 September 2017].
- Stephanie, L., Fitzpatrick, Kristina, P., Schumann, M.A., Briggs, F.A., 2013. *Problem Solving Interventions for Diabetes Self-management and Control: A Systematic Review of the Literature*. *Diabetes Res Clin Pract.* 100(2): 145–161. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633671/pdf/nihms-434982.pdf>. [22 Oktober 2017].
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung; Alfabeta.
- Sultana, R. 2010. *IMPACT OF DURATION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS ON LIPID PROFILE*. https://www.researchgate.net/publication/265989176_Impact_of_duration_on_Lipid_profile_in_Type_2_Diabetes IMPACT OF DURATION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS ON LIPID PROFILE
- Sumangkut, S., Supit, W., Onibala, F. 2013. *HUBUNGAN POLA MAKAN DENGAN KEJADIAN PENYAKIT DIABETES MELITUS TIPE-2 DI POLI INTERNA BLU.RSUP. PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO*. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/2235>
- Sumarwati, M., Sejati, W., dan Pramitasari. R. D. 2008. *Eksplorasi Persepsi Penderita Tentang Faktor-Faktor Penyebab dan Dampak Penyakit Diabetes Melitus di Wilayah Puskesmas Purwokerto Barat Kecamatan Purwokerto Barat Kabupaten Banyumas*. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 3(3): 149-156 <https://media.neliti.com/media/publications/104814-ID-eksplorasi-persepsipenderita-tentang-fa.pdf> [Diakses pada 30 Oktober 2017].

- Trief, P. M. 2006. *Diabetes and Your Marriage*. <https://www.diabetesselfmanagement.com/managing-diabetes/emotional-health/diabetes-and-your-marriage/>
- Trief, P. M. 2007. *Depression in Elderly Diabetes Patients*. Diabetes Spectrum. <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/20/2/71.full-text.pdf> [diakses pada 20 Oktober 2017].
- Verma, M., Paneri, S., Badi, P., Raman, P. G. 2006. *EFFECT OF INCREASING DURATION OF DIABETES MELLITUS TYPE 2 ON GLYCATED HEMOGLOBIN AND INSULIN SENSITIVITY*. https://www.researchgate.net/publication/232721987_Effect_of_increasing_duration_of_diabetes_mellitus_Type_2_on_glycated_hemoglobin_and_insulin_sensitivity
- Victor, R., Nath, K., Kar, G., Naskar, S. 2016. *A CLINICAL STUDY ON DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN NORTH-EASTERN INDIA*. https://www.researchgate.net/publication/312067911_A_clinical_study_of_depressive_disorder_in_patients_with_type_2_diabetes_mellitus_in_North-Eastern_India
- Weiler, D and Crist, D. J. 2007. *Diabetes Self-Management in the Migrant Latino Population*. *Scolar Works: Boise State University*. http://scholarworks.boisestate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=nursing_facpubs. [Diunduh pada tanggal 02 Desember 2017].
- Wahyuni, S. 2010. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penyakit Diabetes Melitus (DM) Daerah Perkotaan di Indonesia Tahun 2007*. <http://www.repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/2447/1/SRI%20WAHYUNI-FKIK.PDF>
- Wahyuni, S dan Alkaff, R. N. 2012. *DIABETES MELLITUS PADA PEREMPUAN USIA REPRODUKSI DI INDONESIA TAHUN 2007*. <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/3929>
- Wahyuni, L. 2014. *HUBUNGAN STRESS DENGAN KENAIKAN KADAR GULA DARAH PADA PENDERITA DIABETES MELITUS DI RUANG DHOHO RSUD Prof Dr SOEKANDAR MOJOSARI*. ejournal.stikes-pgni.ac.id/index.php/JKS/article/view/143/143

- Walker, R. J., Smalls, B. L., Tejada, M. A. H., Campbell, J. A., Egede, L. E. *Effect Of Diabetes Self-Efficacy On Glycemic Control, Medication Adherence, Self-Care Behaviors, And Quality Of Life In A Predominantly Low-Income, Minority Population.* <https://pdfs.semanticscholar.org/dfb2/9ded373d5841446c4c9d353ef303de43034d.pdf>. [diakses pada tanggal 24 September 2017].
- Wan, D. 2012. *Depression: A Global Crisis*. World Federation for Mental Health. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. [diakses pada tanggal 20 November 2017].
- Wang (2011). *Rahasia Tiongkok Kuno untuk Hidup Sehat Bahagia dan Panjang Umur*. Jakarta: Gramedia Utama
- Wardhani, K. C. 2008. *Hubungan Antara Pola Makan Dengan Depresi Pada Penderita Diabetes Mellitus Tidak Tergantung Insulin (DMTTI) Tanpa Komplikasi*. Yogyakarta: Universitas Sanatha Dharma https://repository.usd.ac.id/2050/2/039114097_Full.pdf [diakses pada tanggal 20 September 2017].
- Wallston, A. K., Rothman, L. R., Cherrington, A. 2007. *Psychometric Properties of the Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17522972>. [Diunduh pada tanggal 25 Oktober 2017].
- Wattis, J dan Martin, C. 2006. *Practical Psychiatry of Old Age*. https://www.researchgate.net/publication/31163246_Practical_psychiatry_of_old_age_3rd_edition_John_P_Wattis_Stephen_Curran_eds_274_pages_2495_Radcliffe_Medical_Press_Ltd_2001_ISBN_1-85775-245-7
- WHO, 2016. *World Health Day 2016: Beat Diabetes*. WHO. Int. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/event/en/>. [Diakses pada 17 September 2017].
- WHO, 2017. Media Centre Diabetes. WHO. Int. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. [Diakses pada 17 September 2017].

- Wu, F. S. 2007. *Effectiveness of self-management for persons with type 2 diabetes following the implementation of a self-efficacy enhancing intervention program in Taiwan*. Queensland University of Technology. https://eprints.qut.edu.au/16385/1/Shu-Fang_Wu_Thesis.pdf. [Diunduh pada tanggal 02 Januari 2018].
- Wu, S. F., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shortridge, L., Chan, P. J. 2007. *Self-efficacy, outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan*. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-702.2006.01930.x/abstract
- Wu, S. F. V., huang, Y. C., Lee, M. C., Wang, T. J., tung, H. H., Wu, M. P. 2012. *Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey*. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12022/abstract
- Wu, S. F. V., huang, Y. C., Lee, M. C., Wang, T. J., tung, H. H., Wu, M. P. 2012. *Self-efficacy, self-care behavior, anxiety, and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey*. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12022/abstract
- Yuhelma., hasneli, Y., Nauli, f. A. 2014. *IDENTIFIKASI DAN ANALISIS KOMPLIKASI MAKROVASKULER DAN MIKROVASKULER PADA PASIEN DIABETES MELLITUS*. <https://media.neliti.com/.../185334-ID-identifikasi-dan-analisis-komplikasi-mak.pdf>
- Yuliana, I. A dan Valentina, T. D. 2016. *DYADIC COPING DAN KEPUASAN PERNIKAHAN PASANGAN SUAMI ISTRI DENGAN SUAMI DIABETES MELITUS TIPE II*. *Jurnal Psikologi Udayana* 2016, Vol. 3, No. 2, 324-331 <https://ojs.unud.ac.id/index.php/psikologi/article/view/25246/16454>



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Permohonan (*Informed*)

KODE RESPONDEN :

SURAT PERMOHONAN (*INFORMED*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Faridatul Isniyah
NIM : 162310101298
Alamat : Jl. Brigjen Katamso 27b 08/02 Kel. Kotakulon Kec.
Bondowoso Kab. Bondowoso

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi anda sebagai responden.

Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda maupun keluarga. Jika anda bersedia menjadi responden, maka mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan mengikuti kegiatan yang akan saya lakukan. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, Januari 2018

Hormat saya,

Faridatul Isniyah
NIM. 162310101298

Lampiran B. Lembar Persetujuan (*Consent*)

KODE RESPONDEN :

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh :

Nama : Faridatul Isniah

NIM : 162310101298

Judul : Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember.

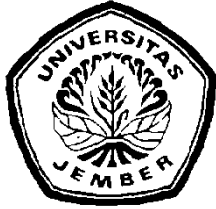
Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian diatas dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang saya ajukan. Saya memahami bahwa prosedur tindakan yang akan dilakukan tidak akan memberikan dampak dan risiko apapun yang membahayakan. Peneliti akan menjaga kerahasiaan informasi saya sebagai responden.

Saya menyatakan secara sadar dan sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar sebenarnya.

Jember, Januari 2018

Responden

(.....)
Nama Terang dan Tanda Tangan

Lampiran C. Karakteristik Responden**KUESIONER HUBUNGAN DEPRESI DENGAN EFIKASI DIRI
PASIEN DIABETES MELITUS (DM) TIPE 2 DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PUGER KABUPATEN JEMBER**

Petunjuk :

1. Kuesioner ini terdiri dari tiga bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner tentang depresi dan kuesioner tentang efikasi diri
2. Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengisi kuesioner sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya, beri tanda silang (X) pada jawaban yang anda pilih.

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

- No. Responden :
1. Nama responden (Inisial) :
 2. Usia :
 3. Jenis kelamin : a. Laki-laki b. Perempuan
 4. Tingkat pendidikan :
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. Perguruan Tinggi
 5. Pekerjaan :
 - a. Tidak bekerja
 - b. Petani/pedagang/buruh
 - c. PNS
 - d. Wiraswasta
 - e. Lainnya, sebutkan
 6. Status pernikahan :
 - a. Menikah

- b. Tidak menikah
- c. Janda/Duda
- 7. Lama mengalami DM :tahun.....bulan
- 8. Komplikasi :



Lampiran D. Kuesioner *Beck Depression Inventory***PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Bacalah secara cermat setiap pernyataan kemudian jawablah sesuai kondisi bapak/ibu/saudara/i saat ini. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat di tanyakan kepada peneliti.
2. Berikan tanda (√) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Anda.
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga jawaban tidak terdapat jawaban yang dianggap salah karena semua jawaban sesuai dengan keadaan Anda saat ini.
4. Dalam menjawab pernyataan, terdapat pilihan tidak, jarang, sering dan selalu dengan keterangan sebagai berikut:
 - a. Tidak : jika Anda tidak merasakan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.
 - b. Jarang : jika Anda sesekali merasakan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.
 - c. Sering : jika Anda merasakan seperti yang tertera dalam poin pernyataan berkali-kali dengan waktu yang tidak teratur.
 - d. Selalu : jika Anda merasakan seperti yang tertera dalam poin pernyataan berkali-kali secara berturut-turut.

No	Kondisi yang dirasakan berkaitan dengan kondisi kesehatan saat ini	Tidak	Jarang	Sering	Selalu
1	Perasaan sedih				
2	Perasaan pesimis				
3	Kegagalan masa lalu				
4	Kehilangan kesenangan				
5	Rasa bersalah				

6	Perasaan tersiksa				
7	Benci terhadap diri sendiri				
8	Menyalahkan diri sendiri				
9	Keinginan bunuh diri				
10	Menangis				
11	Perasaan bimbang				
12	Kehilangan minat				
13	Tidak mampu mengambil keputusan				
14	Perasaan tidak berharga				
15	Kehilangan kekuatan				
16	Gangguan pola tidur				
17	Perasaan mudah marah				
18	Kehilangan nafsu makan				
19	Kesulitan dalam konsentrasi				
20	Kelelahan				
21	Kehilangan minat terhadap seks				

Lampiran E. Kuesioner Efikasi Diri**PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Bacalah secara cermat setiap pernyataan kemudian jawablah sesuai kondisi bapak/ibu/saudara/i saat ini. Apabila terdapat pernyataan yang tidak dimengerti dapat di tanyakan kepada peneliti.
2. Berikan tanda (√) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan pengalaman Anda.
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga jawaban tidak terdapat jawaban yang dianggap salah karena semua jawaban sesuai dengan keadaan Anda saat ini.
4. Dalam menjawab pernyataan, terdapat pilihan tidak, jarang, sering dan selalu dengan keterangan sebagai berikut:
 - a. Tidak yakin : jika Anda tidak benar-benar percaya dapat melakukan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.
 - b. Kurang yakin : jika Anda sedikit percaya dapat melakukan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.
 - c. Cukup yakin : jika Anda sedikit lebih percaya dapat melakukan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.
 - d. Yakin : jika Anda benar-benar percaya dapat melakukan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.
 - e. Sangat yakin : jika Anda sungguh percaya dapat melakukan seperti yang tertera dalam poin pernyataan.

No	Pernyataan	Tidak Yakin (1)	Kurang Yakin (2)	Cukup Yakin (3)	Yakin (4)	Sangat Yakin (5)
1	Saya mampu memeriksa kadar gula darah sendiri jika diperlukan					
2	Ketika saya merasa kadar gula darah saya terlalu tinggi (misal: sering kencing, sering merasa haus, badan terasa lemah,dll) saya mampu memperbaiki kadar					

	gula darah saya ke dalam kadar gula normal (misal: mengganti makanan yang biasa saya makan atau makan makanan yang berbeda, olah raga dll)					
3	Ketika saya merasa kadar gula darah saya terlalu rendah (misal: mual, keringat dingin, gangguan konsentrasi, jantung berdebar-debar dll) saya mampu memperbaiki kadar gula darah normal (misal: mengganti makanan yang biasa saya makan atau makan makanan yang berbeda)					
4	Saya mampu memilih makanan yang sehat dan terbaik sesuai dengan diet DM untuk menjaga kesehatan saya					
5	Saya mampu memilih makanan dari beragam makanan yang ada dan tetap menjaga pola makanan yang sehat					
6	Saya mampu menjaga berat badan saya dalam batasan berat badan ideal (BBI)					
7	Saya mampu melakukan pemeriksaan terhadap kaki saya secara mandiri (misal: ada luka, mengelupas dll)					
8	Saya mampu melakukan aktivitas fisik yang cukup untuk menjaga kesehatan saya (contoh: jogging, berkebun, latihan peregangan)					
9	Saya mampu untuk tetap menjaga pola makan yang sehat sesuai diet DM walaupun ketika saya sakit					
10	Saya mampu mengikuti pola makan yang sehat (diet DM) yang dianjurkan oleh tim kesehatan sepanjang waktu					
11	Saya mampu melakukan aktivitas fisik yang lebih banyak, jika dokter					

	menginstruksikannya untuk memperbaiki kondisi kesehatan saya					
12	Ketika saya melakukan aktivitas fisik lebih dari biasanya, saya mampu melakukan penyesuaian dengan pola makan saya					
13	Saya mampu menjaga pola makan yang sehat (diet DM) walaupun saya tidak berada di rumah					
14	Saya mampu memilih makanan dari makanan yang beragam dan tetap menjaga pola makan yang sehat, ketika saya tidak berada di rumah, misal: memilih makanan yang ada di rumah makan/ restoran					
15	Saya mampu menjaga pola makan yang sehat (diet DM) walaupun saya makan di acara pesta (perkawinan, khitanan, dll)					
16	Saya mampu memilih makan yang sehat dari beragam makanan yang ada ketika saya makan di luar rumah atau pada saat makan di tempat pesta					
17	Saya mampu menjaga pola makan sehat (diet DM), ketika saya sedang merasa tertekan/ stres/ cemas					
18	Saya mampu datang ke tempat praktek dokter 4 kali dalam setahun untuk memonitor penyakit diabetes saya					
19	Saya mampu meminum obat sesuai aturan minumnya					
20	Saya mampu mempertahankan program pengobatan yang diberikan kepada saya walaupun saya dalam kondisi sakit					

Lampiran F. Hasil Analisa Data (SPSS 24)

a. Karakteristik Pasien

Statistics

		Usia	Lama Sakit
N	Valid	84	84
	Missing	0	0
Mean		53,08	3,829
Median		54,00	3,000
Std. Deviation		7,742	2,7300
Minimum		31	,8
Maximum		64	11,0

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	20	23,8	23,8	23,8
	Perempuan	64	76,2	76,2	100,0
Total		84	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	49	58,3	58,3	58,3
	SMP	21	25,0	25,0	83,3
	SMA	13	15,5	15,5	98,8
	PT	1	1,2	1,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	21	25,0	25,0	25,0
	PNS	1	1,2	1,2	26,2
	Petani/Pekebun	26	31,0	31,0	57,1
	Wiraswasta	11	13,1	13,1	70,2
	Pegawai Swasta	4	4,8	4,8	75,0
	IRT	15	17,9	17,9	92,9

Lain-Lain : Nelayan	6	7,1	7,1	100,0
Total	84	100,0	100,0	

Komplikasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Ada Komplikasi	74	88,1	88,1	88,1
	Ada Komplikasi	10	11,9	11,9	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

b. Data Depresi

Statistics

Depresi Numerik

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		18,46
Median		18,00
Std. Deviation		6,303
Minimum		10
Maximum		41

Depresi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Depresi Ringan	32	38,1	38,1	38,1
	Depresi Sedang	40	47,6	47,6	85,7
	Depresi Berat	12	14,3	14,3	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Statistics		
Perasaan Sedih		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		1,49
Median		2,00
Std. Deviation		,703
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Perasaan Pesimis		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		1,15
Median		1,00
Std. Deviation		,703
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Perasaan Gagal		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,64
Median		1,00
Std. Deviation		,652
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Perasaan Tidak Puas		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,56
Median		,00
Std. Deviation		,683
Minimum		0
Maximum		2

Statistics		
Perasaan Bersalah		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		1,32
Median		1,00
Std. Deviation		,584
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Perasaan Dihukum		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,90
Median		1,00
Std. Deviation		,688
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Membenci Diri Sendiri		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,15
Median		,00
Std. Deviation		,364
Minimum		0
Maximum		1

Statistics		
Menyalahkan Diri		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		1,07
Median		1,00
Std. Deviation		,655
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Keinginan_Bunuh_Diri		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,00
Median		,00
Std. Deviation		,000
Minimum		0
Maximum		0

Statistics		
Mudah Menangis		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,70
Median		1,00
Std. Deviation		,597
Minimum		0
Maximum		2

Statistics		
Mudah Tersinggung		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		1,23
Median		1,00
Std. Deviation		,700
Minimum		0
Maximum		3

Statistics		
Menarik Diri Dari Hubungan Sosial		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		,35
Median		,00
Std. Deviation		,526
Minimum		0
Maximum		2

Statistics			Statistics			Statistics		
Tak Mampu Mengambil Keputusan			Penyimpangan Citra Tubuh			Kemunduran Pekerjaan		
N	Valid	84	N	Valid	84	N	Valid	84
	Missing	0		Missing	0		Missing	0
Mean		1,12	Mean		,68	Mean		,48
Median		1,00	Median		1,00	Median		,00
Std. Deviation		,718	Std. Deviation		,643	Std. Deviation		,591
Minimum		0	Minimum		0	Minimum		0
Maximum		3	Maximum		2	Maximum		2

Statistics			Statistics			Statistics		
Gangguan Tidur			Kelelahan			Kehilangan Nafsu Makan		
N	Valid	84	N	Valid	84	N	Valid	84
	Missing	0		Missing	0		Missing	0
Mean		,73	Mean		1,48	Mean		,88
Median		1,00	Median		1,50	Median		1,00
Std. Deviation		,628	Std. Deviation		,630	Std. Deviation		,648
Minimum		0	Minimum		0	Minimum		0
Maximum		3	Maximum		3	Maximum		2

Statistics			Statistics			Statistics		
Penurunan Berat Badan			Preokupasi Somatik			Kehilangan Libido		
N	Valid	84	N	Valid	84	N	Valid	84
	Missing	0		Missing	0		Missing	0
Mean		1,14	Mean		1,63	Mean		,76
Median		1,00	Median		2,00	Median		,00
Std. Deviation		,679	Std. Deviation		,510	Std. Deviation		1,188
Minimum		0	Minimum		1	Minimum		0
Maximum		2	Maximum		3	Maximum		3

c. Efikasi Diri

Statistics		
Efikasi Diri Numerik		
N	Valid	84
	Missing	0
Mean		59,71
Median		55,50
Std. Deviation		12,266
Minimum		42
Maximum		88

Efikasi Diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	42	50,0	50,0	50,0
	Sedang	13	15,5	15,5	65,5
	Tinggi	28	33,3	33,3	98,8
	Sangat Tinggi	1	1,2	1,2	100,0
	Total	84	100,0	100,0	

Statistics

Aktivitas fisik new

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		3,29
Median		3,00
Std. Deviation		,651
Minimum		2
Maximum		5

Statistics

Kemampuan pengecekan gula darah

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		2,92
Median		2,67
Std. Deviation		,818
Minimum		1
Maximum		5

Statistics

Pengaturan menjaga diet dan berat badan new

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		2,85
Median		2,68
Std. Deviation		,633
Minimum		2
Maximum		4

Statistics

Perawatan kaki new

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		3,38
Median		3,00
Std. Deviation		,638
Minimum		2
Maximum		5

Statistics

Mengikuti program pengobatan new

N	Valid	84
	Missing	0
Mean		3,20
Median		3,33
Std. Deviation		,630
Minimum		2
Maximum		5

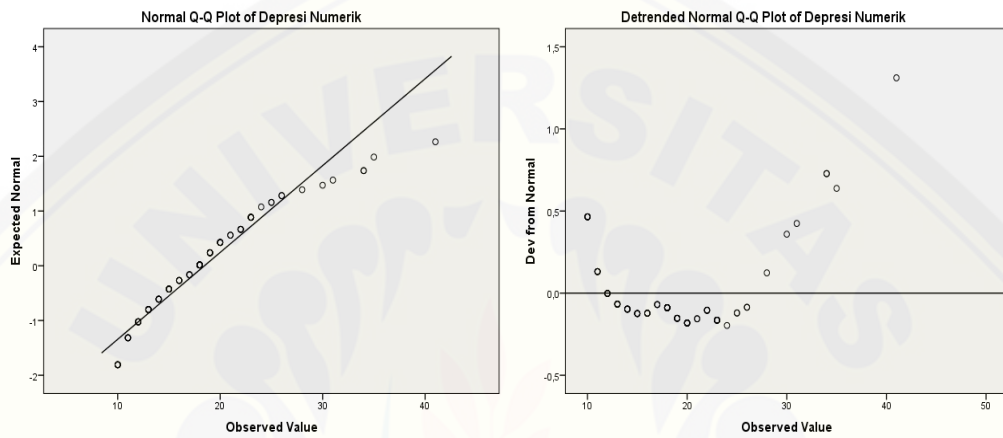
d. Normalitas Data

a) Depresi

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depresi Numerik	,106	84	,020	,923	84	,000

a. Lilliefors Significance Correction

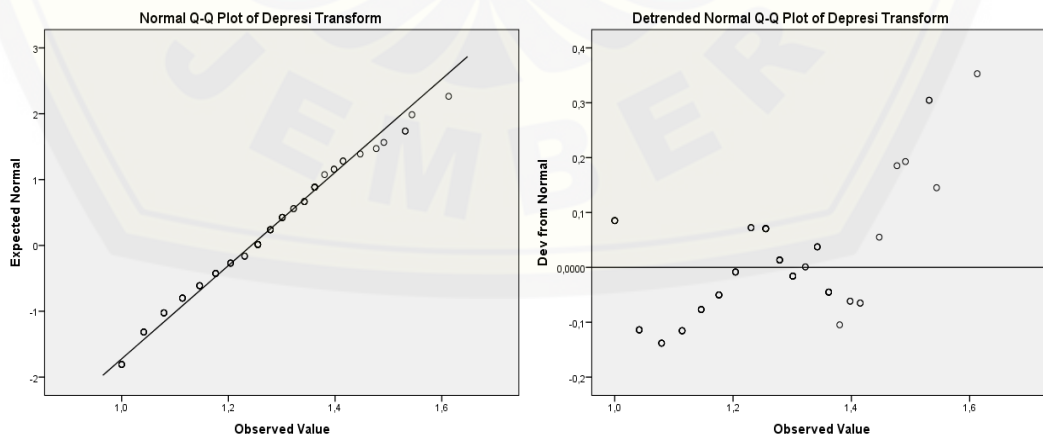


b) Depresi Transform

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depresi Transform	,082	84	,200*	,978	84	,152

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

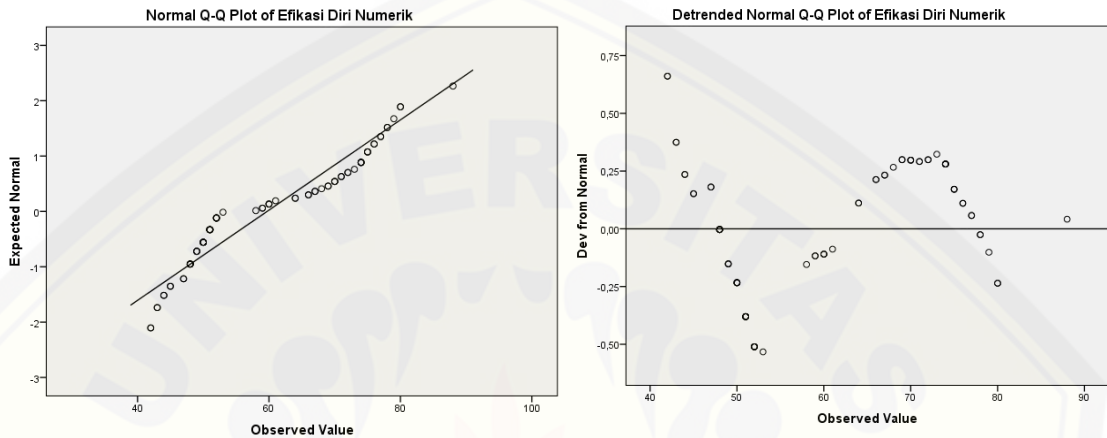


c) Efikasi Diri

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Efikasi Diri Numerik	,223	84	,000	,904	84	,000

a. Lilliefors Significance Correction

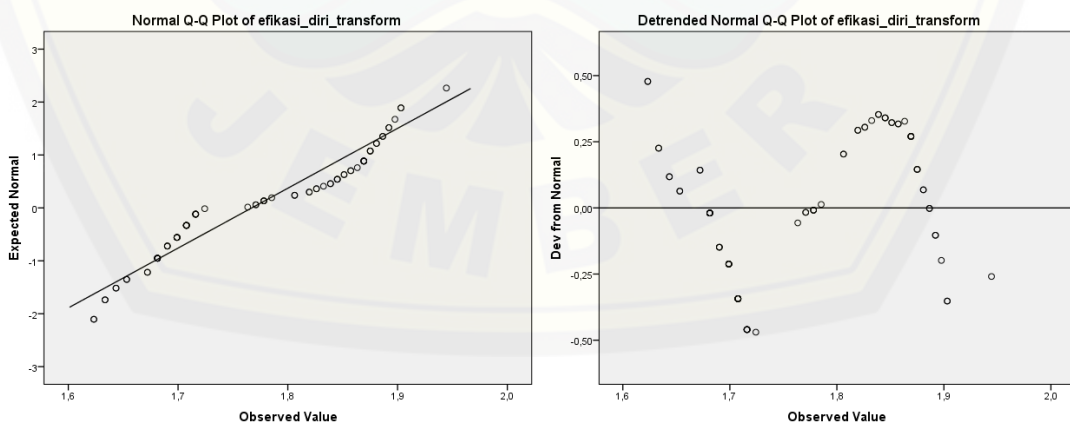


e. Efikasi Diri Transform

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
efikasi_diri_transform	,207	84	,000	,912	84	,000

a. Lilliefors Significance Correction



f. Analisa Hubungan Depresi dan Efikasi Diri

Correlations

		Depresi Numerik	efikasi_diri_transform
Spearman's rho	Depresi Numerik	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	84
	efikasi_diri_transform	Correlation Coefficient	-,240 [*]
		Sig. (2-tailed)	,028
		N	84

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran G. Dokumentasi Penelitian



Lampiran H. Lembar Bimbingan Skripsi

No	Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
7	Rabu 27 Desember 2017	BAB 1-9	ke sempur	
8	Senin 16 April 2018	-Perbaiki hasil dan penulisan skripsi	-Perbaiki penulisan hasil dan tabel -Pelajari hasil penelitian	
9	Rabu 25 April 2018	BAB 4 BAB 5	-Perbaiki cara menulis pembalokan.	
10	Senin, 23 April 2018	BAB 4 BAB 5	Perbaiki penulisan pembalokan (opini)	
11	Kamis, 26 April 2018	ABSTRAK BAB 4 BAB 5	- perbaiki abstrak sesuai saran - perbaiki penulisan ketidangan tabel	
12	Jumat, 27 April 2018	BAB 4 BAB 5 & 6 ABSTRAK RINGKASAN	- teliti lagi penulisan tabel hasil bab 4 - perbaiki penulisan opini - perbaiki abstrak & ringkasan sesuai saran	
13	Senin 07 Mei 2018	BAB 5 ABSTRAK BAB 6	- perbaiki penulisan opini - abstrak sumbu-maul	

No	Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
14	Selasa 08 Mei 2018	BAB 5 & 6	- perbaiki sesuai saran - Persiapkan 4/ turunan	
15	Rabu 09 Mei 2018		Acc sidang	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI


Nama Mahasiswa : Faridatul Isniyah
 NIM : 162310101298
 Nama DPU : Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep.,Sp.Kep.J. (ER)

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	16/11/2017	Bab 1-Bab 3	Perbaiki sesuai masukan dari saya & Profesa	
2.	20/12/17	BAB 1 - BAB 4	- BAB 1 : perbaiki penulisan uraian data - BAB 4 : perbaiki teknik sampling, jumlah sampel dan beri penjelasan pengisian questioner	
3.	13/12/2017	-BAB 1 - BA 4	Perbaiki sesuai masukan	
4.	21/12 2017	BAB 1 - 4	ACC	
5.	10/04/2018	Bab 5-6.	epelaxin vai normalitas. ① Analisa data ② Pembahasan F, T, Opini hasil penelitian (kuantitatif)	

- ⊙ Keberhasilan Penelitian
- ⊙ Pembahasan Fokus ke Hasil Penelitian / SPS

No	Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
6.	3 April 2018 02 Mei	BAB 4 BAB 5 BAB 6	BAB 4 1. Dejan penelitian, tuliskan var. dependen & independen 2. kriteria inklusi no 1 hapus 3. cek kriteria inklusi no 4	
	03 Mei 2018	BAB 5 BAB 6	4. cek kriteria inklusi no 1 BAB 5 - cek kesesuaian hasil, teori, opini BAB 6 : saran lebih aplikatif	
	23 April 2018	BAB 5	- Perbaiki opini hasil penelitian - Perbaiki opini dan hasil penelitian	
	11 Mei 2018	BAB 5 BAB 6 Uji Tuntuh	- Bulatkan lama mendarita DM - Cek hasil depresi per indikator - Saran lebih aplikatif - ACC selang	
			- Uji Tuntuh	

Lampiran H. Surat Penelitian

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember


Nomor : 5050/UN25.1.14/LT/2017 Jember, 29 Desember 2017
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Faridatul Isniah
N I M : 162310101298
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Hubungan Tingkat Depresi dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


Ketua
Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
 LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
 Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id-pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 16/UN25.3.1/LT/2018

3 Januari 2018

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala
 Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
 Kabupaten Jember
 Di
 Jember

Memperhatikan surat dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember nomor 5050/UN25.1.14/LT/2017 tanggal 29 Desember 2017 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Faridatul Isniyah
 NIM : 162310101298
 Fakultas : PSIK
 Jurusan : Ilmu Keperawatan
 Alamat : Jl. Kalimantan XVIII No.5 Sumbersari-Jember
 Judul Penelitian : "Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember"
 Lokasi Penelitian : Wilayah Kerja Puskesmas Puger Jember
 Lama Penelitian : 1 Bulan (10 Januari -20 Februari 2018)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

Ketua
 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS JEMBER
 LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
 Dr. Susanto, M.Pd.
 0816161988021001

Tembusan Yth

1. Kepala Puskesmas Puger Jember;
2. Ketua PSIK Univ Jember;
3. Mahasiswa ybs;
4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/035/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Jember tanggal 03 Januari 2018 Nomor : 16/UN25.3.1/LT/2018 perihal Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Faridatul Isnayah / 162310101298
 Instansi : PSIK / Ilmu Keperawatan / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan XVIII No. 5, Sumbersari, Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian dengan judul :
 "Hubungan Depresi Dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Januari s/d Pebruari 2018


Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 09-01-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politis


 ACHMAD DAVID F. S. Sos
 Penata Tk. 1

NIP. 19690912 199602 1 001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua LP2M Univ. Jember;
 2. Yang Bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 16 Januari 2018

Nomor : 440 /4060/311/ 2018
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Plt. Kepala Puskesmas Puger

di -
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/035/415/2018, Tanggal 09 Januari 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Faridatul Isnayah
NIM : 162310101298
Alamat : Jl. Kalimantan No. 18/5 Sumbersari, Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Kebutuhan : Melaksanakan Penelitian Tentang :
➤ Hubungan Depresi dengan Efikasi Diri Pada Pasien Diabetes melitus (DM) Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Puger Kabupaten jember
Waktu Pelaksanaan : 16 Januari 2018 s/d 28 Pebruari 2018

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**



dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

