

**PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TENTANG  
PENCEGAHAN LUKA DIABETES MELITUS PADA  
PASIEN DIABETES MELITUS DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS BULILI**

**SKRIPSI**



**DIAJUKAN UNTUK MEMENUHI SEBAGIAN SYARAT  
DALAM MEMPEROLEH GELAR SARJANA  
KEPERAWATAN (S.Kep)**

**OLEH :**

**JERSI INNEKE DEWI ANGGRAINI  
PK 115 016 014**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INDONESIA JAYA  
PALU, 2020**

**PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA TENTANG  
PENCEGAHAN LUKA DIABETES MELITUS PADA  
PASIEN DIABETES MELITUS DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS BULILI**

**SKRIPSI**



**DIAJUKAN OLEH :**

**JERSI INNEKE DEWI ANGGRAINI  
PK 115 016 014**

Telah disetujui dan diterima oleh :

Dosen Pembimbing I

**Ns. Alfrida Samuel Ra'bung, M.Kep**  
**NIDN. 09 05049001**

Tanggal,.....2020

Dosen Pembimbing II

**Ns. Noviany Banne Rasiman, M.N.S**  
**NIDN. 09 1118303**

Tanggal,.....2020

Ketua STIK Indonesia Jaya

**Dr. Eson Sirait, SE., M.Kes**  
**NIDN. 09 27125301**

Tanggal,.....2020

## **PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jersi Inneke Dewi Anggraini  
NPM : PK 115 016 014  
Program Studi : Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Palu, 21 September 2020

Yang menyatakan,

**Jersi Inneke Dewi Anggraini**  
**PK 115 016 014**

## ABSTRAK

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal secara menahun. *World Health Organization* menyebutkan, 6% total kematian pada masyarakat Indonesia semua umur disebabkan oleh penyakit Diabetes Melitus. Berdasarkan data awal yang diperoleh dari Puskesmas Bulili pada tahun 2018 jumlah pasien Diabetes melitus yaitu sebesar 501 pasien, sedangkan pada tahun 2019 terdapat kenaikan jumlah pasien Diabetes Melitus sebesar 537 pasien. Berdasarkan hasil wawancara 7 dari 10 keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui pencegahan luka diabetes melitus. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Bulili.

Jenis penelitian ini *deskriptif kuantitatif*. Jenis data menggunakan data primer dan data sekunder. Pengumpulan data dengan menggunakan. Analisa data menggunakan analisa univariat. Populasi penelitian ini adalah semua keluarga pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili dengan besar sampel menggunakan rumus *estimasi proporsi* jumlah sampel 56 responden yang diambil secara *Purposive Sampling*

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden menunjukkan bahwa yang terbanyak menurut usia dewasa akhir 19 orang (33.9%), jenis kelamin perempuan 42 orang (75%), pendidikan menengah 28 orang (50%), pekerjaan terbanyak swasta 25 orang (44.6%), pengetahuan responden tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dari 56 responden yang terbanyak adalah baik (51,8 %), cukup baik (37,5 %) dan kurang baik (10,7%). Sikap responden tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dari 56 responden yang terbanyak adalah negatif (51,8%) dan positif (48.2%).

Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat cukup banyak keluarga penderita diabetes mellitus yang memiliki pengetahuan baik, tetapi cukup banyak keluarga memiliki sikap negatif tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja di Puskesmas Bulili.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Pencegahan, Keluarga, Luka, Diabetes Mellitus, Puskesmas

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, Puji Syukur kepada Allah Subhanahu Wata A'la, Tuhan Yang Maha Kuasa yang senantiasa melimpahkan Nikmat, Rahmat dan kasih sayang-Nya kepada kita semua, Salawat serta Salam tetap selalu tercurahkan kepada Baginda Nabi Muhammad Shalallahu A'laihi Wasalam, terkhusus kepada penulis yang telah menyusun skripsi ini dengan judul “Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Bulili” dapat diselesaikan tepat pada waktu yang telah ditentukan.

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa itu tak lepas bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materi. Olehnya itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada kedua orang tua penulis tercinta (Ibu ..... dan Bapak .....), yang telah merawat, membesarkan, mendidik, memberikan do'a, motivasi moril dan materil serta rasa kasih sayang yang tiada henti-hentinya dan kepada Saudara kandung penulis (.....), Semoga Allah SWT selalu melimpahkan Nikmat, Rahmat, kasih sayangNya, kesehatan, kekuatan, dan umur yang panjang.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih serta penghargaan kepada yang terhormat Ns. .... sebagai pembimbing I, Ns. .... sebagai pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, arahan, waktu, kesabaran dan masukan dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini. Untuk itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. PASH Panggabean MPH, DR (HC), Ketua Yayasan Tri Karya Husada Palu
2. Dr. Esron Sirait, SE.M.Kes, Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya.
3. Ns. Ni Ketut Elmiyanti, S.Kep. M.Kep, Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu.
4. Tim penguji yang telah meluangkan waktu untuk menghadiri dalam pelaksanaan proposal/skripsi, dan juga kepada Dosen dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu yang telah memberikan bantuan dan bekal ilmu pengetahuan kepada penulis.
5. Kepala Puskesmas Birobuli Kota Palu, beserta staf yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.

Semoga kebaikan yang diberikan kepada penulis dapat bernilai ibadah disisi Allah Subhanahu Wata A'la, Tuhan Yang Maha Kuasa. Dalam penulisan skripsi ini, penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritikan dan saran yang artinya membangun guna kesempurnaan penulisan dimasa mendatang.

Palu, 21 September 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

Isi	Hal
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan .....	7
B. Tinjauan Umum Tentang Sikap.....	10
C. Tinjauan Umum Tentang Keluarga .....	15
D. Tinjauan Umum Tentang Diabetes Melitus.....	17
E. Landasan Teori .....	31
F. Kerangka Pikir.....	32
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>33</b>
A. Jenis Penelitian .....	33
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	33
C. Variabel dan Definisi Operasional .....	33
D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data .....	35
E. Pengolahan Data .....	36
F. Analisa Data .....	37
G. Penyajian Data.....	39
H. Populasi dan Sampel.....	39
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>44</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	44
B. Hasil Penelitian.....	47
C. Pembahasan .....	51

<b>BAB V PENUTUP</b> .....	<b>59</b>
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran .....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>61</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel		Hal
Tabel 4.1	Distribusi Luas Wilayah RW dan RT dirinci menurut kelurahan di Puskesmas Bulili Tahun 2019.....	44
Tabel 4.2	Distribusi Sarana Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Bulili Tahun 2019.....	45
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Usia Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili.....	47
Tabel 4.4	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili.....	48
Tabel 4.5	Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili.....	49
Tabel 4.6	Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili.....	49
Tabel 4.7	Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus.....	50
Tabel 4.8	Distribusi Frekuensi Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus.....	51

## DAFTAR GAMBAR

Gambar		Hal
Gambar 2.1	Gambar skema krangka pikir.....	32

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Surat Permohonan Untuk Menjadi Responden
2. Surat Pernyataan Kesiediaan Menjadi Responden
3. Kuesioner Penelitian
4. Master Tabel
5. Hasil Olahan Data
6. Surat Izin Penelitian dari STIK Indonesia Jaya
7. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari Puskesmas Bulili
8. Dokumentasi Penelitian
9. Jadwal Penelitian
10. Biodata Peneliti

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal secara menahun. Sebutan Glukosa darah sering dikenal oleh masyarakat dengan gula darah. (Kemenkes RI, 2018). Penyakit Tidak Menular (PTM), termasuk Diabetes, saat ini telah menjadi ancaman serius kesehatan global. Dikutip dari data *World Health Organization* 2016, 70% dari total kematian di dunia dan lebih dari setengah beban penyakit. Indonesia sebagai salah satu negara dengan jumlah penderita Diabetes Melitus terbesar di dunia memiliki permasalahan dalam menekan kejadian Diabetes Melitus tersebut. *World Health Organization* menyebutkan, 6% total kematian pada masyarakat Indonesia semua umur disebabkan oleh penyakit Diabetes Melitus (WHO, 2016).

Indonesia juga menghadapi situasi ancaman diabetes serupa dengan dunia. *International Diabetes Federation* (IDF) Atlas 2017 melaporkan bahwa epidemi diabetes di Indonesia masih menunjukkan kecenderungan meningkat. Sejalan dengan hal tersebut, Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) memperlihatkan peningkatan angka prevalensi Diabetes yang cukup signifikan, yaitu dari 6,9% di tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018, sehingga estimasi jumlah penderita di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang. Data Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Dinas Kesehatan

Provinsi Sulawesi Tengah pada tahun 2019 menunjukkan jumlah penduduk yang menderita Diabetes Melitus sebesar 210.726 jiwa (Profil Kesehatan Provinsi Sulteng, 2019). Terlihat dari data diatas jumlah penduduk yang menderita diabetes melitus mengalami peningkatan, karena itu dibutuhkan upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga guna melakukan tindakan pencegahan luka diabetes melitus pada penderita DM.

Menurut Menteri Kesehatan RI, Menkes Nila F. Moeloek (2018), upaya efektif untuk mencegah dan mengendalikan diabetes harus difokuskan pada faktor-faktor risiko disertai dengan pemantauan yang teratur dan berkelanjutan dari perkembangannya karena faktor risiko umum PTM di Indonesia relatif masih tinggi, yaitu 33,5% tidak melakukan aktivitas fisik, 95% tidak mengkonsumsi buah dan sayuran, dan 33,8% populasi usia di atas 15 tahun merupakan perokok berat. Jika keadaan ini terus dibiarkan tanpa adanya pencegahan yang dilakukan, dapat dipastikan jumlah penderita DM bisa meningkat (WHO, 2016). Penatalaksanaan DM yang kurang tepat dapat mengakibatkan komplikasi, salah satunya terjadinya luka kaki atau yang sering disebut ulkus diabetik. ulkus diabetik adalah kerusakan integritas kulit atau infeksi yang meluas sampai jaringan kulit bawah, tendon, otot bahkan tulang. Faktor yang mempengaruhi terjadinya ulkus diabetik yaitu terjadinya neuropati, lama menderita DM, *peripheral artery disease*, perawatan kaki tidak teratur, dan penggunaan alas kaki yang tidak tepat (Edward, 2015).

Terjadi luka kaki diabetes salah satunya dipengaruhi oleh ketidaktahuan penderita baik dalam pencegahan maupun perawatan.

Pengetahuan tentang kesehatan merupakan salah satu bagian dari pengelolaan DM. Melalui pengetahuan penderita DM dapat mengetahui tentang penyakit, sehingga dapat merawat dirinya sendiri. Partisipasi aktif dari penderita menjadikan pengelolaan mandiri pada DM akan berjalan maksimal. DM tidak hanya dilakukan mandiri oleh penderita saja namun tim kesehatan juga berperan dalam mendampingi pasien untuk membentuk sikap serta perilaku. Keberhasilan dalam mencapai perubahan sikap maupun perilaku membutuhkan pembelajaran, keterampilan (*skill*) dan motivasi (Wulandini, dkk, 2016).

Pengetahuan atau kognitif merupakan aspek yang begitu penting untuk dapat terbentuknya tindakan atau perilaku seseorang. Perilaku yang didasarkan pada pengetahuan dan sikap yang positif akan berlangsung lama (*long lasting*) (Notoatmodjo, 2010). Selain pengetahuan yang baik, perilaku juga dipengaruhi oleh sikap yang baik pula (Notoatmodjo, 2010). Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu *stimulus* atau objek. Sikap terbentuk dari adanya interaksi lingkungan yang saling mempengaruhi dan terjadi timbal balik antar individu. Begitu juga dalam hal pencegahan terjadinya luka kaki, penderita akan bersikap sesuai dengan pengaruh lingkungannya dan pengetahuan individu terhadap DM itu sendiri (Notoatmodjo, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya dari Sigit Apriliyani (2018), dengan judul penelitian hubungan tingkat pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan terjadinya luka kaki diabetik pada penderita diabetes melitus tipe II, hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki

tingkat pengetahuan baik dengan perilaku yang baik dan terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan terjadinya luka kaki diabetik. Selanjutnya hasil penelitian Himatul Aliyah (2018), dengan judul penelitian hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawatan kaki pasien DM sebagai pencegahan ulkus DM di RSI Kendal, hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap dengan perilaku perawatan kaki pasien DM di RSI Kendal.

Berdasarkan hasil pengambilan data awal yang telah dilakukan penulis, diketahui bahwa Puskesmas Bulili pada tahun 2017 jumlah pasien Diabetes Melitus sebesar 293 pasien. Pada tahun 2018, di wilayah kerja Puskesmas Bulili terdapat kenaikan jumlah pasien Diabetes melitus yaitu sebesar 501 pasien. Sedangkan pada tahun 2019 di wilayah kerja Puskesmas Bulili terdapat kenaikan jumlah pasien Diabetes Melitus sebesar 537 pasien (Profil Kesehatan Puskesmas Bulili). Berdasarkan hasil wawancara dari 10 keluarga pasien, diperoleh gambaran pengetahuan yaitu penulis menanyakan kepada keluarga pasien DM, “Apakah mengetahui pencegahan luka diabetes melitus?”, 7 dari 10 keluarga pasien mengatakan “tidak mengetahui pencegahan luka diabetes melitus, mereka hanya tau penyakit diabetes bila terjadi luka susah untuk sembuh” dan ketika penulis ingin mengetahui gambaran tentang sikap keluarga pasien DM dengan menanyakan “menurut keluarga apakah perlu keluarga mengetahui pencegahan luka diabetes melitus?” 3 dari 10 keluarga pasien mengatakan “tidak perlu mengetahui,

karena apabila terjadi luka keluarga bisa membawa pasien DM ke fasilitas pelayanan kesehatan yang ada”.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, mendorong peneliti untuk melakukan penelitian ”Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Bulili”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Bagaimanakah Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Bulili ?
2. Bagaimanakah Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Bulili ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Diketuinya Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Bulili.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya gambaran Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Bulili.
- b. Diketuinya gambaran Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Puskesmas Bulili.



#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Puskesmas Bulili**

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat membantu memberikan masukan dan informasi bagi pihak Puskesmas Bulili, mengenai pengetahuan dan sikap pasien diabetes melitus, sekaligus tentang pentingnya memberikan penyuluhan secara terus menerus kepada pasien diabetes melitus.

##### **2. Bagi STIK Indonesia Jaya Palu**

Diharapkan hasil penelitian ini menjadi salah satu bahan bacaan atau referensi di perpustakaan dan dapat dimanfaatkan bagi mahasiswa lain khususnya di bidang keperawatan yang akan melakukan penelitian dengan variabel yang lain dan belum pernah diteliti sebelumnya.

##### **3. Bagi Peneliti**

Dengan adanya penelitian ini peneliti banyak mendapatkan manfaat dimana wawasan dan pengetahuan peneliti bertambah dan membuat peneliti melihat implementasi dan teori-teori yang sudah didapatkan di bangku perkuliahan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Pengetahuan**

##### 1. Definisi Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan baik melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang.

##### 2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012), ada enam tingkatan dalam pengetahuan yaitu:

###### a. Tahu (*know*)

Tahu adalah tingkatan paling rendah. Tahu diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya, termasuk mengingat kembali sesuatu yang spesifik atau khusus dari seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

###### b. Memahami (*comprehention*)

Memahami adalah kemampuan untuk menerangkan dan menginterpretasikan secara benar mengenai objek yang diketahuinya. Pada tingkatan ini individu yang bersangkutan harus bisa menjelaskan,

memberikan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap materi atau substansi yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan mendapatkan materi yang dipelajari beberapa hukum-hukum, rumus, metode, dan sebagainya pada kondisi yang nyata.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen dalam struktur organisasi tersebut, yang terkait satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis atau formulasi menunjukkan pada kemampuan untuk melatakan atau menghubungkan bagian-bagian kedalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penelitian terhadap suatu objek atau materi. Evaluasi ini dilaksanakan pada kriteria yang telah ada atau kriteria yang disusun oleh yang bersangkutan.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2012), terdapat tiga faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan yaitu:

a. Umur

Umur adalah lamanya hidup yang dihitung sejak lahir hingga saat ini. Pada masa ini merupakan usia produktif. Masa ketegangan emosi, masa keterampilan, sosial, masa komitmen, masa cara hidup, masa kreatif. Pada dewasa ini ditandai dengan adanya perubahan “fisik dan mental”, semakin bertambah umur seseorang maka akan mempengaruhi tingkat pengetahuannya.

b. Pendidikan

Pendidikan adalah proses menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengajaran, sehingga dalam pendidikan perlu dipertimbangkan umur dan hubungan dengan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang untuk mudah menerima ide dan teknologi baru. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan bertambah juga pengalaman yang mempengaruhi wawasan dan pengetahuan. Adapun tujuan yang hendak dicapai melalui pendidikan yaitu untuk mengubah pengetahuan, sikap dan tingkah laku atau kebiasaan baru seseorang.

c. Pekerjaan

Pekerjaan adalah aktivitas atau kegiatan yang dilakukan sehari-hari untuk mendapatkan penghasilan guna memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari dimana semua bidang pekerjaan umumnya diperlukan adanya hubungan sosial antara satu dan yang lainnya. Setiap orang harus bisa

membangun relasi dengan teman sejawat hingga dengan atasan sekalipun, sehingga orang dengan hubungan sosial yang luas, mempunyai pengetahuan yang tinggi dibandingkan dengan orang yang kurang membangun relasi sosial dengan orang lain (Notoatmojo, 2012).

#### 4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan memberikan kuesioner tentang objek pengetahuan yang akan diukur, selanjutnya memberikan penilaian dimana setiap jawaban yang benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai 1 dan jika salah diberi nilai 0. Selanjutnya persentase jawaban diinterpretasikan dengan acuan sebagai berikut

Menurut Nursalam (2016) pengetahuan seseorang dapat diukur dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Pengetahuan baik : 76% - 100%
- b. Pengetahuan cukup : 56% - 75%
- c. Pengetahuan kurang : < 56%

### **B. Tinjauan Umum Tentang Sikap**

#### 1. Definisi Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat langsung. Sikap hanya dapat ditafsirkan pada perilaku yang nampak. Sikap dapat diterjemahkan dengan sikap terhadap objek tertentu diikuti dengan kecenderungan untuk melakukan tindakan sesuai dengan objek (Notoatmodjo, 2010). Azwar (2010) mengatakan bahwa sikap yang diperoleh lewat pengalaman akan menimbulkan pengaruh langsung terhadap

perilaku berikutnya. Pengaruh langsung tersebut lebih berupa predisposisi perilaku yang akan direalisasikan apabila kondisi dan situasi memungkinkan.

## 2. Ciri-ciri sikap

Ciri-ciri sikap adalah menurut Wawan dan Dewi (2011) yaitu:

- a. Sikap bukan dibawa sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungan dengan objeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenesis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.
- b. Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terdapat keadaan-keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang itu.
- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain, sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.
- d. Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi dapat juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- e. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, sifat alamiah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan- pengetahuan yang dimiliki orang.

### 3. Sifat sikap

Menurut Wawan dan Dewi (2011) sikap dapat pula bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif.

- a. Sifat positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu.
- b. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

### 4. Faktor- faktor yang mempengaruhi sikap

Menurut Wawan dan Dewi (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi sikap yaitu :

#### a. Pengalaman pribadi

Untuk dapat menjadi pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasional yang melibatkan faktor emosional.

#### b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

#### c. Pengaruh kebudayaan

Tanpa disadari kebudayaan telah menanamkan garis pengarah sikap kita terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap

anggota masyarakatnya, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya.

d. Media massa

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan, tidak mengherankan jika pada gilirannya konsep tersebut mempengaruhi sikap.

f. Faktor emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

5. Tingkatan Sikap

Menurut Notoatmodjo (2012) sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang atau subyek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan



b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan. Terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang tersebut menerima ide itu.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah mempunyai sikap yang paling tinggi.

6. Pengukuran Sikap

Menurut Azwar S (2011), pengukuran sikap dilakukan dengan memberikan kuesioner. Sistem penilaian menggunakan 1-4 pilihan jawaban, pilihan jawaban tersebut adalah pada pernyataan *favourable* (mendukung) diberikan skor 4 untuk jawaban Sangat Setuju (SS), skor 3 untuk jawaban Setuju (S), skor 2 untuk jawaban Tidak Setuju (TS), skor 1 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS). Pernyataan *unfavourable* (tidak mendukung) diberikan skor 4 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS), skor 3 untuk jawaban Tidak Setuju (TS), skor 2 untuk jawaban Setuju (S) dan skor 1 untuk jawaban Sangat Setuju (SS).

a. Sikap positif : jumlah skor  $\geq$  median

b. Sikap negatif : jumlah skor  $<$  median

### **C. Tinjauan Umum Tentang Keluarga**

#### 1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Definisi ini mencakup berbagai hubungan, termasuk di dalamnya keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman dkk, 2010).

#### 2. Tipe Keluarga

Friedman dkk. (2010) menjelaskan tipe-tipe keluarga:

##### a. Keluarga inti terkait dengan pernikahan

Merupakan keluarga yang terbentuk karena pernikahan, peran sebagai orang tua, atau kelahiran: terdiri atas suami, istri, dan anak-anak mereka baik secara biologis, adopsi, atau keduanya.

##### b. Keluarga orientasi (keluarga asal)

Merupakan unit keluarga tempat seseorang dilahirkan.

##### c. Extended family

Keluarga yang terdiri dari keluarga inti dan keluarga terkait lainnya (oleh hubungan darah), yang biasanya merupakan anggota keluarga asal dari salah satu pasangan keluarga inti. Keluarga ini terdiri atas nenek, kakek, bibi, paman, keponakan, dan sepupu.

### 3. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman, dkk. (2010) terdapat lima fungsi dasar keluarga:

- a. Fungsi afektif (fungsi mempertahankan kepribadian) Memfasilitasi stabilitasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga

- b. Fungsi sosialisasi dan status sosial

Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menajdikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif, serta memberikan status pada anggota keluarga.

- c. Fungsi reproduktif

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.

- d. Fungsi ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya.

- e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik, seperti makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan.

### 4. Dukungan sosial

Individu yang termasuk dalam memberikn dukungan sosial meliputi pasangan (suami/ istri), orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim kesehatan, atasan, dan konselor (Nursalam, 2010).

## **D. Tinjauan Umum Tentang Diabetes Melitus (DM)**

### 1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes adalah penyakit kronis serius yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin (hormon yang mengatur gula darah atau glukosa), atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkannya. Diabetes adalah masalah kesehatan masyarakat yang penting, menjadi salah satu dari empat penyakit tidak menular prioritas yang menjadi target tindak lanjut oleh para pemimpin dunia. Jumlah kasus dan prevalensi diabetes terus meningkat selama beberapa dekade terakhir. (*WHO Global Report, 2016*). Suatu penyakit menahun yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal secara menahun. Sebutan Glukosa darah sering dikenal oleh masyarakat dengan gula darah. (Kemenkes RI, 2018).

### 2. Etiologi

Diabetes terjadi karena produksi insulin yang kurang (*defisiensi insulin*) atau insulin yang tidak efektif (insulin yang resisten). Fungsi insulin adalah memasukkan glukosa ke dalam sel tubuh sehingga bisa diubah menjadi energi. Ketika insulin tidak mampu memasukkan glukosa ke dalam sel maka jumlah glukosa di dalam darah akan meningkat yang nantinya akan menyebabkan *hiperglisemia* (Leslie dkk, 2012).

### 3. Klasifikasi

Menurut Tandra (2008) dalam Leslie, dkk (2012) ada dua tipe utama diabetes, yaitu diabetes tipe 1 dan diabetes tipe 2.

#### a. Tipe 1 (tipe tergantung insulin)

Ditandai dengan kegagalan produksi insulin yang parsial atau total oleh sel-sel beta pankreas. Faktor penyebab masih belum jelas, tetapi beberapa virus, penyakit autoimun, dan faktor-faktor genetik dapat menjadi penyebab. Diabetes tipe 1 dapat terjadi pada anak dan dewasa. Penanganannya dengan injeksi insulin untuk mengontrol kadar glukosa dalam darah.

#### b. Tipe 2 (tidak tergantung insulin)

Ditandai dengan resistensi insulin ketika hormon insulin diproduksi dengan jumlah yang tidak memadai atau dengan bentuk yang tidak efektif. Faktor genetik yang kuat dan obesitas dapat berperan dalam proses terjadinya penyakit dan biasanya terjadi pada orang dewasa. Diabetes tipe 2 dapat dikendalikan dengan diet dan latihan, dan penggunaan obat diabetes.

### 4. Faktor Resiko

Proses timbulnya penyakit diabetes disebabkan oleh berbagai faktor yang dipengaruhi oleh komponen genetik dan lingkungan yang memberikan kontribusi sama kuatnya terhadap munculnya penyakit tersebut. Sebagian faktor tersebut dapat dimodifikasi melalui perubahan gaya hidup, sementara sebagian yang lainnya tidak dapat dirubah (Gibney dkk, 2010).

Menurut Yusra (2012), berikut faktor resiko yang dapat menyebabkan munculnya DM:

a. Faktor genetik

DM dapat diturunkan dari keluarga sebelumnya yang juga menderita DM. Hal tersebut menyebabkan kelainan gen yang mempengaruhi produksi insulin. Komponen genetik turut memberikan pengaruh terhadap timbulnya penyakit diabetes. Hal tersebut dapat terlihat dari prevalensi DM yang tinggi pada anak-anak yang diturunkan dari orang tua yang menderita diabetes, dan prevalensi DM yang tinggi pada kelompok etnis tertentu.

b. Faktor usia

Perubahan fisiologis yang menurun dengan cepat pada umumnya terjadi sejalan dengan penambahan usia. Penurunan tersebut dapat terjadi setelah usia 40 tahun. DM sering muncul setelah usia lanjut terutama setelah berusia 45 tahun.

c. Faktor kegemukan/ obesitas

Faktor kegemukan yang ikut andil dalam kejadian DM:

- 1) Perubahan gaya hidup dari tradisional ke gaya hidup barat Stres kronik cenderung membuat seseorang untuk mengkonsumsi makanan yang manis dan berlemak tinggi untuk meningkatkan kadar serotonin otak. Serotonin memberikan efek penenang sementara untuk menurunkan stres, namun gula dan lemak yang berlebihan dapat berakibat fatal dan beresiko terjadinya DM.

## 2) Makan berlebihan

Obesitas disebabkan oleh kebiasaan mengkonsumsi makanan yang manis dan kaya lemak, serta mengkonsumsi makanan yang terlalu banyak karena jumlah yang disimpan di dalam tubuh terlalu banyak dan berlebihan.

## 3) Faktor demografi

- a) Jumlah penduduk meningkat
- b) Urbanisasi
- c) Penduduk berusia diatas 40 tahun meningkat
- d) Kurang gizi
- e) Jarang melakukan aktivitas fisik
- f) faktor-faktor makanan/ nutrisi

## 5. Tanda dan Gejala

Keluhan umum pada pasien seperti rasa haus yang berlebihan (*polidipsia*), sering buang air kecil (*poliuria*) terutama malam hari, dan sering merasa lapar (*polifagia*).

### a. *Poliuria*

Kadar glukosa plasma puasa normal atau toleransi glukosa setelah makan tidak dapat dipertahankan akibat defisiensi insulin. Sehingga kadar glukosa dalam darah meningkat (hiperglikemia) dan jika melebihi ambang batas ginjal akan menyebabkan glikosuria. Hal ini mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin.

*b. Polidipsia*

Glikosuria yang mengakibatkan diuresis osmotik menyebabkan pasien sering merasa haus dan banyak minum.

*c. Polifagia*

Glikosuria menyebabkan glukosa hilang bersama urin, sehingga pasien mengalami keseimbangan kalori negatif dan berat badan berkurang. Akibat kehilangan kalori mungkin menyebabkan rasa lapar dan mudah lelah serta mengantuk pada pasien.

Riskesdas, (2018); menyebutkan gejala kronik yang dapat muncul pada pasien DM:

- 1) Kesemutan
- 2) Kulit terasa panas atau tertusuk-tusuk jarum
- 3) Rasa tebal di kulit sehingga ketika berjalan terasa seperti di atas bantal atau kasur
- 4) Kram
- 5) Mudah lelah
- 6) Mudah mengantuk
- 7) Mata kabur, biasanya sering gantiacamata
- 8) Luka sulit sembuh
- 9) Penyakit kulit akibat jamur dibawah lipatan kulit



## 6. Diagnosis DM

Diabetes ditandai dengan jumlah atau konsentrasi glukosa di dalam darah melebihi keadaan normal. Konsentrasi gula darah dikatakan normal, bila dalam keadaan puasa pagi hari tidak melebihi 100 mg/dL (Soegondo dan Sukardji, 2011). Gibney, dkk (2010) menjelaskan standarisasi kriteria untuk penegakan diagnosis dan klasifikasi DM yang diusulkan oleh *the National Diabetes Data Group of the USA* (NDDG) dan komite pakar *WHO* menghasilkan keseragaman hingga taraf tertentu bagi berbagai penelitian global terhadap kelainan metabolik tersebut.

Cara penegakan diagnosis DM adalah:

- a. Gejala DM seperti poliuria, polidipsi dan polifagi serta hasil pemeriksaan glukosa sewaktu  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l)
- b. atau glukosa plasma puasa (FPG)  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l)
- c. atau glukosa plasma 2 jam setelah makan (2 jam pp)  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l) selama pelaksanaan TTGO (Tes Toleransi Gula Oral)
- d. untuk keperluan skrining pada populasi dapat digunakan kriteria kadar glukosa puasa atau 2 jam pp sesudah pemberian per oral 75 gram glukosa.

## 7. Komplikasi

Komplikasi jangka panjang yang dapat terjadi pada kedua tipe diabetes adalah pada pembuluh darah, ginjal, mata, dan syaraf. Diabetes mellitus merusak sistem saraf perifer, termasuk komponen sensorik dan

motorik divisi somatik dan otonom. Dimana komplikasi tersebut merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian (Leslie dkk, 2012).

Komplikasi diabetes mempengaruhi pembuluh darah besar yang menyebabkan penyakit *kardiovaskular*, *stroke*, dan penyakit *vaskularisasi perifer*. Diabetes juga mempengaruhi sistem mikrovaskular tubuh, yang menyebabkan retinopati, nefropati, dan neuropati. Terjadinya penyempitan pada pembuluh darah yang dikenal dengan *angiopati diabetik* (Holt, 2013).

#### 8. Penanganan DM

Menurut (Ferawati, 2014) prilaku pengelolaan penyakit DM yang tidak baik meliputi prilaku diet, prilaku olahraga/ aktivitas fisik, prilaku pengobatan, prilaku dalam mengontrol gula darah, serta prilaku pencegahan komplikasi oleh pasien dan keluarga serta tenaga kesehatan.

Jain (2012) pendidikan kesehatan tentang pengelolaan diet, latihan dan perawatan kaki bertujuan untuk mengontrol dan mencegah terjadinya komplikasi diabetes. Menurut Torres dkk. (2014) penanganan DM meliputi:

##### a. Terapi gizi mencakup modifikasi diet

Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang pengetahuan diet bagi pasien diabetes. Regimen diet bergantung pada kebutuhan pertumbuhan, penurunan berat badan yang diinginkan (biasanya untuk penderita diabetes tipe 2) dan tingkat aktivitas. Pembagian kalori biasanya 50-60% dari karbohidrat kompleks, 20% dari protein, dan 30% dari lemak, serta kebutuhan akan vitamin dan

mineral. Untuk membatasi diet makan makanan yang dapat memperburuk penyakit pasien serta perubahan gaya hidup pasien.

Tujuan terapi ini adalah:

- 1) Untuk mencapai outcome metabolik yang optimal dan mempertahankannya. Outcome metabolik yang optimal meliputi:
  - a) Kadar glukosa yang normal
  - b) Keberadaan lipid yang menguntungkan
  - c) Tingkat tekanan darah yang dapat diterima untuk mengurangi resiko penyakit pada pembuluh darah makro serta mikro.
- 2) Untuk mencegah dan mengatasi komplikasi DM yang kronis dengan mengubah asupan nutrisi dan pola hidup sebagai pencegahan serta penanganan obesitas, dislipidemia, penyakit *kardiovaskular*, hipertensi, dan *nefropati*.
- 3) Untuk memperbaiki kesehatan melalui pemilihan makanan yang sehat.
- 4) Beberapa komponen neuropati diabetik dapat dicegah dengan gula darah yang terkontrol, sedangkan yang lainnya tidak.

b. Aktivitas fisik

Program olahraga yang digabung dengan penurunan berat badan menunjukkan peningkatan sensitivitas insulin dan menurunkan kebutuhan terhadap intervensi farmakologik. Untuk kedua tipe diabetes, olahraga terbukti dapat meningkatkan pemakaian glukosa oleh sel sehingga kadar glukosa darah turun. Namun bagi penderita diabetes tipe

1 harus menjadi perhatian sewaktu berolahraga karena dapat terjadi penurunan glukosa darah yang mencetuskan hipoglikemia. Terutama terjadi apabila pemberian insulin tidak disesuaikan dengan program olahraga.

c. Perawatan kaki

Perawatan kaki digunakan untuk melakukan pencegahan untuk terjadinya luka-luka di kaki. Setiap hari kaki pasien diabetes harus diperiksa dengan seksama minimal satu kali untuk menemukan luka-luka secara dini atau perubahan warna kulit seperti kemerah-merahan yang disebabkan oleh sepatu yang sempit tepat pada waktunya (Soegondo dan Sukardji, 2011).

9. Pencegahan Luka Diabetes

Menurut Holt (2013) luka kaki diabetes dikategorikan sebagai luka kronik yang tidak akan sembuh sendiri, melainkan dengan perawatan aktif. Komplikasi – komplikasi diabetes penyebab memburuknya ulkus diabetik adalah penyakit pembuluh darah perifer, neuropati perifer, dan infeksi (Saad, 2013).

Pencegahan komplikasi diabetes, agar tidak terjadi luka diabetes penting sekali dilakukan, yang dapat dicegah dengan melakukan kontrol gula darah, pengetahuan tentang faktor resiko untuk berkembangnya ulkus kaki diabetik dan menginspeksi kaki secara teratur. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi luka dan memberikan perawatan tepat pada waktunya (Holt, 2013).

Pada kaki yang masih normal ataupun sudah ada gangguan neuropati atau neuroiskemi namun belum ada luka, penatalaksanaan lebih ditekankan pada deteksi dini. Deteksi dini masuk dalam pencegahan sekunder yang bertujuan mencegah terjadinya komplikasi kaki diabetes pada pasien DM. Seorang pasien DM yang baru didiagnosis, deteksi dini sudah dilakukan untuk mencegah resiko infeksi ataupun kelainan bentuk kaki (PERKENI, 2010).

Deteksi dini diawali dengan deteksi adanya resiko ulserasi atau tukak pada pasien DM. Resiko terjadinya tukak dibagi menjadi dua golongan besar yaitu resiko sistemik dan resiko total. Resiko sistemik meliputi hiperglikemia yang tidak terkontrol, lamanya diabetes, penyakit pembuluh darah perifer, gangguan penglihatan, penyakit ginjal kronik, dan usia tua. Sedangkan resiko total meliputi *neuropati perifer*, kelainan struktur kaki, bentuk sepatu yang tidak sesuai, adanya kalus, ada riwayat amputasi karena tukak, tekanan yang berlebihan dalam jangka waktu yang lama dan gerakan sendi yang terbatas (PERKENI, 2010).

Holt (2013) menjelaskan beberapa tindakan *preventif* untuk mencegah timbulnya luka dan gangren diabetik:

a. Pengendalian glukosa darah

Kontrol gula darah sangat penting untuk menghindari penurunan resistensi terhadap infeksi dan mencegah neuropati diabetik.

b. Penggunaan alas kaki

Penggunaan sepatu pada pasien DM tidak boleh sembarangan. Pemilihan sepatu dilakukan dengan hati-hati, dimana sepatu tersebut mengikuti bentuk kaki pasien untuk mencegah trauma pada kaki. Tinggi hak sepatu sebaiknya dibawah 5 cm. Penggunaan sandal dan sepatu secara bergantian, sandal dapat dipakai saat berada di dalam rumah dan memakai sepatu saat bepergian ke luar. Menggunakan ukuran sepatu yang tepat (tidak terlalu sempit ataupun terlalu longgar) yang bertujuan untuk mencegah trauma gesekan. Lama penggunaan sepatu baru yang bertahap untuk mencegah trauma akibat lepuh.

c. Merawat kuku kaki

Perawatan kuku kaki pasien DM sebaiknya setelah mandi, sehingga saat memotong kuku, kuku menjadi lebih lembut. Hindari memotong kuku dengan alat-alat tajam dan berhati-hati saat memotong kuku kaki, karena rasa nyeri di kaki dapat berkurang. Hindari mengikir kuku terlalu pendek atau terlalu dalam pada daerah tepi kiri dan kanan kuku. Apabila penglihatan pasien diabetes sudah kurang, mintalah bantuan orang lain.

d. Perawatan kaki

Perawatan kaki meliputi perhatian dan pemeriksaan pada kondisi kaki pasien DM serta pemakaian pelindung kaki agar kaki tidak ada lepuh, kemerahan, fisura, kalus, atau ulserasi akibat terkena trauma. Kaki harus dicuci bersih setiap hari. Kemudian dikeringkan terutama

pada sela-sela jari kaki untuk mencegah akumulasi air. Mencuci kaki dengan air biasa karena kaki ambang rasa pada kaki berkurang. Pasien DM harus menghindari berjalan dengan kaki telanjang/ tanpa menggunakan alas kaki, serta menghindari membersihkan kallus sendiri. Apabila kedinginan pasien DM dapat menggunakan kaos kaki yang menyerap keringat.

Selalu memperhatikan kondisi kaki untuk melihat:

- 1) Kaki yang mengalami bengkak supaya bisa kembali mengecil dan aliran darah kembali lancar,
- 2) Adanya jamur yang dapat mengakibatkan sela-sela jari kaki pecah-pecah ataupun terluka. Apabila ditemukan kaki berjamur segera konsultasikan dengan dokter untuk diobati.
- 3) Peredaran darah yang terganggu

Untuk menangani peredaran darah kaki yang terganggu, pasien DM dapat melakukan beberapa hal:

- a) Latihan jalan (konsultasikan dengan dokter Anda)
  - b) Berhenti merokok, jika Anda seorang perokok
- e. Pertolongan pertama (P3K)

Pertolongan pertama dimaksudkan agar luka tidak terinfeksi. Apabila kaki terluka, bersihkan luka dibawah air mengalir. Kemudian oleskan krim antiseptik dan balut dengan perban atau balutan. Sehingga diperlukan untuk selalu menyimpan kotak P3K di rumah yang berisi balutan steril, tip, perban, dan krim antiseptik.

- f. Pasien harus mendapatkan penyuluhan untuk mengurangi faktor resiko, seperti konseling tentang kebiasaan merokok dan kenaikan lemak darah yang dapat mempengaruhi timbulnya kelainan *vaskuler perifer*.
- g. Melakukan senam kaki

Senam kaki adalah latihan atau gerakan-gerakan yang dilakukan oleh kedua kaki secara bergantian atau bersamaan untuk memperkuat atau/ dan melenturkan otot-otot di daerah tungkai bawah terutama pada kedua pergelangan kaki dan jari-jari kaki. Senam kaki untuk membantu memperkuat otot-otot kecil kaki. Karena syaraf kaki yang terganggu atau rusak akibat diabetes.

Langkah-langkah senam kaki:

Posisi awal: duduklah dengan posisi tegak diatas sebuah kursi (jangan bersandar)

- 1) Latihan ke-1 (10 kali)
  - a) Gerakkan jari-jari kedua kaki seperti bentuk cakar, dan
  - b) Luruskan kembali.
- 2) Latihan ke-2 (10 kali)
  - a) Angkat ujung kaki, tumit tetap diletakkan diatas lantai
  - b) Turunkan ujung kaki, kemudian angkat tumitnya dan turunkan kembali.
- 3) Latihan ke-3 (10 kali)
  - a) Angkat kedua ujung kaki Anda
  - b) Putar kaki pada pergelangan kaki, kearah samping



- c) Turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke arah tengah.
- 4) Latihan ke-4 (10 kali)
- a) Angkat kedua tumit Anda
  - b) Putar kedua tumit ke arah samping
  - c) Turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke tengah.
- 5) Latihan ke-5 (masing-masing kaki 10 kali)
- a) Angkat salah satu lutut, dan
  - b) Luruskan kaki Anda
  - c) Gerakkan jari-jari kaki Anda ke depan
  - d) Turunkan kembali kaki Anda, bergantian ke kiri dan kanan.
- 6) Latihan ke-6 (masing-masing kaki 10 kali)
- a) Luruskan salah satu kaki Anda di atas lantai
  - b) Kemudian angkat kaki tersebut
  - c) Gerakkan ujung-ujung jari ke arah muka Anda
  - d) Turunkan kembali tumit Anda ke lantai.
- 7) Latihan ke-7 (10 kali)

Seperti latihan sebelumnya, tetapi kali ini dengan kedua kaki secara bersamaan.

- 8) Langkah ke-8 (10 kali)
- a) Angkat kedua kaki Anda, luruskan dan pertahankan posisi tersebut
  - b) Gerakkan kaki Anda pada pergelangan kaki, ke depan dan ke belakang.

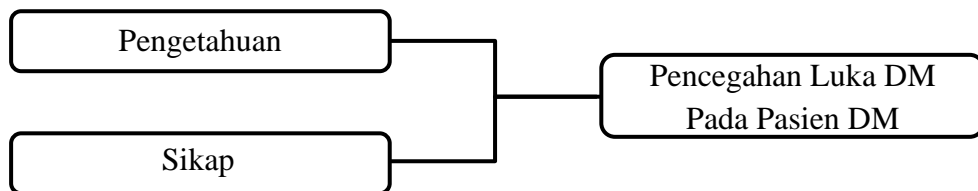
- 9) Latihan ke-9 (masing-masing 10 kali)
  - a) Luruskan salah satu kaki Anda dan angkat
  - b) Putar kaki Anda pada pergelangan kaki
  - c) Tuliskanlah di udara dengan kaki Anda angka 0 s/d 9.
- 10) Latihan ke-10 (sekali)
  - a) Selembar koran dilipat-lipat dengan kaki menjadi bentuk bulat seperti bola. Kemudian dilicinkan kembali dengan menggunakan kedua kaki, dan setelah itu disobek-sobek.
  - b) Kumpulkan sobekan-sobekan tersebut dengan kedua kaki dan letakkan di atas lembaran koran lainnya. Terakhir bungkuslah semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola.

#### **E. Landasan Teori**

Menurut Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan yang dikutip Notoatmodjo (2010), membagi perilaku manusia itu kedalam tiga domain yakni kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan tindakan (*practice*). Dalam penelitian ini mengukur pengetahuan dan sikap keluarga dalam pencegahan komplikasi diabetes meliputi luka diabetes penting sekali dilakukan yang dapat dicapai dengan kontrol gula darah, pengetahuan tentang faktor resiko untuk berkembangnya ulkus kaki diabetik, dan menginspeksi kaki secara teratur. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi luka dan memberikan perawatan tepat pada waktunya (Holt, 2013).

## F. Kerangka Pikir

Diabetes melitus yang dijelaskan memiliki dampak berupa berbagai macam komplikasi diantaranya luka diabetes. Maka diperlukan pengetahuan dan sikap bagi keluarga untuk mencegah timbulnya luka Diabetes Melitus pada pasien DM. Kerangka penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut ini:



Gambar 2.1 Skema Kerangka Pikir

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Dalam penelitian ini penulis menggunakan jenis penelitian *deskriptif*. Penelitian ini bermaksud untuk mengetahui Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Bulili.

#### **B. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini telah di laksanakan pada bulan September 2020, di wilayah kerja Puskesmas Bulili.

#### **C. Variabel dan Definisi Operasional**

##### 1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini adalah Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Bulili.

##### 2. Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu batasan variabel yang diteliti untuk mengarahkan pada pengukuran dan pengamatan variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen (Notoatmodjo, 2012).

a. Pengetahuan Keluarga

Definisi : Segala sesuatu yang diketahui dan dipahami keluarga pasien diabetes melitus tentang pencegahan luka diabetes melitus meliputi cara pencegahan, pengendalian gula darah, penggunaan alas kaki, pertolongan pertama, tanda dan gejala, aktivitas fisik, diet, konsumsi obat dan konsultasi ke ahli gizi atau dokter.

Alat ukur : Kuesioner

Cara ukur : Pengisian kuesioner

Skala ukur : Ordinal

Hasil ukur : 2 = Baik, bila responden menjawab benar 76% - 100% seluruh pertanyaan  
1 = Cukup baik, bila responden menjawab benar 56%-75% seluruh pertanyaan  
0 = Kurang baik, bila responden menjawab benar <56% seluruh pertanyaan

b. Sikap keluarga

Definisi : Sikap keluarga pasien diabetes melitus dalam penelitian ini adalah reaksi yang masih tertutup dan tidak dapat dilihat langsung yang hanya dapat ditafsirkan pada perilaku yang nampak oleh keluarga pasien dalam pencegahan luka diabetes

melitus meliputi pengontrolan gula darah, diet, perawatan kaki, olahraga, pemeriksaan gula darah rutin, senam kaki dan penggunaan obat.

- Alat ukur : Kuesioner
- Cara ukur : Pengisian kuesioner
- Skala ukur : Ordinal
- Hasil ukur : 1 = Positif, bila jumlah skor responden  $\geq$  median  
(median 37)
- 0 = Negatif, bila jumlah skor responden  $<$  median  
(median 37)

#### **D. Jenis dan Cara Pengumpulan Data**

##### 1. Jenis data

###### a. Data Primer

Data Primer adalah data yang dikumpulkan sendiri oleh peneliti dari yang sebelumnya tidak ada, dan tujuannya disesuaikan dengan keperluan penelitian (Notoatmodjo, 2012). Data Primer diperoleh dari responden yaitu keluarga pasien DM dengan menggunakan kuesioner (daftar pernyataan).

###### b. Data Sekunder

Data Sekunder merupakan data yang telah dikumpulkan oleh pihak lain dan data sudah ada (Notoatmodjo, 2010). Data ini diperoleh melalui data di Puskesmas Bulili.

## 2. Cara pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini adalah angket (kuesioner). Angket (kuesioner) merupakan suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum (Notoatmodjo, 2010). Kuesioner pengetahuan dalam penelitian ini diadopsi dari penelitian Suci Rahma Wardani tahun 2015 tentang gambaran pengetahuan tentang pencegahan luka DM pada anggota keluarga pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur dan kuesioner sikap dalam penelitian ini diadopsi dari penelitian Ina Mariany Kamengbila tahun 2018 tentang hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1c di RSUD dr. Moewardi dan dimodifikasi oleh peneliti.

### a. Data tentang Pengetahuan

Data penelitian ini menggunakan data primer berupa kuesioner untuk menilai pengetahuan. Jenis skala pengukuran yang digunakan adalah skala *Guttman*. Menurut Hidayat (2011) skala *Guttman* merupakan skala yang dibuat seperti checklist bersifat tegas dan konsisten dalam memberikan jawaban dari pertanyaan/ pernyataan: ya dan tidak, positif dan negatif, setuju dan tidak setuju, benar dan salah. Kuesioner pengetahuan terdiri dari 39 item pernyataan yang terdiri dari 30 pernyataan *positif* (pernyataan no. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39)

dan 9 pernyataan *negative* (pernyataan no. 6, 8, 13, 15, 18, 19, 22, 23, 33) dengan alternatif jawaban benar dan salah. Pada pernyataan positif, jika responden menjawab “benar” mendapat nilai 1 dan menjawab “salah” mendapat nilai 0. Pada pernyataan negatif, jika responden menjawab “benar” mendapat nilai 0 dan jika menjawab “salah” mendapat nilai 1.

b. Data tentang Sikap

Penilaian sikap dengan menggunakan skala *Likert*. Kuesioner terdiri dari pernyataan sikap dengan jumlah 12 item pernyataan yang terdiri dari 9 pernyataan positif (1,2,3,4,5,6,8,10,12) dan 3 pernyataan negative (7,9,11) dengan nilai pertanyaan positif : sangat setuju (4), setuju (3), tidak setuju (2), dan sangat tidak setuju (1). Pernyataan negatif : sangat setuju (1), setuju (2), tidak setuju (3), sangat tidak setuju (4).

Kuesioner yang telah diisi, selanjutnya dikumpulkan kemudian dilakukan pengskoran sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan pada bagian definisi operasional.

3. Validitas dan realibilitas instrumen

a. Validitas

Uji validitas dalam penelitian ini dari penelitian Suci Rahma Wardani tahun 2015 tentang gambaran pengetahuan tentang pencegahan luka DM pada anggota keluarga pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur. Validitas berbicara mengenai sejauh mana



instrumen dapat dengan tepat mengukur apa yang hendak diukur. Validitas berkaitan dengan ketepatan alat ukur. Dengan instrumen yang valid akan menghasilkan data yang valid pula. Uji validitas kuisioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah content validity.

Menurut Kelana (2011) content validity (validitas isi) menunjukkan kemampuan item pertanyaan dalam instrumen mewakili semua unsur dimensi konsep yang sedang diteliti. Sugiyono (2007) dan Widoyoko (2013) mengatakan bahwa untuk menguji kemampuan instrumen tersebut dapat digunakan pendapat para ahli. Jumlah para ahli yang digunakan minimal tiga orang. Untuk penelitian tugas akhir kuliah (skripsi), tenaga ahlinya adalah pembimbing. Pada penelitian ini content validity instrumen penelitian dilakukan oleh dosen pembimbing sebanyak dua orang, sehingga item pertanyaan/ pernyataan dalam instrumen dapat mewakili konsep yang sedang diteliti.

Proses pembuatan instrumen penelitian, peneliti membuat daftar pernyataan terkait pencegahan luka DM diperoleh sebanyak 40 pernyataan. Selanjutnya peneliti berkonsultasi dengan pembimbing, diperoleh 39 pernyataan dan perubahan redaksional yang mengacu pada pola kalimat Bahasa Indonesia yang baik dan benar. Untuk mengukur isi instrumen agar dapat mewakili konsep yang sedang diteliti, peneliti melakukan content validity yang dilakukan oleh dua orang dosen pembimbing penelitian. Sehingga diperoleh kuisioner yang dapat mengukur pengetahuan responden tentang pencegahan luka DM.

## b. Reliabilitas

Uji reliabilitas dalam penelitian ini dari penelitian Suci Rahma Wardani tahun 2015 tentang gambaran pengetahuan tentang pencegahan luka DM pada anggota keluarga pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur. Hasil uji reliabilitas yang dilaksanakan selama dua minggu berturut-turut dari tanggal 6 – 19 April 2015 di Kel. Pisangan dan Kel. Cirendeu diperoleh nilai  $\alpha$  (alfa) sebesar 0,6659909 dibulatkan menjadi  $\alpha=0,67$ . Berdasarkan nilai tersebut, pernyataan pada variabel pengetahuan tentang pencegahan luka DM pada anggota keluarga pasien DM dianggap reliabel.

## E. Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasikan informasi yang diperlukan. Pengolahan data dilakukan dengan cara (Notoatmodjo, 2010) :

### 1. Coding

*Coding* adalah melakukan pengkodean data agar tidak terjadi kekeliruan dalam melakukan tabulasi data. *Coding* butir jawaban dengan menggunakan penelitian

### 2. Editing

*Editing* adalah menyeleksi data yang telah didapat dari kuesioner yang telah dijawab oleh responden untuk mendapatkan data yang akurat.

### 3. *Tabulating*

*Tabulating* data adalah penyusunan data sedemikian rupa sehingga memudahkan dalam penjumlahan data dan disajikan dalam bentuk tulisan.

### 4. *Entry data*

*Entry data* adalah memasukkan data ke dalam komputer.

### 5. *Cleaning*

*Cleaning* adalah pembersihan data, melihat variabel apakah data sudah benar atau belum.

### 6. *Describing*

*Describing* yaitu menggambarkan atau menjelaskan data yang sudah dikumpulkan.

## **F. Analisa Data**

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat, bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya, untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase tiap variabel. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui frekuensi dan masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas dan terikat dengan menggunakan rumus:

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

$P$  = *Persentase*                       $n$  = Jumlah responden

$f$  = *Frekuensi*

### G. Penyajian Data

Untuk menyajikan data hasil penelitian, peneliti menggunakan cara penyajian dalam bentuk tabel dan narasi.

### H. Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili.

#### 2. Sampel

Jumlah atau besar sampel dalam penelitian ini digunakan perhitungan besar sampel dengan menggunakan rumus *estimasi proporsi* menurut Sastroasmoro & Ismael (2014) dengan rumus besar sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 P (1-P)}{d^2}$$

Keterangan :

$n$  = Besar sampel

$Z$  = *Z score* berdasarkan nilai  $\alpha$  yang diinginkan

$P$  = Proporsi pada populasi

$1-P$  =  $Q$  yaitu proporsi untuk tidak terjadinya suatu kejadian

$d$  = Derajat akurasi (presisi) yang diinginkan

Pada penelitian ini digunakan derajat kepercayaan 90 % ( $Z^{21-\alpha/2} = 1,64$ ) dengan presisi mutlak sebesar 10 % ( $d = 0,1$ ) dengan nilai proporsi populasi sebesar 30 % ( $P = 0,3$ ). Perhitungan besar sampel pada penelitian ini adalah :

$$\begin{aligned}n &= \frac{Z^2 1-\alpha/2 P (1-P)}{d^2} \\n &= \frac{1,64^2 \times 0,3 \times (1-0,3)}{0,1^2} \\n &= \frac{0,564816}{0,01} \\n &= 56,4816 = 56 \text{ responden}\end{aligned}$$

Hasil dari perhitungan menggunakan rumus diatas, didapatkan hasil sampel sebanyak 56,48 sehingga dibulatkan menjadi 56 responden.

a. Teknik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *Nonprobability sampling*. Populasi didalam penelitian semua keluarga pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili, sehingga jenis sampling yang digunakan yaitu *Purposive Sampling*. Purposive Sampling adalah pengambilan subjek penelitian berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti (Cozby & Bates, 2011). Yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini. Adapun kriteria inklusi adalah sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

- a) Keluarga pasien DM yang berada di wilayah kerja Puskesmas Bulili (suami, istri, anak, orang tua, saudara)
- b) Keluarga tinggal menetap dengan pasien DM
- c) Keluarga dapat membaca dan menulis

b. Kriteria Eksklusi

- a) Subjek menolak dijadikan sampel/responden
- b) Keluarga yang tidak ada di tempat/dirumah
- c) Keluarga yang cacat/buta

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### 1. Keadaan Geografis

Puskesmas Bulili terletak di kelurahan Birobuli Selatan Kecamatan Palu Selatan dengan jarak tempuh dari pusat Kota sejauh + 6 km dan jarak dari pusat kecamatan sejauh 2 km. Memiliki luas wilayah 14,15 km<sup>2</sup> dan secara administratif pemerintahan terdiri atas 2 kelurahan, 15 RW serta 56 RT dengan luas wilayah perkelurahan sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Luas Wilayah RW dan RT dirinci menurut kelurahan di Puskesmas Bulili Tahun 2019

No	Kelurahan	Luas Wilayah (km <sup>2</sup> )	RW	RT
1	Petobo	10,40	9	28
2	Birobuli Selatan	3,75	6	28
Puskesmas		14,15	15	56

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Bulili, 2019

Secara Administratif Puskesmas Bulili berbatasan dengan beberapa kelurahan di Kota Palu dan secara langsung juga berbatasan dengan wilayah Kabupaten Sigi Biromaru, sebab wilayah kerja Puskesmas Bulili berada paling selatan dari wilayah Administratif Kota Palu. Untuk lebih jelasnya maka berikut ini kami jabarkan batasan wilayah kerja Puskesmas Bulili :

- a. Sebelah Timur : Desa Ngatavaru dan Desa Luru Kec. Sigi Biromaru
- b. Sebelah Barat : Kelurahan Tinggede, Kecamatan Marawola

- c. Sebelah Utara : Kelurahan Birobuli Utara dan Kelurahan Kawatuna
- d. Sebelah Selatan : Desa Mpanau dan Desa Kalukubula Kecamatan Sigi  
Biromaru

## 2. Visi dan Misi

### a. Visi

Terwujudnya masyarakat bulili sehat secara mandiri

### b. Misi

- 1) Mendorong masyarakat untuk hidup sehat
- 2) Meningkatkan sumber daya manusia petugas kesehatan
- 3) Menjalin kerjasama lintas sektor

## 3. Tata Nilai

### a. Keprofesionalan

### b. Kedisiplinan

### c. Beretika

### d. Tanggung jawab

## 4. Motto

“GERTAK MENPAN”, Gerakan Serentak Menuju Terdepan

## 5. Sarana Kesehatan

Wilayah Puskesmas Bulili terdapat beberapa sarana kesehatan yang pada tahun 2019 masih aktif dan dapat digunakan pada masyarakat untuk pelayanan kesehatan antara lain :

Tabel 4.2 Distribusi Sarana Kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Bulili Tahun 2019



No	Kelurahan	Rumah Sakit	Puskesmas	Dokter Praktek	Pustu	Poskesdes	Apotik
1	Birobuli Selatan	1	1	5	1	1	7
2	Petobo	1	0	2	1	1	4
	Total	2	1	7	2	2	10

Sumber : Profil Kesehatan Puskesmas Bulili, 2019

#### 6. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

Pada tahun 2019 Puskesmas Bulili memiliki cakupan kunjungan rawat jalan sebanyak 40.374 jiwa, dengan jumlah laki-laki 17.942 jiwa dan perempuan 22.432 jiwa, sedangkan cakupan kunjungan rawat inap 46 jiwa dengan jumlah pasien laki-laki 17 jiwa dan perempuan 29 jiwa.

#### 7. Upaya Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia Kesehatan Puskesmas Bulili meliputi kualifikasi Pendidikan dengan jumlah tenaga 45 orang dengan status Pegawai Negeri Sipil yang selama ini telah melakukan tugas di Puskesmas Bulili dengan bentuk pengabdian dimasyarakat diwilayah kerja Puskesmas Bulili.

#### 8. Pertumbuhan Penduduk

Sampai dengan tahun 2019 jumlah penduduk diwilayah kerja Puskesmas Bulili berjumlah 22.439 jiwa. Pada tahun 2017 berjumlah 21.432 jiwa. Berdasarkan data dari BPS tersebut terjadi peningkatan jumlah penduduk sebanyak 1,07 % dari tahun sebelumnya dimana jumlah rumah tangga 3.775 rumah tangga dengan rata-rata jiwa per rumah tangga 5,19 jiwa dengan kepadatan penduduk 1,580 jiwa per Km<sup>2</sup>.

## B. Hasil Penelitian

Hasil penelitian diperoleh dari 56 responden dan disajikan dalam bentuk analisa univariat sebagai berikut:

### 1. Karakteristik responden

#### a. Usia responden

Usia responden dalam penelitian ini menurut Depkes RI (2009), yaitu remaja akhir (17-25 tahun), dewasa awal (26-35 tahun), dewasa akhir (36-45 tahun), lansia awal (46-55 tahun) dan lansia akhir (56-65 tahun). Usia responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Usia Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili

No	Usia	Frekuensi	Presentase (%)
1	Masa Remaja Akhir	8	14.3
2	Masa Dewasa Awal	14	25.0
3	Masa Dewasa Akhir	19	33.9
4	Masa Lansia Awal	12	21.4
5	Masa Lansia Akhir	3	5.4
	Total	56	100.0

Sumber : Data primer, 2020

Berdasarkan pada tabel 4.3 tentang usia responden yang terbanyak adalah usia 36-45 (dewasa akhir) yaitu sebanyak (33,9 %) dari 56 responden dalam penelitian ini. Dari hasil olah data, nilai maksimum atau umur responden paling tua adalah 60 tahun dengan frekuensi sebanyak 3

responden dan nilai minimum atau umur yang paling muda adalah 19 tahun dengan frekuensi sebanyak 1 responden.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin menurut Hungu (2009) adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan secara biologis sejak seseorang lahir. Jenis kelamin dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
1	Laki-laki	14	25.0
2	Perempuan	42	75.0
	Total	56	100.0

Sumber : Data primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.4 tentang jenis kelamin, menunjukkan bahwa responden yang terbanyak pada penelitian terini adalah berjenis kelamin perempuan (75 %) dengan frekuensi sebanyak 42 responden dari 56 responden.

c. Pendidikan responden

Jenis pendidikan menurut Undang-Undang RI No. 20 tahun 2003, jenis pendidikan dikategorikan menjadi Pendidikan Dasar yang berbentuk Sekolah Dasar (SD)/ sederajat dan Sekolah Menengah Pertama (SMP)/sederajat, Pendidikan Menengah berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA)/sederajat dan Pendidikan Tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut atau universitas. Pendidikan responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.5 berikut:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili

No	Pendidikan Responden	Frekuensi	Presentase (%)
1	Pendidikan Dasar	12	21.4
2	Pendidikan Menengah	28	50.0
3	Pendidikan Tinggi	16	28.6
Total		56	100.0

Sumber : Data primer, 2020

Berdasarkan pada tabel 4.5 tentang pendidikan responden yang memiliki pendidikan terbanyak adalah pendidikan menengah (50 %) dengan frekuensi sebanyak 28 responden dari 56 responden pada penelitian ini.

d. Pekerjaan Responden

Pekerjaan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas responden sehari-hari. Pekerjaan responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.6 berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden di wilayah kerja Puskesmas Bulili

No	Pekerjaan Responden	Frekuensi	Presentase (%)
1	Pelajar	1	1.8
2	IRT	19	33.9
3	Buruh	3	5.4
4	Swasta	25	44.6
5	PNS	8	14.3
Total		56	100.0

Sumber : Data primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.6 tentang pekerjaan responden, menunjukkan bahwa pekerjaan responden yang terbanyak adalah Swasta (44,6 %) dengan frekuensi sebanyak 25 responden dari 56 responden penelitian ini.

## 2. Analisa univariat

### a. Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus

Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.7 berikut:

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus

No	Pengetahuan Responden	Frekuensi	Presentase (%)
1	Kurang Baik	6	10.7
2	Cukup Baik	21	37.5
3	Baik	29	51.8
Total		56	100.0

Sumber : Data primer, 2020

Berdasarkan pada tabel 4.7 bahwa distribusi frekuensi berdasarkan pengetahuan responden tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili dari 56 responden yang terbanyak adalah baik (51,8 %), cukup baik (37,5 %) dan kurang baik (10,7 %).

b. Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus

Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus

No	Sikap Responden	Frekuensi	Presentase (%)
1	Negatif	29	51.8
2	Positif	27	48.2
Total		56	100.0

Sumber : Data primer, 2020

Berdasarkan pada tabel 4.8 bahwa distribusi frekuensi berdasarkan sikap responden tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dari 56 responden yang terbanyak adalah negatif (51,8%) dan positif (48.2%).

### C. Pembahasan

1. Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili berdasarkan karakteristik responden

Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan dari hasil penelitian ini. Karakteristik responden yang terdapat pada penelitian ini dengan jumlah responden sebanyak 56 pasien. Hasil penelitian berdasarkan tabel 4.3 tentang usia responden yang terbanyak adalah usia 36-45 (dewasa

akhir) yaitu sebanyak (33,9 %) dari 56 responden dalam penelitian ini. Dari hasil olah data, nilai maksimum atau umur responden paling tua adalah 60 tahun dengan frekuensi sebanyak 3 responden dan nilai minimum atau umur yang paling muda adalah 19 tahun dengan frekuensi sebanyak 1 responden.

Hasil penelitian Burns, dkk (2013) diperoleh bahwa rentang usia anggota keluarga pasien DM adalah 31 – 57 yang diperoleh bahwa sebanyak 37,1% anggota keluarga mengalami kebingungan dalam merawat dan membantu pasien DM. Usia tersebut menunjukkan bahwa usia responden termasuk kedalam usia dewasa. Namun pada penelitian yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pisangan diperoleh bahwa rentang usia anggota keluarga pasien DM adalah 18 – 63 tahun yang terbagi menjadi usia remaja dan usia dewasa.

Hasil penelitian berdasarkan tabel 4.4 tentang jenis kelamin, menunjukkan bahwa responden yang terbanyak pada penelitian terini adalah berjenis kelamin perempuan (75 %) dengan frekuensi sebanyak 42 responden dari 56 responden.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suci Rahma Wardani (2019) menunjukkan bahwa persentase responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak dengan kategori pengetahuan baik adalah perempuan sebanyak 23 orang (67,6%). Sedangkan persentase jenis kelamin laki-laki dengan kategori pengetahuan baik sebanyak 7 orang (43,8%) lebih kecil dibandingkan persentase jenis kelamin laki-laki dengan kategori pengetahuan kurang sebanyak 9 orang (56,3 %).

Menurut Rintala dkk (2013) mengatakan bahwa perempuan lebih bertanggung jawab terhadap kegiatan rutin keluarga dan mereka mungkin berpengalaman tentang manajemen diri pasien DM. Berdasarkan hal tersebut responden perempuan lebih memiliki toleransi terhadap perawatan pasien DM dan pencegahan komplikasi dibandingkan responden laki-laki. Sehingga mereka akan berusaha mencari informasi terkait DM dan pencegahan komplikasinya. Data penelitian menunjukkan bahwa responden tersebut berusaha mendapatkan informasi dari tim kesehatan yang mereka temui. Oleh karena itu pengetahuan anggota keluarga perempuan tentang pencegahan luka diabetes lebih baik dibandingkan anggota keluarga laki-laki.

Hasil penelitian berdasarkan tabel 4.5 tentang pendidikan responden yang memiliki pendidikan terbanyak adalah pendidikan menengah (50 %) dengan frekuensi sebanyak 28 responden dari 56 responden pada penelitian ini.

Menurut Yusra (2010) menambahkan bahwa pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki akan memberikan kecenderungan terhadap pengontrolan gula guna mencegah komplikasi. Hal ini sesuai dengan hasil yang diperoleh bahwa anggota keluarga dengan pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan anggota keluarga dengan pendidikan dasar. Sehingga responden anggota keluarga pasien DM dengan kemampuan kognitif yang baik akan memiliki konsep pencegahan luka yang lebih baik pula untuk mencegah terjadinya luka diabetes.



Hasil penelitian berdasarkan tabel 4.6 tentang pekerjaan responden, menunjukkan bahwa pekerjaan responden yang terbanyak adalah Swasta (44,6 %) dengan frekuensi sebanyak 25 responden dari 56 responden penelitian ini.

Keluarga yang mampu dalam hal ekonomi akan dapat memberikan fasilitas yang diinginkan pasien DM, memberikan motivasi dalam menjalankan terapi. Anggota keluarga yang bekerja akan dapat memperbaiki ekonomi, sehingga dapat memberikan fasilitas yang dibutuhkan pasien DM dalam perawatannya (Susanti dan Sulistyarini, 2013).

## 2. Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili

Hasil penelitian ini yaitu Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili. Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan dari hasil penelitian ini. Pengetahuan responden yang terdapat pada penelitian ini dengan jumlah responden sebanyak 56 responden. Hasil penelitian berdasarkan tabel 4.7 tentang pengetahuan responden yang sebagian besar memiliki pengetahuan baik adalah 29 responden (51,8 %), dari 44 responden dalam penelitian ini. Pengetahuan Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu diantaranya dari usia, pekerjaan, tingkat pendidikan, hal tersebut sesuai dengan penelitian teori

Notoatmodjo (2010) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang dilakukan dengan berdasarkan pada pengetahuan akan bertahan lebih lama dan kemungkinan menjadi perilaku yang melekat pada seseorang dibandingkan jika tidak berdasarkan pengetahuan.

Asumsi peneliti adalah secara umum dapat dilihat dari hasil penelitian mengenai pengetahuan keluarga tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili sebagian besar sudah memiliki pengetahuan baik untuk pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus, tetapi masih ada keluarga pasien diabetes melitus yang masih memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suci Rahma Wardani (2019) di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur menunjukkan hasil persentase pengetahuan sebesar 60 % responden yang berpengetahuan baik yang merupakan hasil tertinggi dari 50 responden dan sedangkan untuk hasil persentase terendah sebanyak 40 % yang berpengetahuan kurang dari 50 responden di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur.

Jika hasil penelitian ini dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya tentang pengetahuan keluarga tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus, dapat diambil kesimpulan bahwa

pengetahuan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur dan di wilayah kerja Puskesmas Bulili sebagian besar sudah memiliki pengetahuan baik.

### 3. Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili

Hasil penelitian ini yaitu Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili. Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan dari hasil penelitian ini. Sikap responden yang terdapat pada penelitian ini dengan jumlah responden sebanyak 56 responden. Hasil penelitian berdasarkan tabel 4.8 tentang pengetahuan responden yang sebagian besar memiliki sikap negatif adalah 29 responden (51,8 %) dan sikap positif adalah 27 responden (48.2%) dari 56 responden dalam penelitian ini.

Asumsi peneliti adalah secara umum dapat dilihat dari hasil penelitian mengenai sikap keluarga tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili sebagian besar memiliki sikap negatif untuk melakukan pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus, hal ini disebabkan kurangnya keluarga memperhatikan dalam penggunaan alas kaki pada penderita diabetes mellitus dan kurangnya keluarga dalam memberikan motivasi kepada penderita diabetes mellitus.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hilmatul Aliyah (2018), di RSI Kendal Kabupaten Kendal menunjukkan

hasil persentase sikap sebesar 52,9 % responden yang memiliki sikap negatif atau kurang yang merupakan hasil tertinggi dari 34 responden dan sedangkan untuk hasil persentase sikap terendah sebanyak 47,1 % yang memiliki sikap baik atau positif dari 34 responden di RSI Kendal Kabupaten Kendal.

Menurut Notoatmodjo (2012) bahwa pembentukan dan perubahan sikap akan ditentukan oleh dua faktor yaitu: Faktor internal (individu itu sendiri), yaitu cara individu dalam menanggapi dunia luarnya dengan selektif sehingga tidak semua yang datang akan diterima atau ditolak. Misalnya: pengetahuan seseorang dan individu yang merupakan stimulus untuk membentuk atau mengubah sikap, yaitu: pertama sifat objek yang dijadikan sasaran sikap ini adalah .pasien penyakit DM yang penyakitnya sudah kronis dan lamanya menderita DM menyebabkan respon individu untuk menerima stimulus menjadi berkurang karena adanya rasa bosan dalam bersikap dan berperilaku. Media komunikasi yang digunakan dalam menyampaikan sikap sangat terbatas.

Dengan demikian sikap keluarga penderita DM dengan kondisi kesehatan yang baik dapat melakukan aktivitas apa saja sedangkan yang memiliki kondisi kesehatan sedang, cenderung memilih aktivitas yang memerlukan sedikit kegiatan fisik. Untuk mengerjakan perawatan penyakit DM beberapa aktivitas fisik dan psikis yang berat mereka memerlukan bantuan orang lain. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap terbentuk dari

adanya interaksi lingkungan yang saling mempengaruhi dan terjadi timbal balik antar individu. Begitu juga dalam hal pencegahan terjadinya luka kaki, penderita akan bersikap sesuai dengan pengaruh lingkungannya dan pengetahuan individu terhadap DM itu sendiri (Notoatmodjo, 2012)

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Kesimpulan yang dapat ditarik dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dari 56 responden yang terbanyak adalah baik (51,8 %), cukup baik (37,5 %) dan kurang baik (10,7 %).
2. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa sikap responden tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dari 56 responden yang terbanyak adalah negatif (51,8%) dan positif (48.2%).

#### **B. Saran**

1. Bagi Puskesmas Bulili

Diharapkan untuk pihak puskesmas dapat meningkatkan program kegiatan puskesmas sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap keluarga dengan cara mengadakan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan luka diabetes melitus pada keluarga dan pasien diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili dan dukungan dari berbagai sektor agar masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan dan sikapnya dalam pencegahan luka diabetes melitus di wilayah kerja Puskesmas Bulili.

## 2. Bagi STIK Indonesia Jaya Palu

Diharapkan hasil penelitian ini dijadikan bahan bacaan dipergustakaan yang nantinya dapat menambah pengetahuan bagi Mahasiswa dan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya untuk pengetahuan dan sikap keluarga tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus

## 3. Bagi Peneliti

Semoga dengan adanya penelitian ini menjadi koreksi peneliti dalam melakukan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan untuk lebih memperhatikan pengetahuan dan sikap keluarga tentang pencegahan luka diabetes melitus pada pasien diabetes melitus, sehingga akan terwujud peneliti yang lebih baik demi kemajuan khususnya dunia keperawatan. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah agar peneliti mengembangkan penelitian ini, akan lebih baik jika penelitian selanjutnya menggunakan metode kualitatif atau teknik wawancara dalam pengambilan data. Dalam pengambilan data, peneliti juga harus meyakinkan kepada calon responden tentang pentingnya penelitian dan manfaat penelitian sehingga akan meminimalisir ketidaksetujuan calon responden menjadi sampel penelitian. Disamping itu, pendekatan dan komunikasi yang baik kepada responden akan mempengaruhi bagaimana responden berpartisipasi dengan baik pada penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. (2013) *Autonomic Neuropathy*. (<http://www.diabetes.org/livingwithdiabetes/complications/neuropathy/autonomic-neuropathy.html> diakses pada 17 Mei 2020)
- Arikunto, S. .2010. *Prosedur Penelitian Suatu: Pendekatan Praktik*. Jakarta :Rineka Cipta
- Azwar S. 2011. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Jakarta: Pelajar.
- Burns, K. K. 2013. “*Research: Educational and psychological Issues Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2TM): Cross-national Benchmarking Indicators for Family Member Living with People with Diabetes.*” *Diabetic Medicine*, p. 778-788.
- Cozby, P., Bates, S. 2011. *Methods in Behavioral Research*. New York: McGraw Hill.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, 2018 : *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah*. Palu.
- \_\_\_\_\_ , 2019 : *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah*. Palu.
- Edward, Z., Roza, R. L., Afriant, R. 2015. Faktor Risiko Terjadinya Ulkus Diabetikum Pada Pasien Diabetes Mellitus Yang Di Rawat Jalan Dan Inap RSUP Dr. M. Djamil Dan RSI Ibnu Sina Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, Vol 4, No.1.
- Ferawati, I., 2014. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Ulkus Diabetikum pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2, pp. 2-3.
- Friedman, M.M. 2010. *Keluarga: Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Gibney, M. J., .2010. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Penerjemah Andry Hartono. Jakarta: EGC.
- Himatul Aliyah. 2018. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Dengan Perilaku Perawatan Kaki Pasien Dm Sebagai Pencegahan Ulkus Dm Di Rsi Kendal*. Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Holt, P. 2013. “*Assessment and management of patients with diabetic foot ulcers.*”



- Hungu. *Demografi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Grasindo, 2009.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas Seventh Edition 2017*. Dunia : IDF
- Jain, P. K. 2012. "Knowledge & Attitude of Diabetic Patients Regarding Diabetic Diet, Exercise and Foot Care." *International Journal of Nursing Education* IV, no. 2, p. 141-145.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *CEGAH, CEGAH, dan CEGAH: Suara Dunia Perangi Diabetes*. Diperoleh <https://www.kemkes.go.id/article/view/18121200001/prevent-prevent-and-prevent-the-voice-of-the-world-fight-diabetes.html>. Diakses pada tanggal 5 juni 2020.
- Leslie, R. David, 2012. *Diabetes*. London: Manson Publishing Ltd.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nursalam. 2010. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan Ed. 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Panggabean P, Eron Sirait, I Kadek Wartana, Subardin, Robert V. Pelima, Noviany Banne Rasiman. 2017. *Pedoman Penulisan Proposal Skripsi*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu.
- PERKENI. 2010. *Pedoman Penatalaksanaan Kaki Diabetik*. Jakarta: PB PERKENI Divisi Metabolik Endokrinologi Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- \_\_\_\_\_. 2015. *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Puskesmas Bulili. 2019. *Profil Kesehatan Puskesmas Bulili*. Palu
- Rintala. 2013. "Everyday Life of a Family with Diabetes as Described by Adults with Type 1 Diabetes." *John Willey & Sons X*, no. 3, p. 86-90.

- RISKESDAS. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 201*. Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- \_\_\_\_\_. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*, Kementerian Kesehatan RI (<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risksdas%202018.pdf> diakses pada 19 Mei 2020)
- Saad, A. Z. M., 2013. “*Wound Bed Preparation for Chronic Diabetic Foot Ulcers.*” *Department of Reconstructive Sciences, School of Medical Sciences, University Sains Malaysia.*
- Suci Rahma Wardani, 2015. *Gambaran pengetahuan tentang pencegahan luka DM pada anggota keluarga pasien DM di wilayah kerja Puskesmas Pisangan, Ciputat Timur.* Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D.* Bandung:Alfabeta
- Susanti, M. L. dan Sulistyarini, T. 2013. “Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus Di Ruang Rawat Inap Rs. Baptis Kediri.” *Jurnal STIKES VI*, no. 1, h. 1-10.
- Soegondo, S dan Sukardji, K. 2011. *Hidup secara Mandiri dengan Diabetes Melitus Kencing Manis Sakit Gula.* Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Torres, A. and Cilloniz, C., 2014. *Clinical Management of Diabetes.* Springer International Publishing, Switzerland.
- Undang-Undang Republik Indonesia. 2003. *Undang-Undang RI No. 20 tahun 2003 Tentang Sistem Pendidikan Nasional.* Jakarta.
- Wawan & Dewi M. 2011. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia.* Cetakan II. Yogyakarta : Nuha Medika
- World Health Organization. 2016. *World Health Statistics.* Dunia : WHO
- \_\_\_\_\_. 2016. *Diabetes Fakta dan Angka.* <http://www.depkes.go.id/infodatin-diabetes>. Diakses tanggal 18 Juni 2020.

- Wulandini, Saputra, Basri. (2016). Hubungan Pengetahuan Penderita Diabetes Mellitus Terhadap Kejadian Luka Diabetes Mellitus Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Naskah publikasi. Pekanbaru
- Yusra, A. (2012). “Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta”. Universitas Indonesia. [www.lontar.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-20280162.pdf](http://www.lontar.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-20280162.pdf). diakses pada tanggal 18 Juni 2020

*Lampiran 1*

**SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth:

Calon Responden

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Program S1 Keperawatan STIK Indonesia Jaya:

Nama : JERSI INNEKE DEWI ANGGRAINI

NPM : PK 115 016 014

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Pengetahuan dan Sikap Keluarga tentang Pencegahan Luka Diabetes Melitus pada Pasien Diabetes Melitus di Wilayah Kerja Puskesmas Bulili”. Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi Ibu/saudari sebagai Responden. Kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika ibu/saudari tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi ibu/saudari. Jika ibu/saudari telah menjadi responden dan terjadi hal-hal yang merugikan, maka ibu/saudari diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila saudara menyetujui, maka saya mohon kesediaan ibu/saudari untuk menandatangani Lembar Persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya setakan pada surat ini.

Atas perhatian dan kesediaan ibu/saudari sebagai responden, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,

JERSI INNEKE DEWI ANGGRAINI

*Lampiran 2*

**PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
***(Informed Consent)***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Responden       :

Tanggal                 :

Bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Jersi Inneke Dewi Anggraini Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dari Kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya (STIK-IJ) Palu, sampai dengan berakhirnya masa penelitian yang dimaksud.

Bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian sesuai dengan kondisi yang sesungguhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan keadaan sadar dan tidak sedang dalam paksaan siapapun dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Palu,.....2020  
Responden,

(.....)

1. No. Responden

2.

3. **KUESIONER PENGETAHUAN DAN SIKAP KELUARGA  
TENTANG PENCEGAHAN LUKA DIABETES MELITUS  
PADA**

4. **PASIEN DIABETES MELITUS DI WILAYAH**

5. **KERJA PUSKESMAS BULILI**

6.

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

**1. Identitas Responden**

- a. Hari/Tanggal Pengisian Kuesioner :  
b. Usia Keluarga : tahun  
c. Usia Pasien : tahun  
d. Hubungan dengan pasien :  
e. Jenis Kelamin Balita  : Laki-laki  
Perempuan   
f. Pekerjaan : PNS/TNI/POLRI  
 Swasta  
 Ibu Rumah Tangga  
 Petani  
 Buruh  
g. Pendidikan terakhir  : Tidak Sekolah  
 SD  
 SMP



SMA

Perguruan Tinggi

## B. KUESIONER PENGETAHUAN

Berilah tanda (√) pada jawaban yang menurut anda benar.

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Benar	Salah
1	Pasien kencing manis memeriksa kaki setiap hari		
2	Pemeriksaan kaki bertujuan untuk menemukan luka seawal mungkin		
3	Pasien kencing manis mengontrol kadar gula darah untuk mencegah luka akibat penyakit gula		
4	Pasien kencing manis selalu memperhatikan kondisi kaki		
5	Pasien memeriksakan kaki yang mengalami bengkak ke dokter		
6	Kaki yang bengkak disebabkan oleh aliran darah yang lancar		
7	Pasien kencing manis menggunakan sepatu dengan ukuran yang tepat dengan kaki pasien untuk mencegah luka		
8	Pasien kencing manis menggunakan sepatu yang memiliki tumit/hak sepatu		
9	Pasien kencing manis menggunakan alas kaki sepanjang hari		
10	Pasien kencing manis menggunakan kaos kaki bila kaki kedinginan dan saat tidur		
11	Pasien kencing manis memeriksa sepatu untuk membuang kerikil atau pasir yang ada di dalam sepatu		
12	Pasien memeriksa bagian dalam sepatu untuk meraba bagian yang kasar sebelum memakai sepatu		
13	Pasien kencing manis menggunakan sepatu dengan penutup jari kaki yang runcing		
14	Pasien kencing manis memotong kuku setelah mandi agar kuku lebih lembut		
15	Pasien kencing manis memotong kuku kaki terlalu pendek atau terlalu dalam pada daerah tepi kiri dan kanan		
16	Pasien menggunakan alat pemotong kuku untuk memotong kuku kaki pasien		
17	Keluarga membantu pasien kencing manis memotong kuku kaki jika mengalami kesulitan		
18	Pasien berjalan tanpa menggunakan alas kaki		
19	Pasien kencing manis membersihkan sendiri kapalan di kaki		
20	Keluarga membantu pasien kencing manis memotong kuku kaki jika penglihatan mereka sudah berkurang		



21	Pasien kencing manis membersihkan kaki dengan air bersih		
22	Pasien kencing manis menggunakan air panas untuk merendam kaki		
23	Pasien mencuci kaki, kemudian dibiarkan kering dengan sendirinya		
24	Pasien memberikan pelembab untuk mencegah kulit kering		
25	Pasien memeriksa sela-sela jari kaki untuk melihat luka		
26	Luka di kaki juga dapat disebabkan oleh jamur		
27	Pasien dan keluarga menyimpan kotak P3K di rumah yang berisi balutan steril, perban, tip, dan krim antiseptik		
28	Pasien dan keluarga bekerjasama untuk mencegah timbulnya luka		
29	Keluarga dapat memberikan pengaruh positif pada pasien kencing manis		
30	Keluarga memberikan motivasi kepada pasien agar berperan aktif dalam deteksi awal timbulnya luka		
31	Deteksi awal termasuk kedalam pencegahan luka		
32	Keluarga segera membawa pasien kencing manis ke dokter jika terjadi luka untuk diobati		
33	Kondisi pasien kencing manis cukup diketahui oleh keluarga tanpa melibatkan pasien		
34	Pasien kencing manis mengalami perubahan terhadap rasa panas, sehingga kurang dapat merasakan rasa panas		
35	Pasien diabetes dapat mengalami penurunan rasa nyeri		
36	Pasien kencing manis menggunakan senam kaki untuk memperkuat otot-otot kecil kaki		
37	Senam kaki adalah gerakan-gerakan yang dilakukan oleh kedua kaki secara bergantian dan/ atau bersamaan		
38	Senam kaki memperbaiki aliran darah di kaki pasien kencing manis		
39	Pasien kencing manis melakukan latihan kaki seperti senam kaki dan berjalan		

Sumber : Suci Rahma Wardani, 2015

### C. KUESIONER SIKAP

Berilah tanda (√) pada jawaban yang menurut anda benar.

**Petunjuk Pengisian :**

**SS : Sangat Setuju**

**S : Setuju**

**TS : Tidak Setuju**

**STS: Sangat Tidak Setuju**

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1	Keluarga mampu memberikan diet/makanan sesuai dengan penderita diabetes mellitus				
2	Keluarga pasien Diabetes Mellitus akan membatasi makanan yang memiliki kadar gula tinggi dan berlemak.				
3	Keluarga mampu untuk mencari informasi tentang diabetes melitus ke petugas kesehatan				
4	Keluarga mengajak penderita Diabetes Mellitus berolah raga secara rutin				
5	Keluarga rutin memeriksakan gula darah setiap bulan				
6	Keluarga memberikan perawatan kulit dengan memberikan lotion pada kulit penderita Diabetes Mellitus yang kering				
7	Keluarga kurang memperhatikan dalam penggunaan alas kaki pada penderita Diabetes Mellitus				
8	Keluarga membersihkan rumah, agar penderita Diabetes Mellitus akan melakukan aktivitas tidak melukai kakinya				
9	Keluarga tidak memberikan motivasi kepada Penderita Diabetes Mellitus				
10	Ketika kadar glukosa darah penderita Diabetes Mellitus tinggi, keluarga segera membawa ke pelayanan kesehatan				
11	Keluarga memperbolehkan penderita Diabetes Mellitus merokok				
12	Keluarga rutin mengantar dan menemani ketika lansia kontrol ke pelayanan kesehatan				

## HASIL OLAH DATA

**Usia Responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19	1	1.8	1.8	1.8
23	6	10.7	10.7	12.5
24	1	1.8	1.8	14.3
26	1	1.8	1.8	16.1
27	1	1.8	1.8	17.9
28	2	3.6	3.6	21.4
29	2	3.6	3.6	25.0
30	3	5.4	5.4	30.4
32	1	1.8	1.8	32.1
33	2	3.6	3.6	35.7
35	2	3.6	3.6	39.3
36	2	3.6	3.6	42.9
37	1	1.8	1.8	44.6
38	1	1.8	1.8	46.4
40	2	3.6	3.6	50.0
41	2	3.6	3.6	53.6
42	7	12.5	12.5	66.1
43	3	5.4	5.4	71.4
45	2	3.6	3.6	75.0
46	2	3.6	3.6	78.6
48	1	1.8	1.8	80.4
49	4	7.1	7.1	87.5
50	1	1.8	1.8	89.3
54	3	5.4	5.4	94.6
60	3	5.4	5.4	100.0
Total	56	100.0	100.0	

**Usia Responden**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masa Remaja Akhir	8	14.3	14.3	14.3
Masa Dewasa Awal	14	25.0	25.0	39.3
Masa Dewasa Akhir	19	33.9	33.9	73.2
Masa Lansia Awal	12	21.4	21.4	94.6

Masa Lansia Akhir	3	5.4	5.4	100.0
Total	56	100.0	100.0	

#### Jenis Kelamin Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	14	25.0	25.0	25.0
Perempuan	42	75.0	75.0	100.0
Total	56	100.0	100.0	

#### Pendidikan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid S1	16	28.6	28.6	28.6
SMA	28	50.0	50.0	78.6
SMP	12	21.4	21.4	100.0
Total	56	100.0	100.0	

#### Pekerjaan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BURUH	3	5.4	5.4	5.4
IRT	19	33.9	33.9	39.3
PELAJAR	1	1.8	1.8	41.1
PNS	8	14.3	14.3	55.4
SWASTA	25	44.6	44.6	100.0
Total	56	100.0	100.0	

**Pengetahuan Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	51	1	1.8	1.8	1.8
	54	5	8.9	8.9	10.7
	56	3	5.4	5.4	16.1
	64	5	8.9	8.9	25.0
	67	4	7.1	7.1	32.1
	72	6	10.7	10.7	42.9
	74	3	5.4	5.4	48.2
	77	4	7.1	7.1	55.4
	79	6	10.7	10.7	66.1
	82	4	7.1	7.1	73.2
	85	1	1.8	1.8	75.0
	87	5	8.9	8.9	83.9
	90	8	14.3	14.3	98.2
	92	1	1.8	1.8	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

**Pengetahuan Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	6	10.7	10.7	10.7
	Cukup Baik	21	37.5	37.5	48.2
	Baik	29	51.8	51.8	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

**Sikap Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	71	2	3.6	3.6	3.6
	73	14	25.0	25.0	28.6
	75	13	23.2	23.2	51.8
	77	9	16.1	16.1	67.9
	79	2	3.6	3.6	71.4
	81	3	5.4	5.4	76.8
	90	6	10.7	10.7	87.5
	96	7	12.5	12.5	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

**Sikap Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup baik	29	51.8	51.8	51.8
	Baik	27	48.2	48.2	100.0
	Total	56	100.0	100.0	

## BIODATA PENELITI



### A. Identitas

Nama : Jersi Inneke Dewi Anggraini  
NPM : PK 115 016 014  
Tempat, Tanggal Lahir : Tempilang, 1 Maret 1997  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Bangsa : Indonesia  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Banteng III

### B. Riwayat Pendidikan

Tamat SD : SD Negeri 4 Tempilang 2009  
Tamat SMP : SMP Negeri 1 Tempilang 2012  
Tamat SMA : SMA Negeri 1 Pamukan Barat 2015

Terdaftar sebagai mahasiswa di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia  
Jaya Palu jurusan PSIK Tahun 2016 sampai 2020