

**TESIS**

**PROGRAM EDUKASI DALAM MENINGKATKAN  
SELFEFFICACYDANPERAWATAN KAKI (*FOOT CARE*)  
PASIEN DENGAN LKD DAN RESIKO LKD:  
*A SCOPING REVIEW***



**OLEH :  
YANTY TINDIKA  
R012191010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
MAKASSAR  
2022**

**PROGRAM EDUKASI DALAM MENINGKATKAN  
*SELF EFFICACY* DAN PERAWATAN KAKI (*FOOT CARE*)  
PASIEN DENGAN LKD DAN RESIKO LKD :  
*A SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



**(YANTY TINDIKA)**

R012191010

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**TESIS**

**PROGRAM EDUKASI DALAM MENINGKATKAN  
SELF EFFICACY DAN PERAWATAN KAKI (FOOT CARE)  
PASIEN DENGAN LKD DAN RESIKO LKD :  
A SCOPING REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

**YANTY TINDIKA**

**R012191010**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 21 Januari 2022  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

**Menyetujui**

**Komisi Penasihat,**

**Saldy Yusuf, S.Kep., Ns., M.H.S., Ph.D**  
NIK. 19781026201807001

**Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes**  
NIP. 197606182002122002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,

**Prof. Dr. Elly L. Siattar, S.Kp. M.Kes**  
NIP. 19740422199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,

**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp. M.Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Yanty Tindika

NIM : R012191010

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Judul : Program edukasi dalam meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pasien dengan LKD dan resiko LKD: *A Scoping review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah yang disebutkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Februari 2022

Yang menyatakan,

  
  
Yanty Tindika

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur yang tiada terkira penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Program edukasi dalam meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pasien dengan LKD dan resiko LKD: A *Scoping review*”

Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan (PSMIK) Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar. Tesis ini penulis persembahkan untuk orang-orang tercinta yang selalu memberikan curahan kasih sayang, support dan motivasi hingga saat ini. Terkhusus untuk kedua orang tua saya Bapak Julius Tindika dan Ibu Johana Ludia Sattu yang telah memberikan limpahan kasih sayang dan doa, juga buat suami Pniel Solala Halawa dan anak Elshadai Nibenia Halawa yang selalu memberikan motivasi dan dukungan, serta saudara-saudaraku Yunita Tindika, Jenny Tindika, dan Samuel Josua Tindika yang bersedia menyempatkan waktu dan tenaga untuk membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tak lepas dari petunjuk, bantuan, bimbingan, arahan dan partisipasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan ikhlas kepada semua pihak yang telah membantu penulis selama penyusunan tesis ini, terutama kepada pembimbing yang telah membimbing dan mengarahkan penulis sehingga tesis ini menjadi lebih baik. Untuk itu, dengan penuh rasa hormat penulis menyampaikan ungkapan terima kasih sebesar-besarnya kepada Bapak Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,M.HS.,Ph.D. selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktunya membimbing, memberikan arahan, ide, petunjuk, dan dukungan selama penyusunan tesis ini, serta Ibu Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes. selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan, arahan, dan motivasi selama penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, selaku dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Hasanuddin. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes, selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dewan Penguji tesis, Ibu Dekan Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, Dr.Takdir Tahir, S.Kep.,Ns., M.Kes., dan Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes,selaku pengujiyang telah banyak memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini. Para dosen dan staf (Ibu Damaris dan Ibu Andi Awang) Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah memberikan pengetahuan, motivasi, bimbingan serta bantuanselama proses pendidikan berlangsung. Tidak lupa pula ucapan terimakasih penulis sampaikan kepada keluarga dan rekan-rekan angkatan 2019-1 atas segala do'a, bantuan, semangat serta dukungan yang telah diberikan selama proses pendidikan dan penyusunan tesis ini

Penulis menyadari tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Olehnya itu segala kritik dan saran penulis harapkan untuk memperbaiki kekurangantesisini. Akhir kata semoga tesisini dapat memberi manfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di Program Studi Megister Ilmu Keperawatan (PSMIK) Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Februari 2022

Penulis



(Yanty Tindika)

## ABSTRACT

**YANTY TINDIKA.** *Educational Programme in Improving Self Efficacy and Foot Care Patients with DFU and Risk of DFU: A Scoping Review* (Supervised by Saldy Yusuf and Yuliana Sham)

The scoping review aims to identify educational components used in efforts to improve self efficacy and foot care in DFU patients and risks.

The study used a *scoping review* approach based on The Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) and used PRISMA ScR (Moher et al., 2009), using five databases: *PubMed, ProQuest, Science Direct, Wiley and Ebsco* from 2011 to 2021 (July), adults  $\geq 18$  with Diabetes type 1 and 2 (DFU and risk), quantitative studies that address educational programme in improving self-efficacy and foot care, English, full text, as well as headings and abstracts according to research questions.

The results show that there are 14 inclusive articles, in which interventions relate to educational components (in the forms of materials, media, methods, duration, follow up, and evaluation instruments) that are used in improving self efficacy and foot care as primary outcomes as well as knowledge, quality of life, incidence of injury/amputation and HbA1C as second outcomes.

So it can be concluded that the limitation of research is that some studies do not clearly explain the media, methods, and duration of education (frequency of education in detail). Majority of educational interventions improve self efficacy and foot care.

**Keywords:** educational programme, self efficacy, foot care, diabetic foot ulcer



## ABSTRAK

**YANTY TINDIKA.** *Program Edukasi dalam Meningkatkan Self Efficacy dan Perawatan Kaki (Foot Care) Pasien dengan LKD dan Risiko LKD): A Scoping Review* (dibimbing oleh Saldy Yusuf dan Yuliana Syam).

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi komponen-komponen edukasi yang digunakan dalam upaya meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pada pasien LKD dan risiko.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *scoping review* berdasarkan panduan *The Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et.al., 2020) dan PRISMA ScR (Moher et.al., 2009) dengan lima *database* yaitu: PubMed, pro-quest, science direct, Wiley dan Ebsco dengan rentang tahun 2011 - 2021 (Juli), dewasa  $\geq 18$  tahun dengan DM tipe 1 dan 2 (LKD) dan risiko), studi kuantitatif yang membahas program edukasi dalam meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*), berbahasa Inggris, *full text*, serta judul dan abstrak sesuai dengan pertanyaan penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada empat belas artikel yang diinklusi. Intervensi yang berhubungan dengan komponen-komponen edukasi (berupa materi, modul, media, metode, durasi, *follow up*, dan instrumen evaluasi) yang digunakan dalam meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) sebagai *outcome* primer serta pengetahuan, kualitas hidup, insiden terjadinya luka/amputasi dan HbA1C sebagai *outcome* sekunder. Keterbatasan penelitian ialah beberapa penelitian tidak memaparkan secara jelas media, metode, dan durasi pemberian edukasi (frekuensi edukasi secara terperinci). Mayoritas intervensi edukasi meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*).

Kata kunci: program edukasi, *self efficacy*, perawatan kaki, luka kaki diabetes



## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK.....	vii
<i>ABSTRACT</i> .....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	6
C. Tujuan penelitian.....	8
D. Originilitas penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Edukasi Kesehatan .....	10
B. Konsep <i>Self Efficacy</i> .....	13
C. Konsep Perawatan Kaki ( <i>Foot Care</i> ).....	19
D. Konsep Luka Kaki Diabetik (LKD).....	24
E. Konsep <i>Scoping Review</i> .....	28
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	33
B. Ruang Lingkup.....	33
C. Kerangka Kerja.....	34
D. Tahapan Penelitian .....	34
E. Pertimbangan Etik Penelitian .....	37
BAB IV HASIL	
A. Seleksi Studi.....	38
B. Hasil Studi.....	39
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Rangkuman Bukti .....	56
B. Implikasi Keperawatan.....	61
C. Keterbatasan.....	63
BAB IV PENUTUP	

A. Kesimpulan .....	64
B. Saran .....	65
C. Pendanaan .....	65

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>	<b>Teks</b>	<b>Hal</b>
Tabel 1	Karakteristik Penelitian.....	39
Tabel 2	Karakteristik Intervensi.....	42
Tabel 3	Program Edukasi (materi, media, metode, durasi, dan <i>follow up</i> )....	46
Tabel 4	Instrumen evaluasi <i>self efficacy</i> dan perawatan kaki ( <i>Foot Care</i> )....	47
Tabel 5	Outcomes primer dan sekunder .....	50
Tabel 6	Outcomes primer, sekunder, dan faktor yang mempengaruhi.....	53

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>	<b>Teks</b>	<b>Hal</b>
Gambar 1	Kerangka teori penelitian .....	27
Gambar 2	Flow Chart.....	38

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Teks</b>	<b>Hal</b>
Lampiran Penelusuran.....	76
Prisma ScR.....	78
Izin Etik .....	80

## DAFTAR SINGKATAN DAN LAMBANG

ADA	<i>American Diabetes Association</i>
CBT	<i>Cognitive Behaviour Therapy</i>
DM	Diabetes Mellitus
DFCSES	<i>Diabetic Foot Care Self Efficacy Scale</i>
DFSBS	<i>Diabetes Foot Self-care Behaviour Scale</i>
DMSES	<i>Diabetes Management Self Efficacy Scale</i>
FCCS	<i>Foot Care Confidence Scale</i>
FCSE	<i>Foot Care Self Efficacy</i>
FSCB	<i>Foot Self Care Behaviour</i>
GDP	Gula Darah Puasa
IWGDF	<i>International Working Group on the Diabetic Foot</i>
JBIC	Joanna Briggs Institute
LKD	Luka Kaki Diabetes
NA	<i>Not Applicable</i>
NAFF	<i>Nottingham Assessment of Functional Footcare</i>
NDFA	<i>National Diabetes Footcare Audit</i>
PCC	<i>Population, Concept, Context</i>
PPT	<i>Power Point Presentation</i>
RCT	<i>Randomised Controlled Trial</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

LKD (Luka Kaki Diabetes) merupakan komplikasi mayor yang mengancam jiwa dan masih menjadi masalah yang serius di dunia. Pada tahun 2019, diperkirakan sekitar 6.4 % prevalensi global dengan jumlah yang bervariasi antara 3 % di Oceania hingga 13% di Amerika Utara (IDF, 2019). Prevalensi lebih tinggi untuk pria (4.5%) dibandingkan wanita (3.5%), demikian pula lebih tinggi di antara orang-orang dengan DM (Diabetes Mellitus) tipe 2 (6.4%) dibandingkan dengan mereka yang menderita DM tipe 1 (5.5%) (Zhang et al., 2017). Prevalensi di negara berkembang berkisar 4%-10% (Manu et al., 2019). Prevalensi di wilayah bagian timur Indonesia mencapai sekitar 12% (Yusuf et al., 2016). Berdasarkan data yang dipaparkan, kasus LKD semakin meningkat dan membutuhkan perhatian serius.

Kejadian LKD selalu dibarengi dengan angka infeksi yang masih menjadi ancaman utama dan berakibat lebih parah bagi penderita. Infeksi LKD yang dilaporkan oleh *National Diabetes Footcare Audit* (NDFCA) menunjukkan bahwa hanya sekitar 35% pasien LKD dengan infeksi berat yang bertahan hidup dan bisa sembuh dalam 12 minggu, 3% mengalami amputasi mayor dalam 6 bulan, 1 dari 3 pasien dirawat inap dalam kurun waktu 7 sampai 12 hari, dan 1 dari 10 pasien meninggal dalam waktu 1 tahun (NDFCA, 2019). Suatu penelitian di Inggris melaporkan 5% penderita DM mengalami LKD dan 42.2% yang meninggal dalam 5 tahun karena infeksi (Walsh et al., 2015), sedangkan di Amerika Serikat pada tahun 2020 dilaporkan bahwa insiden amputasi akibat infeksi LKD yaitu 70% dari 9.7% penderita DM (Lavery et al., 2019). Hal ini menunjukkan bahwa LKD membutuhkan penanganan yang baik.

Penanganan untuk mengurangi resiko terjadinya luka dan komplikasi LKD dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain, pengetahuan dan praktik yang baik dari pasien. Suatu penelitian di Malaysia melaporkan bahwa 58% dari 157 pasien memiliki pengetahuan yang rendah dan 61.8% memiliki praktik yang buruk dalam hal merawat kaki (Muhammad Lutfi et al., 2014). Di Iran, sebuah

penelitian memaparkan mayoritas pasien LKD memiliki pengetahuan yang buruk (84.8%) dan separuhnya memiliki praktik yang buruk dalam merawat kaki (49.6%) (Pourkazemi et al., 2020). Di Indonesia sendiri, pengetahuan dan perawatan kaki (*foot care*) masih cukup rendah yaitu berkisar 47.4%, dimana dilaporkan bahwa usia, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, tingkat stress, dan dukungan keluarga menjadi faktor yang mempengaruhi (Sari et al., 2020). Oleh karena itu, pengetahuan dan praktik yang rendah dapat meningkatkan resiko terjadinya LKD dan komplikasinya.

Pengetahuan dan praktik dalam merawat kaki dapat diperoleh dari edukasi. Edukasi merupakan intervensi yang sangat penting dan landasan perawatan untuk meningkatkan pengetahuan (Sadler et al., 2017). *The International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF)* mengemukakan bahwa edukasi yang disajikan secara terstruktur, terorganisir, dan disampaikan berulang-ulang, untuk meningkatkan pengetahuan perawatan kaki (*foot care*) dan perilaku proteksi diri, serta meningkatkan motivasi dalam keterampilan dan kepatuhan, dianggap memainkan peranan penting dalam pencegahan LKD (Schaper et al., 2020). Sebuah *systematic review* telah memaparkan bahwa pemberian program edukasi yang efektif harus bervariasi sesuai dengan desain, pengaturan, pendekatan, hasil yang diukur dan hasilnya, dimana penilaian tentang kaki, edukasi verbal, instruksi secara tertulis, dan metode diskusi terbukti meningkatkan perawatan kaki (*foot care*) dan mengatasi masalah kaki (S. K. A. Sharoni, 2016). Dengan demikian, untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik diperlukan edukasi yang efektif.

Selanjutnya, untuk mencapai edukasi yang efektif maka materi, media, dan metode pemberian edukasi juga perlu diperhatikan. Materi edukasi yang disajikan harus berkembang dan dinamis, yang disesuaikan dengan kebutuhan (mis. orang tua, dewasa, anak-anak, dll), situasi/kondisi (mis. di sekolah, di Poliklinik, dll), sesuai tujuan, dan ada interaksi (menarik dan jelas) (Lumpkin, 2020). Media edukasi ada yang cetak, elektronik, audio, visual, dan audio-visual yang masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan (Rahmiyati, 2018). Metode edukasi yang efektif mencerminkan kualitas pengajaran yang melibatkan interaksi di antara para peserta seperti kuliah interaktif, kelompok kerja kecil, klub jurnal, kuis

membaca, presentasi perawat klinis, lokakarya, dan pembelajaran berbasis masalah (Horntvedt et al., 2018). Suatu penelitian pada kelompok intervensi pasien LKD di Jiroft melaporkan adanya peningkatan lebih dari dua kali lipat setelah diberikan pelatihan selama tiga bulan mengenai manajemen diri DM dan perawatan kaki (*foot care*) dengan media dan metode edukasi audio-visual yang bervariasi, yaitu kuliah, slide, video, dan praktek langsung (Bahador et al., 2017). Oleh karena itu, edukasi dengan materi yang menarik melalui media edukasi yang dipadukan dengan metode edukasi yang bervariasi memberikan dampak yang positif pada edukasi yang efektif.

Durasi pemberian edukasi dan *follow up* pelaksanaannya juga memegang peranan penting dalam edukasi yang efektif. Durasi pemberian edukasi mempengaruhi proses penerimaan informasi yang nantinya akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Nurkholis, 2013), dan untuk membantu penerapan dan melihat sejauh mana keberhasilan maupun kepatuhan seseorang akan edukasi tersebut dibutuhkan *follow up* dalam pelaksanaannya (Toygar et al., 2020). Program edukasi manajemen diri DM yang diberikan pada pasien LKD merupakan panduan pembelajaran dan teori perubahan perilaku yang disesuaikan dengan kebutuhan populasi dengan mempertimbangkan faktor literasi, etnis, budaya, kognitif, dan geografis (Chatterjee et al., 2017), sedangkan menurut terapi pengetahuan dan perilaku/CBT (*Cognitive Behaviour Therapy*) dibutuhkan waktu sekitar 3-6 bulan untuk mencegah kekambuhan ke perilaku awal (He et al., 2017). Suatu penelitian di China memberikan edukasi DM yang terstruktur selama 6 bulan, kemudian di *follow up* selama dua tahun untuk melihat efek jangka panjang dari edukasi tersebut terhadap peningkatan pengetahuan dan perawatan kaki (*foot care*) (Liang et al., 2012). Penelitian lainnya di Amerika Serikat yang memberikan edukasi selama 4 minggu tanpa ada *follow up* mengemukakan keterbatasan penelitian yaitu waktu yang singkat tanpa adanya *follow up* sehingga tidak dapat melihat efek edukasi untuk jangka panjangnya (Sadler et al., 2017). Dalam hal ini, durasi pemberian edukasi dan *follow up* memegang peranan yang penting dalam menciptakan edukasi yang efektif.

Selanjutnya, instrumen yang digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi suatu edukasi juga diperlukan. Beberapa penelitian memaparkan

berbagai instrumen untuk mengukur *self efficacy*, seperti *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES) (Bahador et al., 2017), *Foot Care Self Efficacy* (FCSE) (Seyyedrasooli et al., 2015; S. A. Sharoni et al., 2017, 2018), *Foot Self-Care Self-Efficacy* (Fan et al., 2013), *Foot Care Confidence Scale* (FCCS) (Chan, 2019; Keller-senn et al., 2015), dan *Diabetic Foot Care Self Efficacy Scale* (DFCSES) (Emine & Enç, 2016; Toygar et al., 2020). Sedangkan untuk mengukur perawatan kaki (*foot care*) menggunakan *Diabetes Foot Care Scale* (Liang et al., 2012), *Diabetes Foot Self-care Behaviour Scale* (DFSBS) (Bahador et al., 2017; S. A. Sharoni et al., 2017), *Foot Self Care Behaviour* (FSCB) (Emine & Enç, 2016; Fan et al., 2013; Phuong et al., 2019; S. A. Sharoni et al., 2018), *Diabetes care program of Nova Scotia Diabetes Foot Care Quissioner* (Makiling & Smart, 2020), *Foot Care Practice* (Fardazar et al., 2018), dan *Nottingham Assessment of Functional Footcare* (NAFF) (Huda et al., 2021), dengan demikian instrumen yang digunakan dalam edukasi juga memegang peranan penting dalam mengukur *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*).

Edukasi yang efektif baik dari segi media, metode, durasi, dan *follow up* juga dapat meningkatkan *self efficacy*. *Self efficacy* merupakan salah satu dasar dari teori pengetahuan sosial yang dikemukakan oleh Albert Bandura, dimana berfokus pada keyakinan akan motivasi kuat seseorang terhadap pembelajaran dan pengembangan suatu keterampilan dan pengetahuan yang baru (Klassen & Klassen, 2018). *Self efficacy* itu sendiri didapat melalui proses kognitif, motivasi, afektif, dan seleksi, serta merupakan faktor utama pembentukan perilaku seseorang (Bandura, 1999). Suatu penelitian pada pasien lansia di Malaysia memaparkan adanya peningkatan *self efficacy* setelah diberikan edukasi selama 12 minggu pada kelompok intervensi tentang perawatan kaki (*foot care*) yang berfokus pada prinsip-prinsip *self efficacy* dengan materi menarik dan media yang bervariasi (S. A. Sharoni et al., 2018). Hal ini membuktikan bahwa edukasi yang efektif dapat meningkatkan *self efficacy* seseorang.

Selain itu, edukasi juga dapat membentuk perilaku seseorang untuk melakukan perawatan kaki (*foot care*) secara teratur. Program edukasi yang diberikan kepada pasien LKD dan resiko akan meningkatkan *self efficacy* mereka untuk membentuk perawatan kaki (*foot care*) (S. K. A. Sharoni, 2016). Edukasi

perawatan kaki (*foot care*) merupakan salah satu strategi terpenting dalam mencegah LKD (Chan, 2019), dan *self efficacy* merupakan komponen terpenting dalam pembentukan perilaku (He et al., 2017), meliputi pemeriksaan kaki setiap hari, memeriksa bagian dalam sepatu, mencuci kaki dan mengeringkannya, tidak berjalan tanpa alas kaki, menggunakan sepatu ortopedik untuk mengurangi tekanan pada kaki, tidak menggunting bagian samping kuku, tidak menyentuh kutil dan katimumul, dan mengunjungi dokter secara teratur (Nasis et al., 2011). Teori CBT yang dikemukakan oleh Bandura mengemukakan bahwa perilaku dapat dibentuk dengan latihan keterampilan (He et al., 2017), hal ini sejalan dengan penelitian di klinik Fuladshahr Iran memaparkan bahwaa adanya peningkatan dua kali lipat terhadap perawatan kaki (*foot care*) setelah diberikan edukasi berupa praktik pemeriksaan kaki, latihan kaki khusus, bermain film, mempraktekkan, diskusi grup, tanya jawab, menyediakan pamphlet dan CD, serta konseling perawatan kaki (*foot care*) dengan dokter DM, konseling kesehatan mental dengan psikolog, dan mencoba kaos kaki serta sepatu yang cocok (Fardazar et al., 2018). Dengan demikian, edukasi yang efektif akan meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) baik secara langsung maupun secara tidak langsung dimana dengan meningkatnya *self efficacy* maka akan membentuk perawatan kaki (*foot care*).

Selanjutnya, masih ada beberapa dampak positif lainnya dari edukasi efektif selain yang telah dipaparkan. Edukasi yang efektif juga dapat menurunkan level HbA1c, mencegah insiden LKD pada pasien resiko, dan mencegah insiden amputasi pada kasus LKD seperti pada penelitian di China yang memaparkan adanya peningkatan pengetahuan dan perawatan kaki (*foot care*), mengurangi HbA1c dari 9.68 menurun menjadi 6.5, mencegah insiden LKD dan amputasi yang mana selama 2 tahun tetap tidak terjadi LKD setelah diberikan edukasi mengenai perawatan kaki (*foot care*) (Liang et al., 2012). Penelitian lainnya mengenai edukasi DCM (*Diabetes Conversation Map*) yang berfokus pada *self efficacy* menunjukkan adanya peningkatan pada *self efficacy* dan penurunan HbA1c (Qasim et al., 2020). Edukasi efektif yang juga berfokus pada *self efficacy* dapat meningkatkan kualitas hidup seperti pada penelitian di Turki yang melaporkan adanya peningkatan *self efficacy*, perawatan kaki (*foot care*),

pengetahuan perawatan kaki (*foot care*), status kesehatan, dan kualitas hidup (Toygar et al., 2020), sehingga edukasi yang efektif dapat memberikan banyak dampak positif kepada pasien LKD ataupun resiko, yaitu meningkatkan pengetahuan, *self efficacy*, perawatan kaki (*foot care*), kualitas hidup, menurunkan HbA1c dan insiden LKD maupun amputasi.

## **B. Rumusan Masalah**

LKD adalah komplikasi kronik yang bersifat kompleks. Pada pasien LKD, manajemen perawatan yang bersifat jangka panjang (Armstrong et al., 2017), dan memerlukan biaya yang tinggi dalam proses perawatan lukaserta komplikasinya, seperti infeksi dan amputasi (Tchero et al., 2018), menyebabkan meningkatnya angka morbiditas dan secara substansial dapat mengurangi kualitas hidup (Spanos et al., 2017), untuk itu dibutuhkan strategi penanganan mengurangi resiko terjadinya luka dan komplikasi LKD melalui edukasi dimana edukasi yang disajikan secara terstruktur, terorganisir, dan disampaikan berulang-ulang kepada pasien dan keluarga, dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan perawatan kaki (*foot care*) dan perilaku proteksi diri, serta meningkatkan motivasi dalam keterampilan dan kepatuhan (Schaper et al., 2019). Edukasi mengenai perawatan kaki (*foot care*) merupakan salah satu strategi terpenting dalam mencegah LKD (Chan, 2019) dan perubahan perilaku merupakan proses kompleks yang dipengaruhi oleh banyak faktor seperti pengetahuan, keyakinan, sikap, dan keterampilan, motivasi, dan dukungan sosial (Toygar et al., 2020), serta *self efficacy* adalah salah satu komponen utama dari pembentukan perilaku (Bandura, 1997a). Suatu penelitian di Malaysia melaporkan bahwa 58% dari 157 pasien memiliki pengetahuan yang rendah dan 61.8% memiliki praktik yang buruk dalam hal merawat kaki (Muhammad Lutfi et al., 2014). Penelitian lain di Irak memaparkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan praktik perawatan kaki (*foot care*), dimana 66.7% yang memiliki pengetahuan dan praktik yang rendah dan 48.8% yang memiliki pengetahuan dan praktik yang tinggi (Saber & Daoud, 2018). Selanjutnya, penelitian di Iran mengemukakan mayoritas pasien LKD memiliki pengetahuan yang buruk (84.8%) dan separuhnya memiliki praktik yang buruk dalam merawat kaki (49.6%) (Pourkazemi et al.,

2020).Oleh karena itu, dibutuhkan edukasi yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan dan praktik pasien LKD dan resiko.

Edukasi yang efektif harus didukung oleh mediadan metode yang menarik, durasi pemberian dan *follow up* pelaksanaannya. Suatu penelitian di China melaporkan adanya peningkatan pengetahuan dan perawatan kaki (*foot care*) setelah diberikan edukasi terstruktur dengan metode workshop, demonstrasi, dan latihan keterampilan tentang DM dan perawatan kaki (*foot care*)(Liang et al., 2012). Selanjutnya, penelitian lain di Chinayang juga melaporkan adanya peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan perawatan kaki (*foot care*) setelah diberikan edukasi DM yang berfokus pada *self efficacy* dengan metode demonstrasi dan kuliah dari 4 sumber informasi (pengalaman diri sendiri, pengalaman orang lain, persuasi verbal, dan informasi dari psikolog) (Jiang et al., 2019). Hal ini membuktikan bahwa edukasi yang efektif dapat meningkatkan pengetahuan, *self efficacy*, dan perawatan kaki (*foot care*).

Sudah banyak penelitian yang memaparkan edukasi yang efektif dapat meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*). Suatu penelitian memaparkan adanya peningkatan *self efficacy* dua kali lipat setelah diberikan pelatihan selama tiga bulan tentang edukasi manajemen DM dan perawatan kaki (*foot care*) dimana materi edukasi dibuat lebih menarik yang memasukkan unsur-unsur materi *self efficacy* dengan menggunakan metode kuliah, slide, video, dan praktek langsung (Bahador et al., 2017). Selanjutnya, penelitian yang lain pada pasien lansia di Malaysia juga melaporkan adanya peningkatan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) setelah diberikan edukasitentang perawatan kaki (*foot care*) yang berfokus pada prinsip-prinsip *self efficacy* dengan metode yang menarik dan media yang bervariasi (*file*, *slide*, lembar ceklist dan telepon, set peralatan kaki) (S. A. Sharoni et al., 2018). Dari beberapa penelitian yang telah dipaparkan, maka edukasi yang efektif baik dari segi materi, media, metode, durasi pemberia, *follow up* pelaksanaan, dan instrumen evaluasi yang digunakan dapat meningkatkan pengetahuan, *self efficacy*, dan membentuk perawatan kaki (*foot care*). Meskipun program edukasi secara signifikan meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*), namun dalam pelaksanaan pemberian edukasi bervariasi, antara lain ada materi perawatan kaki (*foot care*) yang

berdasarkan *self efficacy* Bandura (Phuong et al., 2019) dan ada yang hanya materi perawatan kaki (*foot care*) saja (Liang et al., 2012), ada yang menggunakan pamphlet (Fardazar et al., 2018) dan ada yang demonstrasi langsung (Toygar et al., 2020), ada yang memberikan edukasi selama tiga minggu (Seyyedrasooli et al., 2015) dan ada yang tiga bulan (Bahador et al., 2017), ada yang *follow up* empat minggu (S. A. Sharoni et al., 2018) dan ada yang dua tahun (Liang et al., 2012), serta ada yang menggunakan instrumen *Foot Care Self Efficacy* (Seyyedrasooli et al., 2015) dan ada yang mengukur dengan *Foot Care Confident Scale Self Efficacy* (Phuong et al., 2019) sehingga perlu dilakukan *scoping review* tentang komponen edukasi yang meliputi materi, media, metode, durasi pemberian edukasi, *follow up* pelaksanaannya, dan instrumen evaluasi yang digunakan. Berdasarkan hal tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Komponen edukasi (Materi, media, metode, durasi pemberian edukasi, *follow up* pelaksanaan, dan instrumen evaluasi) apa saja yang digunakan untuk meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pada pasien LKD dan resiko LKD.

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Untuk mengidentifikasi materi, media, metode, durasi pemberian, *follow up* pelaksanaan edukasi, dan instrumen evaluasi yang digunakan dalam upaya meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pada pasien LKD dan resiko LKD.
2. Untuk mengidentifikasi dampak positif lain dari pemberian edukasi.

### **D. Originalitas Penelitian**

Program edukasi merupakan strategi yang penting dalam pencegahan LKD (Chan, 2019), dimana dapat meningkatkan *self efficacy* dan membentuk perawatan kaki (*foot care*) (S. K. A. Sharoni, 2016). Ada beberapa penelitian mengenai efektivitas edukasiterhadap *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pada pasien dengan resiko dan LKD, antara lain penelitian di Malaysia tentang edukasi *self efficacy* dalam meningkatkan perawatan kaki (*foot care*) pada lansia dengan slide dan demonstrasi langsung (S. A. Sharoni et al., 2018), efek pelatihan tiga bulan terhadap *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) (Bahador et al., 2017), dan efek pelatihan *self efficacy* selama 3 minggu terhadap perawatan kaki (*foot*

*care*) dengan menggunakan instrumen *Foot Care Self Efficacy* (FCSE) (Seyyedrasooli et al., 2015). Selain itu, *systematic review* sebelumnya telah membahas tentang efektivitas edukasi terhadap *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) (Goodall, 2020), namun pada pelaksanaan pemberian edukasi masih bervariasi sehingga dibutuhkan suatu alternatif seperti *scoping review* yang bertujuan untuk mengidentifikasi dan memberikan gambaran tentang materi, media edukasi, metode edukasi, durasi pemberian edukasi, *follow up* pelaksanaan edukasi, dan instrumen evaluasi yang digunakan untuk meningkatkan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) pada pasien LKD dan resiko.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Edukasi Kesehatan**

##### 1. Definisi

Secara tradisional konsep pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang berfokus pada memungkinkan orang untuk merubah perilaku dan gaya hidup yang tidak sehat (Pueyo-Garrigues et al., 2019). Edukasi kesehatan merupakan intervensi yang dapat meningkatkan pengetahuan, keterampilan, penalaran, efektivitas, dan berbagai kemampuan individu, yang dapat digunakan untuk menghasilkan kesehatan (Zajacova & Lawrence, 2019). Pendidikan kesehatan berfokus pada mendapatkan partisipasi masyarakat dalam program untuk membawa perubahan (Nyswander, 2015). Selanjutnya, menurut *World Health Organisation* (WHO) pendidikan kesehatan ialah suatu proses yang memungkinkan seseorang atau masyarakat untuk meningkatkan kesehatan dengan cara mengubah perilaku mereka yang sesuai dengan kesehatan (Phillips, 2019).

##### 2. Materi, Media dan Metode Edukasi

Intervensi melalui media edukasi dapat digunakan sebagai suatu cara untuk menyampaikan pesan kesehatan dalam upaya pencegahan, dimana media memiliki potensi untuk mencapai dan memodifikasi pengetahuan, sikap dan perilaku (Chahhoud et al., 2017). Menurut Edgar Dale tahun 1946 mengemukakan tentang “Cone of Learning”, yaitu dalam suatu proses pembelajaran hanya 5% yang bisa ditangkap dengan kuliah, 10% dengan membaca, 20% dengan audio-visual, 30% dengan demonstrasi, 50 % dengan diskusi grup, 75% praktik langsung, dan 90% dengan mengajarkan kepada yang lain (Jackson, 2016). Adapun media-media edukasi, antara lain:

###### a) Media Visual

Media visual seperti leaflet/brosur/pamphlet, poster, *sticker*, *slide*, dll. Penelitian di India mengemukakan leaflet yang dikembangkan dengan kriteria yang mudah dibaca dan desain yang menarik dapat digunakan

sebagai media edukasi efektif pada pasien LKD (Sekhar et al., 2017). Penelitian lain menggunakan *sticker* di Kabupaten Bojonegoro yang melaporkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang nutrisi melalui media visual interaktif terhadap budaya pantang makan (tarak) pada pasien LKD (Imam & Huriah, 2019). *Systematic review* memaparkan bahwa media promosi kesehatan tradisional seperti leaflet dan poster masih berguna di era digital saat ini, terutama untuk orang dewasa, namun akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan media lain seperti video, interaksi telepon, game dan lain-lain (Barik et al., 2019).

b) Media Audio

Media audio seperti radio, musik, dll. Suatu penelitian di Surabaya mengemukakan adanya pengaruh perawatan luka modern yang dikombinasikan dengan mendengarkan musik klasik terhadap proses penyembuhan LKD (Farida et al., 2019). Penelitian lain di Samarinda menemukan adanya penurunan tingkat kecemasan, stres, dan depresi setelah mendengar musik kejien (terapi musik) (Lubis et al., 2016). Selanjutnya, penelitian di Padang mengemukakan adanya pengaruh terapi musik *flute* terhadap gula darah sewaktu, dimana terapi music mampu merelaksasi tubuh sehingga stress dan hormone kortisol berkurang sehingga gula darah menjadi turun (Suryati et al., 2021).

c) Media Audio-Visual

Media audio-visual seperti film, video, dll. Suatu penelitian memaparkan adanya peningkatan praktik perawatan kaki (*foot care*) pasien DM setelah menonton video (Kasanah & Umam, 2019). Penelitian lainnya mengemukakan adanya peningkatan pengetahuan setelah menonton video tentang perawatan kaki (*foot care*) pada pasien DM dan resiko LKD (Abrar et al., 2020). Selanjutnya penelitian lain melaporkan adanya peningkatan *self efficacy* pada pasien stoma setelah menonton digital *story telling* (Zainuddin et al., 2020).

Adapun metode-metode edukasi kesehatan, antara lain:

1) Metode edukasi individu/perorangan

Metode edukasi individu seperti *coaching*, wawancara, konseling, dll. Penelitian di Jakarta memaparkan pengalaman pasien DM dalam mencegah terjadinya luka dengan menjaga diet, perawatan kaki (*foot care*), dan pengobatan teratur yang diperoleh dari wawancara yang mendalam (Wulandari et al., 2019). Penelitian di Lampung Timur melaporkan adanya pengaruh konseling diet dengan dokter gizi yang dilakukan secara teratur dan berkesinambungan dapat mengubah perilaku pasien untuk diet yang pada akhirnya berpengaruh terhadap penurunan gula darah (Partika et al., 2018). Penelitian lainnya di Jember mengemukakan bahwa adanya pengaruh *coaching supporter* terhadap kepatuhan diet pasien DM, dimana *coaching* diharapkan mampu membina perubahan perilaku pasien yang sesuai dengan kesehatan (Asih & Asmuji, 2020).

2) Metode kelompok

Metode edukasi kelompok seperti kuliah, ceramah, tanya-jawab, diskusi kelompok, *role play*, simulasi, *demonstrasi*, dll. Penelitian di Posyandu Pinilih Gumpang melaporkan adanya peningkatan pengetahuan pada pasien lansia yang DM setelah diberikan edukasi melalui metode ceramah, tanya jawab, diskusi, dan demonstrasi (Okti Sri Purwanti, 2020). Penelitian lain di Turki memaparkan adanya peningkatan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) setelah diberikan edukasi melalui kuliah, tanya-jawab, demonstrasi, dan praktik (Emine & Enç, 2016). Selanjutnya, penelitian lain di Banjarbaru mengemukakan adanya peningkatan pengetahuan, *self efficacy*, dan perawatan kaki (*foot care*) setelah diberikan edukasi melalui praktik langsung dan kuliah (Mahdalena & Ningsih, 2016).

3. Durasi Edukasi

Salah satu strategi pencegahan LKD menurut IWGDF ialah memberikan edukasi secara terus menerus (Schaper et al., 2019). Edukasi yang dilakukan berulang dapat meningkatkan pengetahuan (Sadler et al., 2017), *self*

*efficacy* (Bahador et al., 2017), dan membentuk perawatan kaki (*foot care*) (S. K. A. Sharoni, 2016). Beberapa penelitian memaparkan pelaksanaan edukasi dengan durasi pemberian yang bervariasi, antara lain 2 minggu (Huda et al., 2021), 3 minggu (Fan et al., 2013; Seyyedrasooli et al., 2015), 4 minggu (S. A. Sharoni et al., 2017, 2018), 12 minggu (Bahador et al., 2017; Chan, 2019; Emine & Enç, 2016; Fardazar et al., 2018), 12-24 minggu (Liang et al., 2012), dan 24 minggu (Keller-senn et al., 2015).

#### 4. *Follow Up* pelaksanaan Edukasi

*Follow up* bertujuan untuk mengevaluasi efek jangka pendek ataupun jangka panjang dari intervensi edukasi (Sadler et al., 2017). Beberapa penelitian memaparkan pelaksanaan edukasi dengan waktu *follow up* yang bervariasi, antara lain 2 minggu (Huda et al., 2021), 4 minggu (Seyyedrasooli et al., 2015), 8 minggu (S. A. Sharoni et al., 2017, 2018) 12 minggu (Fan et al., 2013), 6 bulan (Phuong et al., 2019), 10 bulan (Toygar et al., 2020) 12 bulan (Keller-senn et al., 2015), 24 bulan (Liang et al., 2012)

## **B. Konsep *Self Efficacy***

### 1. Definisi

*Self efficacy* adalah sebuah konsep psikologis khusus pada manusia yang merupakan indikator kepercayaan diri seseorang dalam berperilaku (Bandura, 1997a). Sesuai dengan konteks keperawatan, *self efficacy* sering disebut sebagai kemampuan menjaga atau merawat diri dan manajemen diri (Eller et al., 2016). *Self efficacy* juga berhubungan erat dengan fungsi fisik, fungsi kesehatan mental, dan fungsi kualitas hidup, dimana semakin baik fungsi-fungsi yang terkait tersebut semakin sedikit gejala penyakit yang dapat mengganggu *self efficacy* yang ada dalam diri manusia, bahkan keyakinan, harapan positif serta kekuatan spiritual berkaitan erat dalam membantu meningkatkan *self efficacy* (Eller et al., 2016). *Self efficacy* merupakan kepercayaan seseorang atas kemampuannya dalam menguasai situasi dan menghasilkan sesuatu yang menguntungkan (Yao et al., 2019).

## 2. Jenis *Self Efficacy*

Secara garis besar *self efficacy* terbagi atas dua tipe, yaitu (Bandura, 1997a):

### a. *Self efficacy* tinggi

Seorang yang memiliki *self efficacy* tinggi lebih sering mengerjakan tugas tertentu sekalipun tugas tersebut adalah tugas yang sulit dan tidak memandang sebagai suatu ancaman yang harus dihindari.

### b. *Self efficacy* rendah

Seseorang yang merasa cemas terhadap kemampuannya atau *self efficacy* rendah akan menolak dan menghindari dari tugas yang sulit karena menganggap tugas tersebut sebagai ancaman karena mereka selalu memikirkan kekurangan, hambatan, dan hasil buruk yang akan dihadapi.

## 3. Sumber *Self Efficacy*

*Self efficacy* dapat dikembangkan dan diturunkan melalui satu atau kombinasi dari empat sumber berikut (Bandura, 1997a):

- a. *Mastery experience* merupakan sumber *self efficacy* yang berasal dari pengalaman tentang penguasaan, yaitu keberhasilan yang sudah dilakukan di masa lalu, biasanya kesuksesan kinerja akan membangkitkan ekspektasi terhadap kemampuan diri untuk berhasil, sedangkan kegagalan cenderung akan merendahkan.
- b. *Vicarious experience* merupakan sumber *self efficacy* yang diperoleh dengan mengamati orang lain yang mampu melakukan aktivitas atau sesuatu dalam situasi yang menekan tanpa mengalami akibat yang merugikan sehingga menumbuhkan keyakinan dan motivasi pada pengamat untuk mau berusaha dengan tekun.
- c. *Verbal Persuasion* merupakan sumber *self efficacy* juga dapat dikuatkan ataupun dilemahkan melalui persuasi sosial melalui sugesti atau bujukan agar mereka percaya bahwa mereka dapat mengatasi setiap masalah di masa yang akan datang, tetapi efek yang ditimbulkan ini lemah dan tidak bertahan lama, seperti jika individu mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan, dalam kondisi yang menekan, dan mengalami kegagalan terus menerus, pengharapan apapun yang berasal dari sugesti atau bujukan ini akan cepat hilang.

- d. *Emotional Arousal/Pshysiological Feedback* merupakan sumber *self efficacy* karena kondisi emosional mengalami tekanan, seperti stres dan kecemasan yang berlebihan biasanya akan melumpuhkan individu dan meningkatkan kembali *self efficacy* jika tidak mengalami gejolak yang berlebihan.

#### 4. Efek *Self Efficacy*

*Self efficacy* juga dapat menghasilkan efek yang beragam melalui proses kognitif, motivasi, afektif, dan seleksi (Bandura, 1997a):

- a. Proses kognitif yang dipengaruhi oleh *self efficacy* seperti mempengaruhi perilaku manusia dan penentuan tujuan yang diatur oleh pemikiran akan penilaian kemampuan diri sendiri untuk mewujudkan suatu tujuan yang ingin dicapai. Semakin kuat *self efficacy* yang dimiliki, semakin tinggi tujuan dan komitmen mereka.
- b. Proses motivasi dipengaruhi oleh *self efficacy* karena motivasi manusia dihasilkan secara kognitif. Orang-orang memotivasi diri mereka sendiri dan membimbing tindakan mereka secara antisipatif melalui latihan pemikiran sebelumnya. *Self efficacy* berkontribusi dalam motivasi dalam menentukan tujuan untuk diri mereka sendiri, berapa banyak usaha yang mereka lakukan, berapa lama mereka bertahan dalam menghadapi kesulitan dan ketahanan dalam menghadapi tantangan dan kegagalan.
- c. Proses afektif dipengaruhi oleh keyakinan akan kemampuan mengatasi stres dan depresi yang mereka alami termasuk situasi yang mengancam atau sulit dan tertekan. Orang-orang yang percaya bahwa mereka dapat mengendalikan ancaman, tidak akan mengganggu pola pikir mereka, sedangkan jika mereka tidak percaya bahwa mereka bisa mengatasi ancaman akan menimbulkan kegelisahan karena memikirkan kekurangan mereka dan melihat banyak aspek lingkungan mereka yang penuh dengan bahaya.
- d. Proses seleksi ini berpusat pada proses mengaktifkan *self efficacy* yang memungkinkan seseorang menciptakan lingkungan yang bermanfaat dan melakukan kontrol terhadap orang-orang yang mereka hadapi

sehari-hari. Kepercayaan atau keyakinan akan membentuk jalan hidup yang dibutuhkan dengan mempengaruhi jenis kegiatan dan lingkungan yang dipilih.

#### 5. Domain *Self Efficacy*

Domain self efficacy, sebagai berikut (Bandura, 1982; Irwan et al., 2016):

a. Motivasi yang berkelanjutan/terus-menerus (*Continued motivation*)

Sumber motivasi yang berbasis kognitif terbentuk melalui proses intervensi penetapan tujuan dan reaksi evaluasi diri. Bentuk motivasi diri ini melibatkan proses perbandingan internal dan membutuhkan standar pribadi untuk mengevaluasi kinerja. Motivasi diri paling baik diperoleh dan dipertahankan dengan mengadopsi *subgoal* yang dapat dicapai yang mengarah pada tujuan yang besar di masa depan sehingga motivasi ini dapat terus menerus berlangsung dan bertahan sampai tujuan utama tercapai.

b. Mengubah interpretasi negatif (*Altering negative interpretation*)

Cara meningkatkan *self efficacy* seseorang adalah dengan mengubah pendapat atau pandangan yang negative atau buruk menjadi menjadi positif atau baik, dengan cara memikirkan dan mendiskusikan hal-hal yang bermanfaat dari intervensi yang dilakukan.

c. Berbagi kesuksesan pengalaman (*Sharing successful experiences*)

Selain meningkatkan keyakinan orang akan kemampuan mereka, berbagi pengalaman-pengalaman yang membuat mereka sukses ataupun pengalaman mereka dalam mencapai proses kesuksesan dapat menghindari mereka berada dalam situasi yang cenderung sering gagal. Mereka akan mendorong individu untuk mengukur keberhasilan mereka dalam hal perbaikan diri dengan melihat pengalaman kesuksesan orang lain.

d. Memberikan Penguatan (*Providing reinforcement*)

Memberikan penguatan atau pujian/penghargaan terhadap apa yang telah dicapai oleh seseorang baik melalui verbal {kata-kata yang memotivasi/memberi semangat/*support*) maupun melalui non verbal (Tindakan positif seperti tepuk tangan ataupun sentuhan), sehingga

orang itu merasa dihargai dan termotivasi untuk terus menerapkan intervensi sampai tujuan utama tercapai.

e. Pengalaman tentang penguasaan (*Mastery experience*)

Keberhasilan membangun keyakinan yang kuat dalam *self efficacy* pribadi seseorang dengan melibatkan kognitif, perilaku, dan pengaturan diri untuk membuat dan memilih tindakan yang tepat untuk mengelola sikap hidup yang selalu berubah. Pengalaman penguasaan mandiri disediakan untuk memperkuat dan menggeneralisasi *self efficacy* untuk semakin meningkat.

6. Instrumen *Self Efficacy*

*Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES) merupakan instrumen yang lebih sering digunakan untuk mengukur *self efficacy* dalam hal manajemen diri, awalnya dikembangkan oleh Bijl (1999) diambil dari aktivitas perawatan diri (*self care activities*) pada populasi barat dalam mengelola manajemen diri mereka meliputi diet, gula darah, dan latihan fisik, dimana yang aslinya berisi 42 item menjadi 20 item setelah dikembangkan dan diuji validitas (*content validity* dan *construct validity*), serta reabilitasnya (*internal consistency* dan *test re-test reliability*) (Sangruangake et al., 2017). Beberapa penelitian menggunakan instrumen ini (Elgerges, 2020; Jiang et al., 2019; Qasim et al., 2020; Sadler et al., 2017; Wichit et al., 2016). Instrumen ini juga telah diuji validitas dan reabilitasnya dalam bahasa Indonesia (Kurnia, 2018). Selanjutnya, beberapa penelitian yang sering menggunakan instrumen penilaian *self efficacy* dalam hal perawatan kaki (*foot care*) ialah *Foot Care Confidence Scale* (FCCS) (Chan, 2019; Keller-senn et al., 2015; Mahdalena & Ningsih, 2016; Phuong et al., 2019), instrumen yang terdiri dari 12 item dan diadopsi dari Sloan (Wendling & Beadle, 2015). Instrumen FCCS juga sudah diadopsi dalam bahasa Indonesia (Mahdalena & Ningsih, 2016; Primanda et al., 2017).

Ada beberapa instrumen yang digunakan untuk menilai *self efficacy*, yaitu:

- a. *Diabetes Management Self Efficacy Scale* (DMSES), untuk menilai *self efficacy* manajemen diri, terdiri atas 20 item dan di Jiroft telah diuji validitas dan reliabilitas (Cronbach's  $\alpha = 0.84$ ) (Bahador et al., 2017).
  - b. *Foot Care Self Efficacy* (FCSE), merupakan modifikasi dari FCCS, di Malaysia instrumen terdiri atas 10 item dengan Cronbach's  $\alpha = 0.92$  (S. A. Sharoni et al., 2018). Di Iran, instrumen dikembangkan dari Corrbet (2003) yang terdiri dari 7 item dengan Cronbach's  $\alpha = 0.84$  (Seyyedrasooli et al., 2015). Di Canada, instrumen ini diadaptasi dari Corbett (2003) yang terdiri dari 9 item dengan Cronbach's  $\alpha = >0.7$  (Fan et al., 2013).
  - c. *Foot Care Confidence Scale/ Foot Care ConfidentScale Self Efficacy* (FCCS), terdiri dari 12 item (Keller-senn et al., 2015), di Vietnam juga terdiri dari 12 item dengan Cronbach's  $\alpha = 0.97$  dan CVI = 0.93 (Phuong et al., 2019), di Malaysia terdiri dari 10 item dengan Cronbach's  $\alpha = 0.92$  (S. A. Sharoni et al., 2017). Di China, instrumen diadaptasi dalam bahasa China dan diuji validitas (CVI 0.89) dan uji reliabilitas (Cronbach's  $\alpha = 0.84$ ) (Chan, 2019).
  - d. *Diabetic Foot Care Self Efficacy Scale* (DFCSES), dikembangkan oleh Quarles pada tahun 2005 dan terdiri atas 9 item, serta telah diuji validitas (Cronbach's  $\alpha = 0.86$ ) dan reliabilitas (*test re-test*  $\alpha = 0.94$ ) di Turki (Emine & Enç, 2016; Toygar et al., 2020).
7. Penelitian-penelitian tentang efek edukasi terhadap *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*)

Sudah banyak penelitian yang menilai *self efficacy* sebagai *outcome* dalam penelitian mereka, antara lain penelitian yang dilakukan di Malaysia untuk menilai efektivitas dari *self efficacy* terhadap perawatan kaki (*foot care*) pada pasien resiko LKD, setelah diberikan edukasi selama 12 minggu, hasilnya menunjukkan peningkatan terhadap pengetahuan dan *self efficacy* pasien lansia tersebut (S. A. Sharoni et al., 2018). Penelitian lain di Turki mengemukakan adanya peningkatan pengetahuan, *self efficacy* perawatan kaki (*foot care*) pada pasien resiko LKD, status kesehatan, dan kualitas

hidup setelah diberikan edukasi yang berfokus pada *self efficacy* (Toygar et al., 2020). Selanjutnya, penelitian mengenai pelatihan manajemen diri dan perawatan kaki (*foot care*) dengan LKD melaporkan setelah 3 bulan ada peningkatan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*)(Chan, 2019).

### **C. Konsep Perawatan kaki (*foot care*)**

#### 1. Definisi

Perawatan kaki (*foot care*) adalah salah satu strategi untuk mencegah LKD (Chan, 2019). Perilaku perawatan kaki merupakan suatu kemampuan, pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri untuk membuat keputusan sehari-hari dalam upaya merawat kaki sehingga hasil yang diharapkan dapat meningkatkan kesehatan (S. K. A. Sharoni, 2016). Perawatan kaki (*foot care*) merupakan salah satu strategi penting untuk mencegah komplikasi terjadinya LKD dan mengurangi perawatan di rumah sakit (Fardazar et al., 2018), ketika perawatan kaki (*foot care*) diberikan maka pengetahuan, *self-efficacy*, dan perilaku pasien akan meningkatkan dan menurunkan angka kejadian LKD serta amputasi ekstremitas bawah (Emine & Enç, 2016).

#### 2. Tahapan Perawatan kaki (*foot care*)

Beberapa penelitian yang memaparkan edukasi perawatan kaki (*foot care*), antara lain penelitian di Canada yang mengemukakan adanya peningkatan pengetahuan perawatan kaki (*foot care*), *self efficacy*, dan perilaku dalam merawat kaki setelah diberikan edukasi perawatan kaki (*foot care*) yaitu, kesadaran akan faktor risiko, pentingnya pemeriksaan kaki setiap tahun oleh seorang profesional perawatan kesehatan, perawatan diri setiap hari dan pemantauan kaki sendiri termasuk mencuci dan mengeringkan setiap hari, melembabkan kaki, memeriksa kaki, memijat kaki dan latihan kaki, memakai alas kaki, merawat kuku, dan kapan harus mencari bantuan dari seorang profesional perawatan kesehatan (Fan et al., 2013), penelitian di Turki memberikan edukasi perawatan kaki (*foot care*) berupa penilaian kaki, perawatan kulit kaki, pemotongan kuku dan perawatan, memodifikasi kegiatan sehari-hari, serta memilih kaus kaki dan sepatu yang tepat (Toygar et al., 2020), dan penelitiandi Iran melaporkan perawatan kaki (*foot care*)

yang diberikan berupa pemeriksaan harian kaki, mencuci kaki setiap hari dengan air dan sabun, mengeringkan kaki setelah mencuci, memotong kuku yang tepat, menggunakan sepatu dan kaus kaki yang sesuai, dan melakukan latihan kaki diabetes (Fardazar et al., 2018).

Adapun tahapan perawatan kaki (*foot care*), yaitu (Schaper et al., 2019):

a. Melakukan pemeriksaan kaki secara teratur setiap hari

Pemeriksaan kaki dilakukan untuk mengidentifikasi resiko terjadinya LKD berdasarkan resiko kaki IWGDF (resiko 1-3), dimana yang diperiksa pada kaki meliputi bagian dalam, sela-sela, permukaan kaki, warna kaki, suhu kaki, ada tidaknya lecet atau kalus, tanda-tanda *pre-ulcer*, bentuk kaki dan ada tidaknya deformitas pada tulang, kesemutan, dan mati rasa.

b. Mencuci dan mengeringkan kaki

Mencuci kaki dengan air dengan suhu dibawah 37 C dan tidak memakai air panas/hangat/pemanas untuk menghangatkan kaki dan sabun yang memiliki pH netral, serta menggeringkan kaki dan diantara sela-sela kaki.

c. Memotong dan memeriksa bentuk kuku

Memotong kuku dengan teknik lurus, tidak memotong bagian sisi atau pinggiran kuku.

d. Memakai *lotion*/pelembab pada kaki

menggunakan lotion/pelembab/minyak untuk melembabkan kulit yang kering, tetapi tidak bisa dioleskan diantara sela-sela kaki.

e. Memakai alas kaki

Memakai alas kaki (baik sandal maupun sepatu) yang sesuai dengan biomekanik bentuk kaki di dalam maupun diluar ruangan dan mencegah trauma pada kaki yang berpotensi terjadinya luka, serta selalu memeriksa bagian dalam sepatu dan kaos kaki tetap bersih. Pemilihan sepatu yang terstandar meliputi panjang bagian dalam sepatu harus 1 sampai 2 cm lebih panjang dari ukuran kaki mereka dan tidak boleh terlalu ketat atau terlalu longgar, lebar internal harus sama dengan lebar kaki pada sendi phalangeal metatarsal (atau bagian terluas dari kaki),

dan ketinggian harus memungkinkan ruang yang cukup untuk semua jari kaki. Mengevaluasi kecocokan sepatu sebaiknya dilakukan dalam posisi berdiri karena dapat melihat jika ada pembengkakan kaki. Suatu penelitian mengemukakan bahwa sepatu atletik yang teraupetik dan dibuat mengikuti protokol desain berbasis ilmiah, buatan tangan, serta meminimalkan tekanan plantar dalam sepatu, dinilai memiliki kenyamanan saat berjalan, cocok di kaki, penampilan, dan menahan berat badan, serta baik untuk mencegah terjadinya LKD pada kaki plantar (Zwaferink et al., 2020).

f. Mengganti kaos kaki setiap hari

Memakai kaus kaki / *stoking* tanpa jahitan (atau dengan jahitan di dalam ke luar) dan tidak memakai kaos kaki ketat atau setinggi lutut (*stoking* tekan hanya boleh digunakan setelah bekerja sama dengan tim perawatan kaki (*foot care*)).

g. Memeriksa material alas sepatu atau sandal

Material alas sepatu tidak boleh memberikan tekanan yang berlebihan pada kulit kaki dan sesuai dengan orthopedic yang memiliki efek menghilangkan tekanan plantar yang ditunjukkan selama berjalan. Suatu *systematic review* memaparkan sol *rocker* merupakan sol yang dibuat khusus dengan penambahan metatarsal dan tingkat kontak yang tinggi antarainsole dan kaki sehingga mengurangi tekanan plantar dan dapat mengurangi kejadian luka (S. Ahmed et al., 2020).

h. Melakukan latihan kaki

Penelitian di melaporkan adanya penurunan/pengecilan ukuran luka pada pasien DFU setelah melakukan latihan kaki secara teratur selama 12 minggu sehingga memberikan rekomendasi untuk melakukan latihan kaki dalam perawatan ketika mengelola pasien dengan LKD (Eraydin & Avsar, 2018).

3. Instrumen-instrumen perawatan kaki (*foot care*)

*Foot Self Care Behaviour* (FSCB) merupakan instrumen yang digunakan mengukur perilaku perawatan kaki yang terdiri dari 17 item dengan dua subskala yaitu *preventive foot self care* (9 item) dan *potentially foot –*

*damaging behavior* (8 item), dengan uji validitas dan reabilitas menggunakan *content validity* dan *internal consistency reliability* (Phuong et al., 2019). Beberapa penelitian lebih sering menggunakan instrumen ini (Emine & Enç, 2016; Fan et al., 2013; Phuong et al., 2019; S. A. Sharoni et al., 2018). Penelitian di Indonesia menggunakan dan mentranslasi *Nottingham Assessment of Functional Footcare* (NAFF) dalam bahasa Indonesia, serta melakukan uji validitas dan reliabilitas pada 21 responden (Cronbach's  $\alpha = 0.820$ ) (Huda et al., 2021).

Beberapa instrumen yang digunakan untuk menilai perawatan kaki (*foot care*), antara lain:

- a. *Diabetes Foot Care Scale*, instrumen yang dibuat oleh tim di China, terdiri atas 20 item dan telah uji validitas (Cronbach's  $\alpha = 0.83$ ) dan reliabilitas (*test re-test*  $r = 0.77-0.92$ ) (Liang et al., 2012).
- b. *Behaviour Foot Care*, diadopsi ke dalam bahasa Indonesia dan terdiri atas 12 item (Mahdalena & Ningsih, 2016).
- c. *Diabetes Foot Self-care Behaviour Scale* (DFSBS), di Jiroft dikembangkan oleh Chin YF yang terdiri dari 7 item dengan Cronbach's  $\alpha = 0.86$  (Bahador et al., 2017), di Malaysia terdiri dari 16 item yang diadopsi dari Borges dan telah diuji validitas (Cronbach's  $\alpha = 0.73$ ) dan reabilitas ( $r = 0.92$ ) (S. A. Sharoni et al., 2017).
- d. *Foot Self Care Behaviour Scale* (FSCB/FSCBS), merupakan modifikasi dari DFSBS yang terdiri atas 16 item (Borges) dengan nilai point 5 menggunakan skala Likert, di Malaysia telah diuji validitas (Cronbach's  $\alpha = 0.73$ ) dan reliabilitas (*test re-test*  $r = 0.92$ ), (S. A. Sharoni et al., 2018). Di Turki terdiri dari 15 item yang dikembangkan dari Borges dan telah diadaptasi dalam bahasa Turki dengan Cronbach's  $\alpha = 0.83$  (Emine & Enç, 2016). Di Canada, instrumen diadaptasi dari Fan (2006) yang terdiri dari 11 item dengan Cronbach's  $\alpha = 0.84$  (Fan et al., 2013). Di Vietnam terdiri dari 17 item dengan *content validity index* (CVI) 0.96 dan *internal consistency reliability* Cronbach's  $\alpha = 0.68$  (Phuong et al., 2019).

- e. *Diabetes care program of Nova Scotia Diabetes Foot Care Quissioner*, dikembangkan di Arab Saudi dari instrumen *Diabetes Foot Care* dan *Diabetic Foot Risk Assessment* (Makiling & Smart, 2020).
  - f. *Foot Care Practice*, terdiri dari 17 item dan telah diuji validitas (CVI 0.84) dan reliabilitas (Cronbach's  $\alpha = 0.82$ ) di Iran (Fardazar et al., 2018).
  - g. *Nottingham Assessment of Functional Footcare* (NAFF), telah ditranslasi dalam bahasa Indonesia yang terdiri dari 26 pertanyaan dengan Cronbach's  $\alpha = 0.820$  (Huda et al., 2021).
4. Pengetahuan pasien tentang perawatan kaki (*foot care*)

Beberapa penelitian memaparkan faktor pendukung perawatan kaki (*foot care*), seperti penelitian di Turki melaporkan 20.8% memiliki perawatan kaki (*foot care*) yang baik, 49.6% memiliki perawatan kaki (*foot care*) sedang, dan hanya 29.5% pasien memiliki perawatan kaki (*foot care*) yang buruk, dimana pasien yang baik dalam perawatan kaki (*foot care*) memiliki status pendidikan tinggi, tinggal di kota, pendapatan yang lebih tinggi, telah dilatih tentang perawatan kaki (*foot care*), dan lebih cenderung memiliki DM tipe I (Yılmaz Karadağ et al., 2019). Penelitian di Sudan memaparkan para peserta yang memiliki pengetahuan tentang perawatan kaki (*foot care*) yang baik adalah 46.7%, buruk 29.3%, dan moderat 24%, dikarenakan kesadaran dan praktik yang berkorelasi dengan baik, tingkat pendidikan yang lebih tinggi, dan pendapatan menengah (A. S. Ahmed et al., 2019). Selanjutnya, penelitian lain melaporkan bahwa dengan pengetahuan sedang lebih suka melakukan pemeriksaan kaki, mengeringkan kaki, memakai pelembab dengan krim dan minyak pada kaki, dan mengobservasi mycosis pada kuku kaki dibandingkan dengan yang berpengetahuan rendah (Batista et al., 2020).

Selain itu, ada beberapa penelitian yang membuktikan faktor penghambat perawatan kaki (*foot care*), seperti penelitian di Iran menunjukkan bahwa mayoritas peserta memiliki pengetahuan yang buruk (84.8%), dimana tingkat pengetahuan, tempat tinggal, status perkawinan, dan riwayat masuk karena kaki diabetes adalah prediktor skor pengetahuan

dan latihan (Pourkazemi et al., 2020). Penelitian di Arab melaporkan bahwa pengetahuan pasien mengenai perawatan kaki (*foot care*) dalam hal memotong kuku mendapatkan nilai paling rendah (30% pre-test), begitupun mengenai penggunaan alas kaki masih membutuhkan edukasi tambahan (Makiling & Smart, 2020). Penelitian lain di Tanzania mengemukakan kurangnya pengetahuan tentang perawatan kaki (*foot care*) disebabkan karena kurangnya penyedia layanan kesehatan, kekurangan staf, dan kepadatan klinik (sebagian besar klinik dijalankan sekali atau dua kali per minggu dengan kehadiran harian sekitar 50 pasien) (Chiwanga & Njelekela, 2015).

#### **D. Konsep Luka Kaki Diabetik (LKD)**

##### **1. Hubungan *Self Efficacy* dengan LKD**

LKD merupakan komplikasi mayor dan kompleks dikarenakan membutuhkan perawatan yang bersifat jangka panjang (Armstrong et al., 2017) dan biaya yang tinggi dalam proses perawatan luka, serta komplikasinya seperti infeksi dan amputasi (Tchero et al., 2018). Selain itu, pasien LKD memiliki pengetahuan dan praktik rendah seperti yang dipaparkan oleh penelitian di Malaysia yang melaporkan bahwa 58% dari 157 pasien memiliki pengetahuan yang rendah dan 61.8% memiliki praktik yang buruk dalam hal merawat kaki (Muhammad Lutfi et al., 2014). Selanjutnya, hasil penelitian lain memaparkan bahwa sebagian besar pasien LKD memiliki *self efficacy* pada kategori cukup dan kurang (Rias, 2016). Oleh karena itu, cara untuk meningkatkan *self efficacy* melalui pemberian edukasi, seperti pada penelitian di Jiroft yang melaporkan adanya peningkatan *self efficacy* setelah diberikan edukasi melalui pelatihan selama tiga bulan (Bahador et al., 2017).

Salah satu teori yang bisa diadopsi dalam mengevaluasi *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) diabetes adalah teori Bandura. Dalam teori Bandura, untuk meningkatkan *self efficacy* mengalami berbagai proses, yaitu 1) Proses kognitif, dimana mengalami peningkatan pengetahuan dan perubahan pola pikir untuk mewujudkan tujuan yang ingin dicapai, 2)

Proses motivasi, dimana dari pengetahuan yang dimiliki terbentuk motivasi untuk menentukan tujuan yang mempengaruhi harapan dan keyakinan tentang apa yang mereka bisa lakukan dan apa hasil dari kinerja mereka, 3) Proses afektif, dipengaruhi oleh keyakinan akan kemampuan mengatasi stres dan depresi yang dialami termasuk situasi yang mengancam atau sulit dan tertekan, dan 4) Proses seleksi, menciptakan lingkungan yang bermanfaat dan melakukan kontrol terhadap orang-orang yang mereka hadapi sehari-hari (Bandura, 1997c). *Self efficacy* merupakan salah satu faktor utama dalam mencapai perubahan perilaku (Seyyedrasooli et al., 2015).

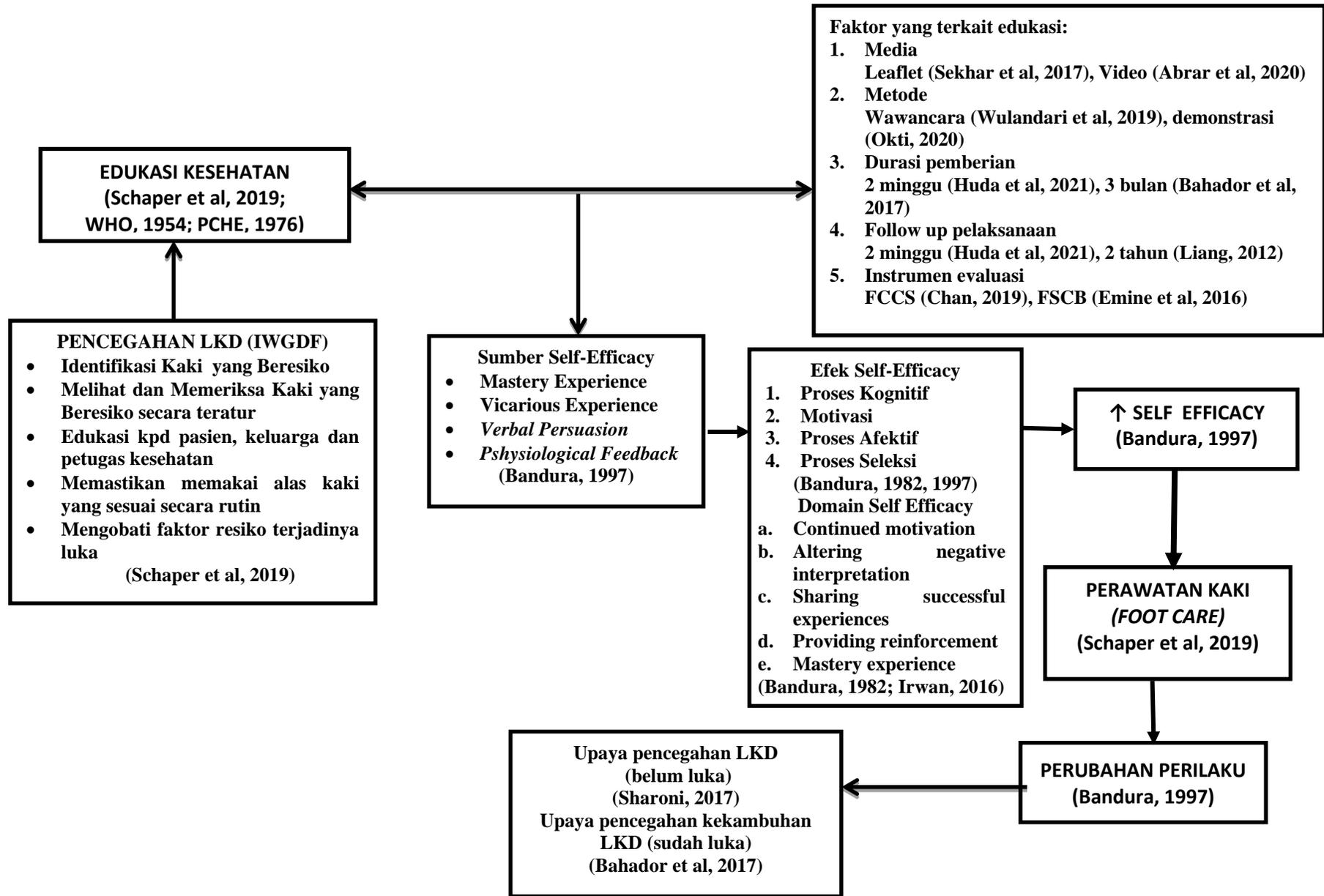
Selanjutnya, edukasi yang berfokus pada *self efficacy* memasukkan unsur-unsur dari sumber *self efficacy* seperti pada penelitian di Malaysia yang memasukkan sumber *vicarious experience* (pengalaman orang lain melalui berbagi pengalaman masing-masing) dan *verbal persuasion* (memberi semangat, nasehat, dan pedoman) sehingga hasil yang diperoleh adanya peningkatan *self efficacy* setelah pemberian edukasi 4 minggu dan *follow up* 8 minggu (S. A. Sharoni et al., 2018). Penelitian lain di Vietnam juga memasukkan unsur *vicarious experiences*, *verbal persuasion*, and *physiological states* di dalam edukasi yang diberikan sehingga terjadi peningkatan *self efficacy* dan perawatan kaki (*foot care*) (Phuong et al., 2019). Oleh karena itu, dampak *self efficacy* yang meningkat pada pasien resiko ialah meningkatkan pengetahuan, *self efficacy*, perawatan kaki (*foot care*), status kesehatan, dan kualitas hidup (Toygar et al., 2020).

## 2. Hambatan dalam *self efficacy*

Penelitian di Turki memaparkan hubungan antara *self efficacy* dengan depresi ialah korelasi negatif, dimana masalah psikologis seperti stress, kecemasan, dan depresi menyebabkan kontrol gula darah yang buruk (Kav et al., 2015), ditambah lagi dengan rasa sakit akibat luka, serta komplikasi yang menyebabkan amputasi dapat menurunkan kualitas hidup baik secara fisik dan mental pasien diabetes (Pedras et al., 2018), hasil penelitian di Yunani melaporkan pasien LKD yang berusia diatas 70 tahun lebih tinggi tingkat depresinya dibandingkan dengan yang berusia dibawah 50 tahun

(Polikandrioti et al., 2020). Hal ini sesuai dengan konsep teori Bandura mengenai sumber *self efficacy* dari *emotional arousal/psychological feedback*, dimana karena kondisi emosional mengalami tekanan, seperti stres dan kecemasan yang berlebihan biasanya akan melumpuhkan individu dan menurunkan *self efficacy* jika mengalami gejala yang berlebihan (Bandura, 1997a).

# Kerangka Teori



## E. Konsep *Scoping Review*

### 1. Definisi

*Scoping review* merupakan tinjauan yang digunakan untuk mengidentifikasi gap/kesenjangan pada pengetahuan, mengatur agenda penelitian, dan mengidentifikasi implikasi dalam pengambilan keputusan (Tricco et al., 2016). *Scoping review* juga digunakan untuk memetakan konsep-konsep yang mendukung area penelitian dan sumber utama serta jenis bukti yang tersedia (Arksey & Malley, 2007). Studi *scoping* atau *scoping review* juga bisa mewakili suatu pendekatan yang semakin populer dengan tujuan untuk meninjau bukti penelitian kesehatan (Moher et al., 2009).

### 2. Indikasi Penyusunan *Scoping review*

Sesuai dengan namanya, *scoping review* merupakan metode yang ideal untuk menentukan ruang lingkup atau cakupan literatur pada topik tertentu dan memberikan indikasi yang jelas tentang volume sastra dan studi yang tersedia serta gambaran umum (luas atau rinci) dari fokusnya, dimana dapat digunakan sebagai tinjauan pendahulu sebelum membuat *systematic review*, menguraikan sebuah konsep utama dalam literature, mengidentifikasi jenis bukti yang ada pada bidang tertentu, mengidentifikasi dan menganalisis adanya kesenjangan/*gap* ilmu pengetahuan, mengidentifikasi jenis bukti yang ada pada bidang tertentu, meninjau bagaimana penelitian dilakukan pada suatu bidang khusus, dan mengidentifikasi karakteristik utama atau faktor yang ada kaitannya dengan suatu konsep (Moher et al., 2009).

### 3. Kerangka Kerja *Scoping Review*

Penyusunan kerangka kerja sebuah *scoping review* pertama kali diusulkan oleh Arksey & O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005) kemudian pada tahun 2010 oleh Levac et al (Levac et al., 2010) mengembangkan lebih rinci pada setiap tahap peninjauan, kemudian akhirnya dikembangkan pedoman penyusunan *scoping review* menjadi panduan dalam (Kang et al., 2021), dengan tahapan sebagai berikut (Peters et al., 2020):

#### a. Menyesuaikan judul, tujuan dan pertanyaan penelitian

Judul harus memberikan informasi yang jelas dan sesuai indikasi cakupan tujuan topik, dan umumnya memiliki satu pertanyaan utama

dan sub-pertanyaan, serta pertanyaan penelitian yang sifatnya luas karena fokus pada perangkuman bukti yang luas, namun tujuan dan pertanyaan harus jelas agar mudah dalam pencarian literatur dan mengandung unsur PCC; *population*, *concept* dan *context*.

b. Menentukan kriteria inklusi

Kriteria inklusi harus didefinisikan dengan jelas sehingga membantu pembaca memahami dengan jelas apa yang disajikan peninjau dan bagi peninjau sebagai dasar acuan dalam memilih sumber-sumber yang sesuai dalam cakupan tinjauan, serta harus sesuai dengan judul, tujuan, dan pertanyaan penelitian.

1) Populasi/Peserta

Karakteristik populasi harus jelas seperti usia dan kriteria kualifikasi lainnya yang ada dalam tujuan dan pertanyaan penelitian, namun beberapa *scoping review* tidak menggunakan populasi oleh karena berfokus pada desain maupun metode penelitian bidang tertentu.

2) Konsep

Konsep dijelaskan sebagai panduan ruang lingkup dan sejauh mana jangkauan sebuah penelitian yang akan ditinjau, seperti intervensi, fenomena yang menarik, dan atau hasil yang sesuai dengan tujuan pemetaan.

3) Konteks

Unsur konteks terdiri dari berbagai jenis tergantung pada tujuan dan pertanyaan penelitian, dijelaskan secara rinci dan dapat mencakup ruang lingkup, namun tidak terbatas pada budaya tertentu, seperti letak geografis dan atau kepentingan umum, atau berdasarkan jenis kelamin tertentu, dapat juga mencakup tentang pengaturan tertentu (seperti perawatan akut, perawatan kesehatan primer atau komunitas).

4) Jenis sumber bukti

Jenis sumber yang dapat digunakan termasuk semua literatur yang tersedia, seperti penelitian utama, *systematic review*, meta-analisis, surat, pedoman, *website*, blog dan sumber lainnya.

c. Strategi Pencarian

Ada tiga langkah yang direkomendasikan dalam strategi pencarian, yaitu, langkah pertama adalah dengan pencarian terbatas pada dua *database online* yang sesuai dengan topik yaitu *MEDLINE (PubMed)* atau *Ovid* dan *CINAHL* dengan menggunakan kata kunci yang sesuai dalam judul, langkah kedua dengan menggunakan semua kata kunci yang diidentifikasi kemudian memasukkan pada *database online* yang digunakan, dan langkah ketiga dengan mengidentifikasi daftar referensi dari artikel yang telah diinklusi.

d. Pemilihan sumber bukti yang akan di inklusi

Pemilihan sumber baik pada pemilihan judul dan abstrak maupun *full-text* sebaiknya dilakukan minimal dua orang peninjau secara bebas, apabila ada ketidaksepakatan dapat diselesaikan dengan konsensus atau dengan keputusan peninjau ketiga, kemudian seleksi dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya dalam protokol tinjauan, dimana proses pencarian dinarasikan dalam bentuk deskripsi, disertai dengan diagram alur proses pencarian berdasarkan *PRISMA-ScR*, begitupun dengan perangkat lunak yang digunakan harus dijelaskan untuk pengelolaan hasil pencarian seperti *Covidence, Endnote, JBI Summari*.

e. Ekstraksi data

Proses ekstraksi data disebut sebagai pembuatan bagan data (*data chating*), dibuat dalam bentuk tabel atau bagan yang dilakukan untuk memberi ringkasan dan gambaran hasil yang sesuai dengan tujuan dan pertanyaan tinjauan pelingkupan, sebagai berikut:

- 1) Penulis
- 2) Tahun dipublikasi
- 3) Asal negara (tempat di mana dilakukan penelitian atau diterbitkan)
- 4) Tujuan penelitian
- 5) Populasi dan sampel dalam studi (jika ada)
- 6) Metodologi
- 7) Jenis intervensi (masukkan jika ada pembanding)

- 8) Hasil secara detail seperti bagaimana cara mengukur (jika ada)
- 9) Temuan utama yang terkait dengan pertanyaan *scoping review*

f. Analisa bukti yang diekstraksi

Dalam *scoping review* tidak dilakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang dirangkum karena hal ini lebih tepat digunakan dalam pelaksanaan *systematic review*. Dalam beberapa studi, penulis *scoping review* dapat mendeskripsikan hasil ekstraksi data dalam bentuk pemetaan dibandingkan analisis. Meskipun sebagian besar *scoping review* memerlukan konsep, populasi, karakteristik, atau bidang data lainnya, namun penulis *scoping review* dapat melakukan analisa bukti yang lebih mendalam, seperti analisa kualitatif yang biasanya bersifat deskriptif. Sebagian besar analisa data dalam tinjauan tergantung pada tujuan dan penilaian peninjau sendiri dan perlu dipertimbangkan terkait dalam menganalisa bukti penulis transparan dan eksplisit dalam pendekatan yang di ambil, termasuk pembenaran pendekatan mereka dan secara jelas melaporkan setiap analisa, serta sebanyak mungkin direncanakan dan ditetapkan secara apriori.

g. Presentasi hasil

Hasil dapat disajikan sebagai pemetaan data yang diekstraksi dari sumber dapat dalam bentuk diagram atau tabel, dan atau dalam format deskriptif yang sesuai dengan tujuan dan ruang lingkup tinjauan. Unsur kriteria inklusi PCC dapat berguna dalam memberikan panduan bagaimana data harus disajikan dengan tepat. Penyajian data dapat disajikan dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, dan disesuaikan dengan tujuan pertanyaan penelitian. Akhir dari tujuan pemetaan data adalah untuk mengidentifikasi, mengkarakterisasi dan merangkum bukti penelitian terkait suatu topik, termasuk dalam mengidentifikasi kesenjangan penelitian.

h. Rangkuman bukti

Tahapan merangkum bukti harus mencakup unsur kriteria inklusi yaitu PCC (*Population, Concept dan Context*), berhubungan dengan

tujuan penelitian, mencakup kesimpulan dan implikasi studi terhadap temuan dan praktik.

i. Kualitas Scoping Review

Sebuah *scoping review* membutuhkan panduan yang berisi poin-poin yang mengkritisi *studyscoping review* untuk menjamin kualitas. Menyusun panduan yang berisi 6 kriteria kunci penilaian kualitas sebuah *scoping review*. Kriteria-kriteria tersebut selanjutnya terdiri dari beberapa item *ceklis* (daftar terlampir). Secara keseluruhan, daftar periksa, nilai berkisar antara 12-20 poin yang mengindikasikan kepatuhan penulis dalam menyusun *scoping review* sesuai panduan. Kriteria dimana tinjauan dapat ditingkatkan.