

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEJADIAN
LUKA PADA PENDERITA DIABETES MELITUS DI
KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2020**

SKRIPSI



Ninda Cahyaningrum

NPM. 16.0603.0051

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2020**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEJADIAN
LUKA PADA PENDERITA DIABETES MELITUS DI
KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2020**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat meraih gelar
Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



Ninda Cahyaningrum

NPM. 1606030051

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEJADIAN
LUKA PADA PENDERITA DIABETES MELITUS
DI KABUPATEN MAGELANG
TAHUN 2020**

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Tim Penguji Skripsi
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang

Magelang, 28 Agustus 2020

Pembimbing I

Ns. Sodik Kamal, M.Sc

NIDN. 0610128001

Pembimbing II



Ns. Nurul Hidayah, S.Kep, MS

NIDN. 0609128502

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Ninda Cahyaningrum

NPM : 16.0603.0051

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kejadian Luka Pada Penderita Diabetes Melitus Di Kabupaten Magelang Tahun 2020

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang

DEWAN PENGUJI

Penguji I : Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep (.....)

Penguji II : Ns. Sodik Kamal, M.Sc (.....)

Penguji III : Ns. Nurul Hidayah, S.Kep, MS (.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 28 Agustus 2020

Mengetahui,

Dekan



Dr. Heni Setyowati E. R., S.Kp., M.Kes

NIDN. 0625127002

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko/sanksi yang berlaku.

Nama : Ninda Cahyaningrum
NPM : 16.0603.0051
Tanggal : 7 September 2020



Ninda Cahyaningrum

16.0603.0051

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ninda Cahyaningrum
NPM : 16.0603.0051
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas *Royalti Non-eksklusif (Non-Exclusive-Royalty-Fee Right)*** atas karya ilmiah saya yang berjudul: Pengaruh Lemon dan Jahe Merah Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi di Desa Pandasari Kajoran Tahun 2020. Dengan Hak Bebas *Royalti Non Ekslusive* ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Magelang
Pada tanggal : 7 September 2020
Yang menyatakan




Ninda Cahyaningrum
16.0603.0051

MOTTO

“Dan hanya kepada Tuhanmulah Hendaknya Kamu berharap”

(Qs.Ali ‘Imran: 159)

“Hidupku terlalu berat untuk mengendalikan diri sendiri tanpa melibatkan bantuan Tuhan dan orang lain”

(Peneliti)

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirabbil ‘alamin

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan taufik dan hidayahNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, atas motivasi dan doa dari orang-orang tersayang sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan baik. Peneliti persembahkan rasa syukur dan terima kasih kepada:

Kepada Allah S.W.T.

Alhamdulillahirobbil’alamiin, segala puji hanya untukMU Allah. Beribu rasa syukur, kenikmatan, keberkahan, dan kasih sayang telah Engkau curahkan kepada hambamu ini sehingga skripsi ini terselesaikan.

Kepada orang tua peneliti.

Dalam setiap langkah, peneliti berusaha mewujudkan harapan-harapan yang bapak dan ibu impikan. Meski belum semua terwujud insyaallah atas dukungan dan restu impian akan terjawab di masa penuh kehangatan nanti.

Kepada saudara sekandung dan kakak ipar.

“Hallo, adekmu satu-satunya ini akhirnya mau wisuda juga hehe...”
Alhamdulillah terima kasih segala do’a dan dukungannya.

Kepada seseorang yang di relung hati dan masih menjadi rahasia illahi.

Percayalah hanya satu namamu yang selalu kusebut-sebut dalam doaku, semoga keyakinan dan takdir ini terwujud. Insyaallah kita lekas bertemu atas ridho dan izin Allah S.W.T.

Kepada teman sejawat saudara seperjuangan S1 Keperawatan Angkatan 2016.

Tidak ada tempat terbaik untuk berkeluh kesah selain bersama sahabat-sahabat terbaik dan semoga kita semua sukses aamiin.

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,

Alhamdulillah *rabbil 'aalamiin*, segala puji dan rasa syukur senantiasa kami ucapkan kepada Allah *subhaanahu wa ta'ala* atas seluruh kenikmatan-Nya, yang dengan hal tersebut peneliti dapat menyelesaikan dengan lancar, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Luka pada Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang Tahun 2020”. Sholawat serta salam senantiasa peneliti curahkan kepada junjungan Nabi Agung Muhammad SAW yang telah memberikan cahaya terang bagi umat Islam dalam menjalani kehidupan di dunia maupun akhirat.

Skripsi ini dibuat sebagai persyaratan guna memperoleh gelar sarjana keperawatan di fakultas ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang. Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, arahan, dan dorongan serta doa dari berbagai pihak. Peneliti ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang sekaligus Penguji skripsi yang selalu memberikan motivasi dan masukan yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ns. Sigit Priyanto M.Kep, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Sodik Kamal, M.Sc selaku Pembimbing I yang dengan sabar meluangkan waktu untuk membimbing, memotivasi, dan memberi arahan dalam penyusunan skripsi.
5. Ns. Nurul Hidayah, MS, selaku Pembimbing II yang selalu memberikan motivasi dan masukan yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi ini.

6. Bapak, ibu dan saudara sekandung yang telah dengan tulus selalu memberikan dukungan, semangat, dan do'a yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi.
7. Teman-teman Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan angkatan tahun 2016 Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang selalu memberikan dukungan, motivasi dan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.
8. Semua pihak yang telah membantu peneliti dan tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT selalu memberikan balasan yang setimpal dengan kebaikan-kebaikan yang telah diberikan, aamiin.

“Tidak ada satupun karya yang sempurna”, begitu juga dengan skripsi ini. Oleh karena itu, seluruh kritik dan saran yang membangun dari pembimbing, penguji, dan pembaca pada umumnya akan sangat kami hargai. Penulis berharap, semoga skripsi ini dapat menjadi bagian dari sebuah karya yang dapat memberikan kontribusi yang luas ke dalam disiplin ilmu Keperawatan Medikal Bedah.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Magelang, 28 Agustus
2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	1
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
MOTTO.....	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
1.6 Keaslian Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Diabetes Melitus	8
2.2 Luka Diabetes Melitus	11
2.3 Dukungan Keluarga	18
2.4 Kerangka Teori	22
2.5 Hipotesis	22
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	23
3.1 Desain Penelitian	23
3.2 Kerangka Konsep.....	23
3.3 Definisi Operasional Penelitian	24
3.4 Populasi dan Sampel.....	25
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian.....	26

3.6 Instrumen dan Pengumpulan Data	27
3.7 Metode Pengumpulan Data.....	28
3.8 Metode Pengolahan Data dan Analisis Data.....	29
3.9 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas.....	31
3.10Etika Penelitian	32
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN	48
5.1 Simpulan	48
5.2 Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	50

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian	24
Tabel 3.2 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga	27
Tabel 3.3 Lembar Observasi Kejadian Luka DM	28

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	22
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	23

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tidak Menular (PTM) adalah penyebab kematian yang banyak terjadi di Indonesia, salah satunya penyakit Diabetes Melitus. Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang terjadi karena pankreas tidak dapat menghasilkan insulin atau penyakit kronis yang terjadi ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan (Widjaja et al., 2019). Hal tersebut meningkatkan konsentrasi glukosa dalam darah atau hiperglikemia menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013, kadar glukosa dalam darah berfluktuasi yang artinya naik turun sepanjang hari dan tergantung pada makan yang dikonsumsi atau aktivitas fisik seseorang. Penyakit DM dari tahun ke tahunnya terjadi peningkatan, sehingga masalah kesehatan yang serius baik di negara maju maupun di negara berkembang (Zamaa & Sainudin, 2019).

Prevalensi atau angka kejadian DM semakin bertambah setiap tahunnya. Prevalensi DM di dunia menurut *International Diabetes Federation* (IDF) pada tahun 2017 mencapai 424,9 juta jiwa dan diperkirakan akan mencapai 628,6 juta jiwa pada tahun 2045. Indonesia merupakan negara dengan penderita DM terbanyak ke enam di dunia dengan jumlah penderita DM mencapai 10,3 juta jiwa. Prevalensi atau angka kejadian DM terus mengalami kenaikan dengan jumlah 16,7 juta jiwa pada tahun 2045 (Permadani, 2017). Salah satunya provinsi Jawa Tengah dengan penderita DM mencapai 152.075 jiwa pada tahun 2019. Angka kejadian tersebut akan terus mengalami peningkatan karena berbagai hal mulai dari pola hidup, meningkatnya angka obesitas, hingga tingkat kesadaran kesehatan rendah. Penderita DM dianjurkan untuk melakukan pencegahan dan penyembuhan suatu penyakit karena dapat meningkatkan harapan hidup bagi penderita dan dapat mengurangi terjadinya resiko komplikasi (Suciana & Arifianto, 2019).

Penderita DM memiliki peningkatan resiko masalah kesehatan akibat komplikasi akut dan kronik. Tingkat glukosa darah yang tinggi secara konsisten dapat menyebabkan komplikasi vaskuler, retinopati diabetik, nefropati diabetik, neuropati diabetik, dan ulkus diabetik (Wardani, 2014). Luka Diabetes Melitus (DM) disebut ulkus diabetik adalah salah satu bentuk komplikasi kronik DM berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat atau luka neuropati (Rasyid et al., 2018). Kejadian luka DM tersering di kaki, prevalensi penderita ulkus kaki diabetik mencapai 15% dan merupakan penyebab paling besar untuk dilakukan perawatan di rumah sakit sebesar 80% pertahun. Hal tersebut disebabkan karena kadar gula darah tinggi dan penyumbatan pembuluh darah di tungkai sehingga penderita tidak merasakan adanya luka (Diputro, 2018).

Proses penyembuhan luka (*Wound Healing*) bagi setiap orang sama, tetapi hasil yang dicapai tergantung dari masing-masing individu. Proses penyembuhan luka penting bagi penderita untuk melakukan manajemen perawatan luka seperti mengontrol dan mengurangi faktor penyebab, memberikan *support system* dengan pemberian nutrisi adekuat, dan mempertahankan lokal fisiologis lingkungan (Wahyuni, 2016). Faktor permasalahan muncul pada kejadian luka DM karena aktivitas fisik, makanan yang dikonsumsi, lamanya menderita penyakit DM, sarana prasarana di lingkungan sekitar, kondisi sosial ekonomi, dan dukungan keluarga. Pemulihan penyakit DM yang menahun paling ditakuti dan mengesalkan bagi penderitanya ditinjau dari biaya yang tinggi untuk pengobatan (Hastuti, 2018).

Kementrian kesehatan melalui Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular telah mengembangkan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU PTM). Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan dalam kegiatan ini diharapkan penderita DM semakin berkurang. Perwujudan peran serta masyarakat kegiatan ini adalah deteksi dini, monitoring faktor risiko, dan tindak lanjutnya berupa konseling maupun penyuluhan. Kondisi kesehatan penderita DM yang semakin memburuk dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat

pertama. Bantuan dari pemerintah dengan menggunakan Kartu Indonesia Sehat (KIS) mampu meningkatkan angka harapan hidup bagi masyarakat. Positif dalam pertumbuhan ekonomi masyarakat baik jangka pendek maupun jangka panjang (Mahdur & Sulistiadi, 2020). Keikutsertaan anggota keluarga memandu pengobatan mempunyai pengaruh besar untuk penderita dalam memberikan dukungan bentuk peran aktif bagi keberhasilan penatalaksanaan penyakit DM (Rahmi et al., 2019)

Penelitian yang dilakukan oleh Aini Yusra (2011) dengan judul "Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2", bahwa penderita DM diperlukan pengontrolan terhadap metabolik yang dapat mempengaruhi gaya hidup pasien (dalam menggunakan terapi insulin dan obat antidiabetik oral), makanan, pengukuran gula darah, dan latihan. Hal ini dapat dicapai dengan partisipasi atau keterlibatan keluarga. Adanya pengalaman kesulitan bagi penderita, keluarga, dan komplikasi yang muncul pada saat penderita beradaptasi dengan semua perubahan yang terjadi akan berdampak negatif terhadap kualitas hidup. Namun faktor dari dukungan keluarga mampu mempertahankan metabolik kontrol yang mempengaruhi kualitas hidup penderita, hal tersebut dapat meningkatkan kualitas hidup sebesar 35 % setelah dukungan keluarga terpenuhi.

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang terikat oleh hubungan darah, perkawinan, maupun adopsi yang tinggal dalam satu rumah, jika tempat tinggal terpisah tetap saling memperhatikan. Keluarga memiliki peran yang sangat penting bagi penderita, perilaku pengelolaan penyakit DM yang baik perlu dilakukan dan dibutuhkan adanya peran serta dari keluarga untuk memberikan dukungan (Musdiaman, 2018). Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan yang diberikan berupa dukungan informasi, dukungan penilaian/penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan emosional (Nuraisyah et al., 2017).

Dukungan keluarga bukan sekedar memberikan bantuan, tetapi yang penting

adalah bagaimana persepsi penerima terhadap makna bantuan tersebut. Persepsi ini erat hubungannya dengan ketepatan dukungan yang diberikan, dalam arti seseorang yang menerima sangat merasakan manfaat bantuan bagi dirinya. Hal tersebut terjadi karena aktual dan memberikan kepuasan (Yusra, 2011). Penatalaksanaan yang komprehensif terhadap penderita DM diharapkan dapat mengatasi dan menghindari terjadinya komplikasi luka DM serta kualitas kesehatan yang baik dapat dicapai (Haas et al., 2014).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, diperoleh hasil bahwa pada tahun 2019 terdapat 6,483 orang menderita DM di Kabupaten Magelang. Data tersebut diperoleh dari beberapa Puskesmas di Kabupaten Magelang, urutan lima Puskesmas yang paling banyak terdapat penderita DM adalah Puskesmas Srumbung dengan 403 orang, Puskesmas Mertoyudan II dengan 426 orang, Puskesmas Secang I dengan 449 orang, Puskesmas Bandongan dengan 481 orang dan Puskesmas Secang II dengan 1,177 orang. Peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai kejadian luka pada penderita DM. Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka permasalahan yang hendak diangkat dalam penelitian tentang: “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kejadian Luka pada Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang Tahun 2020”

1.2 Rumusan Masalah

Dukungan keluarga memiliki peranan yang sangat besar bagi kesejahteraan psikologis pada penderita DM, karena kesehatan mempengaruhi dan dipengaruhi oleh sistem sosialnya. Adanya aspek dukungan keluarga yang kuat diharapkan penderita lebih teratur dalam pelaksanaan dan pengendalian penyakit DM. Hal tersebut berbanding terbalik dengan kenyataan yang terjadi, karena perencanaan pengelolaan DM kurang dibicarakan secara terapeutik antara penderita dan keluarganya. Permasalahan tersebut menyebabkan keluarga tidak menyadari pentingnya keikutsertaan dalam perawatan penyakit DM. Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan pertanyaan penelitian pada studi ini adalah “Apakah ada

hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita DM di Kabupaten Magelang tahun 2020.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan).
- b. Mengidentifikasi dukungan keluarga terhadap penderita DM di Kabupaten Magelang.
- c. Mengidentifikasi kejadian luka pada penderita DM di Kabupaten Magelang.
- d. Mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita DM di Kabupaten Magelang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi institusi pendidikan tentang hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita DM.

1.4.2 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi, wawasan, dan menjadi data dasar untuk penelitian selanjutnya, variabel lain yang berhubungan dengan hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita DM.

1.4.3 Bagi Responden

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi stimulus penderita DM dan keluarga untuk meningkatkan dukungan emosional, dukungan penilaian/penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informasi.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Subjek penelitian ini adalah penderita dengan kejadian luka DM. Tempat penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Magelang. Waktu penelitian ini berlangsung, mulai 19 November 2019 sampai dengan 28 Agustus 2020.

1.6 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Nama dan Tahun Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Romadhani Tri Purnomo, Supardi (2013)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Motivasi Klien Diabetes Melitus Untuk Melakukan Latihan Fisik Di Dinas Kesehatan Dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Klaten.	Metode <i>descriptive corelatif</i> dengan rancangan <i>cross sectional</i> . Jumlah sampel sebanyak 53 responden. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan motivasi klien diabetes melitus untuk melakukan latihan fisik dengan perhitungan uji korelasi <i>Rank Spearman</i> diperoleh nilai $r=0,600$ dan $p\text{ value }0,000$.	Variabel terikat pada penelitian tersebut melakukan Latihan Fisik. Teknik pengambilan sampel pada penelitian tersebut menggunakan <i>Accidental Sampling</i> . Variabel terikat pada penelitian ini Kejadian Luka pada Penderita DM.
2.	Akhmad, Rizani (2014)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Ketaatan Pola Makan Penderita Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Besar Banjarbaru.	Rencana penelitian dekriptif analitik, dengan pendekatan <i>cross sectional</i> . Teknik sampling yang digunakan adalah <i>Accidental Sampling</i> .	Pada penelitian ini dijelaskan bahwasanya ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ketaatan pola makan penderita DM di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Besar Banjarbaru.	Variabel bebas pada penelitian tersebut Dukungan Keluarga. Variabel terikat pada penelitian tersebut Ketaatan Pola Makan Penderita DM. Sedangkan, variabel terikat pada penelitian ini Kejadian Luka pada Penderita DM.

No	Nama dan Tahun Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil	Perbedaan
					Analisis ⁷ yang dengan menggunakan uji <i>Spearman</i> .
3.	Yolanda Septiane Usiska (2015).	Pengaruh Metode Rawat Luka Modern dengan Terapi Hiperbarik terhadap Proses Penyembuhan Luka Ulkus Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus di Jember <i>Wound Center</i> Rumah Sakit Paru Jember.	Desain penelitian ini adalah <i>pre experiment al design</i> dengan rancangan penelitian <i>one group pretest and post test design</i> , sampel penelitian saat ini adalah seluruh pasien DM dengan luka kaki diabetik (ganggen) yang sedang menjalani rawat inap di Jember <i>Wound Center</i> (JWC)	Hasil penelitian tersebut menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara sebelum dan sesudah dilakukan Metode Rawat Luka Modern dengan Terapi Hiperbarik pada proses penyembuhan luka ulkus diabetik.	Variabel bebas penelitian Pengaruh Metode Perawatan Luka Modern dengan Terapi Hiperbarik. Variabel terikat penelitian Proses Penyembuhan Luka Ulkus Diabetik pada Pasien DM. Rancangan penelitian <i>one group pretest and post test design</i> . Sedangkan, variabel bebas penelitian ini Hubungan Dukungan Keluarga. Variabel terikat penelitian Kejadian Luka pada Penderita DM. Rancangan penelitian ini <i>cross sectional</i> .

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Fatimah, 2015).

Diabetes Melitus disebut sebagai *the great imitator* (menyerupai penyakit lain) karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh, menimbulkan berbagai macam keluhan, dan gejala yang bervariasi. Penyakit DM jika tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan timbulnya komplikasi (Suyono, 2014).

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi DM dibagi menjadi 4 tipe menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2010), yaitu:

2.1.2.1 DM tipe 1

DM tipe 1 adanya sebuah kerusakan pada sel-sel beta yang ada di pankreas disebabkan oleh virus autoimun yang menyebabkan pankreas tidak mampu menghasilkan insulin. DM tipe 1 terjadi pada usia kurang dari 35 tahun sehingga disebut *baby* Diabetes Melitus.

2.1.2.2 DM tipe 2

DM tipe 2 merupakan kelainan pada heterogen dengan tanda-tanda adanya retensi insulin perifer, gangguan *Hepatic Glucose Production* (HGP), serta penurunan dari fungsi sel beta sehingga mengakibatkan kerusakan pada sel beta.

2.1.2.3 Gestational Diabetes Melitus (GDM)

Gestational adalah penyakit DM yang diderita oleh wanita hamil pada masa kandungan 6 bulan kehamilan. Penyakit ini sangat perlu dikendalikan dikarenakan beresiko terhadap kandungan dengan kelainan sejak lahir seperti berhubungan dengan jantung, cacat otot, dan berat badan bayi lahir lebih dari 4 kg atau disebut (*makrosomia*). Hal tersebut tidak hanya beresiko bagi bayi namun ibu hamil juga beresiko karena 20-25% dengan GDM dapat bertahan hidup.

2.1.2.4 *Diabetes Melitus karena penyakit lain*

DM tipe lain adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar gula darah akibat defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, dan endokrinopati.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala umum yang dirasakan oleh penderita DM menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) tahun 2011, antara lain:

2.1.3.1 *Polyuria (kencing banyak)*

DM ditandai adanya kadar gula darah yang tinggi di atas 160-180 mg/dl akan sampai ke urin. Glukosa yang sampai ke urin tersebut jika bertambah tinggi, akan memicu ginjal membuang air tambahan untuk mengencerkan glukosa tersebut. Sifat gula yang menarik air mengakibatkan *polyuria* atau kencing yang banyak.

2.1.3.2 *Polydipsia (banyak minum)*

Terkait dengan *polyuria* atau kencing yang banyak maka penderita DM menggantikan cairan yang keluar tersebut dengan banyak minum. Penderita DM menginginkan minuman yang segar dan dingin untuk menghindari dehidrasi. Penderita meyakini bahwa rasa haus disebabkan karena cuaca yang panas, namun keadaan seperti ini salah ditafsirkan.

2.1.3.3 *Polyphagia (banyak makan)*

Penderita DM mengalami kekurangan pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuhnya maka pembentukan energi dalam tubuh akan menurun sehingga penderita DM sering merasa lapar dan banyak makan.

2.1.4 Komplikasi

Komplikasi vaskuler DM menurut Wardani (2014), yaitu:

2.1.4.1 *Retinopati diabetik*

Retinopati diabetik proliferasi terjadi iskemia retina yang progresif yang merangsang neovaskularisasi yang menyebabkan kebocoran protein-protein serum dalam jumlah besar. Neovaskularisasi yang rapuh ini berproliferasi ke bagian dalam korpus vitreum yang bila tekanan meninggi saat berkontraksi, maka

terjadi perdarahan masif yang berakibat penurunan penglihatan mendadak. Hal tersebut pada penderita DM bisa menyebabkan kebutaan.

2.1.4.2 Nefropati diabetik

Nefropati diabetik atau disebut juga dengan penyakit ginjal diabetik, terjadi jika diabetes tipe 1 atau tipe 2 merusak pembuluh darah di organ ginjal. Hal ini dapat terjadi karena tingginya kadar gula dalam darah menyebabkan kondisi hipertensi, yang juga meningkatkan tekanan pada sistem penyaringan di ginjal. Penderita nefropati diabetik juga sering tanpa gejala pada awalnya. Penderita dapat mengalami beberapa tanda jika masuk ke fase yang lebih parah, seperti pembengkakan pada beberapa bagian tubuh (kaki, mata, dan tangan), mual, muntah, gatal terus menerus, sering buang air kecil, dan kehilangan nafsu makan.

2.1.4.3 Neuropati diabetik

Neuropati diabetik merupakan komplikasi DM yang paling umum terjadi. Komplikasi ini menyebabkan kerusakan pada saraf sekujur tubuh dan terjadi di area kaki. Ada beberapa jenis neuropati diabetik salah satunya neuropati perifer. Pada jenis ini, neuropati diabetik mempengaruhi kaki di tahap awal, yang kemudian menjalar ke tangan dan lengan. Beberapa gejala yang dialami penderita neuropati diabetik yakni mati rasa, kesemutan, kehilangan refleks di kaki, dan kemampuan koordinasi tubuh.

2.1.4.4 Ulkus diabetik

Ulkus diabetik merupakan salah satu bentuk komplikasi kronik DM berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat. Luka yang terjadi pada kaki penderita DM, dimana terdapat kelainan tungkai kaki bawah akibat penyakit DM yang tidak terkontrol. Kelainan kaki DM dapat disebabkan adanya gangguan pembuluh darah, gangguan persyarafan dan adanya infeksi.

2.1.5 Faktor Resiko

Faktor resiko DM menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) tahun 2011, yaitu:

2.1.5.1 *Faktor keturunan (genetik)*

DM dapat diturunkan dari keluarga yang mengidap penyakit DM, karena gen yang mengakibatkan tubuh tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik.

2.1.5.2 *Faktor usia*

Penderita DM mengalami perubahan fisiologi yang secara cepat setelah usia 30 tahun ke atas dan pada mereka yang berat badannya berlebihan sehingga tubuhnya tidak peka terhadap insulin.

2.1.5.3 *Faktor gaya hidup stres*

Stres kronis cenderung membuat seseorang mengkonsumsi makanan cepat saji, kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stres meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas sehingga berdampak pada penurunan insulin.

2.1.5.4 *Faktor pola makan*

Penderita DM terjadi obesitas (gemuk berlebihan) yang dapat mengakibatkan gangguan kerja insulin (resistensi insulin). Obesitas bukan karena makanan yang manis atau kaya lemak, tetapi disebabkan karena konsumsi yang terlalu banyak disimpan dalam tubuh dan berlebihan.

2.2 Luka Diabetes Melitus

2.2.1 Definisi

Luka Diabetes Melitus (DM) disebut ulkus diabetik adalah salah satu bentuk komplikasi kronik DM berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat atau luka neuropati (Permadani, 2017).

Luka Diabetes Melitus (DM) merupakan luka terbuka pada permukaan kulit akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah. Penyumbatan tersebut terjadi

di tungkai dan neuropati perifer akibat kadar gula darah yang tinggi, sehingga penderita tidak merasakan adanya luka (Kurniawan et al., 2015).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Luka

2.2.2.1 *Faktor dukungan keluarga*

Keluarga merupakan bagian terpenting bagi semua orang, begitu pula bagi penderita DM yang merasakan masa sulit. Hal tersebut sangat membutuhkan bantuan dari orang sekitar terutama keluarga, dengan menceritakan kondisinya maka akan berpengaruh dalam menumbuhkan kepatuhan pasien untuk menjalankan program dan pengobatan. Pernyataan tersebut membuktikan bahwa orang terdekat atau keluarga mempunyai peranan yang sangat penting untuk melakukan upaya pencegahan komplikasi DM (Melisaenni, 2019).

2.2.2.2 *Faktor status sosial ekonomi*

Status sosial ekonomi yang baik dinilai dari pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan terkait dengan berbagai masalah kesehatan. Status sosial ekonomi yang rendah mempengaruhi tingkat kematian yang tinggi. Hal ini dikarenakan keluarga berpenghasilan rendah fokus pada pemenuhan kebutuhan yang mendesak dan tidak memperhatikan penyakitnya. Keluarga dengan pendapatan tinggi rela mengeluarkan banyak uang demi kepentingan kesehatannya dan kepentingan yang mendesak lainnya (Fatimah, 2015).

2.2.2.3 *Faktor lamanya sakit*

Durasi dari penyakit DM menjadi salah satu faktor penyebab selain usia dan jenis kelamin. Semakin lama seseorang menderita DM maka resiko meningkatnya berbagai macam komplikasi penyakit dan gangguan kesehatan. Lamanya menderita penyakit DM menunjukkan berapa lama penderita tersebut didiagnosa. Faktor utama pencetus komplikasi pada DM selain lama menderita adalah tingkat keparahan, apabila diimbangi dengan pola hidup sehat dapat menciptakan kualitas hidup yang lebih baik, sehingga mencegah atau menunda komplikasi jangka panjang (Roifah, 2017).

2.2.2.4 Faktor aktivitas fisik

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis yang diperkirakan menyebabkan kematian secara global. Kurangnya aktivitas cenderung menyebabkan resistensi terhadap insulin dan pradiabetes hal ini berkembang menjadi DM (Teixeira et al., 2011).

2.2.2.5 Faktor program pengelolaan penyakit kronis

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) telah menerapkan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) sejak tahun 2014. Program ini berawal dari *Disease Management Program* (DMP) yang telah dilaksanakan di Eropa dan Amerika. *Disease Management Program* merupakan suatu sistem yang memadukan antara penatalaksanaan pelayanan kesehatan dan komunikasi bagi sekelompok peserta dengan kondisi penyakit tertentu yang jumlahnya cukup bermakna melalui upaya-upaya penanganan penyakit secara mandiri (Kemenkes RI, 2016).

2.2.2.6 Faktor Pola Makan

Penderita DM cenderung memiliki kandungan gula darah yang tidak terkontrol. Kadar gula darah akan meningkat drastis setelah mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung karbohidrat dan gula. Penderita DM perlu menjaga pola makan yang sesuai dengan anjuran, hal ini dilakukan untuk mengendalikan kadar gula darah sehingga tetap terkontrol (Fatimah, 2015).

2.2.3 Klasifikasi Luka

Klasifikasi luka menurut Rasyid et al. (2018), yaitu:

2.2.3.1 Berdasarkan kedalaman jaringan

- a. *Partial Thickness* adalah luka mengenai lapisan epidermis dan dermis.
- b. *Full Thickness* adalah luka mengenai lapisan epidermis, dermis, jaringan subkutan dan termasuk dapat mengenai otot, tendon, dan tulang.

2.2.3.2 *Berdasarkan waktu dan lamanya*

a. Akut

Luka baru terjadi mendadak dan penyembuhannya sesuai dengan waktu yang diperkirakan. Luka akut merupakan luka trauma yang mendapat penanganan segera dan dapat sembuh dengan baik bila tidak terjadi komplikasi.

b. Kronik

Luka yang berlangsung lama atau timbul kembali (rekuren), terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang disebabkan oleh masalah multifaktor pada penderita. Luka kronik merupakan luka gagal sembuh pada waktu yang diperkirakan, tidak berespon baik terhadap terapi dan mempunyai tendensi untuk timbul kembali.

2.2.4 **Proses Terjadinya Luka Diabetes Melitus**

Luka DM terjadi karena kurangnya kontrol kadar gula selama bertahun-tahun yang dapat memicu terjadinya kerusakan syaraf atau masalah sirkulasi yang serius. Hal tersebut dapat menimbulkan efek pembentukan luka DM. Ada 2 tipe penyebab ulkus diabetes menurut Singh (2013), yaitu:

2.2.4.1 *Neuropati*

Neuropati diabetik merupakan kelainan urat syaraf akibat DM karena kadar gula dalam darah yang tinggi, dapat merusak urat syaraf dan menyebabkan hilang atau menurunnya rasa nyeri. Penderita mengalami trauma kadang-kadang tidak terasa. Gejala neuropati meliputi kesemutan, rasa panas, rasa tebal di telapak kaki, kram, dan badan sakit terutama malam hari.

2.2.4.2 *Angiopati*

Angiopati diabetik adalah penyempitan pembuluh darah pada penderita DM. Apabila sumbatan terjadi di pembuluh darah perifer, hal ini terjadi pada tungkai bawah terutama kaki, akibat perfusi jaringan bagian distal dari tungkai menjadi berkurang kemudian timbul ulkus diabetik. Angiopati menyebabkan asupan nutrisi, oksigen, dan antibiotik terganggu sehingga menyebabkan sulit sembuh.

2.2.5 Sistem Derajat Luka DM (*Grade Wagner*)

Luka DM terdiri 6 tingkatan menurut Singh (2013), yaitu:

- a. Derajat 0 = Tidak ada lesi yang terbuka, bisa terdapat *deformitas* atau *selulitis* (dengan kata lain: kulit utuh, tetapi ada kelainan bentuk akibat neuropati).
- b. Derajat 1 = Luka *superficial* terbatas pada kulit.
- c. Derajat 2 = Luka dalam sampai menembus tendon, atau tulang
- d. Derajat 3 = Luka dalam dengan abses, osteomielitis atau sepsis persendian
- e. Derajat 4 = Gangren setempat, di telapak kaki atau tumit (dengan kata lain: gangren jari kaki atau tanpa selulitis)
- f. Derajat 5= Gangren pada seluruh kaki atau sebagian tungkai bawah.

2.2.6 Fase Penyembuhan Luka (*Wound Healing*)

Proses penyembuhan luka dibagi menjadi 3 fase menurut Rasyid et al. (2018), yaitu:

2.2.6.1 *Fase inflamasi*

Fase ini merupakan awal proses penyembuhan luka sampai hari kelima. Proses peradangan akut terjadi dalam 24-48 jam pertama setelah cedera. Proses epitalisasi mulai terbentuk pada fase ini setelah beberapa jam terjadi luka. Proses terjadinya reproduksi dan migrasi sel dari tepi luka menuju ke tengah luka. Fase ini mengalami konstriksi dan retraksi disertai reaksi hemostasis yang melepaskan dan mengaktifkan sitokin yang berperan untuk terjadinya kemotaksis neutrofil, makrofag, mast sel, sel endotel, dan *fibroblast*. Terjadinya vasodilatasi, akumulasi leukosit, dan mengeluarkan mediator inflamasi *Transforming Growth Factor* (TGF) Beta 1 akan mengaktifasi fibroblast untuk sintesis kolagen.

2.2.6.2 *Fase proliferasi*

Fase ini mengikuti fase inflamasi dan berlangsung selama 2-3 minggu. Fase ini terjadi neoangiogenesis membentuk kapiler baru dan disebut menonjol perannya. Fibroblast mengalami proliferasi dan berfungsi dengan bantuan vitamin B dan vitamin C serta oksigen dalam mensintesis kolagen. Serat kolagen kekuatan untuk bertautnya tepi luka. Fase ini mulai terjadi granulasi, kontraksi luka dan epitelisasi.

2.2.6.3 *Fase remodelling atau maturasi*

Fase ini merupakan fase yang terakhir dan terpanjang pada proses penyembuhan luka. Terjadinya proses *remodelling* kolagen, kontraksi luka, dan pematangan parut merupakan proses yang dinamis. Fase ini berlangsung mulai 3 minggu sampai 2 tahun. Akhir dari penyembuhan ini didapatkan parut luka yang matang dan mempunyai kekuatan 80% dari kulit normal.

2.2.7 **Faktor Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka**

Faktor mempengaruhi penyembuhan luka menurut Ekaputra (2013), yaitu:

2.2.7.1 *Faktor umum*

a. Perfusi dan oksigenasi jaringan

Proses penyembuhan luka tergantung suplai oksigen. Oksigen merupakan kritikal untuk leukosit menghancurkan bakteri dan untuk *fibroblast* dalam menstimulasi sintesis kolagen. Kekurangan oksigen dapat menghambat aktivitas *fagositosis*. Keadaan anemia di mana terjadi penurunan oksigen jaringan maka akan menghambat proses penyembuhan luka.

b. Status nutrisi

Kebutuhan protein dan kalori pada penderita dengan luka besar cenderung lebih tinggi daripada kebutuhan orang sehat. Defisiensi protein tidak hanya dapat memperlambat penyembuhan luka, tetapi dapat mengakibatkan luka tersebut sembuh dengan kekuatan regangan yang menyusut, sintesa kolagen mengalami gangguan apabila terdapat defisiensi vitamin A dan C.

c. Stres fisik dan psikologis

Stres, cemas, dan depresi telah dibuktikan dapat mengurangi efisiensi dari sistem imun sehingga dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Suatu sikap positif untuk memberikan penyembuhan oleh tiap pasien dan perawat dapat mempengaruhi dalam meningkatkan penyembuhan luka.

d. Gangguan sensasi atau gerakan

Gangguan aliran darah yang disebabkan oleh tekanan dan gesekan benda asing pada pembuluh darah kapiler dapat menyebabkan jaringan mati pada tingkat lokal. Gerakan atau mobilisasi diperlukan untuk membantu sistem sirkulasi, khususnya pembuluh darah balik (vena) pada ekstremitas bawah.

2.2.7.2 *Faktor lokal*

a. Praktek manajemen luka

Penanganan luka yang tidak sesuai dapat mempengaruhi penyembuhan dan pencegahan. Penyembuhan luka harus dipahami sebagai kebutuhan dari proses penyembuhan tersebut. Luka harus dilakukan dalam sebuah metode dengan mempertimbangkan suatu keadaan dari jaringan luka tersebut. Karakteristik luka, individu, dan kebersihan lingkungan harus optimal untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi silang.

b. Hidrasi luka

Penanganan luka secara tradisional didukung dengan keadaan lingkungan luka yang kering, karena berdasarkan keyakinan bahwa luka kering akan mencegah infeksi. Keadaan luka kering akan menghambat migrasi sel epitel. Sebuah luka dengan lingkungan yang lembab membantu pertumbuhan sel untuk mempertahankan dasar luka yang baik dan membantu proses migrasi permukaan luka. Sebuah lingkungan yang lembab akan membantu *autolitik debridement*. Nyeri pada luka berkurang jika persyarafan tetap dalam keadaan lembab.

c. Temperatur luka

Efek temperatur penyembuhan luka konstan yaitu 37 ° C mempunyai dampak yang signifikan dengan peningkatan pada aktivitas mitosis pada luka. Hal tersebut jika penyembuhan ingin ditingkatkan, maka temperatur luka harus dipertahankan.

d. Tekanan dan gesekan

Kapiler merupakan sel yang sangat tipis. Penekanan arteri dan kapiler dengan tekanan 30 mmHg dengan penekanan terus-menerus, dapat menurunkan aliran ke akhir venous. Penyumbatan pembuluh darah terjadi, hipoksia jaringan dan menyebabkan kematian. Tekanan, gesekan, dan *shearing* merupakan akibat dari aktivitas atau tanpa aktivitas, retraksi kantong atau pakaian, abrasi atau tekanan dari *dressing* luka.

e. Adanya benda asing

Beberapa benda asing pada luka dapat menghambat penyembuhan. Benda asing yang ditemukan diluka adalah debris luka, jahitan, lingkungan *debris* (misalnya

kotoran, rambut dan *glass*), *debris* produk *dressing* (misalnya benang, dan serat kasa), infeksi. Pembersihan luka secara hati-hati, dan cairan yang digunakan untuk membersihkan harus non toksis.

f. Luka infeksi

Luka terkontaminasi, tetapi tidak mengakibatkan terjadinya sepsis. Adanya bakteri sebagian satu flora dari kulit secara sehat individu hidup dalam harmoni dengan jumlah besar bakteri. Flora kulit kering rata-rata 10 sampai 1000 bakteri per gram tiap jaringan dengan mengalami peningkatan dramatis dalam bakteri jaringan lembab, *saliva* atau *feses*. Tempat flora kulit berkoloni dengan luka menempati seluruh permukaan kulit. Luka dikatakan infeksi jika adanya tingkat pertumbuhan bakteri 100.000 organisme per gram dari jaringan. Infeksi pada luka menghasilkan jaringan kurang sehat atau devital. Luka infeksi menyebabkan infeksi sistemik, tidak berdampak proses penyembuhan tetapi kondisi pengobatan.

2.3 Dukungan Keluarga

2.3.1 Definisi

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Musdianan, 2018).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan yang diberikan berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional (Friedman, 2013).

2.3.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2013), antara lain:

2.3.1.1 Fungsi afektif

Fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

2.3.1.2 Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi

Fungsi mengembangkan dan proses interaksi dalam keluarga. sosialisasi dimulai sejak lahir dan keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi.

2.3.2.3 Fungsi reproduksi

Fungsi keluarga untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

2.3.2.4 Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tepat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2.3.2.5 Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Fungsi keluarga untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga supaya tetap memiliki produktivitas tinggi, serta merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

2.3.3 Jenis Dukungan Keluarga

Jenis dukungan keluarga menurut Friedman (2013), yaitu:

2.3.3.1 Dukungan informasi

Keluarga berfungsi sebagai kolektor informasi tentang dunia yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk, dan pemberian informasi.

2.3.3.2 Dukungan penilaian/penghargaan

Keluarga bertindak sebagai bimbingan umpan balik, membimbing, dan menengahi masalah serta sebagai sumber validator identitas anggota keluarga, di

antaranya adalah memberikan *support* (dukungan), pengakuan, penghargaan, dan perhatian.

2.3.3.3 Dukungan instrumental (Perawatan dan terapi)

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit di antaranya adalah bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga, dan sarana.

2.3.3.4 Dukungan emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, dan mendengarkan serta didengarkan.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga menurut Susanti & Sulistyarini tahun (2013), yaitu:

2.3.4.1 Faktor internal

a. Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang tentang adanya dukungan keluarga yang terdiri dari pendidikan, pengetahuan, dan pengalaman masa lalu. Seseorang akan mendapat dukungan keluarga untuk menjaga kesehatannya sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

b. Emosi

Emosi merupakan respon stres yang dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap dukungan keluarga. Emosi akan mempengaruhi coping seseorang, sehingga seseorang yang mempunyai coping maladaptif maka merasa dirinya tidak mempunyai dukungan keluarga.

c. Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dilaksanakan oleh keluarga yang berpengaruh terhadap dukungan keluarga. Semakin tinggi nilai spiritual yang dimiliki semakin besar dukungan keluarga yang diberikan.

2.3.4.2 Faktor eksternal

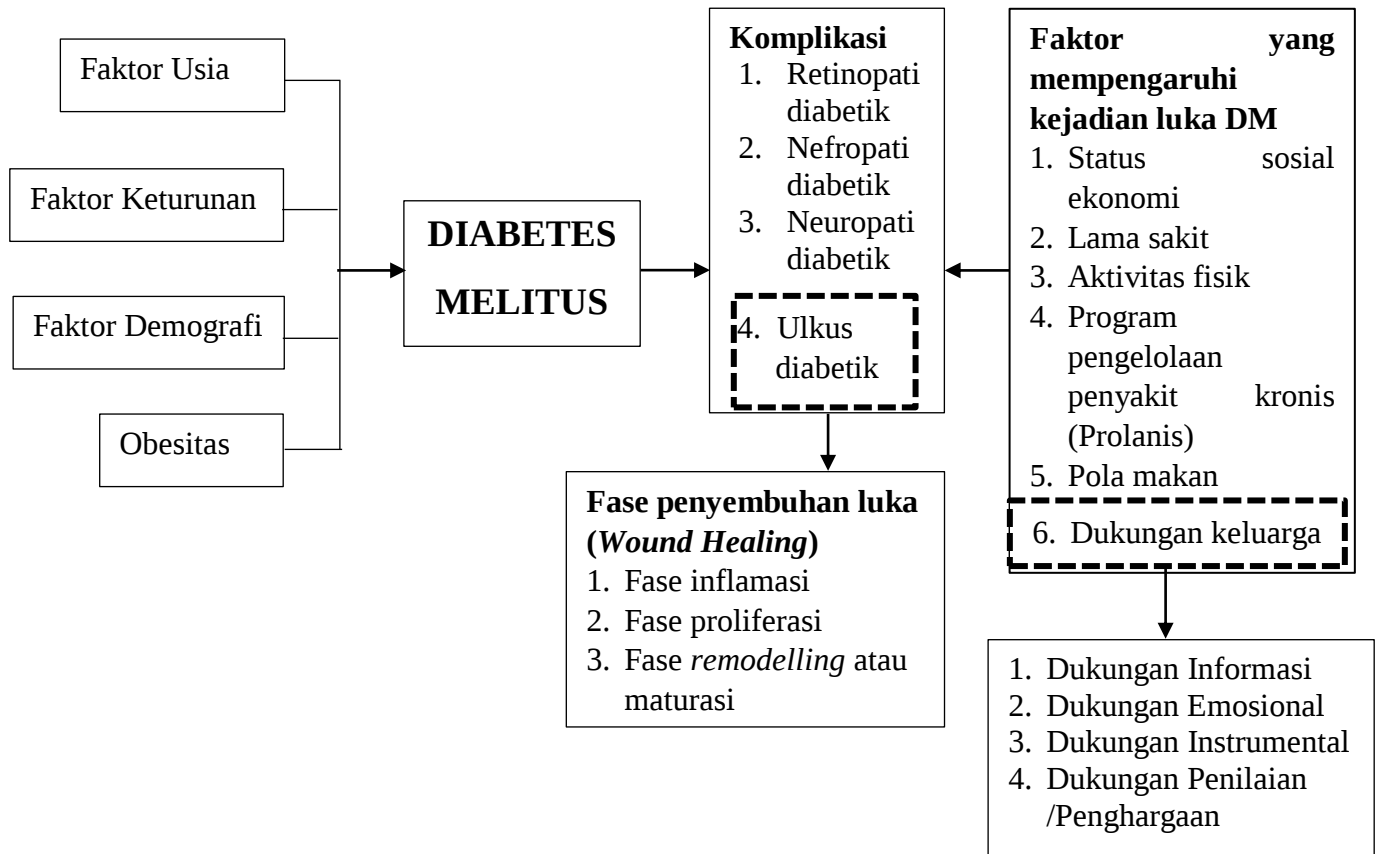
a. Sosial ekonomi

Meningkatkan resiko terjadinya penyakit karena bergantung pada tingkat pendapatan keluarga. Seseorang yang tingkat sosialnya tinggi akan segera merespon penyakitnya serta keluarga yang sangat mempedulikannya.

b. Budaya

Peran keluarga dalam perawatan penderita DM sangat penting untuk meminimalkan terjadinya komplikasi, memperbaiki kadar gula darah dan meningkatkan kualitas hidup penderita DM. Hal tersebut sangat penting, sehingga tenaga kesehatan menganjurkan kepada keluarga penderita DM supaya mempertahankan, memotivasi, dan meningkatkan perannya dalam perawatan penderita DM.

2.4 Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Ekaputra (2013), Friedman (2013), dan (Rasyid et al., 2018).

2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah sebuah perkiraan dugaan, asumsi, ide, atau keyakinan tentang suatu fenomena, hubungan bahkan situasi atau tentang kenyataan yang belum diketahui kebenarannya (Rofiah, 2018).

Ha : Ada hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang Tahun 2020.

Ho : Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang Tahun 2020.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan wadah untuk mencapai suatu tujuan penelitian, yang juga berperan sebagai rambu-rambu yang akan menuntun peneliti dalam seluruh proses penelitian tersebut (Sastroasmoro, 2011). Penelitian ini merupakan penelitian jenis penelitian kuantitatif deskriptif korelasi yaitu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui hubungan 2 variabel penelitian yaitu antara variabel independen (bebas) dukungan keluarga dengan variabel dependen (terikat) kejadian luka pada penderita Diabetes Melitus. Pendekatan yang digunakan adalah studi observasional *non-eksperimental (cross sectional)* karena pengukuran data penelitian dilakukan saat bersamaan/sesaat. Tempat penelitian dilakukan di Kabupaten Magelang.

3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan suatu penjelasan dan visualisasi hubungan antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep pada penelitian ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Peneliti melakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga (variabel independen) dengan kejadian luka pada penderita Diabetes Melitus (variabel dependen).



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen: Dukungan Keluarga	Dukungan yang diberikan oleh anggota keluarga kepada penderita DM yang meliputi empat dimensi, yaitu dimensi emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi.	Menggunakan skala <i>Hensarling Diabetes Family Support Scale</i> (HDFSS) yang dikembangkan oleh Hensarling 2009. HDFSS terdiri dari 29 item pernyataan dengan menggunakan skala likert: 1=Tidak Pernah 2=Kadang-kadang 3=Sering 4=Selalu	Skor yang digunakan untuk mengukur dukungan keluarga pada penderita Diabetes Melitus adalah: Baik 88 - 116 Sedang 58-88 Rendah 29-58	Ordinal
Variabel Dependen: Kejadian Luka Diabetes Melitus	Kejadian luka DM merupakan bentuk dari komplikasi kronik, berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang disertai adanya kematian jaringan setempat.	Instrumen lembar observasi kejadian luka DM dengan melakukan <i>checklist</i> .	1=Ada luka 2=Tidak ada luka	Ordinal

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah beberapa kumpulan subjek yang memiliki karakteristik tertentu (Sastroasmoro, 2011). Populasi penelitian ini adalah populasi terjangkau (*accessible population*) yaitu populasi yang memenuhi kriteria dan dapat dijangkau peneliti. Adapun populasi pada penelitian ini adalah seluruh penderita DM yang terdapat di Kabupaten Magelang dengan jumlah data 6.483 orang pada bulan Januari-Desember tahun 2019.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel merupakan bagian dari populasi yang ada, sehingga untuk pengambilan sampel harus menggunakan cara tertentu yang didasarkan oleh pertimbangan-pertimbangan yang ada (Sugiyono, 2012). Teknik pengambilan sampel penelitian diambil dengan menggunakan rumus *single proportion* dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{z\alpha^2 \cdot pq}{d^2}$$

Keterangan:

- n = Besarnya sampel pada tiap kelompok
- $Z\alpha$ = *Standart Normal Deviate* (untuk $\alpha = 0,05$ adalah 1,96)
- p = *Estimated Proportion*
- q = 1-p
- d = *Acceptable Deviation From Estimate* (0,05)

Maka didapatkan jumlah sampel sebesar:

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,96^2 \cdot [0,914(1-0,914)]}{0,05^2} \\ &= \frac{3,84 \cdot (0,914 \cdot 0,086)}{0,05^2} \\ &= \frac{3,841 \cdot 0,078}{0,0025} \\ &= \frac{3,841 \cdot 0,078}{0,0025} \\ &= \frac{0,3}{0,0025} = 120 \text{ orang} \end{aligned}$$

Sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 120 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling*. *Accidental Sampling*

adalah teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu penderita yang secara kebetulan/*incidental* bertemu dengan peneliti sehingga dapat digunakan sebagai sampel. Hal tersebut dipandang peneliti bahwa penderita yang ditemui cocok sebagai sumber data (Sugiyono, 2012).

3.4.3 Kriteria Sampel

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Sedangkan kriteria eksklusi adalah menghilangkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi data studi karena berbagai sebab (Notoatmodjo, 2010). Adapun kriteria yang diinginkan peneliti pada penelitian ini adalah:

3.4.3.1 Kriteria inklusi

- a. Penderita DM yang mengalami luka DM dan penderita DM yang tidak luka.
- b. Penderita DM yang berumur 25-75 tahun.
- c. Penderita DM yang bertempat tinggal bersama anggota keluarga lain (suami/istri, ayah/ibu, anak, dan saudara sekandung).

3.4.3.2 Kriteria Eksklusi

Penderita DM dengan penurunan fungsi otak seperti menurunnya daya ingat, kemampuan berfikir, dan berperilaku.

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

3.5.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Magelang. Alasan penulis mengambil lokasi penelitian ini karena di wilayah Kabupaten Magelang banyak penduduk yang menderita Diabetes Melitus.

3.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan sejak 19 November 2019 yang dilakukan beberapa tahap meliputi: persiapan, pengajuan judul penelitian, penyusunan proposal, pengujian instrumen, perizinan penelitian, presentasi proposal, pelaksanaan penelitian, penyusunan hasil, dan presentasi penelitian.

3.6 Instrumen dan Pengumpulan Data

Instrumen penelitian menurut Djatmiko (2013) adalah bentuk perangkat yang dibuat secara sistematis dan memenuhi persyaratan ilmiah untuk mengelompokkan data dari suatu variabel atau fenomena penelitian. Peneliti menggunakan instrumen lembar kuesioner dalam melakukan penelitian. Kuesioner merupakan cara pengumpulan atau pengambilan data dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan dan pernyataan tertulis pada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2012). Penelitian berisi mengenai data karakteristik responden, lembar kuesioner pengukuran dukungan keluarga, dan lembar observasi kejadian luka penderita DM.

3.6.1 Dukungan keluarga

Tabel 3.2 Kisi-Kisi Kuesioner Dukungan Keluarga

No.	Indikator	Nomer Item	Jumlah
1.	Emosional	4, 5, 6, 7, 13, 15, 17, 24, 27, 28	10
2.	Penilaian	8, 10, 12, 14, 18, 19, 20, 25	8
3.	Instrumental	9, 11, 16, 21, 22, 23, 26, 29	8
4.	Informasi	1, 2, 3	3
	Total		29

Kuesioner dalam penelitian ini yang pertama adalah kuesioner penilaian dukungan keluarga. Kuesioner ini digunakan untuk melihat apakah penderita DM tersebut mendapat dukungan keluarga yang baik atau tidak. Kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 29 item pertanyaan dengan menggunakan indikator emosional, penilaian, instrumental, dan informasi. Tahap selanjutnya anggota keluarga penderita diminta untuk mengisi pada 4 titik skala antara lain tidak pernah, kadang-kadang, sering, dan selalu. Penilaian untuk keempat kategori di atas tersebut adalah 1 = Tidak Pernah, 2 = Kadang-kadang, 3 = Sering, dan 4 = Selalu.

3.6.2 Kejadian Luka DM

Tabel 3.3 Lembar Observasi Kejadian Luka DM

Luka Diabetes Melitus	Ada Luka	Tidak Luka	Keterangan

Penelitian ini menggunakan lembar observasi dapat digunakan untuk mengetahui apakah penderita DM dengan cara *checklist* kolom mengalami luka atau tidak. Penilaian hasil observasi tersebut adalah 0 = Ada luka, 1 = Tidak luka.

3.7 Metode Pengumpulan Data

3.7.1 Kuesioner

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk menjawabnya (Sugiyono, 2012).

3.7.2 Wawancara

Wawancara adalah suatu kegiatan dilakukan untuk mendapatkan informasi secara langsung dengan mengungkapkan pertanyaan-pertanyaan pada para responden. Wawancara bermakna berhadapan langsung antara *interview* dengan responden, dan kegiatannya dilakukan secara lisan (Sugiyono, 2012).

3.7.3 Observasi

Observasi adalah suatu cara untuk mengumpulkan data penelitian dengan mempunyai sifat dasar naturalistik yang berlangsung dalam konteks natural, pelakunya berpartisipasi secara wajar dalam interaksi. Observasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara mempelajari dan mengadakan pengamatan secara langsung untuk mendapatkan bukti-bukti yang dapat mendukung dan melengkapi hasil penelitian (Maksum, 2012).

3.8 Metode Pengolahan Data dan Analisis Data

3.8.1 Metode Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan tindakan memperoleh data dalam bentuk *raw data* atau data mentah kemudian diolah menjadi informasi yang dibutuhkan oleh peneliti. Tindakan pengolahan data menurut Sumantri (2011), antara lain:

3.8.1.1 Editing

Editing adalah suatu tindakan mengecek daftar pertanyaan yang diberikan kepada responden. Pengecekan ini dapat berupa pengecekan kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan dan relevansi dari responden. Peneliti melakukan pemeriksaan data dan mengedit data apabila ada kesalahan pada data karakteristik responden, kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi kejadian luka.

3.8.1.2 Coding

Coding adalah pengklasifikasian jawaban–jawaban dari responden dalam suatu kategori tertentu. Mengkode data merupakan metode untuk mengobservasi data yang dikumpulkan selama penelitian ke dalam suatu kode yang cocok untuk keperluan analisa terhadap hasil observasi yang dilakukan. *Coding* dilakukan pada data karakteristik responden untuk *coding* dukungan keluarga sebagai berikut: 1 = Tidak Pernah, 2 = Kadang-kadang, 3 = Sering, 4 = Selalu, sedangkan untuk *coding* observasi kejadian luka sebagai berikut: 0 = Ada luka, 1 = Tidak luka.

3.8.1.3 Processing/Entry

Processing/Entry merupakan suatu proses input data ke dalam tabel aplikasi *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) yang ada di komputer. Peneliti memasukkan data yang diolah ke dalam sistem SPSS versi 16,0. Peneliti memindahkan data karakteristik responden, kuesioner dukungan keluarga, dan lembar observasi kejadian luka DM sesuai dengan kode-kode ke dalam variabel penelitian yang telah dilakukan selanjutnya dapat dianalisis oleh sistem SPSS di komputer.

3.8.1.4 Cleaning

Cleaning merupakan teknik menghapus data karakteristik responden, kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi kejadian luka DM yang tidak sesuai

dengan kebutuhan penelitian. Pembersihan data dilakukan setelah seluruhnya berhasil dimasukkan ke SPSS.

3.8.2 Analisa Data

Analisa data yang digunakan adalah analisa deskriptif dan inferensi. Pada saat menganalisis data penelitian menggunakan bantuan perangkat lunak penghitungan statistik pada komputer. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini ada 2, yaitu:

3.8.2.1 Teknik analisa statistik univariat

Analisa univariat adalah analisa yang menganalisis tiap variabel dan dari hasil penelitian, setelah dilakukan pengumpulan data kemudian data analisa menggunakan statistik deskriptif. Data tersebut disajikan dalam bentuk tabulasi, minimum, maksimum, dan mean dengan cara memasukkan seluruh data kemudian diolah secara statistik deskriptif untuk melaporkan hasil dalam bentuk distribusi dari masing-masing variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat yang digunakan pada data karakteristik responden (kategorik) meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Data ordinal adalah data dukungan keluarga dan kejadian luka DM yang nanti akan diukur menggunakan nilai pemusatan data berupa mean, median, modus, dan menggunakan nilai penyebaran data yaitu standar deviasi dan nilai minimum–maksimum.

3.8.2.2 Teknik analisis statistik bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkolaborasi (Notoatmodjo, 2010). Variabel dalam penelitian ini adalah hasil dari dukungan keluarga dan kejadian luka DM. Analisa pada penelitian ini menggunakan uji korelasi *Spearman rank*, korelasi *Spearman* merupakan alat uji statistik yang digunakan untuk menguji hipotesis asosiatif dua variabel bila datanya berskala ordinal (Dahlan, 2014). Uji korelasi *Spearman* dilakukan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kejadian luka penderita DM.

3.9 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

3.9.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Instrumen yang akan digunakan berupa kuesioner sebagai alat penelitian selesai disusun, kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas suatu kuesioner dikatakan valid jika kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Notoatmodjo, 2010). Pengujian validitas menggunakan bantuan program SPSS versi 16.0. Instrumen dikatakan valid jika mempunyai r hitung $> r$ tabel dengan signifikan mencapai < 0.05 dan sebaliknya, jika r hitung $< r$ tabel maka dikatakan tidak valid. Kriteria yang digunakan apabila $p > 0.361$ maka dinyatakan valid (Sugiyono, 2012).

Peneliti tidak menguji validitas instrumen *Hensarling Diabetes Family Support Scale* (HDFSS) karena instrumen tersebut pernah diuji di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta. Nilai signifikansi kuesioner 0.05 dengan karakteristik responden > 0.355 sehingga semua pernyataan dinyatakan valid karena nilai *Cronbach's Alpha* dengan hasil uji validitas 0.856.

3.9.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas menunjukkan apakah sebuah pertanyaan dapat mengukur suatu yang diukur secara konsisten dari waktu ke waktu. Hal tersebut merupakan kata kunci untuk syarat kualifikasi suatu instrumen pengukuran yang konsisten dan tidak berubah-ubah. Suatu alat ukur dikatakan reliabel jika nilai *Cronbach's Alpha* > 0.60 . Teknik reliabilitas yang digunakan adalah teknik *Cronbach's Alpha*. Teknik ini dipergunakan baik untuk instrumen yang jawabannya berkala maupun bersifat dikotomi (Notoatmodjo, 2010).

Peneliti tidak menguji reliabilitas instrumen HDFSS, karena instrumen HDFSS dinyatakan reliabel dengan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0.9. Hal ini menunjukkan bahwa pengukuran yang dilakukan mendapat hasil yang konsisten.

3.10 Etika Penelitian

Peneliti melakukan penelitian harus menerapkan etika penelitian menurut Hidayat (2010), yaitu:

3.10.1 *Informed consent* (persetujuan riset)

Informed consent merupakan proses pemberian informasi yang cukup dapat dimengerti kepada responden mengenai partisipasinya dalam suatu penelitian. *Informed consent* berfungsi memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan peneliti. Peneliti memberikan penjelasan dahulu kepada responden terkait tujuan dan manfaat penelitian, serta tata cara pengisian lembar kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi kejadian luka DM. Responden yang sudah paham dan setuju untuk menjadi responden, kemudian responden dipersilakan mengisi lembar kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi kejadian luka DM yang sudah disediakan dengan pendampingan peneliti.

3.10.2 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Tanggung jawab peneliti untuk melindungi semua informasi ataupun data yang dikumpulkan selama dilakukan penelitian. Responden yang sudah mengisi lembar kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi kejadian luka DM, datanya dirahasiakan, hanya penelitian dan responden tersebut yang tahu.

3.10.3 *Respect in autonomy* (respek pada autonomi)

Tindakan merahasiakan nama peserta terkait dengan partisipasi mereka dalam suatu proyek penelitian. Hal ini untuk menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden. Informasi yang telah didapatkan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, sehingga dalam penelitian ini menggunakan dan menuliskannya pada kode data responden tanpa keterangan nama lengkap dan alamat. Peneliti melakukan penulisan inisial responden pada lembar kuesioner dukungan keluarga dan lembar observasi kejadian luka DM.

3.10.4 *Beneficence* (keuntungan)

Prinsip ini adalah bahwa penelitian yang dilakukan harus mempunyai keuntungan baik bagi peneliti maupun responden penelitian. Sebelum pengisian kuesioner dilakukan, peneliti memberikan penjelasan tentang manfaat penelitian ini serta keuntungannya bagi responden dan peneliti. Peneliti menyampaikan bahwa

keuntungan dari penelitian ini adalah sebagai suatu upaya bagi peneliti untuk menjawab pertanyaan penelitian sehingga dengan demikian dapat menjadi dasar untuk pemberdayaan keluarga dalam pengontrolan penyakit DM. Keuntungan penelitian bagi responden adalah responden dapat mengetahui tentang dukungan keluarga yang bermanfaat dalam pengontrolan penyakitnya.

3.10.5 *Respect of human dignity* (prinsip menghargai hak asasi manusia)

Prinsip ini menghormati dan menghargai hak-hak sebagai responden. Responden berhak untuk menerima, menolak, ataupun mengundurkan diri. Selain itu responden berhak untuk bertanya jika ada penjelasan yang responden kurang mengerti dan mengetahui manfaat penelitian ini.

3.10.6 *Right to justify* (prinsip keadilan)

Prinsip keadilan yaitu tidak membedakan responden yang satu dengan responden yang lainnya. Pada penelitian ini semua populasi berhak untuk dijadikan sampel. Semua responden mendapatkan kesempatan yang sama untuk mendapatkan informasi yang sama.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- 5.1.1 Karakteristik umur responden penderita DM terbanyak pada umur 46-65 yang berjumlah 82 responden (69.2%). Karakteristik jenis kelamin pada penderita DM paling banyak jenis kelamin perempuan yang berjumlah 71 responden (59.2%). Karakteristik tingkat pendidikan pada penderita DM paling banyak berpendidikan SLTA yang berjumlah 42 responden (35.0%). Karakteristik pekerjaan responden penderita DM terbanyak bekerja sebagai buruh dan wiraswasta yang berjumlah 36 responden (30.0%).
- 5.1.2 Diskripsi dukungan keluarga terhadap penderita DM terbanyak berada pada kategori sedang yang berjumlah 56 responden (46.7%).
- 5.1.3 Diskripsi kejadian luka terhadap penderita DM terbanyak berada pada kategori tidak luka yang berjumlah 81 responden (67.5%).
- 5.1.4 Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kejadian luka pada penderita DM sebesar $0.000 < 0.05$. Keeratan hubungan pada penelitian ini diperoleh besarnya *p-value* 0.000 dan korelasi (*r*) sebesar -0.645 yang berarti di antara kedua variabel tersebut memiliki korelasi yang kuat. Korelasi berada pada interval 0.6 - <0.8 dengan arah negatif yang artinya semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin rendah penderita DM mengami kejadian luka.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, maka disarankan beberapa hal sebagai berikut:

5.2.1 Bagi tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan khususnya bidan desa perlu meningkatkan promosi kesehatan tentang bahaya penyakit DM jika tidak ditangani dengan baik serta pentingnya perawatan luka pada penderita DM. Promosi kesehatan ini dilakukan dalam upaya meningkatkan pengetahuan penderita dan keluarga mengenai penatalaksanaan yang tepat supaya tidak terjadi kejadian luka DM. Pemberian informasi tidak hanya kepada penderita namun melibatkan keluarga supaya anggota keluarga memahami aspek-aspek dukungan keluarga yang harus diberikan oleh penderita DM.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan penelitian selanjutnya mengenai dukungan keluarga. Beberapa masalah yang dapat diteliti antara lain intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan empat aspek dukungan keluarga yaitu dukungan informasi, dukungan emosional, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian/penghargaan.
- b. Melakukan penelitian lebih lanjut terkait faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan kontrol gula darah rutin pada penderita agar tidak terjadi kejadian luka DM.
- c. Melakukan penelitian selanjutnya dengan desain penelitian kualitatif, untuk mengidentifikasi lebih dalam tentang dukungan keluarga dengan tidak dibatasi oleh instrumen ini.

5.2.3 Bagi Praktik Keperawatan

Perawat perlu meningkatkan perannya sebagai konselor dan dapat ikut serta dalam promosi kesehatan mengenai penyakit DM dan perawatan luka DM.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2010). *Standards of Medical Care in Diabetes 2010*. Diabetes Care, 33. <https://doi.org/10.2337/Dc10-S011>.
- Afiati, B. & Kurniawan, Y. (2013). *Pengaruh Status Sosial Ekonomi Orang Tua dan Konsumsi Siswa KELAS XI IPS MAN Sidoarjo*. Jurnal Pendidikan Ekonomi UNESA, 1–17.
- Agung, D. L. (2015). *Pengumpulan Data Kualitatif*. Penelitian Kualitatif Bidang Kesehatan, Januari 2015, 15–32.
- Choirunnisa. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Melakukan Kontrol Rutin Pada Penderita Diabetes Melitus Di Surabaya*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Creatore, M. I. (2010). *Age and Sex Related Prevalence of Diabetes Mellitus Among Immigrants to Ontario Canada*. CMAJ. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091551>.
- Dahlan, S. (2014). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Edisi 6*. Jakarta: Salamba Medika.
- Diputro. (2018). *Hubungan Pengetahuan Perawatan Kaki terhadap Perilaku Pencegahan Ulkus Diabetik pada Klien Diabetes Melitus Tipe 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Sukoharjo*. Dm, 1–8.
- Djarmiko, I. W. (2013). *Buku Saku Penyusunan Skripsi*. Yogyakarta: Universitas Negeri Yogyakarta.
- Ekaputra. (2013). *Evolusi Manajemen Luka*. Jakarta: Trans Info Media.
- Fatimah, R. N. (2013). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, 4, 93–101. <https://doi.org/10.2337/dc12-0698>.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Keperawatan Keluarga, Teori Dan Praktik, 1974, 10–54. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Riset, teori, dan Praktik) Edisi 5*. Jakarta: EGC.

- Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C. E., Duker, P., Edwards, L., Fisher, E. B., Hanson, L., Kent, D., Kolb, L., Mclaughlin, S., Orzeck, E., Piette, J. D., Rhinehart, A. S., Rothman, R., Sklaroff, S., Tomky, D., & Youssef, G. (2014). *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. 37(January), 1630–1637. <https://doi.org/10.2337/dc14-S144>.
- Hastuti, R. T. (2018). *Penderita Diabetes Melitus (Studi Kasus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta) Tesis untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana S-2 Magister Epidemiologi*. <https://doi.org/10.2337/dc12-0698>.
- Hensarling, J. (2009). *Development and Psychometric Testing of Hensarling's Diabetes Family Support Scale*. Sigma Theta Tau International Nursing Research Congress [online]. [10 April 2020].
- Hidayat, A. A. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Jakarta: Health Books.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas (Eighth Edi)*. Retrieved from www.diabetesatlas.org. [10 April 2020].
- Isna. (2018). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2 di Puskesmas Nogosari Boyolali*. Education Journal, 1(1), 75. <https://doi.org/10.29333/aje.2019.423a>.
- Kemenkes RI. (2016). *Situasi dan Analisis Diabetes*. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2. [Kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-info-datin.html](http://kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-info-datin.html). [10 April 2020].
- Kurniawan, H. D., Yunir, E., & Nugroho, P. (2015). *Hubungan Albumin Serum Awal Perawatan dengan Perbaikan Klinis Infeksi Ulkus Kaki Diabetik di Rumah Sakit di Jakarta*. Jurnal Penyakit dalam Indonesia, 2(1), 31–37.
- Laoh, M. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Berobat pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Poli Endokrin Blu RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*. Jurnal Ilmiah Perawat Manado, 2(1), 92921.
- Mahdur & Sulistiadi. (2020). *Evaluasi Program Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM) Program Studi S1 Ekstensi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia*. Jurnal Ilmiah Kesehatan

- Masyarakat, 12, 43–49.
- Maksum, A. (2012). *Data, Teknik Pengumpulan Data, dan Instrumen Penelitian*. Jurnal Cakrawala Kependidikan, Agustus, 107. <http://ejournal.upi.edu/index.php/penjas/article/view/1539>.
- Melisaenni. (2019). *Pengalaman Penderita Diabetes Melitus dalam Pencegahan Ulkus Diabetik*. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu, 7(2), 597–603.
- Musdiaman, S. (2018). *Evaluation Of Family Knowledge In Detecting Risk Of Diabetes Foot Ulcer In Public Health Center*. Indonesian Contemporary Nursing Journal, 4(2), 44–51.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraisyah, F., Kusnanto, H., & Rahayujati, T. B. (2017). *Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus*. Berita Kedokteran Masyarakat, 33(1), 25. <https://doi.org/10.22146/bkm.7886>.
- PERKENI. (2011). *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2011*. 13, 15–20.
- Permadani, A. D. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Ulkus Kaki Diabetik dengan Pencegahan terjadinya Ulkus Kaki Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus di Persadia Rumah Sakit Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten*. 1–10.
- Rahmi, H., Malini, H., & Huriani, E. (2019). *Penelitian Peran Dukungan Keluarga dalam menurunkan Diabetes Distress pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II*. Journal Unand, 8(4), 127–133.
- Rasyid, N., Yusuf, S., & Tahir, T. (2018). *Pengkajian Luka Kaki Diabetes*. Jurnal Luka Indonesia, 4(2), 123–137.
- Riset Kesehatan Dasar (2013). *Penyajian Pokok-pokok Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013* [online]. [10 April 2020].
- Rizani, A. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ketaatan Pola Makan*

- Penderita Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Sei Besar Banjarbaru. *Jurnal Skala Kesehatan*, 5(2), 1–5.
- Rofiah, F. (2018). *Hipotesis Penelitian*. In Eureka Pendidikan (pp. 1–7).
- Roifah, I. (2017). *Analisis Hubungan Lama Menderita Diabetes Melitus dengan Kualitas Hidup Penderita Diabetes Melitus*. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(2), 7. <https://doi.org/10.32831/jik.v4i2.84>.
- Sastroasmoro, S. (2011). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-4*. Jakarta: Sagung Seto.
- Singh, S. (2013). *Diabetic Foot Ulcer*. *Clinical Research on Foot & Ankle*, 1(3), 1–9. <https://doi.org/10.4172/2329-910x.1000120>.
- Smeltzer, S. & B. (2010) *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Lipponcott.
- Suciana, F. & Arifianto, D. (2019). *Penatalaksanaan 5 Pilar Pengendalian DM terhadap Kualitas Hidup Pasien DM Tipe 2*. 9(4), 311–318.
- Sugiyono. (2012). *Teknik Pengumpulan Data*. Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif , 137. <https://doi.org/10.3354/dao02420>.
- Sumantri, A. (2011) *Metode Penelitian Kesehatan. Edisi Pertama*. Jakarta: Kencana.
- Susanti, M. L. & Sulistyarini, T. (2013). *Dukungan Keluarga meningkatkan Kepatuhan Pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap RS Baptis Kediri*. *Jurnal STIKES*, 6 (1), 1–10.
- Suyono, S. (2014). *Diabetes Melitus di Indonesia*. Ilmu Penyakit Dalam (pp. 2315–2322).
- Teixeira, L, E., Nunes, S., Teixeira, F., & Reis, F. (2011). *Regular Physical Exercise Training assists in Preventing Type 2 Diabetes Development*. *Cardiovascular Diabetology*, 1–15.
- Usiska, Y, S. (2015). *Pengaruh Metode Rawat Luka Modern dengan Terapi Hiperbarik terhadap Proses Penyembuhan Luka Ulkus Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus di Jember Wound Center (JWC) Rumah Sakit Paru Jember*. *NurseLine Journal*.1(2) p-issn e-issn.
- Wahyuni. (2013). *Diabetes Melitus pada Perempuan Usia Reproduksi di*

- Indonesia. Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 3(DM), 1.
- Wahyuni. (2016). *Effect Moist Wound Healing Technique Toward Diabetes Mellitus Patients with Ulkus Diabetikum in Dhoho Room RSUD Prof Dr . Soekandar Mojosari*. *Ilmiah Kohesi*, 1(2), 63–66.
- Wardani. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Pengendalian Kadar Gula Darah dengan Gejala Komplikasi Mikrovaskuler*. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2, 1–12.
- Wardiah & Emilia, E. (2018). *Faktor Risiko Diabetes Melitus pada Wanita Usia Reproduksi di Wilayah Kerja Puskesmas Langsa Lama Kota Langsa, Aceh*. *Jurnal Kesehatan Global*, 1(3), 119–126.
- Widjaja, Y., Irawaty, E., & Malik, R. (2019). *Edukasi Kesehatan di Kelurahan Tomang Jakarta Barat*. 2(2), 281–287.
- Yusra, A. (2011). *Penelitian Peran Dukungan Keluarga dalam menurunkan Diabetes Distress pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Zamaa, M. S. & Sainudin. (2019). *Hubungan Kepatuhan Pengobatan dengan Kadar Gula Darah Sewaktu pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II*. *Jambura Nursing Jurnal*, 1(1), 11–18.