**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KLIEN DENGAN PENCEGAHAN ULKUS DIABETIK PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK SELATAN TAHUN 2013**

**Skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**



**Oleh:**

**CITRA MUTYA**

**NIM : 12103084105067**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS BUKITTINGGI**

**TAHUN 2013**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Citra Mutya

Tempat tanggal lahir : Jambi, 25 November 1986

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jorong Batang Labuh Kabupaten Solok Selatan.

Riwayat Pendidikan

1. TK Shandy Putra Padang Tamat Tahun 1992
2. SDN 37 Pegambiran Padang Tamat Tahun 1999
3. MTSN Model Gunung Pangilun Padang Tamat Tahun 2002
4. MAN 2 Gunung Pangilun Padang Tamat Tahun 2005
5. D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang Tamat Tahun 2008

**KATA PENGANTAR**



Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP KLIEN DENGAN PENCEGAHAN ULKUS DIABETES MELITUS DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOLOK SELATAN TAHUN 2013”** sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan. Dalam penulisan skripsi ini, peneliti banyak mendapat bantuan, pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga penulisan skripsi ini dapat diselesaikan :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Sumatera Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina S.Kep M.Kep Sp.Kom selaku Ka. Prodi Ilmu Keperawatan Perintis Sumbar.
3. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku pembimbing I yang juga telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
4. Ibu Ns. Dia Resti DND S.Kep selaku pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Dosen dan Staff Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama peneliti dalam pendidikan.
6. Ibu Drg. Hj. Aminah Jaelani selaku Direktur RSUD Solok Selatan yang telah memberikan izin untuk pengambilan data dalam penulisan skripsi ini.
7. Kepada ayahanda, ibunda dan keluarga besar tercinta yang telah memberikan dorongan moril maupun materil serta do’a yang tulus selama peneliti melaksanakan pendidikan di STIKes Perintis Sumbar.
8. Kepada semua teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar yang telah memberikan masukan dan bantuan berharga dalam menyelesaikan skripsi ini, dan semua pihak yang telah membantu peneliti yang tidak dapat peneliti ucapkan satu persatu.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan peneliti. Untuk itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang kesehatan. Wassalam.

Bukittinggi, Januari 2014

Peneliti

**DAFTAR TABEL**

**Nomor Tabel Halaman**

Tabel 2.1 Kriteria Diagnostik Diabetes Melitus 14

Tabel 3.1 Definisi Operasional 38

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan pada

Pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok

Selatan Tahun 2013 50

Tabel 5.2Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap pada Pasien

DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok

Selatan Tahun 2013 51

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tindakan

Pencegahan pada Pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit

Dalam RSUD Solok Selatan Tahun 2013 51

Tabel 5.4 Hubungan Pengetahuan dengan Pencegahan pada Pasien DM

di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok

Selatan Tahun 2013 52

Tabel 5.5 Hubungan Sikap dengan Pencegahan pada Pasien DM

di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok

Selatan Tahun 2013 53

**DAFTAR GAMBAR**

**Nomor Gambar** **Halaman**

Gambar 3.1 Kerangka Konsep 37

**DAFTAR LAMPIRAN**

**Nomor Lampiran**

Lampiran 1 Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

Lampiran 3 Output SPSS

Lampiran 4 Master Tabel

Lampiran 5 Surat Izin Pemgambilan Data Awal dan Penelitian dari Pendidikan

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Rumah Sakit

**DAFTAR ISI**

Halaman

**HALAMAN JUDUL** i

**ABSTRAK** ii

**PERNYATAAN PERSETUJUAN...............................................................**  iii

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP......................................................................** iv

**KATA PENGANTAR** v

**DAFTAR ISI** vi

**DAFTAR TABEL** ix

**DAFTAR LAMPIRAN** x

**BAB I PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 3
  3. Tujuan Penelitian
     1. Tujuan Umum 4
     2. Tujuan Khusus 4
  4. Manfaat Penelitian
     1. Bagi Peneliti 4
     2. Bagi Institusi Rumah Sakit 4
     3. Bagi Institusi Pendidikan 5
  5. Ruang Lingkup 5

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. Diabetes Melitus (DM)
     1. Definisi Diabetes Melitus 6
     2. Klasifikasi Diabetes Melitus 7
     3. Etiologi Diabetes Melitus 8
     4. Patofisiologi Diabetes Melitus 10
     5. Tanda dan Gejala Diabetes Melitus 11

2.1.5.1 Gejala Akut Penyakit DM 11

* + - 1. Gejala Kronik DM 11

2.1.6 Komplikasi Diabetes Melitus 12

2.1.6.1 Komplikasi Metabolik Akut 12

* + - 1. Komplikasi Metabolik Kronik 13

2.1.7 Penatalaksanan 13

2.1. 8 Diagnosis Diabetes Melitus 13

* 1. Ulkus Diabetik
     1. Definisi Ulkus Diabetik 14
     2. Klasifikasi Ulkus Diabetik 15
     3. Etiologi Ulkus Diabetik 16
     4. Patofisiologi Ulkus Diabetik 16
     5. Tanda dan Gejala Ulkus Diabetik 17
     6. Diagnosis Ulkus Diabetik 18
     7. Pencegahan dan Pengelolaan Ulkus Diabetik 18
  2. Pengetahuan (*Knowledge)*

2.3.1 Pengertian Pengetahuan 20

2.3.2 Tingkat Pengetahuan 21

2.3.3 Cara Mencari Pengetahuan 22

2.3.4 Cara Pengukuran Pengetahuan 25

2.3.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Tingkat   
 Pengetahuan 25

2.4 Sikap *(Attitude)*

2.4.1 Pengertian Sikap 27

2.4.2 Tingkatan Sikap 27

2.4.3 Ciri-ciri Sikap 28

2.4.4 Fungsi Sikap 29

2.4.5 Komponen Sikap 30

2.4.6 Cara Pengukuran Sikap 31

* + 1. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Sikap 32
  1. Tindakan *(Practise)* 34
  2. Penelitian Terkait 35
  3. Kerangka Teori 36

**BAB III KERANGKA KONSEP**

* 1. Kerangka Konsep 37
  2. Definisi Oporasional 38

3.3 Hipotesis Penelitian 39

**BAB IV METODE PENELITIAN**

* 1. Desain Penelitian 40
  2. Tempat dan Waktu Penelitian 40

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian 40

4.3.2 Sampel Penelitian 40

4.4 Tehnik Pengumpulan Data

4.4.1 Data Primer 41

4.4.2 Data Sekunder 41

4.4.3 Pengumpulan Data 41

4.5 Cara Pengolahan dan Analisa Data

4.5.1 Cara Pengolahan Data 42

4.5.2 Analisa Data

4.5.2.1 Analisa Univariat 44

4.5.2.2 Analisa Bivariat 45

4.6 Etika Penelitian

4.6.1 Informed consent 46

4.6.2 Privacy 46

**BAB V HASIL PENELITIAN**

* 1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Solok Selatan 47
     1. Sejarah Perkembangan 47
     2. Visi 48
     3. Misi 48
     4. Motto 48
     5. Tujuan 49
     6. Sasaran Strategis ……… 49
  2. Gambaran Umum Ruang Penelitian 49

5.3 Hasil Penelitian 49

5.3.1 Analisis Univariat 50

a. Klasifikasi Pengetahuan 50

b. Klasifikasi Sikap 50

c. Klasifikasi Tindakan Pencegahan 51

* + 1. Analisis Bivariat 52

5.4 Pembahasan

* + 1. Pembahasan Hasil Penelitian…………………………. 54
       1. Analisis Univariat………………………………. 55

1. Pengetahuan………………………………………. 56
2. Sikap………………………………………………. 57
3. Tindakan Pencegahan…………………………….. 58

5.4.1.2 Analisis Bivariat……………………………………. 59

**BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. Kesimpulan……………………………………………..
  2. Saran……………………………………………………

6.2.1 Bagi Rumah Sakit………………………………..

* + 1. Pendidikan……………………………………….
    2. Bagi Peneliti Selanjutnya…………………………

**DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR LAMPIRAN**

**Pendidikan Sarjana Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat**

**SKRIPSI, Januari 2014**

**CITRA MUTYA**

**Hubungan Pengetahuan dan Sikap Klien dengan Pencegahan Ulkus Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus (DM) di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Solok Selatan Tahun 2013**

( x + 67 halaman, 7 tabel, 1 gambar, 6 lampiran)

**ABSTRAK**

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang melebihi batas normal. Penyakit DM ini apabila tidak mendapatkan perawatan yang baik akan menyebabkan berbagai komplikasi baik akut maupun kronik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien diabetes melitus (DM).

Desain penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan metode *deskriptif korelatif* melalui pendekatan *Cross Sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah penderita diabetes melitus, teknik pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling*, dan instrument penelitian ini menggunakan kuesioner. Penelitian ini dilaksanakan di ruangan Rawat Inap Penyakit Dalam dengan jumlah sampel 31 responden. Uji yang digunakan adalah uji *Chi Square.*

Hasil peneltian ini menunjukan bahwa sebagian besar pengetahuan pasien DM mengenai pencegahan ulkus diabetik dikategori tinggi sebesar (51,6%), sebagian besar sikap pasien DM mengenai pencegahan ulkus diabetik dikategori mendukung sebesar (48,4%), sebagian besar tindakan pencegahan pasien DM mengenai pencegahan ulkus diabetik di kategori baik sebesar (58,1%) dan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan tahun 2013 dengan nilai p value 0,019 yang berarti < 0,05.

Berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan kepada perawat dapat memberikan penyuluhan terhadap pasien diabetes untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya ulkus diabetik salah satunya dengan menyediakan leaflet untuk perawatan kaki diabetik.

**Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Ulkus Diabetik.**

**Daftar Pustaka : 22 (2000-2013).**

**DAFTAR PUSTAKA**

Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Buku Biru.

Doenges, M. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan* (Vol. 3). Jakarta: EGC.

Harahap, E. R. 2010. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Penderita Diabetes Melitus Dengan Pemanfaatan Klinik Diabetes Melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.* Universitas Sumatera Utara, Medan.

Hasibuan, C. M. 2010. *Penyesuaian Diri Penderita Komplikasi Diabetes Melitus Setelah Amputasi* UniversitasSumatera Utara, Medan.

Hastuti, R. 2008. *Faktor-Faktor Resiko Ulkus Diabetik Pada Penderita Diabetes Melitus (Studi Kasus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta).* Universitas Diponegoro, Semarang.

Irfanuddin. 2008. *Fisiologi Untuk Paramedis*. Palembang: FK-Unsri.

Mansjoer, Arief,dkk, 2005. *Kapita Selekta Kedokteran*, jilid I, Jakarta : Media   
 Aesculapius.

Maulana, M. 2008. *Mengenali Diabetes Melitus: Panduan Praktis Menangani Penyakit Kencing Manis*. Depok: Katahari.

Nursalam. 2007. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2005. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

, 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

, 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Oqura, Dwi. 2008. *Patofisiologi Ulkus Diabetik.* (Online). (<http://dwimarsudi87-krete.blogspot.com/2009/11/ulkus-diabetik.html>, diakses 28 November 2011)

Padila, 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.*, Jakarta. EGC

Potter, P. 2005. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta:   
 EGC.

Rekam Medik. 2013. Laporan Tahunan 2012-2013 RSUD Solok Selatan

Sastroasmoro, S. 2002. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu

Stikes Perintis Sumbar. 2011. *Pedoman Penulisan proposal dan Skripsi.*

Suparjo. 2006. *Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap Dan Perilaku Pasien Diabetes Melitus Tentang Perawatan Diabetes Melitus di Polikinik Penyakit Dalam RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta.* UMY, Yogyakarta.

Tartowo, 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin.* Jakarta.Rineka Cipta

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) menyatakan bahwa segala upaya dalam pembangunan kesehatan di Indonesia diarahkan untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi yang memungkinkan orang hidup lebih produktif baik sosial maupun ekonomi. Dengan meningkatkanya status sosial dan ekonomi, pelayanan kesehatan masyarakat, perubahan gaya hidup, serta bertambahnya umur harapan hidup, maka di Indonesia mengalami pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular, hal ini dikenal dengan transisi epidemiologi. Kecenderungan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular salah satunya adalah penyakit Diabetes Melitus (DM) (Novita, 2012).

Diabetes Melitus merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang melebihi batas normal (>200mg/dl).Penyakit DM disebabkan oleh ada gangguan pada metabolisme insulin, yang berperan penting sebagai media transfer glukosa ke dalam sel. Bila metabolisme insulin terganggu maka glukosa tidak dapat masuk kedalam sel akibatnya glukosa akan tetap tinggi didalam darah (Mansjoer, 2011).

Jumlah penderita DM didunia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, hal ini berkaitan dengan jumlah populasi yang meningkat *life expectancy* bertambah, urbanisasi yang merubah hidup tradisional ke pola hidup moderen, prevalensi obesitas meningkat dan kegiatan fisik berkurang (Novita, 2012).

Menurut Vitahealth, 2006, dalam : Sulardi, 2011 hasil survey Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) jumlah penderita Diabetes di dunia pada tahun 2008 mencapai lebih dari 150 juta jiwa. Jumlah itu diperkirakan akan terus meningkat menjadi 300 juta jiwa pada tahun 2025. Diabetes juga menyebar lebih cepat di Asia dibandingkan wilayah manapun diseluruh dunia. Tahun 2025 nanti penderitanya di Asia akan mencapai 170 juta jiwa, dimana 100 juta jiwa sendiri akan berasal dari india dan RRC.

Menurut survey yang dilakukan Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO), Indonesia menempati urutan ke-4 dengan jumlah penderita diabetes terbesar di dunia seteleha India, Cina dan Amerika Serikat. Dengan prevalensi 8,6% dari total penduduk, diperkirakan pada tahun 2008 terdapat 8,4 juta jiwa pengidap diabetes dan pada tahun 2030 diperkirakan meningkat menjadi 21,3 juta jiwa penderita diabetes (Maulana, 2008).

Berdasarkan data Depkes RI angka kesakitan yang disebabkan oleh penyakit DM pada tahun 2012 masih berada dalam urutan sepuluh besar, yaitu mencapai 338.056 jiwa (Sulardi, 2011).Berdasarka hasil Riset kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, diperoleh bahwa proporsi penyebab kematian akibat DM pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan menduduki ranking ke-2. Dan daerah pedesaan, DM menduduki ranking ke-6. Dan berdasarkan data Depkes Sumatera Barat angka kesakitan yang disebabkan penyakit DM pada tahun 2012 berada di urutan kedua setelah ispa, yaitu mencapai 1.229 jiwa per 10.000 penduduk (Dinkes Sumatera Barat).

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada bulan September 2013 di laporan rekapitulasi pasien di Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Solok Selatan penderita DM Pada tahun 2013(Januari-September) angka kejadian DM sebanyak 280 kasus (Rekam Medik RSUD Solok Selatan, 2012).

Prevalensi penderita ulkus diabetik di Indonesia sekitar 15%, angka amputasi 30%, angka mortalitas 32% dan ulkus diabetik merupakan sebab perawatan rumah sakit yang terbanyak sebesar 80% untuk DM. Penderita ulkus diabetik di Indonesia memerlukan biaya yang tinggi sebesar 1,3 juta sampai Rp. 1,6 juta perbulan dan Rp. 43,5 juta per tahun untuk seorang penderita (Hastuti, 2010).

Menurut hasil wawancara terhadap 10 pasien Diabetes Mellitus, 7 dari 10 pasien DM tidak mengetahui cara pencegahan ulkus diabetikum. Selain itu karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang Diabetes Mellitus, yang mengakibatkan masyarakat baru sadar terkena penyakit Diabetes Mellitus setelah mengalami sakit parah (Notoatmodjo, 2003). Pasien tidak mau mengontrol kadar gula secara teratur, pasien mau berobat bila ada keluhan saja. Berdasarkan dari data diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Klien dengan Pencegahan Ulkus Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan Tahun 2013”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti merumuskan permasalahan yang diteliti, yaitu belum diketahuinya **“Hubungan Pengetahuan dan Sikap Klien dengan Pencegahan Ulkus Diabetik pada Pasien Diabetes Melitus di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan Tahun 2013”.**

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan Umum**

Untuk mengetahui Hubungan Pengetahuan Dan Sikap klien dengan Pencegahan Ulkus Diabetik pada pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

* + 1. **Tujuan Khusus**
  1. Untuk mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan pasien DM tentang pencegahan ulkus diabetik.
  2. Untuk mengetahui distribusi frekuensi sikap pasien DM tentang pencegahan ulkus diabetik.
  3. Untuk mengetahui distribusi frekuensi tindakan pencegahan ulkus diabetik pada pas
  4. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan pasien DM dengan pencegahan ulkus diabetik.
  5. Untuk mengetahui hubungan sikap pasien DM dengan pencegahan ulkus diabetik.

**1.4. Manfaat Peneltian**

1. Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan dan pengalaman dalam penelitian, khususnya dalam bidang Keperawatan, sekaligus sebagai media untuk mengemukakan pendapat secara objektif mengenai hubungan pengetahuan dan sikap klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM.

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Memberikan informasi tentang hubungan pengetahuan dan sikap klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM sehingga pihak rumah sakit dapat meningkatkan tindakan yang dapat mencegah terjadinya ulkus diabetik pada pasien DM melalui program pencegahan ulkus diabetik.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan dan informasi untuk melengkapi referensi kepustakaan dan bahan pengayaan teori khususnya DM.

* 1. **Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam area keperawatan medikal bedah yang mengalami gangguan pada sistem endokrin dilaksanakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM. Variabel penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap sebagai variabel independen, dan pencegahan ulkus diabetik sebagai variabel dependen. Respondens dalam penelitian ini adalah pasien yang menderita DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

**2.1. Diabetes Melitus (DM)**

**2.1.1. Definisi Diabetes Melitus**

Diabetes Melitus (DM) berasal dari kata **Yunan**i, *diabainein*, “tembus” atau “pancuran air”, dan kata **Latin** melitus yang berarti, “rasa manis” yang secara umum dikenal dengan penyakit kencing manis yang ditandai dengan hiperglikemia (peningkatan kadar gula darah) yang terus-menerus dan bervariasi, terutama setelah makan. Sumber lain menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan DM adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, dan pembuluh darah, yang disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron (Mansjoer,2011)

Diabetes Melitus merupakan penyakit yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang melebihi batas normal.Penyakit DM disebabkan oleh adanya gangguan pada metabolisme insulin, yang berperan penting sebagai media transfer glukosa ke dalam sel. Bila metabolisme insulin terganggu maka glukosa tidak dapat masuk kedalam sel akibatnya glukosa akan tetap tinggi didalam darah (Padila, 2012).

Diabetes Melitus merupakan penyakit kelainan metabolisme yang disebabkan kurangnya hormon insulin. Hormon insulin dihasilkan oleh sekelompok sel beta di kelenjar pankreas dan sangat berperan dalam metabolisme glukosa dalam sel tubuh (Tarwoto, 2012).

* + 1. **Klasifikasi Diabetes Melitus**

Menurut Novita (2012), Klasifikasi DM yang dianjurkan oleh *Perkumpulan Endokrinologi Indonesia* (PERKENI) sebagai berikut:

* + 1. Diabetes tipe 1

Diabetes tipe 1 adalah diabetes yang bergantung pada insulin atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) dimana diabetes yang terjadi karena berkurangnya insulin dalam sirkulasi darah akibat rusaknya sel beta penghasil insulin pada pulau-pulau langerhans pankreas.

* + 1. Diabetes tipe 2

Diabetes tipe 2 adalah diabetes yang tidak tergantung pada insulin atau *Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) dimana pankreas tetap menghasilkan insulin namun jumlah insulin yang diproduksi tidak mencukupi akibat gaya hidup dan pola makan yang tidak baik.

* + 1. Diabetes Gestasional

Diabetes Gestasional merupakan DM yang muncul pada masa kehamilan, umumnya bersifat sementara, tetapi merupakan faktor risiko untuk DM tipe 2. Sekitar 4-5% perempuan hamil diketahui menderita DM gestasional, dan umumnya terdeteksi pada atau setelah trimester kedua.

* + 1. Diabetes Insipidus

Diabetes Insipidus adalah suatu kelainan dimana terdapat kekurangan *hormon antidiuretik* yang menyebabkan rasa haus yang berlebihan (*polidipsi*) dan pengeluaran sejumlah besar air kemih yang sangat encer (*poliuri*).

* + 1. Diabetes Insipidus Nefrogenik

Diabetes Insipidus Nefrogenik adalah suatu kelainan di mana ginjal menghasilkan sejumlah besar air kemih yang encer karena ginjal gagal memberikan respon terhadap hormon *antidiuretik* dan tidak mampu memekatkan air kemih.

* + 1. **Etiologi Diabetes Melitus**

DM disebabkan karena berkurangnya produksi dan ketersediaan insulin dalam tubuh atau terjadinya gangguan fungsi insulin yang sebenarnya berjumlah cukup. Kekurangan insulin disebabkan adanya kerusakan sebagian kecil atau sebagian besar sel-sel beta pulau langerhans dalam kelenjar pankreas yang berfungsi mengahasilkan insulin. Beberapa faktor lain yang menyebabkan terjadinya DM adalah sebagai berikut:

1. Genetik atau faktor keturunan.

DM cenderung diturunkan atau diwariskan, bukan ditularkan. Anggota keluarga penderita DM memiliki kemungkinan lebih besar terserang penyakit DM dibandingkan dengan anggota keluarga yang tidak menderita DM. Para ahli kesehatan menyebutkan DM merupakan penyakit yang terpaut kromosom seks atau kelamin. Biasanya kaum laki-laki menjadi penderita sesungguhnya, sedangkan kaum perempuan sebagai pihak yang membawa gen untuk diwariskan kepada anak-anaknya.

1. Virus dan Bakteri.

Virus penyebab DM adalah rubella, mumps, dan human coxsackievirus B4. Melalui mekanisme infeksi sitolik dalam sel beta, virus ini mengakibatkan destruksi atau perusakan sel. Bisa juga, virus ini menyerang melalui reaksi otoimunitas yang menyebabkan hilangnya otoimunitas dalam sel beta. DM akibat baktri masih belum bisa dideteksi namun, para ahli kesehatan menduga bakteri cukup berperan menyebabkan DM.

1. Bahan Toksik atau Beracun.

Bahan beracun yang mampu merusak sel beta secara langsung adalah alloxan, pyrinuron (rodentisida), dan streptozoctin (produk dari sejenis jamur). Bahan lain adalah sianida yang berasal dari singkong.

1. Nutrisi.

Nutrisi yang berlebihan (overnutition) merupakan faktor resiko pertama yang diketahui menyebabkan DM. Semakin berat badan berlebih atau obesitas akibat nutrisi yang berlebihan, semakin besar kemugkinan seseorang terjangkit DM.

1. Kadar kortikosteroid yang tinggi.
2. Kehamilan diabetes gestasional, yang akan hilang setelah melahirkan.
3. Obat-obatan yang dapat merusak pankreas.
4. Racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin.(Novita,2012)
   * 1. **Patofisiologi Diabetes Melitus**

Pada penderita diabetes mellitus mengalami defisiensi insulin menyebabkan glukosa meningkat sehingga terjadi pemecahan gula baru (glukoneogenesis) dan yang menyebabkan metabolisme lemak meningkat kemudian akan terjadi proses pembentukan keton (ketoasidosis), terjadinya ketoasidosis dalam urin akan menyebabkan ketonuria dan kadar natrium menurun serta pH serum menurun menyebabkan asidosis.

Defisiensi insulin menyebabkan pengunaan glukosa oleh sel menjadi turun sehingga kadar gula didalam plasma meningkat (hiperglikemia) apabila hiperglikemianya menurun parah dan melebihi ambang ginjal maka akan terjadi glukosuria yang menyebabkan diuresius osmotik yang meningkatkan pengeluaran kemih (poliuria), timbul rasa haus (polidipsi) sehingga terjadi dehidrasi. Glukosuria mengakibatkan kalori negatif yg menimbulkan rasa lapar yang tinggi. Pada pengunaan glukosa oleh sel menurun mengakibatkan produksi metabolisme energi menjadi menurun sehingga tubuh menjadi lemah.

Hiperglikemia dapat mempengaruhi pembuluh darah kecil, arteri kecil sehingga suplai makanan dan O₂ ke perifer menjadi berkurang yang akan menyebabkan luka tidak sembuh – sembuh. Karena suplai makanan dan O₂ tidak adekuat maka akan menyebabkan terjadinya infeksi dan terjadi Ulkus diabetik (ulkus). Gangguan pembuluh darah menyebabkan aliran darah retina menurun sehingga suplai makanan dan O₂ ke retina berkurang. Akibatnya pandangan menjadi kabur.( Novita,2012 )

* + 1. **Tanda dan Gejala Diabetes Melitus**

Menurut Novita (2012), tanda dan gejala DM dapat dibagi menjadi dua, sebagai berikut:

* + - 1. **Gejala Akut Penyakit DM**

Gejala penyakit DM dari satu penderita ke penderita lain bervariasi bahkan, mungkin tidak menunjukkan gejala apa pun sampai saat tertentu.

Pada permulaan gejala yang ditunjukkan meliputi serba banyak (Poli), adalah sebagai berikut:1) Banyak makan (poliphagia), 2) Banyak minum (polidipsia), 3) Banyak kencing (poliuria). Bila keadaan tersebut tidak segera diobati, akan timbul gejala sebagai berikut: 1) Banyak minum, 2) Banyak kencing, 3) Berat badan menurun, 4) Mudah lelah, 5) Meningkatnya kadar gula dalam darah dan air seni.

* + - 1. **Gejala kronik DM**

Gejala kronik yang sering dialami oleh penderita DM adalah sebagai berikut: 1) Kesemutan,2) Kulit terasa panas, atau seperti tertusuk-tusuk jarum,3) Rasa tebal dikulit,4) Kram,5) Mudah mengantuk,6) Penglihatan kabur,7) Gatal di sekitar kemaluan terutama perempuan,8) impotensi pada pria, dan 9) Para ibu hamil sering mengalami keguguran atau kematian janin dalam kandungan, atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4 kg.

* + 1. **Komplikasi Diabetes Melitus**

Menurut Novita (2012), komplikasi pada DM dapat dibagi menjadi dua, sebagai berikut:

**2.1.6.1. Komplikasi Metabolik Akut**

Komplikasi akut terjadi jika kadar glukosa darah seseorang meningkat atau menurun dengan drastis dalam waktu relatif singkat. Kadar glokusa darah bisa menurun drastis jika penderita menjalani diet yang terlalu ketat.

Dalam komplikasi akut dikenal beberapa istilah sebagai berikut :

1. Hipoglikemi yaitu keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah dibawah nilai normal. Gejala hipoglikemi ditandai dengan munculnya rasa lapar, gemetar, mengeluarkan keringat, berdebar-debar, pusing, gelisah dan penderita bisa koma.
2. Ketoasidosis Diabetik-Koma Diabetik diartikan dimana keadaan tubuh yang sangat kekurangan insulin dan bersifat mendadak akibat infeksi, lupa suntik insulin, pola makan yang terlalu bebas atau stres.
3. Koma Hiperosmoler Non Ketotik yang diakibatkan adanya dehidrasi berat, hipotensi dan shock. Karena itu, koma hipersomoler non ketotik diartikan dimana keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak yang menyebabkan penderita menunjukan pernafasan yang cepat dan dalam (kusmaul).
4. Koma Lakto Asidosis yang diartikan dimana keadaan tubuh dengan asam laktat yang tidak dapat diubah menjadi bikarbonat. Akibatnya, kadar asam laktat dalam darah meningkat dan seseorang bisa mengalami koma.

**2.1.6.2. Komplikasi metabolik kronik**

Komplikasi kronik sering dibedakan berdasarkan bagian tubuh yang mengalami kelainan, seperti kelainan di pembuluh darah, mata, ginjal, saraf, kulit, darah dan jaringan ikat.

* + 1. **Penatalaksanaan**

Dalam jangka pendek penatalaksanaan DM bertujuan untuk menghilangkan keluhan atau gejala DM. Sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk mencegah komplikasi. Tujuan tersebut dilaksanakan dngan cara menormalkan kadar glukosa.lipid, dan insulin.Untuk mempermudah tercapainya tujuan tersebut kegiatan dilaksanakn dalam bentuk pengelolaan psien secara holistik dan mengajarkan kegiatan mandiri. Kerangka utama penatalaksanaan DM yaitu perencanaan makan, latihan jasmani, obat hipoglikemik, dan penyuluhan.

* + 1. **Diagnosis Diabetes Melitus**

Menurut Novita (2012), diagnosis DM ditegakkan dengan mengadakan pemeriksaan kadar glukosa darah. Untuk penentuan diagnosis DM, pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan darah plasma vena. Penggunaan bahan darah utuh (*whole blood*), vena ataupun kapiler tetap dapat dipergunakan dengan memperhatikan angka-angka kriteria diagnostik yang berbeda sesuai pembakuan WHO, sedangkan untuk pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan pemeriksaan glukosa darah kapiler.

**Tabel 2.1 Kriteria Diagnostik DM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tabel: Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa dengan metode enzimatik sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)** | | | |
|  | **Bukan DM** | **Belum pasti DM** | **DM** |
| **Kadar glukosa darah sewaktu** | | | |
| Plasma vena | < 110 | 110-199 | ≥ 200 |
| Darah kapiler | < 90 | 90-199 | ≥ 200 |
| **Kadar glukosa darah puasa** | | | |
| Plasma vena | < 100 | 100-125 | ≥ 126 |
| Darah kapiler | < 90 | 90-109 | ≥ 110 |

(Padila, 2012)

* 1. **Ulkus Diabetik**
     1. **Defenisi Ulkus Diabetik**

Ulkus Diabetik adalah luka pada kaki yang merah kehitam-hitaman dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi di pembuluh sedang atau besar di tungkai (Sulardi, 2011).

Ulkus Diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusifiensi dan neuropati, yang lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob ( Tarwoto, 2012).

Ulkus Diabetik merupakan komplikasi jangka panjang dari penyakit diabetes melitus. Telah dilaporkan bahwa penderita diabetes lima kali lebih sering mengalami ulkus diabetik. Insiden yang paling tinggi terjadi pada dekade 60 tahun. Angka kematian karena ulkus diabetik ialah tinggi, begitu juga resiko amputasi yang sangat besar, hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan/kesadaran penderita diabetes sehingga penderita datang biasanya sudah dalam keadaan lanjut dan biasanya dengan keadaan ulkus diabetik yang sudah berat, maka sebagai akibatnya terpaksa harus diamputasi serta memerlukan perawatan yang lebih panjang. Kelainan ini didasarkan atas gangguan aliran darah perifer (angiopati diabetik perifer), gangguan syaraf perifer (neuropati diabetik perifer) dan infeksi. (Tarwoto, 2012)

* + 1. **Klasifikasi Ulkus Diabetik**

Klasifikasi ulkus diabetik pada penderita diabetes melitus menurut Wagner terdiri dari 6 tingkatan yaitu: 1) stadium 0 tidak terdapat lesi, kulit dalam keadaan baik, tapi dengan bentuk tulang kaki yang menonjol, 2) stadium 1 hilangnya lapisan kulit hingga dermis dan kadang-kadang tampak tulang menonjol, 3) stadium 2 lesi terbuka dengan penetrasi ketulang atau tendon, 4) stadium 3 penetrasi hingga dalam, osteomyelitis, pyarhrosis, plantar abses atau infeksi sampai tendon, 5) stadium 4 gangren sebagian, menyebar hingga sebagian dari jari kaki atau kaki bagian depan dan 6) stadium 5 seluruh kaki dalam kondisi nekrotik dan gangren.

* + 1. **Etiologi Ulkus Diabetik**

Menurut Tarwoto (2012), faktor–faktor yang mempengaruhi atas terjadinya ulkus diabetik dibagi menjadi dua faktor yaitu sebagai berikut: 1) faktor endogen (genetik, metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik), 2) faktor ekstrogen (trauma, infeksi, Obat).

Faktor utama yang berperan pada timbulnya ulkus diabetik adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensai nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulsestrasi pada kaki klien.

Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya sesudah ia berjalan pada jarak tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh. Infeksi merupakan komplikasi yang sering menyertai ulkus diabetik akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga berpengaruh terhadap penyembuhan ulkus diabetik.

* + 1. **Patofisiologi Ulkus Diabetik**

Menurut Tarwoto (2012), salah satu akibat komplikasi kronik DM adalah ulkus diabetik. Ulkus Diabetik disebabkan adanya tiga faktor disebut Trias yaitu : Iskemik, Neuropati, dan Infeksi.

Iskemik merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh karena kekurangan darah dalam jaringan, sehingga jaringan kekurangan oksigen. Hal ini disebabkan adanya proses makroangiopati pada pembuluh darah sehingga sirkulasi jaringan menurun yang ditandai oleh hilang atau berkurangnya denyut nadi pada arteri dorsalis pedis, tibialis dan poplitea, kaki menjadi atrofi, dingin dan kuku menebal. Kelainan selanjutnya terjadi nekrosis jaringan sehingga timbul ulkus yang biasanya dimulai dari ujung kaki atau tungkai.

Kadar glukosa darah pada penderita DM apabila tidak terkendali akan terjadi komplikasi kronik yaitu neuropati, menimbulkan perubahan jaringan syaraf karena adanya penimbunan sorbitol dan fruktosa sehingga mengakibatkan akson menghilang, penurunan kecepatan induksi, parastesia, menurunnya reflek otot, atrofi otot, keringat berlebihan, kulit kering dan hilang rasa, apabila diabetisi tidak hati-hati dapat terjadi trauma yang akan menjadi.

Eritrosit pada penderita DM yang tidak terkendali akan meningkatkan HbA1C yang menyebabkan deformabilitas eritrosit dan pelepasan oksigen di jaringan oleh eritrosit terganggu, sehingga terjadi penyumbatan yang menggangu sirkulasi jaringan dan kekurangan oksigen mengakibatkan kematian jaringan yang selanjutnya timbul ulkus diabetik.

* + 1. **Tanda dan Gejala Ulkus Diabetik**

Menurut Tarwoto (2012), tanda dan gejala ulkus diabetik adalah sebagai berikut: 1) sering kesemutan, 2) nyeri kaki saat istirahat, 3) sensasi rasa berkurang, 4) kerusakan jaringan (*nekrosis*), 5) penurunan denyut nadi arteri dorsalis pedis, tibialis dan poplitea, 6) kaki menjadi atrofi, dingin dan kuku menebal dan 7) kulit kering.

* + 1. **Diagnosis Ulkus Diabetik**

Menurut Tarwoto (2012), diagnosis ulkus diabetik dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan sebagai berikut:

* 1. Pemeriksaan fisik: inspeksi kaki untuk mengamati terdapat luka/ulkus pada kulit atau jaringan tubuh pada kaki, pemeriksaan sensasi vibrasi/rasa berkurang atau hilang, palpasi denyut nadi arteri dorsalis pedis menurun atau hilang.
  2. Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui apakah ulkus diabetik menjadi infeksi dan menentukan kuman penyebabnya.
     1. **Pencegahan dan Pengelolaan Ulkus Diabetik**

Menurut Tarwoto (2012), pencegahan dan pengelolaan ulkus diabetik untuk mencegah komplikasi lebih lanjut adalah sebagai berkut:

* 1. Pemberian obat-obat yang tepat untuk infeksi (menurut hasil laboratorium lengkap) dan obat vaskularisasi.
  2. Olah raga teratur dan menjaga berat badan ideal.
  3. Menghentikan kebiasaan merokok.
  4. Merawat kaki secara teratur setiap hari, dengan cara berikut:

1. Selalu menjaga kaki dalam keadaan bersih.

2. Memakai krem kaki yang baik pada kulit yang kering atau tumit yang retak-retak, supaya kulit tetap mulus, dan jangan menggosok antara jari-jari kaki (contoh: krem sorbolene).

3. Tidak memakai bedak, sebab ini akan menyebabkan kulit menjadi kering dan retak-retak.

4. Menggunting kuku hanya boleh digunakan untuk memotong kuku kaki secara lurus dan kemudian mengikir agar licin.

5. Memotong kuku lebih mudah dilakukan sesudah mandi, sewaktu kuku lembut.

6. Kuku kaki yang menusuk daging dan kalus, hendaknya diobati oleh podiatrist. Jangan menggunakan pisau cukur atau pisau biasa, yang bisa tergelincir; dan ini dapat menyebabkan luka pada kaki. Jangan menggunakan penutup kornus/corns. Kornus-kornus ini seharusnya diobati hanya oleh podiatrist.

7. Meminta bantuan orang lain untuk memeriksa kaki dan celah kaki setiap hari apakah terdapat kalus, bula, luka dan lecet.

8. Menghindari penggunaan air panas atau bantal panas.

e) Penggunaan alas kaki tepat, dengan cara berikut:

1) Tidak boleh berjalan tanpa alas kaki, termasuk di pasir.

2) Memakai sepatu yang sesuai atau sepatu khusus untuk kaki dan nyaman dipakai (biasanya satu nomor diatas nomor sepatu yang dipakai).

3) Sebelum memakai sepatu, memeriksa sepatu terlebih dahulu, kalau ada batu dan lain-lain, karena dapat menyebabkan iritasi/gangguan dan Kaki terhadap kulit.

4) Sepatu harus terbuat dari kulit, kuat, pas (cukup ruang untuk ibu jari kaki) dan tidak boleh dipakai tanpa kaos kaki.

5) Sepatu baru harus dipakai secara berangsur-angsur dan hati-hati.

6) Memakai kaos kaki yang bersih dan mengganti setiap hari.

7) Kaos kaki terbuat dari bahan wol atau katun. Jangan memakai bahan sintetis, karena bahan ini menyebabkan kaki berkeringat.

8) Memakai kaos kaki apabila kaki terasa dingin.

f) Menghindari trauma berulang, trauma dapat berupa fisik, kimia dan termis, yang biasanya berkaitan dengan aktivitas atau jenis pekerjaan.

g) Menghindari pemakaian obat yang bersifat vasokonstriktor misalnya adrenalin, nikotin.

h) Memeriksakan diri secara rutin ke dokter dan memeriksa kaki setiap kontrol walaupun ulkus diabetik sudah sembuh.

* 1. **Pengetahuan (*Knowledge*)**

**2.3.1 Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga), dan indera penglihatan (mata).

**2.3.2 Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

* + - * 1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. Untuk mengetahui atau mengukur bahwa orang tahu sesuatu dapat menggunakan pertaanyaan-pertanyaan.

* + - * 1. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterprestasikan objek tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek harus dapat menjelesakan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

* + - * 1. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

* + - * 1. Analisis (*analysis*)

Adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahakan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

* + - * 1. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

* + - * 1. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

**2.3.3 Cara Mencari Pengetahuan**

Ada berbagai macam cara untuk mencari atau memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, yaitu :

* 1. Cara tradisional

Untuk memperoleh pengetahuan, cara kuno atau tradisional dipakai orang memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah untuk metode penemuan secara sistematik dan logis (Notoatmodjo, 2003).

* 1. Cara coba-salah (trial and error)

Cara ini telah dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradapan. Pada waktu itu seseorang apabila menghadapi persoalan untuk masalah, upaya pemecahannya dilakukan dengan cara coba-coba saja. Dimana metode ini telah digunakan orang dalam waktu yang cukup lama untuk memecahkan berbagai masalah. Bahkan sekarang ini metode coba-coba masih sering dipergunakan terutama oleh mereka yang belum atau tidak mengetahui cara memecahkan masalah (Notoatmodjo, 2003).

* 1. Kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang tanpa melakukan penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan ini biasanya diwariskan turun temurun dari generasi berikutnya. Dimana pengetahuan, diperoleh berdasarkan otoritas atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, otoritas ilmu pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

* 1. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru yang baik, dimana pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengetahuan itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan. Perlu diperhatikan bahwa tidak semua pengalaman pribadi dapat menuntun seseoranguntuk menarik kesimpulan dengan benar, maka perlu berfikir kritis dan logis (Notoatmodjo, 2003).

* 1. Melalui jalan pikir

Sejalan dengan perkembangan kebudayaaan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikirannya baik melalui induksi dan deduksi (Notoatmodjo, 2003).

* 1. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau metodologi penelitian. Cara ini mula-mula mengadakan pengamatan langsung terhadap gejala-gejala alam atau kemasyarakat kemudian hasil pengmatannya tersebut dikumpulkan dan diklasifikasikan dan akhirnya diambil kesimpulan umum (Notoatmodjo, 2003).

**2.3.4 Cara Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan kuesioner atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden Kedalam pengetahuannya yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas (Notoatmodjo, 2007). Cara mengukur tingkat pengetahuan dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Kemudian digolongkan menjadi 2 kategori yaitu tinggi dan rendah. Dikatakan tinggi jika skor responden > median dan dikatakan rendah jika skor responden < median. (Khomsan, 2000).

**2.3.5 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan**

1. Tingkat Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka ia akan mudah menerima dan menyesuaikan hal-hal yang baru. Pada masyarakat yang mempunyai pendidikan yang baik akan lebih cepat dan mudah dalam menerima informasi tentang penyakit Diabetes Mellitus demikian sebaliknya.

1. Informasi

Seseorang yang mempunyai sumber informasi banyak akan memberikan pengetahuan tentang Diabetes Mellitus yang lebih jelas. Pada masyarakat yang mengetahui informasi tentang Diabetes Mellitus dengan baik akan memberikan informasi dengan tepat kepada masyarakat yang belum tahu dengan cara yang tepat.

1. Kultur budaya

Budaya sangat berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang karena informasi yang baru akan disaring sesuai dengan budaya dan agama yang dianut. Pada masyarakat dengan kultur budaya yang modern cenderung lebih bisa menerima informasi yang didapat begitu juga sebaliknya.

1. Pengalaman

Pengalaman disini berkaitan dengan umur dan pendidikan, dimana pada masyarakat yang tidak mempunyai cukup informasi tentang Diabetes Mellitus akan berpengaruh pada ketidaktahuan tentang gejala, tanda dan penangganannya, hal ini mengakibatkan semakin banyak masyarakat akan terkena Diabetes

Melitus. Pengalaman seseorang pada dasarnya dipengaruhi oleh pendidikan seseorang, dimana semakin baik pendidikan seseorang berpengaruh pada pengetahuan serta informasi yang dimiliki. Notoatmodjo (2002) menyatakan bahwa pendidikan memberikan suatu nilai-nilai tertentu bagi manusia, terutama dalam membuka pikirannya serta menerima hal-hal baru. Pengetahuan juga diperoleh melalui kenyataan (fakta) dengan melihat dan mendengar sendiri, serta melalui alat-alat komunikasi, misalnya membaca, mendengar radio, melihat televisi.

* 1. **Sikap (*Attitude*)**

**2.4.1 Pengertian Sikap**

Sikap adalah suatu respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang - tidak senang, setuju - tidak setuju, baik - tidak baik.) Campbell (1950) mendefenisikan bahwa sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan dan perhatian (Notoatmodjo, 2005).

Menurut Newcomb, menyatakan bahwa sikap adalah merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup (Notoatmodjo, 2005).

**2.4.2 Tingkatan Sikap**

Seperti halnnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan, yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima stimulus yang diberikan (objek).

1. Menanggapi (*responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.

1. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek atau seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespon.

1. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang telah diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap tertentu berdasarkan keyakinannya, dia harus berani mengambil risiko bila ada orang lain yang mencemoohkan atau adanya risiko lain.

**2.4.3 Ciri-ciri sikap**

Menurut Heri Purwanto (1998) dalam buku Notoadmodjo (2003) adalah:

* 1. Sikap bukan dibawa sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan obyeknya.
  2. 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.
  3. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu obyek. Dengan kata lain sikap itu terbentuk dipelajari, atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu obyek tertentu yang dapat dirumuskan dengan jelas.

d. Obyek 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.

**2.4.4 Fungsi Sikap**

Fungsi Sikap Menurut Katz (1964) dalam buku Wawan dan Dewi (2010) sikap mempunyai beberapa fungsi, yaitu:

1. Fungsi instrumental atau fungsi penyesuaian atau fungsi manfaat.

Fungsi ini berkaitan dengan sarana dan tujuan. Orang memandang sejauh mana obyek sikap dapat digunakan sebagai sarana atau alat dalam rangka mencapai tujuan. Bila obyek sikap dapat membantu seseorang dalam mencapai tujuannya, maka orang akan bersifat positif terhadap obyek tersebut. Demikian sebaliknya bila obyek sikap menghambat pencapaian tujuan, maka orang akan bersikap negatif terhadap obyek sikap yang bersangkutan.

1. Fungsi pertahanan ego.

Ini merupakan sikap yang diambil oleh seseorang demi untuk mempertahankan ego atau akunya. Sikap ini diambil oleh seseorang pada waktu orang yang bersangkutan terancam keadaan dirinya atau egonya.

1. Fungsi ekspresi nilai

Sikap yang ada pada diri seseorang merupakan jalan bagi individu untuk mengekspresikan nilai yang ada pada dirinya. Dengan mengekspresikan diri seseorang akan mendapatkan kepuasan dapat menunjukkan kepada dirinya. Dengan individu mengambil sikap tertentu akan menggambarkan keadaan sistem nilai yang ada pada individu yang bersangkutan.

1. Fungsi pengetahuan.

Individu mempunyai dorongan untuk ingin mengerti dengan pengalaman-pengalamannya. Ini berarti bila seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu obyek, menunjukkan tentang pengetahuan orang terhadap obyek sikap yang bersangkutan.

**2.4.5 Komponen Sikap**

Struktur sikap terdiri atas 3 komponen yang saling menunjang yaitu (Azwar S., 2000 : 23):

1) Komponen kognitif merupakan representasi apa yang dipercayai oleh individu pemilik sikap, komponen kognitif berisi kepercayaan stereotipe yang dimiliki individu mengenai sesuatu dapat disamakan penanganan (opini) terutama apabila menyangkut masalah isu atau problem yang kontroversial.

2) Komponen afektif merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional. Aspek emosional inilah yang biasanya berakar paling dalam sebagai komponen sikap dan merupakan aspek yang paling bertahan terhadap pengaruh-pengaruh yang mungkin adalah mengubah sikap seseorang komponen afektif disamakan dengan perasaan yang dimiliki seseorang terhadap sesuatu.

3) Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku tertentu sesuai dengan sikap yang dimiliki oleh seseorang. Dan berisi tendensi atau kecenderungan untuk bertindak / bereaksi terhadap sesuatu dengan cara-cara tertentu. Dan berkaitan dengan objek yang dihadapinya adalah logis untuk mengharapkan bahwa sikap seseorang adalah dicerminkan dalam bentuk tendensi perilaku.

**2.4.6 Cara Pengukuran Sikap**

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan menilai pernyataan sikap seseorang. Pernyataan sikap adalah rangkaian kalimat yang mengatakan sesuatu mengenai obyek sikap yang hendak diungkap.

Pernyataan sikap mungkin berisi atau mengatakan hal-hal yang positif mengenai obyek sikap, yaitu kalimatnya bersifat mendukung atau memihak pada obyek sikap. Pernyataan ini disebut dengan pernyataan yang *favourable.*

Sebaliknya pernyataan sikap mungkin pula berisi hal-hal negatif mengenai obyek sikap yang bersifat tidak mendukung maupun kontra terhadap obyek sikap. Pernyataan seperti ini disebut dengan pernyataan yang tidak favourabel.

Suatu skala sikap sedapat mungkin diusahakan agar terdiri atas pernyataan *favorable* dan tidak *favorable* dalam jumlah yang seimbang. Dengan demikian pernyataan yang disajikan tidak semua positif dan tidak semua negatif yang seolah-olah isi skala memihak atau tidak mendukung sama sekali obyek sikap (Azwar, 2005).

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat/ pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner (Notoatmodjo, 2003).

**2.4.7 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Sikap**

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap keluarga terhadap obyek sikap antara lain :

1. Pengalaman Pribadi

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

2. 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 berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

3. 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.

4. Media Massa

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

5. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

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

6. Faktor Emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego (Azwar, 2005).

* 1. **Tindakan *(practice)***

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan factor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Tindakan ataupraktik mempunyai beberapa tingkatan, yaitu :

* + 1. Persepsi *(perception)*

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

* + 1. Respon terpimpin *(guided response)*

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh ada;ah merupakan indicator praktik tingkat dua.

* + 1. Mekanisme *(mecanism)*

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

* + 1. Adopsi *(adoption)*

Adaptasi merupakan suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

* 1. **Penelitian Terkait**

Menurut penelitian Suparjo (2006), berjudul hubungan antara pengetahuan dengan sikap dan perilaku pasien diabetes mellitus tentang perawatan diabetes melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dengan menggunakan metode korelasi non eksperimen melalui pendekatan *cross sectional.* Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dengan sikap dan perilaku pasien diabetes melitus tentang perawatan diabetes melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dalam penelitian ini, dari 30 responden yang diteliti, didapatkan hasil pengetahuan responden sedang (72,5%), Sikap responden baik (70%) dan Perilaku responden baik (56,7%). Hasil uji *Chi-Square* didapatkan hasil p Value = 0,031 (p Value < 0,05) berarti ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap dan perilaku pasien diabetes melitus tentang perawatan diabetes melitus.

* 1. **Kerangka Teori**

Pencegahan Ulkus Diabetik;

1. Olahraga secara teratur

2. Menghindari kebiasaan   
 merokok

3. Merawat kaki secara tepat

4. Memakai alas kaki

5. Menggunakan obat untuk   
 mencegah infeksi

(Askandar, 2002)

Pengetahuan:

Pengetahuan pasien tentang penyakit Diabetes Melitus dan ulkus diabetikum

Sikap:

Kepatuhan pasien terhadap pencegahan penyakit

Sumber : Askandar (2002), Modifikasi dalam Notoatmodjo (2003)

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

* 1. **Kerangka Konsep**

Dari hasil tinjauan kepustakaan serta kerangka teori masalah penelitian yang telah dirumuskan, maka dikembangkan suatu kerangka konsep penelitian. Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya yang ingin diteliti (Notoadtmojo,2005). Pada penelitian ini kerangka konsep digunakan untuk menghubungkan variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen yaitu pengetahuan dan sikap sedangkan variabel dependen yaitu pencegahan ulkus diabetik.

Berdasarkan tujuan penelitian dan tinjauan pustaka maka disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

**Variabel Independen Variabel Dependen**

1. Pengetahuan

* Tinggi
* Rendah

Pencegahan Ulkus Diabetik

1. Sikap

* Mendukung
* Tidak Mendukung

**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

* 1. **Definisi Operasional**

**Tabel 3.2 Defenisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Defenisi**  **Operasional** | **Alat Ukur** | **Cara Ukur** | **Skala** | **Hasil Ukur** |
| Pengetahuan | Segala sesuatu yang diketahui pasien diabetes melitus tentang Ulkus diabetik dan pencegahannya | Kuesioner | Wawancara | Ordinal | 1.Tinggi, jika skor responden ≥mean 2.Rendah, jika skor responden <mean |
| Sikap | Kecenderungan pasien diabetes melitus untuk berespon positif atau negatif dan kesiapannya bertindak dalam pencegahan Ulkus diabetik. | Kuesioner | Wawancara | Ordinal | 1.Mendukung, jika skor responden ≥mean 2.Tidak Mendukung, jika responden <mean |
| Tindakan Pencegahan | Perbuatan yang dilakukan pasien diabetes melitus dalam pencegahan Ulkus diabetik | Kuesioner | Wawancara | Ordinal | 1.Baik, jika skor responden ≥mean  2.Kurang Baik, jika skor responden <mean |

**3.3 Hipotesis Penelitian**

**1. Ha ( Hipotesis Alternatif )**

1. Ada hubungan antara pengetahuan klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien diabetes melitus.
2. Ada hubungan antara sikap klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien diabetes melitus.

**2. Ho ( Hipotesis Nol )**

1) Tidak ada hubungan antara pengetahuan klien dengan pencegahan   
 ulkus diabetik pada pasien diabetes melitus.

1. Tidak ada hubungan antara sikap klien dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien diabetes melitus.

.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

**4.1. Desain Penelitian**

Desain penelitian ini menggunakan *deskriptif korelatif,* yaitu mengetahui hubungan antara dua variabel pada situasi atau kelompok objek dan melihat hubungan antara suatu variabel dengan variabel lai. Variabel penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan variabel independen. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional,* dimana pengumpulan data variabel independen dan variabel dependen dilakukan secara bersama dan sekaligus. ( Notoatmojo,2005)

**4.2. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitianini dilakukan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Solok Selatan pada bulan Oktober 2013

**4.3. Populasi dan Sampel Penelitian**

**4.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi adalah keseluruhan objek yang diteliti. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien penderita DM, yang tidak menderita ulkus diabetik di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan yang berjumlah 280 kasus pada tahun 2013. Dimana rata- rata pasien 1 bulan terdapat 31 orang.

**4.3.2 Sampel Penelitian**

Menurut Notoatmodjo (2010), sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik*Accidental sampling* yaitu diperolehnya sampel yang tidak direncanakan terlebih dahulu, melainkan secara kebetulan, yaitu unit atau subjek tersedia bagi peneliti saat pengumpulan data dilakukan. Proses diperolehnya sampel semacam ini disebut sebagai penarikan sampel secara kebetulan.

Sampel dari penelitian ini adalah seluruh pasien DM yang ditemui waktu penelitian, Jumlah sampel yang didapat sebanyak 31 responden.

Kriteria menjadi sampel sebagai berikut:

1) Bersedia menjadi responden dan kooperatif

2) Bisa berkomunikasi dengan baik

3) Pasien yang menderita diabetes melitus

**4.4. Tehnik Pengumpulan Data**

* + 1. **Data Primer**

Data primer diperoleh langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner kepada pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

Data primer yang dikumpulkan meliputi data faktor predisposisi yaitu : pengetahuan dan sikap (variabel independen) dan pencegahan ulkus diabetik (variabel dependen).

* + 1. **Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh melalui observasi langsung di ruang Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan dan melihat penderita DM yang sudah didiagnosa oleh dokter dalam status pasien.

* + 1. **Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner, dimana dalam pengumpulan data peneliti membuat instrument sebagai alat pengumpulan data yang disusun sendiri oleh peneliti. Jenis kuesioner yang digunakan yaitu kuesioner yang bersifat tertutup. Kuesioner ini berisi mengenai nama,umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan alamat responden. Pertanyaan didalam kuesoiner ini terdiri dari 10 pertanyaan tentang pengetahuan, 10 pertanyaan tentang sikap dan 10 pertanyaan tentang pencegahan.

**4.5. Cara Pengolahan dan Analisis Data**

**4.5.1 Cara Pengolahan Data**

Menurut Setiadi (2007), data yang terkumpul kemudian diolah melalui tahap-tahap sebagai berikut:

1. *Editing,* yaitu kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten. Pada penelitian ini, peneliti memeriksa kuesioner yang telah diisi oleh responden yang mencakup kelengkapan pengisian yang telah dilakukan oleh responden.
2. *Coding,* yaitu kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/ bilangan. Misalnya untuk variabel pekerjaan diberikan kode 1 = Pegawai Negeri, 2 = Wiraswasta, 3 = Pegawai Swasta dan 4 = Pensiunan. Jenis kelamin: 1 = Pria dan 2 = Wanita, dsb. Kegunaan dari kode adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entrydata.Pengkodean data dilakukan untuk memberikan kode yang spesifik pada respon jawaban responden untuk memudahkan proses pencatatan data.

Pemberian kode pada data adalah menterjemahkan data  kedalam kode-kode yang biasanya dalam bentuk angka. Tujuannya ialah untuk dapat dipindahkan kedalam sarana penyimpanan, misalnya komputer dan analisa berikutnya. Dengan data sudah diubah dalam bentuk angka-angka, maka peneliti akan lebih mudah mentransfer kedalam komputer dan mencari program perangkat lunak yang sesuai dengan data untuk digunakan sebagai sarana analisa, misalnya apakah data tersebut dapat dianalisa dengan menggunakan software SPSS.

1. *Sorting,* yaitu mensortir dengan memilih atau mengelompokan data menurut jenis yang dikehendaki (klasifikasi data). Peneliti mengklasifikasikan data sesuai dengan jenis permasalahan yang sudah dirumuskan.
2. *Entry Data,* jawaban-jawaban yang sudah diberikan kode kategori kemudian dimasukan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data. Memasukan data, boleh dengan cara manual atau melalui pengolahan komputer. Pada penelitian ini, jawaban-jawaban dari reponden telah dimasukan dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data melalui pengolahan komputer.
3. *Cleaning,* yaitu pembersihan data, lihat variabel apakah data sudah benar atau belum. peneliti talah memeriksaan kembali apakah terdapat data yang *missing* kemudian dilakukanpembersihan data.
4. *Mengeluarkan informasi :* disesuaikan dengan tujuan penelitian yang dilakukan. Pada penelitian ini data telah disajikan sesuai dengan tujuan permasalahan yang sudah dirumuskan.
   * 1. **Analisa Data**

Setelah melalui tahapan tersebut, data kemudian diuji dengan menggunakan hubungan antar variabel dengan analisis statistik secara univariat dan bivariat.

**4.5.2.1 Analisa Univariat**

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran distribusi frekuensi dan persentase dari semua variabel penelitian baik variabel dependen (pencegahan ulkus diabetik) maupun variabel independen (pengetahuan dan sikap) di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan Tahun 2013.

Analisa ini dimulai dengan perhitungan frekuensi dan mempresentasikan nilai masing- masing variabel. Untuk data numerik gunakan nilai mean, median, dan standar deviasi. Hasil analisa univariat ini disajikan dalam bentuk tabel distribusi, frekuensi dan narasi (Haston, 2001).

* + - 1. **Analisa Bivariat**

Analisis ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, sehingga dapat diketahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan pencegahan ulkus diabetik. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *uji chi square* dengan komputerisasi*,* karena baik variabel independen maupun variabel dependen merupakan variabel kategorik.

Menurut Hasyim (2008), dalam pengambilan keputusan statistik dilakukan dengan membandingkan *nilai p* *(p value)* dengan *nilai α (0,05),* dengan ketentuan:

* + - 1. Bila *p value ≤ nilai α (0,05),* maka ada hubungan antara variabel

independen dengan variabel dependen.

2) Bila *p value > nilai α (0,05),* maka tidak ada hubungan antara   
 variabel independen dengan variabel dependen.

* 1. **Etika Penelitian**

Manusia sebagai objek penelitian harus memperhatikan hak-hak azasi manusia. Peneliti harus melindungi dan menghargai hak responden karena penelitian ini manusia sebagai sampel atau responden (Faradillah, 2011).

Peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

*1. Informed consent* (lembar persetujuan)

Subjek mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan untuk penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan pengembangan ilmu.

*2. Privacy* (merahasiakan informasi yang diberikan)

Peneliti memastikan bahwa penelitian yang dilakukan tidak menginvasi melebihi batas yang diperKakindan kerahasiaan responden tetap dijaga selama penelitian. Responden mempunyai hak untuk mengharapkan bahwa setiap data yang dikumpulkan selama masa penelitian akan disimpan dan dijaga kerahasiaannya.

*3. Protection from discomfort* (memperoleh jaminan keamanan)

Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam bentuk apapun.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Solok Selatan**

**5.1.1 Sejarah Perkembangan**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Solok Selatan memiliki posisi yang strategis dengan bangunan seluas 7.942,3 m2 dan luas lahan 16.740 m2. Pada mulanya RSUD Solok Selatan diresmikan pada tanggal 12 April 1986, yang merupakan milik pemerintah daerah Kabupaten Solok Selatan. Namun pada tahun 2004 sampai sekarang Rumah sakit ini menjadi organisasi perangkat daerah pemerintah Kabupaten Solok Selatan. Seiring dengan berkembangnya Kabupaten Solok Selatan, RSUD Solok Selatan juga mengalami perkembangan aik fisik maupun manajemen rumah sakit, yang ditandai dengan adanya peningkatan status rumah sakit tipe C terhitung sejak tanggal 2 Juli 2010.

Perkembangan RSUD Solok Selatan secara kasat mata cukup baik, hal ini ditunjukkan dengan data dasar pada akhir tahun 2011 ini RSUD Solok Selatan telah mempunyai tempat tidur sebanyak 112 tempat tidur. Akses dan sirkulasi pada sebagian kota muaralabuh dimana RSUD Solok Selatan berdiri cukup mudah dan lancar, disebabkan karena dilalui jalan raya propinsi sehingga memudahkan masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan di RSUD Solok Selatan.

RSUD Solok Selatan adalah rumah sakit tipe C yang terus melakukan perbaikan tata kelola baik dari segi manajemen maupun medik. Hal ini terus di evaluasi dan ditindaklanjuti dalam rangka persiapan RSUD Solok Selatan menuju BLUD sesuai dengan amanat UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 dengan permendagri No. 61 Tahun 2007.

Berhubung dengan hal tersebutlah RSUD Solok Selatan dengan dukungan puskesmas-puskesmas di Kabupaten Solok Selatan mencoba untuk mengembangkan pelayanan ke arah yang lebih profesional.

* + 1. **Visi**

Visi RSUD Solok Selatan yaitu : ”Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat, Mandiri dan Bermartabat Tahun 2020”.

* + 1. **Misi**

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional, santun, ramah dan cepat.
2. Terwujudnya pelayanan prima serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
3. Meningkatkan kualitas pelayanan dan SDM melalui pendidikan dan pelatihan.
4. Menjadikan pusat pelayanan rujukan seluruh masyarakat.
   * 1. **Motto**

Motto RSUD Solok Selatan yaitu: ”Kesembuhan Anda adalah Kebanggaan Kami”

* + 1. **Tujuan**

Memberikan pelayanan berkualiatas prima kepada pelanggan sehingga kepuasan pelanggan dapat terpenuhi dengan fasilitas yang nyaman, peralatan yang lengkap, tenaga yang ramah, terampil, cepat, tanggap serta komunikatif tanpa membedakan status dan golongan masyarakat.

* + 1. **Sasaran Strategis**

Sasarannya adalah ketercapaian pelayanan kesehatan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, layanan umum maupun pelayanan penunjang medis dan non medis yang optimal bagi seluruh penduduk Solok Selatan pelayanan optimal dengan ketersediaan sumber daya kesehatan yang handal, ketersediaan obat-obatan yang cukup dan peralatan medik yang lengkap baik untuk pasien rawat inap maupun pasien rawat jalan.

* 1. **Gambaran Umum Ruang Penelitian**

1. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) RSUD Solok Selatan terbagi atas 8 ruangan yaitu poli umum, poli penyakit dalam, poli bedah, poli kebidanan, poli anak, poli gigi, poli mata dan poli THT.
2. Instalasi Rawat Inap yang melayani pengobatan DM berada di Ruang Interne.
   1. **Hasil Penelitian**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Penyakit dalam RSUD Solok Selatan tahun 2013, data yang dikumpulkan berjumlah 31 sampel. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk teks dan tabel, yaitu adalah sebagai berikut:

* + 1. **Analisis Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel.

* 1. Klasifikasi Pengetahuan

Klasifikasi pengetahuan dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategori, yaitu tinggi dan rendah.

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Pengetahuan pada Pasien DM Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam**

**RSUD Solok Selatan**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Klasifikasi** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| **1** | Tinggi | 16 | 51,6% |
| **2** | Rendah | 15 | 48,4% |

Berdasarkan data pada tabel 5.1 diketahui bahwa lebih dari separo responden memiliki pengetahuan tinggi 51,6% di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

* 1. Klasifikasi Sikap

Klasifikasi sikap dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategori, yaitu mendukung dan tidak mendukung.

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Sikap pada Pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam**

**RSUD Solok Selatan**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Klasifikasi** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| **1** | Mendukung | 15 | 48,4% |
| **2** | Tidak Mendukung | 16 | 51,6% |

Berdasarkan data pada tabel 5.2 diketahui bahwa kurang dari separo responden memiliki sikap yang mendukung 48,4% di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

* 1. Klasifikasi Tindakan Pencegahan

Klasifikasi tindakan pencegahan dalam penelitian ini dibagi dalam dua kategori, yaitu baik dan kurang baik.

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Tindakan Pencegahan pada Pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam**

**RSUD Solok Selatan**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Klasifikasi** | **Frekuensi** | **Persentase** |
| **1** | Baik | 18 | 58,1% |
| **2** | Kurang Baik | 13 | 41,9% |

Berdasarkan data pada tabel 5.3 diketahui bahwa lebih dari separo responden memiliki tindakan pencegahan baik 58,1% di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

* + 1. **Analisa Bivariat**
  1. Hubungan pengetahuan dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

**Tabel 5.4**

**Hubungan Pengetahuan dengan Pencegahan Ulkus Diabetik pada Pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam**

**RSUD Solok Selatan Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pengetahuan | **Tindakan Pencegahan** | | | | **Jumlah** | | **P Value** | **OR** |
| **Kurang Baik** | | **Baik** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Rendah** | 10 | 32,3 | 5 | 16,1 | 15 | 48,4 | 0,019 | 8,667 |
| **Tinggi** | 3 | 9,7 | 13 | 41,9 | 16 | 51,6 |
| **Jumlah** | **13** | **41,9** | **18** | **58,1** | **31** | **100** |  |  |

Berdasarkan tabel 5.4 hasil analisa hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan diperoleh bahwa dari 15 responden dinyatakan bahwa yang berpengetahuan rendah sebanyak 32,3% tindakan pencegahan kurang baik, 16,1% responden tindakan pencegahannya baik. Sedangkan dari 16 responden ada sebanyak 41,9% berpengetahuan tinggi dengan tindakan pencegahan baik 9,7% tindakan pencegahan kurang baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai p Value = 0.019 (p Value ≤ 0,05), Ha diterima maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan pencegahan ulkus diabetik. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR sebesar = 8,667 , artinya responden yang pengetahuannya rendah mempunyai peluang 8,667 kali tindakan pencegahannya kurang baik dibandingkan responden yang pengetahuannya tinggi.

* 1. Hubungan sikap dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM di Ruang rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan.

**Tabel 5.5**

**Hubungan Sikap dengan Pencegahan Ulkus Diabetik pada**

**Pasien DM di Ruang Rawat Inap Penyakit**

**Dalam RSUD Solok Selatan**

**Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sikap** | **Tindakan Pencegahan** | | | | **Jumlah** | | **P Value** | **OR** |
| **Kurang Baik** | | **Baik** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| **Tidak Mendukung** | 10 | 32,3 | 6 | 19,4 | 16 | 51,6 | 0,042 | 6,667 |
| **Mendukung** | 3 | 9,7 | 12 | 38,7 | 15 | 48,4 |
| **Jumlah** | **13** | **41,9** | **18** | **58,1** | **31** | **100** |  |  |

Berdasarkan tabel 5.5 hasil analisa hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan diperoleh bahwa dari 16 responden dinyatakan bahwa yang mempunyai sikap tidak mendukung sebanyak 32,3% tindakan pencegahan kurang baik 19,4% responden tindakan pencegahannya baik. Sedangkan dari 15 responden ada sebanyak 38,7% sikapnya mendukung dengan tindakan pencegahan baik 9,7% tindakan pencegahan kurang baik . Hasil uji statistik diperoleh nilai p Value = 0.042 (p Value ≤ 0,05), Ha diterima maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan pencegahan ulkus diabetik. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai OR sebesar = 6,667 , artinya responden yang sikapnya tidak mendukung mempunyai peluang 6,667 kali tindakan pencegahannya kurang baik dibandingkan responden yang sikapnya mendukung.

* 1. **Pembahasan**
     1. **Pembahasan Hasil Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional* hanya sebatas mencari hubungan antara variabel pengetahuan dan sikap dengan variabel pencegahan ulkus diabetik, uji statistik yang diggunakanadalahuji *Chi Square. Instrument* pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner.

Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode *Nonrandom Sampling*, dengan menggunakan teknik *Accidental Sampling.*  Sampel yang didapat selama penelitan berjumlah 31 responden yaitu semua pasien yang menderita DM di RSUD Solok Selatan, Penelitian ini dilaksanakan pada November 2013 di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan Pembahasan hasil penelitian ini terdiri dari analisis karakteristik responden, analisis univariat dan analisis bivariat yaitu sebagai berikut:

* + - 1. **Analisis Univariat**

1. **Pengetahuan**

Berdasarkan analisis univariat pengetahuan dari 31 responden didapatkan responden yang berpengetahuan tinggi sebanyak 51,6%, pengetahuan ini berupa tahu mengenai pencegahan terjadinya ulkus diabetik seperti menjaga kadar gula darah, berolahraga secara teratur, menjaga kebersihan kaki, membersihkan dan mencuci kaki dengan air hangat-hangat kukuh, memakai krem kaki pada kulit yang kering atau tumit yang retak-retak, menggunting kuku kaki segera jika panjang, memakai kaos kaki dari bahan wol/katun dan memakai sepatu khusus untuk kaki. Hasil analisis pengetahuan ini sesuai dengan hasil pendidikan yang didapatkan responden yang berpendidikan tinggi.

Banyaknya responden yang berpengetahuan tinggi dapat berdampak pada timbulnya tindakan yang baik pada responden, hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2010) yang menyatakan bahwa pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Penelitian ini sesuai dengan teori Perilaku Kesehatan yang menyatakan bahwa pengetahuan dapat mendasari seseorang untuk bertindak termasuk untuk bertindak melakukan sesuatu.

Hasil penelitian pengetahuan ini sesuai dengan penelitian Harahap (2010), dengan hasil penelitian sebagian besar responden berpengetahuan sedang (72,5%) dan ada hubungan yang bermakna antara tingkatan pengetahuan dengan pemanfaatan klinik diabetes melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Nova (2012), dengan hasil penelitian sebagian besar responden berpengetahuan sedang (56,7%) dan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan pasien diabetes melitus tentang perawatan diabetes melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP dr.Mohammad Hoisien Palembang.

Menurut peneliti, dari hasil penelitian diperoleh juga responden dengan pengetahuan rendah yang apabila tidak diperhatikan akan berdampak pada peningkatan tindakan yang kurang baik yang dilakukan responden. Dari itu memberikan bekal pengetahuan melalui pendidikan kesehatan merupakan hal yang baik karena dengan pendidikan kesehatan petugas kesehatan (perawat) dapat menyampaikan pesan kesehatan kepada masyrakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik.

**b. Sikap**

Berdasarkan analisis univariat tentang sikap dari 31 responden didapatkan responden yang memiliki sikap mendukung yaitu sebanyak 48,4%. Banyaknya responden yang memiliki sikap mendukung dapat berdampak pada dorongan diri responden untuk melakukan perilaku atau tindakan yang baik, hal ini sesuai dengan dalam Notoatmodjo (2010) yang mengatakan sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak.

Menurut Newcomb (2010), menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi prilaku atau tindakan.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Harahap (2010), dengan hasil penelitian sebagian besar responden bersikap baik (70%) dan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan pemanfaatan klinik diabetes melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Nova (2012), dengan hasil penelitian sebagian besar responden bersikap baik (70%) dan ada hubungan yang signifikan antara sikap pasien diabetes melitus tentang perawatan diabetes melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP dr.Mohammad Hoisien Palembang.

Menurut peneliti, dari hasil penelitian diperoleh juga responden dengan sikap tidak mendukung, hal ini apabila tidak diperhatikan akan berdampak pada bertambah banyak tindakan yang kurang baik yang dilakukan responden, untuk itu pendidikan kesehatan diperlukan untuk merubah sikap responden, dari itu sesuai dengan pendapat Kimbal Young dalam Walgito (2003) yang mengatakan bahwa manusia pada waktu dilahirkan belum membawa sikap-sikap tertentu terhadap suatu objek. Karena sikap tidak dibawa sejak dilahirkan, maka sikap itu terbentuk dalam perkembangan individu tersebut. Oleh karena sikap itu terbentuk atau dibentuk, maka sikap itu dapat dipelajari dan dapat diubah.

**c. Tindakan Pencegahan**

Berdasarkan analisa univariat tentang tindakan pencegahan didapatkan dari 36 responden yang memiliki tindakan pencegahan yang baik sebanyak 58,1%. Penelitian ini sesuai dengan pendapat Newcomb dalam Notoatmodjo (2010) yang mengatakan sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak (praktik).

Suatu sikap belum terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. ( Azwar, 2005)

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Harahap (2010), dengan hasil penelitian sebagian besar responden dengan tindakan sedang (90%) dan ada hubungan yang bermakna antara tindakan dengan pemanfaatan klinik diabetes melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Nova (2012), dengan hasil penelitian sebagian besar responden dengan perilaku baik (56,7%) dan ada hubungan yang signifikan antara perilaku pasien diabetes melitus tentang perawatan diabetes melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSU dr. Mohammad Hoisien Palembang.

Menurut peneliti, sikap belum tentu terwujud dalam tindakan. Sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain sarana prasarana. Faktor pendukung tersebut berupa fasilitas yang dapat merubah sikap responden agar berpengaruh pada tindakan, fasilitas tersebut berupa sepatu/alas kaki khusus untuk pasien diabetes melitus serta dibekali juga dengan pendidikan kesehatan tentang pentingnya memakai sepatu/alas kaki khusus untuk pasien diabetes melitus untuk mencegah terjadinya luka pada kaki.

* + - 1. **Analisa Bivariat**

1. **Hubungan pengetahuan dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM.**

Berdasarkan hasil analisa hubungan pengetahuan dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM, diperoleh bahwa ada sebanyak 10 dari 15 responden (32,3%) yang pengetahuannya rendah dengan tindakan pencegahan kurang baik, sedangkan pengetahuannya tinggi dengan tindakan pencegahannya baik ada sebanyak 13 dari 16 responden (41,9%). Dari hasil penelitian ini diperoleh bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pencegahan ulkus diabetik dengan hasil uji statistik diperoleh nilai p Value=0,019 dan dari hasil analisis diperoleh nilai OR=8,667.

Pengetahuan yang berhubungan dengan tindakan pencegahan itu meliputi menjaga kadar gula darah, berolahraga secara teratur, menjaga kebersihan kaki, membersihkan dan mencuci kaki dengan air hangat-hangat kukuh, memakai krem kaki pada kulit yang kering atau tumit yang retak-retak, menggunting kuku kaki segera jika panjang, memakai kaos kaki dari bahan wol/katun dan memakai sepatu khusus untuk kaki.(Tarwoto 2012)

Berdasarkan teori yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Menurut Edelman dan Mandle dalam Potter dan Perry (2005) menyebutkan bahwa kemampuan *kognitif* (pengetahuan) akan membentuk kemampuan cara berfikir seseorang, termasuk membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan dan penyakit yang dimilkinya untuk menjaga kesehatan diri sendiri.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Harahap (2010), dengan hasil penelitian sebagian besar responden berpengetahuan sedang sebesar 72,5% dan ada hubungan yang bermakna antara tingkatan pengetahuan dengan pemanfaatan klinik Diabetes Melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Nova (2012), dengan hasil penelitian sebagian besar responden berpengetahuan sedang sebesar 56,7% dan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan pasien Diabetes Melitus tentang perawatan Diabetes Melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP dr.Mohammad Hoisien Palembang.

Sesuai dengan pendapat Notoadtmojo (2010) yang menyatakan bahwa pengetahuan atau *kognitif* merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Teori Green dalam Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh 3 faktor pokok yaitu: faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan nilai), faktor yang mendukung (ketersediaan sumber-sumber atau fasilitas) dan faktor yang memperkuat (sikap dan perilaku petugas).

Menurut peneliti, dilihat dari hasil penelitian di Ruang Rawat inap penyakit Dalam RSUD Solok Selatan dapat dinyatakan bahwa responden yang berpengetahuan tinggi dapat berdampak pada timbulnya tindakan pencegahan yang baik pada responden. Sedangkan untuk pengetahuan yang rendah akan berdampak pada tindakan pencegahan yang kurang baik, dari hal tersebut agar pengetahuan menjadi tinggi maka dilakukan upaya-upaya yang meningkatkan pengetahuan yang seharusnya diaplikasikan oleh petugas kesehatan. Dan untuk meningkatkan perilaku dan pengetahuan responden di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Solok Selatan yaitu dilakukan pendidikan kesehatan dengan melakukan penyuluhan langsung dengan responden, memasang poster, membagikan *leaflet*, brosur ataupun lembaran yang berisikan ajakan untuk melakukan pencegahan terjadinya luka pada kaki.

Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Dan dari pesan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan nantinya dapat menambah pengetahuan responden yang dapat berpengaruh terhadap tindakan pencegahan yang semakin baik.

1. **Hubungan sikap dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM.**

Berdasarkan hasil analisis hubungan sikap dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM, diperoleh bahwa 32,3% responden yang sikapnya tidak mendukung dengan tindakan pencegahan kurang baik, sedangkan sikap mendukung dengan tindakan pencegahannya baik ada sebanyak 38,7%. Dari hasil penelitian ini diperoleh bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan pencegahan ulkus diabetik dengan hasil uji statistik diperoleh nilai p Value= 0,042 dan dari hasil analisis diperoleh nilai OR=6,667.

Sikap yang berhubungan dengan tindakan pencegahan itu meliputi tidak mengkonsumsi makan-makanan yang manis, berolahraga secara teratur, menjaga kebersihan kaki, membersihkan dan mencuci kaki dengan air hangat-hangat kukuh, memakai krem kaki pada kulit yang kering atau tumit yang retak-retak, tidak memakai bedak pada kaki, menggunting kuku kaki segera jika panjang, memakai kaos kaki dari bahan wol/katun dan memakai sepatu khusus untuk kaki.(Tarwoto, 2012)

Berdasarkan teori Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa sikap merupakan suatu respon emosional seseorang terhadap stimulus atau objek diluarnya. Respon emosional ini lebih bersifat penilaian pribadi terhadap stimulus atau objek dan penilaiannya dapat dilanjtukan dengan kecenderungan untuk melakukan atau tidak melakukan terhadap objek.

Menurut Walgito (2003), sikap merupakan faktor yang ada dalam diri manusia yang dapat mendorong atau menimbulkan perilaku tertentu. Menurut Newcomb (2010) menyatakan bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak.

Teori Triandis (1971) menyatakan bahwa sikap mengandung 3 komponen, yaitu komponen *kognitif*, komponen *afektif* dan komponen tingkah laku. Sikap selalu berkenaan dengan suatu objek, dn sikap terhadap objek ini disertai dengan perasaan positif atau negatif. Orang yang bersikap positif terhadap suatu objek yang dianggapnya bernilai dalam pandangannya, dan ia akan bersikap negatif terhadap suatu objek yang dianggapnya tidak bernilai atau merugikan. Sikap ini kemudian mendasari dan mendorong kearah sejumlah perbuatan yang satu sama lainnya berhubungan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Harahap (2010), dengan hasil penelitian sebagian besar responden bersikap baik (70%) dan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan pemanfaatan klinik Diabetes Melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Nova (2012), dengan hasil penelitian sebagian besar responden bersikap baik (70%) dan ada hubungan yang signifikan antara sikap pasien Diabetes Melitus tentang perawatan Diabetes Melitus di Poliklinik Penyakit Dalam RSUP dr.Mohammad Hoisien Palembang.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Notoatmodjo (2010), teori Walgito (2003) dan teori Triandis (1971) yang menyatakan bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak baik itu melakukan hal yang baik maupun bertindak untuk melakukan hal yang tidak baik, ataupun responden akan bersikap positif terhadap suatu objek yang bernilai menurut pandangannya atau malah bersikap negatif karena objek tersebut dianggapnya tidak bernilai atau merugikan.

Menurut peneliti, dari hasil penelitian ini disimpulkan bahwa sikap mempunyai peranan untuk merubah perilaku (tindakan) menjadi lebih baik. Hasil penelitian ini diperoleh juga responden dengan sikap tidak mendukung, hal ini bila tidak diperhatikan akan berdampak pada bertambah banyak tindakan yang kurang baik yang dilakukan responden. Untuk itu perlu dilakukan komunikasi pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan dengan melakukan penyuluhan langsung dengan responden melalui pemberitahuan untuk melakukan pencegahan terjadinya luka pada kaki serta pentingnya tindakan pencegahan tersebut.

1. **Keterbatasan Penelitian**

Meskipun peneliti sudah berupaya optimal, penelitian ini tetap memiliki beberapa keterbatasan, yaitu : Rancangan dalam penelitian ini menggunakan *cross sectional,*sedangkanrancangan penelitian tersebutmempunyai beberapa kelemahan antara lain tidak dapat menggambarkan perkembangan subjek penelitian secara akurat dan tidak valid untuk meramalkan suatu kecenderungan serta kesimpulan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen paling lemah dibandingkan dengan rancangan penelitian lain.

Kuesioner yang digunakan oleh peneliti ialah kuesioner yang di buat sendiri oleh peneliti dengan melaukan uji validitas, akan tetapi hasil dari uji validitas tersebut didapatkan hanya beberapa pertanyaan saja yang valid. Setelah itu peneliti melakukan perbaikan penyusunan kalimat, akan tetapi hasil perbaikan pertanyaannya tidak dilakukan uji validitas kembali. Pada saat penelitian dilakukan, peneliti kesulitan mendapatkan waktu yang cukup panjang untuk melakukan wawancara. Selain itu juga pada saat dilaksanakan wawancara terkadang ada gangguan-gangguan yang berdampak pada proses komunikasi yang tidak optimal, sehingga informasi yang didapatkan tidak sesuai dengan pasien.

**BAB VI**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**6.1 Kesimpulan**

Hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap Penyakit dalam RSUD Solok Selatan pada bulan November tahun 2013 dengan jumlah sampel 31 responden. Berdasarkan análisis karakteristik responden, analisis univariat dan analisi bivariat dapat disimpulkan sebagai berikut:

* + 1. Lebih dari separo responden memiliki pengetahuan tinggi 51,6% di Ruang Rawat Inap Penyakit dalam RSUD Solok Selatan.
    2. Kurang dari separo responden mempunyai sikap yang mendukung 48,4% di Ruang Rawat Inap Penyakit dalam RSUD Solok Selatan.
    3. Lebih dari separo responden memiliki tindakan pencegahan baik 58,1% di Ruang Rawat Inap Penyakit dalam RSUD Solok Selatan.
    4. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan yang ditunjukkan dengan nilai p value <0,05 yaitu 0,019.
    5. Ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan pencegahan yang ditunjukkan dengan nilai p value <0,05 yaitu 0,042.

**6.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian ini, peneliti memberikan saran sebagai berikut:

* + 1. **Bagi Rumah Sakit**

Bagi RSUD Solok Selatan khusus di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam diharapkan kepada perawat dapat memberikan penyuluhan terhadap pasien DM untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya ulkus diabetik misalnya dengan menyediakan leaflet untuk perawatan kaki diabetik.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian mengenai Keperawatan Medikal Bedah merupakan bagian yang sangat penting dari Ilmu Keperawatan. Sehubungan dengan hal tersebut, maka kepada institusi pendidikan, disarankan agar lebih memfasilitasi mahasiswa dalam melakukan penelitian seperti memperbanyak referensi atau literatur yang berkaitan dengan penelitian demi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya Keperawatan Medikal Bedah. Hendaknya intitusi pendidikan turut mensosialisasikan hasil-hasil penelitian lulusan kepada mahasiswa lainnya.

* + 1. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan pada mahasiswa yang nantinya juga akan melakukan penelitian dengan masalah hubungan pengetahuan dan sikap dengan pencegahan ulkus diabetik pada pasien DM , hendaknya lakukan penelitian yang melibatkan sampel yang besar, lokasi penelitiannya diperluas, menggunakan desain eksperimen dengan tujuan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan klien dalam mencegah luka diabetik dan kuesionernya dilakukan uji validitas atau gunakan kuesioner yang sudah baku.

**Lampiran Output SPSS**

****

****

****

**Sikap dan tindakan pencegahan**

****

****

****

**Pengetahuan dan tindakan pencegahan**

****

****

****

****

**DAFTAR PUSTAKA**

Arikunto, S. 2002. *Prosedur Penelitian*. Yogyakarta: Buku Biru.

Doenges, M. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan* (Vol. 3). Jakarta: EGC.

Harahap, E. R. 2010. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Penderita Diabetes Melitus Dengan Pemanfaatan Klinik Diabetes Melitus di Puskesmas Sering Kecamatan Medan Tembung.* Universitas Sumatera Utara, Medan.

Hasibuan, C. M. 2010. *Penyesuaian Diri Penderita Komplikasi Diabetes Melitus Setelah Amputasi* UniversitasSumatera Utara, Medan.

Hastuti, R. 2008. *Faktor-Faktor Resiko Ulkus Diabetik Pada Penderita Diabetes Melitus (Studi Kasus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta).* Universitas Diponegoro, Semarang.

Irfanuddin. 2008. *Fisiologi Untuk Paramedis*. Palembang: FK-Unsri.

Mansjoer, Arief,dkk, 2005. *Kapita Selekta Kedokteran*, jilid I, Jakarta : Media   
 Aesculapius.

Maulana, M. 2008. *Mengenali Diabetes Melitus: Panduan Praktis Menangani Penyakit Kencing Manis*. Depok: Katahari.

Nursalam. 2007. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2005. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

, 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

, 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

., 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Oqura, Dwi. 2008. *Patofisiologi Ulkus Diabetik.* (Online). (<http://dwimarsudi87-krete.blogspot.com/2009/11/ulkus-diabetik.html>, diakses 28 November 2011)

Padila, 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.*, Jakarta. EGC

Potter, P. 2005. *Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta:   
 EGC.

Rekam Medik. 2011. Laporan Tahunan 2012-2013 RSUD Solok Selatan

Sastroasmoro, S. 2002. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu

Stikes Perintis Sumbar. 2011. *Pedoman Penulisan proposal dan Skripsi.*

Suparjo. 2006. *Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap Dan Perilaku Pasien Diabetes Melitus Tentang Perawatan Diabetes Melitus di Polikinik Penyakit Dalam RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta.* UMY, Yogyakarta.

Tartowo, 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin.* Jakarta.Rineka Cipta

**DAFTAR ISI**

**Halaman**

**HALAMAN JUDUL i**

**HALAMAN PERSETUJUAN ii**

**ABSTRAK v**

**KATA PENGANTAR vii**

**DAFTAR ISI ix**

**DAFTAR TABEL xii**

**DAFTAR GAMBAR xiii**

**DAFTAR LAMPIRAN xiv**

**BAB I PENDAHULUAN**

1. 1 Latar Belakang 1

1. 2 Rumusan Masalah 3

1. 3 Tujuan Penelitian 4

1.3.1 Tujuan Umum 4

1.3.2 Tujuan Khusus 4

1. 4 Manfaat Penelitian 4

1.4.1 Bagi Peneliti 4

1.4.2 Bagi Institusi Rumah Sakit 5

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan 5

1.5 Ruang Lingkup Penelitian 5

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Diabetes Melitus (DM) 6

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus 6

2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus ………………….

2. Peran dan Fungsi Perawat 11

a. Peran Pelaksana 12

b. Peran Sebagai Pendidik 13

c. Peran Sebagai Pengelola 13

d. Peran Sebagai Peneliti 14

3. Hak dan Kewajiban Perawat 14

a. Hak Perawat 14

b. Kewajiban Perawat 15

B. Kinerja 17

1. Pengertian 17

2. Indikator Kinerja 18

3. Sistem Penilaian Kinerja 19

C. Dukungan Perawat pada Ibu Pra Persalinan 20

1. Bentuk Dukungan yang Diberikan Perawat 20

a. Dukungan Sosial 20

ix

b. Dukungan Instrumental 20

c. Dukungan Penghargaan 21

d. Dukungan Emosional 21

2. Waktu Memberikan Dukungan pada Ibu 22

3. Perbedaan Tingkat Kecemasan Ibu Primapara dan

Multipara 22

4. Perbedaan Resiko Persalinan Normal dan Sectio

Caesarea 23

D. Kepuasan 23

1. Pengertian 23

2. Dimensi Kepuasan Pasien 24

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan 26

E. Penelitian Terkait 30

**BAB III KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS**

A. Kerangka Konsep 31

B. Definisi Operasional .................................................... 31

C. Hipotesis 32

**BAB IV METODOLOGI PENELITIAN**

A. Desain Penelitian 33

B.. Populasi dan Sampel 33

1. Populasi 33

2. Sampel 33

C. Lokasi dan Waktu Penelitian 34

1. Lokasi Penelitian 34

2. Waktu Penelitian 34

D. Teknik Pengumpulan Data 34

1. Data Primer 35

2. Data Sekunder 35

E. Instrumen Peneltian 35

F. Pengolahan dan Analisa Data 36

1. Teknik Pengolahan Data 36

a. Editing 36

b. Coding 37

c. Processing 37

d. Cleaning 37

2. Teknik Analisis Data 37

a. Analisa Univariat 37

b. Analisa Bivariat 38

G. Etika Penelitian ..................................................... 38

1. *Informed Consent*  39

2. Anonimity (Tanpa Nama) 39

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*) 40

4. *Protection from Discomfort* 40

**BAB V HASIL PENELITIAN**

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Muhammadiyah

Palembang 41

1. Sejarah Perkembangan Rumah Sakit Muhammadiyah

Palembang 41

1. Manajemen Rumah Sakit dan SDM 42
2. Visi 43
3. Misi 43
4. Motto 43
5. Target Pelayanan 43
6. Fasilitas Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang 44
7. Gambaran Umum Ruang Penelitian 44
8. Hasil Penelitian 45
9. Karakteristik Responden 45

a. Usia 45

b. Pekerjaan 45

c. Pendidikan 46

2. Analisis Univariat 46

a. Kinerja perawat dalam memberikan dukungan 46

b. Kepuasan ibu 47

3. Analisis Bivariat 47

**BAB VI PEMBAHASAN**

1. Karakteristik Responden……………………………… 49
2. Analisis Univariat……………………………………… 49
3. Kinerja perawat dalam memberikan dukungan Ibu pra

persalinan…………………………………………... 49

1. Kepuasan Ibu pasca persalinan…………………….. 52
2. Analisis Bivariat………………………………………… 53

**BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN**

1. Kesimpulan…………………………………………….. 56
2. Saran…………………………………………………… 56
   * + 1. Bagi Rumah Sakit……………………………….. 56
       2. Pendidikan………………………………………. 57
       3. Bagi Peneliti Selanjutnya………………………… 57

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

vi

**DAFTAR TABEL**

Halaman

Tabel 3.1 Definisi Operasional ........................................................... 31

Tabel 5.1 Pegawai RS Muhammadiyah Palembang ………………... 42

Tabel 5.2 Tenaga Kerja RS Muhammadiyah Palembang …………... 42

Tabel 5.3 Usia Responden ………………………………………….. 45

Tabel 5.4 Pekerjaan Responden ……………………………………. 45

Tabel 5.5 Pendidikan Responden …………………………………... 46

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kinerja perawat

dalam memberikan dukungan ibu pra persalinan di ruang

kebidanan rs muhammadiyah palembang ………………… 46

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kepuasan Ibu

pasca persalinan di ruang kebidanan rs muhammadiyah

palembang ………………………………………………… 47

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi responden berdasarkan hubungan antara

kinerja perawat dalam memberikan dukungan ibu pra

persalinan dengan tingkat kepuasan Ibu pasca persalinan di

ruang kebidanan rs muhammadiyah palembang …………. 47

**DAFTAR GAMBAR**

Halaman

Gambar 3.1 : Kerangka Konsep ……………………………… 31

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden

Lampiran 2 : Kuisioner Penelitian

Lampiran 3 : Surat Izin Pengambilan Data Awal

Lampiran 4 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 5 : Hasil Output SPSS

Lampiran 6 : Master Tabel