

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Luka Kaki Diabetik

Gitarja (2008) memaparkan definisi luka kronik yaitu luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan dikarenakan adanya faktor yang mempengaruhinya seperti umur, nutrisi, imunologi pemakaian obat-obatan dan kondisi metabolik. Alex (2006) menambahkan bahwa luka kronik yang paling sering ditemui adalah luka ekstremitas bawah yang mencapai 98% kasus berhubungan dengan penyakit diabetes dan pembuluh darah. Alex (2006) juga mengatakan bahwa luka kaki diabetik merupakan luka kronik yang paling banyak ditemui pada penderita diabetes melitus.

Luka Kaki Diabetik (LKD) adalah kerusakan sebagian (*partial thickness*) atau keseluruhan (*full thickness*) pada kulit yang dapat meluas ke jaringan dibawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit DM (Parmet, 2012; Frykberg, 2012). Menurut Suriadi (2015) kondisi luka kaki diabetik timbul sebagai akibat terjadinya peningkatan kadar gula darah. Luka kaki diabetik yang lama, tidak dilakukan penatalaksanaan yang tepat dan tidak sembuh, maka luka akan menjadi infeksi, dan ini merupakan kondisi yang sering mengakibatkan gangren dan amputasi.

Luka kaki diabetik didefinisikan sebagai luka yang mengalami kegagalan proses perbaikan integritas jaringan sesuai dengan fungsi anatomi dan biasanya berlangsung selama periode lebih dari tiga bulan (Frank, 2009). Luka kronik kaki diabetik ditandai dengan pemanjangan pada fase proliferasi sehingga luas luka tidak berkembang walaupun telah mendapatkan perawatan luka yang optimal dan seharusnya mengecil menjadi kurang lebih 30% dari ukuran awal pada minggu keempat. Luka kronik cenderung berlangsung lama dan sering timbul kembali karna terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang disebabkan oleh berbagai faktor dari penderita sehingga luka gagal sembuh pada waktu yang diperkirakan (Suriadi, 2015)

Gouin (2012) melakukan pengukuran berulang terkait stress yang dapat berpengaruh pada penyembuhan luka, hasil dari pengukuran tersebut menunjukkan bahwa stres psikologis dapat memodulasi proses penyembuhan luka. Stres psikologis dapat memiliki dampak besar dan relevan secara klinis pada penyembuhan luka. Respon stres fisiologis dapat langsung mempengaruhi proses penyembuhan luka dengan melibatkan beberapa hormon, Hormon yang berpengaruh diantaranya glukokortikoid, ketokalamina, oksitosin dan vasopressin, serta produksi sitokin.

Menurut Koziar (1995) dalam Mariyunani (2013) penyembuhan luka adalah suatu kualitas dari kehidupan jaringan yang juga

berhubungan dengan regenerasi jaringan, sedangkan menurut Darwis (1998) dalam Mariyunani (2013) proses penyembuhan luka merupakan suatu proses yang kompleks karena berbagai kegiatan bioseluler dan biokimia yang saling berkesinambungan. Proses penyembuhan luka yang sebenarnya adalah suatu proses yang terjadi secara normal. Artinya, tubuh yang sehat mempunyai kemampuan alami untuk melindungi dan memulihkan dirinya. Peningkatan aliran darah ke daerah yang rusak, membersihkan sel dan benda asing merupakan perkembangan awal dari proses penyembuhan luka (Mariyunani, 2013).

Menurut Bryant (2007), fase penyembuhan luka terbagi dalam tiga fase, yaitu fase *inflamasi*, *proliferasi* dan penyudahan yang merupakan perupaan kembali jaringan (*remodelling*). Menurut Jong (2004), penyembuhan luka terbagi menjadi 2 klasifikasi. Penyembuhan sekunder (*sanatio per secundam intentionem*), yaitu penyembuhan luka kulit tanpa pertolongan dari luar dan prosenya penyembuhan berjalan secara alamiah. Klasifikasi penyembuhan luka berikutnya menurut Sjamsuhidayat (2004) adalah penyembuhan primer (*sanatio per primam intentionem*), yaitu penyembuhan luka yang terjadi bila luka segera diusahakan bertaut, biasanya dengan bantuan jahitan.

Faktor-faktor yang menghambat penyembuhan luka menurut Donna (1995) dalam Mariyunani (2013), ada beberapa faktor yang dapat menghambat penyembuhan luka, antara lain:

Tabel 2.1
Faktor Penghambat Penyembuhan Luka.

| No | Faktor | Efek Pada Penyembuhan Luka |
|----|-----------------------------|--|
| 1 | Lingkungan Luka yang kering | <ul style="list-style-type: none"> a. Memungkinkan sel-sel epitel mengering dan mati. b. Mengganggu migrasi sel epithelial melewati permukaan luka. |
| 2 | Nutrisi | <ul style="list-style-type: none"> a. Kadar serum albumin rendah akan menurunkan difusi oksigen dan membatasi kemampuan neutrofik untuk membunuh bakteri b. Oksigen rendah pada tingkat kapiler membatasi proliferasi jaringan granulasi yang sehat c. Defisiensi zat besi dapat memperlambat kecepatan epiteliasi dan menurunkan kekuatan luka serta kolagen d. Jumlah vitamin A dan C, zat besi (Fe) serta tembaga yang memadai diperlukan untuk pembentukan kolagen yang efektif e. Sintesis kolagen juga tergantung pada asupan protein, karbohidrat dan lemak yang sehat. f. Penyembuhan luka membutuhkan dua kali lipat kebutuhan protein dan karbohidrat dari biasanya untuk segala usia. |
| 3 | Kesehatan fisik | <ul style="list-style-type: none"> a. Hambatan utama dalam penyembuhan luka adalah infeksi b. Luka terinfeksi mempunyai jaringan yang mudah patah, mudah berdarah dan mengalami keterlambatan penyembuhan. c. Imunosupresi mengalami lebih banyak kesulitan penyembuhan luka karena fase inflamasinya terganggu. d. Jika kadar glukosa darah secara menetap berada diatas 200mg/dl atau kadar hemoglobin dibawah 10g/dl, luka tidak akan mengikuti fase-fase penyembuhan luka. e. Beberapa kondisi yang mengurangi pembentukan sel sel darah putih yang adekuat, terutama makrofaq, akan mempengaruhi penyembuhan (memperburuk penyembuhan) f. Kondisi-kondisi seperti ini termasuk diantaranya DM, anemia, Kanker, atheroskeloris, infeksi dan malnutrisi. g. Klien yang tua, merokok, obesitas, yang menjalani radiasi atau terapi steroid juga cenderung mengalami keterlambatan penyembuhan luka. |
| 4 | Obat-obatan | <ul style="list-style-type: none"> a. Obat-obat anti inflamasi dapat menurunkan epitelisasi dan kontraksi otot serta dapat mempengaruhi proliferasi fibroblast dan sintesis kolagen. b. Steroid menurunkan kekuatan dari luka yang tertutup dan menyebabkan deposit kolagen yang tidak adekuat. Steroid akan menurunkan mekanisme peradangan normal terhadap cedera. c. Penggunaan antibiotik yang lama. |

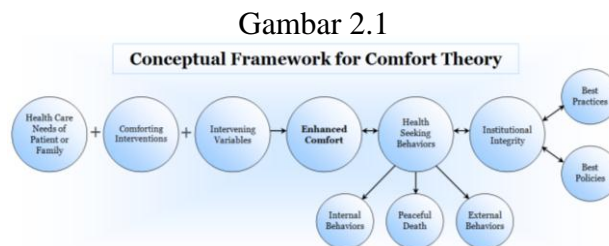
| No | Faktor | Efek Pada Penyembuhan Luka |
|----|--|---|
| 5 | Defisiensi nutrisi: a. vitamin C b. Protein c. Zinc | a. Menghambat pembentukan serabut kolagen dan perkembangan kapilaria b. Mengurangi suplai asam amino untuk perbaikan jaringan c. Mengganggu epitelisasi. |
| 6 | Gangguan sirkulasi | a. Mengurangi suplai nutrisi pada area luka. b. Menghambat respon inflamasi dan pengangkutan debris pada area luka. |
| 7 | Stres (Nyeri, Kurang tidur) | Melepaskan katekolamin yang menyebabkan vasokonstriksi |
| 8 | Antiseptik : a. H ₂ O ₂ b. Povidone iodine c. Chohexidine | a. Toksik pada fibroblast b. Toksik pada sel darah merah, sel darah putih dan fibroblast c. Toksik pada sel darah putih |
| 9 | Benda asing | a. Menghambat penutupan luka b. Meningkatkan respon inflamasi |
| 10 | Infeksi | a. Meningkatkan respon inflamasi b. Meningkatkan kerusakan jaringan |
| 11 | Akumulasi Cairan | Akumulasi pada area luka, menghambat jaringan mendekat. |
| 12 | Gesekan mekanik | Merusak / memusnahkan jaringan granulasi |
| 13 | Radiasi | a. Menghambat aktivitas fibrilastik dan pembentukan kapilaria b. Bisa menyebabkan nekrosis jaringan |
| 14 | Penyakit Diabetes Melitus | a. Menghambat sintesa kolagen b. Mengganggu sirkulasi dan pertumbuhan kapilaria c. Hiperglikemis mengganggu proses fagositosis d. Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, sehingga nutrisi tidak dapat masuk kedalam sel. |
| 15 | Anemia | Mengurangi suplai oksigen |

Sumber: Donna (1995), Smith (1995) dalam Mariyunani (2013)

B. *Comfort Theory* pada Pasien Luka kaki diabetik

Comfort (kenyamanan) merupakan sebuah konsep yang memiliki hubungan kuat dengan keperawatan, yang diberikan melalui pengkajian dan intervensi (Kolcaba, 2006). Kenyamanan pada pasien dengan luka kaki diabetik pada penderita diabetes melitus meliputi kenyamanan pada aspek fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (Markova, 2012)

Kolcaba mulai membuat bagan teorinya dengan melakukan analisa konsep dari berbagai disiplin ilmu, yaitu keperawatan, medis, psikologi, psikiatri, ergonomik dan bahasa inggris (Alligood, 2014). Berikut ini konseptual *framework* yang dijabarkan oleh Kolcaba (*comfort theory*):



Sumber: Kolcaba dalam Alligood (2014)

1. Kebutuhan Perawatan Kesehatan (Health Care Needs)

Manusia mempunyai tanggapan holistik untuk stimulus yang kompleks. Hal ini didefinisikan sebagai kebutuhan untuk mendapatkan kenyamanan, bangkit dari situasi stres, meliputi kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan (Alligood, 2014). Kristianto (2011) dalam penelitiannya mengatakan bahwa

semua pasien diabetes melitus dengan luka kaki diabetik kebutuhan perawatannya diperoleh melalui monitoring atau observasi, laporan verbal dan non verbal. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan pendidikan dan dukungan, serta kebutuhan konseling finansial dan intervensi.

2. Pengukuran Kenyamanan

Kenyamanan adalah suatu hasil holistik yang diinginkan yang mengacu pada disiplin keperawatan (Alligood, 2014). Menurut Kristianto (2011) pada pasien dengan luka kaki diabetik pengukuran kenyamanan merupakan intervensi keperawatan untuk mengetahui kebutuhan kenyamanan pasien secara spesifik yang meliputi fisiologi, sosial, psikologi, spiritual, lingkungan, dan intervensi fisik. Pengukuran kenyamanan ini dapat didapatkan dari ungkapan pasien maupun perilaku yang ditunjukkan.

3. Variabel-variabel Intervensi

Manusia bekerja keras untuk menemukan kenyamanan dasar mereka, yang didapatkan dari kenyamanan mereka (Alligood, 2014). Sia (2013) mengatakan variabel intervensi merupakan interaksi yang mempengaruhi persepsi pasien luka kaki diabetik tentang kenyamanan total. Kristianto (2011) melalui hasil penelitiannya mengatakan variabel intervensi terdiri atas pengalaman masa lalu, umur, sikap, status emosional, sistem pendukung, prognosis penyakit, keuangan, dan pengalaman penerima secara keseluruhan.

4. Kenyamanan

Kenyamanan didefinisikan sebagai kondisi yang dialami oleh pasien berdasarkan pengukuran kenyamanan. Ada tiga tipe kenyamanan (dorongan, ketentraman dan *transcendence*) serta empat konteks pengalaman (fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan) (Kolcaba, 2006; Alligood, 2014; Krinsky 2014)

5. Perilaku Pencari Kesehatan (*Health-seeking Behaviors/HSBs*)

Kenyamanan yang akan ditingkatkan pada pasien harus melibatkan pasien dan merupakan pilihan mereka (Alligood, 2014). Ini merupakan suatu keadaan yang menggambarkan secara luas bahwa pasien membutuhkan orang lain dalam mengatasi masalahnya, interaksi dengan orang lain mempunyai efek yang bermakna pada *outcome* kesehatan pasien, kesehatan mental, kesehatan fisik, pola hidup dan faktor resiko penyakit (Umberson, 2010). Perilaku pencari kesehatan dapat berasal dari internal dan eksternal. Pasien dianjurkan untuk aktif pada HSBs yang telah ditetapkan bersama dengan pelayanan kesehatan (Kolcaba, 2006).

6. Integritas Kelembagaan

Integritas kelembagaan adalah dasar dari sistem nilai bagi penerima perawatan (Alligood, 2014). Sheehan (2010) mengatakan bahwa pengetahuan perawat tentang perawatan luka kaki diabetik merupakan tahap awal dari proses penyembuhan luka yang dialami

pasien. Institusi yang mempunyai sumber daya manusia yang berkualitas tentang perawatan luka akan berkontribusi dalam meningkatkan integritas pada pelayanan luka (Kristianto, 2011).

7. *Best Practice dan Policies*

Intervensi keperawatan yang optimal merupakan *evidence* yang bermanfaat untuk outcome pada prosedur kenyamanan yang dirasakan oleh pasien dan keluarga (Alligood, 2014). Kebijakan perawatan luka yang berdasarkan pada *evidence* masalah luka kaki diabetik pada pasien diabetes melitus, merupakan akses untuk memberikan perawatan luka yang prosedural (Krinsky, 2014).

Kolcaba mengatakan pentingnya pengukuran kenyamanan sebagai hasil tindakan dari perawat (Krinsky, 2014). Kolcaba menyatakan bahwa perawat dapat mengumpulkan tanda-tanda atau fakta untuk membuat sebuah keputusan serta menunjukkan efektifitas dari perawatan dapat menggunakan taksonomi dalam melakukan pengkajian pada pasien. Kolcaba (2006) mengembangkan suatu instrumen untuk mengukur kenyamanan pasien yaitu *General Comfort Questionnaire*. Pada tabel 2.3 berikut ini disajikan struktur taksonomi dari teori kenyamanan Kolcaba (Alligood, 2014).

Tabel 2.2
Struktur Taksonomi Teori Kenyamanan

| | | <i>Type of Comfort</i> | | |
|--|------------------------|------------------------|-------------|----------------------|
| | | <i>Relief</i> | <i>Ease</i> | <i>Transcendence</i> |
| <i>Context in Which Comfort Occurs</i> | <i>Physic</i> | | | |
| | <i>Psychospiritual</i> | | | |
| | <i>Environmental</i> | | | |
| | <i>Sociocultural</i> | | | |

Sumber: Kolcaba dalam Alligood (2014)

Pada tabel diatas terlihat struktur taksonomi dari teori kenyamanan Kolcaba, yang terdiri dari tiga tipe kenyamanan, yaitu *relief*, *ease*, dan *transcendence*; dan meliputi empat konteks kenyamanan, antara lain fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

Pada kolom *Relief* (Dorongan): Pasien membutuhkan penanganan yang spesifik dan segera yang meliputi empat konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial). Pada kolom *Ease* (Ketenteraman): Ketenteraman atau kepuasan hati pasien berkaitan kenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan. Pada kolom *Transcendence*: Kondisi dimana individu mampu mengatasi masalahnya yang terkait dengan kenyamanan, meliputi empat konteks kenyamanan (Alligood, 2014). Alligood juga mengatakan bahwa empat konteks kenyamanan Kolcaba yang meliputi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial merupakan hal yang kompleks dan sangat luas.

1. Aspek Fisik Pasien Luka Kaki Diabetik

Menurut Kolcaba (2006) kebutuhan kenyamanan pasien di aspek fisik meliputi diagnosis penyakit, nyeri, resiko atau potensi ketidaknyamanan dari prognosis penyakit, homeostasis yang terdiri dari cairan, elektrolit, respirasi, eliminasi, sirkulasi, metabolik, nutrisi, dan lain lain, kehilangan sensori seperti pendengaran, penglihatan, bicara, dan susah berkonsentrasi. Kebutuhan kenyamanan fisik pasien LKD termasuk didalamnya adalah defisit dalam mekanisme fisiologis yang terganggu atau beresiko karena prognosis penyakit atau prosedur keperawatan yang dilakukan (Teare, 2011).

Kebutuhan fisik yang tidak jelas terlihat dan yang mungkin tidak disadari seperti kebutuhan cairan atau keseimbangan elektrolit, oksigenasi atau termoregulasi pada pasien LKD akan berakibat fatal pada penyembuhannya. Kebutuhan fisik yang terlihat seperti sakit, mual, muntah, atau gatal akibat dari perawatan yang diberikan pada pasien LKD akan lebih mudah ditangani dengan maupun tanpa obat (Kitchener, 2010). Standar kenyamanan intervensi pada pasien tentunya diarahkan untuk mendapatkan kembali dan mempertahankan homeostasis fisik, sehingga akan berdampak pada kesembuhannya (Kolcaba, 2006).

Pengalaman ketidaknyaman fisik yang biasa dirasakan oleh pasien dengan luka kaki diabetik sangat bervariasi tergantung dari derajat luka dan lamanya luka. Ketidaknyamanan yang paling sering dirasakan diantaranya adalah adalah bau yang sangat menyengat akibat aktifitas mikroba dan bakteri yang berasal dari luka diabetik tersebut, dan kelemahan akibat kekurangan energi karna kerja insulin yang terganggu pada metabolisme tubuh (Suriadi, 2015).

Pada pasien luka kaki diabetik, ketidaknyamanan aspek fisik lainnya yang biasa dirasakan berupa, nyeri, persepsi terhadap nyeri, serta kehilangan sensori pada gejala yang dirasakan (Teare, 2011). Nyeri merupakan pengalaman yang sangat subjektif, perawat harus melihat nyeri dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan pasien baik secara verbal ataupun non verbal (Krinsky, 2014).

Selanjutnya di aspek fisik pada pasien LKD faktor yang mempengaruhi adalah faktor imun. Hal ini sesuai dengan penelitian Fatmah (2006) bahwa pada usia dewasa tua mengalami penurunan produksi dan kepekaan limfosit dan sitokin mengakibatkan usia dewasa lebih lambat dalam merespon antibodi (bakteri) daripada usia dewasa muda. Ketidaknyamanan secara fisik juga mengganggu pasien dalam pemenuhan kebutuhan tidurnya, nyeri yang muncul secara tiba-tiba atau disaat perawatan luka merupakan sumber ketidaknyamanan yang dapat dirasakan pasien (Tracey, 2010).

2. Aspek Psikospiritual Pasien Luka Kaki Diabetik

Secara psikospiritual, ketidaknyamanan yang dirasakan berupa pemenuhan spiritual, penghargaan, seksualitas, dan kecemasan (Kolcaba, 2006). Luka kaki diabetik berhubungan dengan psikologi pasien, terutama dalam meningkatkan stress. Hasil penelitian Upton (2012) menyatakan bahwa 55% mood yang negatif akan befek pada interaksi sosial pasien.

Kebutuhan kenyamanan psikospiritual termasuk kebutuhan untuk kebutuhan kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan agar klien lebih tenang ketika menjalani prosedur invasif yang menyakitkan atau trauma yang tidak dapat segera sembuh (Kolcaba, 2006). Kebutuhan psikospiritual pada pasien LKD sering dipenuhi dengan tindakan keperawatan yang menenangkan bagi jiwa klien serta ditargetkan untuk transedensi seperti pijat, penunjang khusus, sentuhan dan kepedulian dengan strategi menghibur dan kata-kata motivasi (Tracey, 2010).

Tindakan psikospiritual termasuk intervensi khusus karena perawat sering sulit meluangkan waktu untuk melaksanakannya tetapi apabila perawat menyempatkan diri maka tindakannya akan sangat bermakna. Tindakan ini dapat memfasilitasi klien dan keluarga mencapai *transendence*. Transendensi merupakan faktor kunci dalam kesembuhan pasien (Kolcaba, 2006)

Gouin (2012) mengatakan stres psikologis dapat memodulasi proses penyembuhan luka. Stres psikologis dapat memiliki dampak besar dan relevan secara klinis pada penyembuhan luka dengan mempengaruhi kerja beberapa hormon. Hormon yang berpengaruh diantaranya glukokortikoid, ketokalamina, oksitosin dan vasopresin, sitokinin serta mengakibatkan hipoksia luka.

Ulkus diabetikum dapat menyebabkan kehidupan pasien lebih sulit dalam beraktivitas sehari-hari sehingga akan menimbulkan kesedihan yang berkepanjangan karena proses penyembuhan dan pengobatan yang cukup lama membuat timbulnya perasaan negatif pada pasien ulkus diabetikum (Firman, 2012).

Krinsky (2014) mengungkapkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien dengan luka kaki diabetik bahwa pasien mengekspresikan tingkat kecemasan mulai dari sedang hingga berat, hal ini dikarenakan prognosis dari penyakit tersebut. Ketakutan terberat yang diungkapkan pasien adalah kematian dan saat salah satu organ tubuhnya harus diamputasi (Handayani, 2010).

Marcus (2013) menyatakan perubahan seksualitas meliputi perubahan citra tubuh dan kehilangan kontrol tubuh, hal ini dapat mempengaruhi hubungan seksual pasien. Luka kaki diabetik akan menimbulkan bau dan basah pada *dressing*, ini membuat pasien beserta pasangannya merasa tidak nyaman.

3. Aspek Lingkungan Luka Kaki Diabetik

Kebutuhan kenyamanan lingkungan meliputi ketertiban, ketenangan, perabotan yang nyaman, bau yang minimal dan keamanan. Kebutuhan ini juga termasuk perhatian dan saran pada klien dan keluarga untuk beradaptasi dengan lingkungan kamar rumah sakit (Kolcaba, 2006). Ketika perawat tidak mampu untuk menyediakan lingkungan yang benar-benar tenang, perawat dapat membantu klien dan keluarga untuk mampu menerima kekurangan dari pengaturan yang ideal (Nurrachmah, 2011).

Kualitas hidup pasien DM dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor yaitu faktor demografi yang terdiri dari usia dan status pernikahan, kemudian faktor medis yang meliputi dari lama menderita dan komplikasi yang dialami dan faktor psikologis yang terdiri dari kecemasan dan depresi, serta faktor lingkungan dimana tempat pasien dilakukan perawatan (Raudatussalamah, 2012).

Pada pasien LKD untuk kenyamanan aspek lingkungan, kenyamanan pada pasien meliputi ruang perawatan, makanan yang disajikan, kondisi lingkungan (*odors, noise, light*) dan *furniture* (Teare, 2011). Penataan ruangan dan *furniture* pada pasien luka kaki diabetik harus diperhatikan, hal ini disebabkan karena perubahan fungsi fisik dan gangguan fungsi tubuh (Handayani, 2012).

Ruangan perawatan yang di modifikasi sesuai dengan kebutuhan akan membuat pasien merasa nyaman, seperti penataan tempat tidur, meja, kursi, ruang tindakan, kerahasiaan pasien, dan alat dressing yang digunakan (Krinsky, 2014) Namun perawat harus mampu untuk melakukan upaya mengurangi kebisingan yang ditimbulkan dari ketidaknyamanan lingkungan dalam rangka memfasilitasi lingkungan yang meningkatkan kesehatan klien (Kolcaba, 2009). Hasil penelitian Kristanto (2014) menyatakan bahwa pasien luka kaki diabetik merasa nyaman pada lingkungan yang dapat memberikan kerahasiaan pada pasien, baik itu disaat perawatan maupun istirahat. Lingkungan yang tidak terlalu panas, serta lantai yang berbahan dasar lembut juga dibutuhkan pasien dengan ulkus diabetikum.

Dukungan lingkungan sangat diperlukan oleh penderita luka kaki diabetik. Dukungan lingkungan akan mengurangi ketegangan psikologis dan menstabilkan kembali emosi para penderita luka diabetik (Schaper, 2012). Perolehan dukungan dari lingkungan dan keluarga yang diterima dan dirasakan membuat penderita luka diabetik yakin bahwa mereka dicintai, diperhatikan, dihargai, dan bernilai, sehingga mereka dapat merasakan bahwa mereka dapat diandalkan.

4. Aspek Sosial Luka Kaki Diabetik

Kebutuhan kenyamanan *sociocultural* adalah kebutuhan untuk jaminan budaya, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan *caring*. Kebutuhan ini terpenuhi melalui pembinaan yang mencakup sikap optimisme, pesan-pesan kesehatan dan dorongan semangat, penghargaan terhadap pencapaian klien, persahabatan perawat selama bertugas, perkembangan informasi yang tepat tentang setiap aspek yang berhubungan dengan prosedur, pemulihan kesadaran, setelah anestesi, rencana pemulangan dan rehabilitasi (Kolcaba, 2006).

Kebutuhan sosial ini juga termasuk kebutuhan keluarga untuk keuangan, bantuan pekerjaan, menghormati tradisi budaya dan kadang-kadang untuk persahabatan selama rawat inap jika unit keluarga memiliki jaringan sosial yang terbatas. Rencana pemulangan juga membantu memenuhi kebutuhan sosial untuk transisi perpindahan perawatan dari rumah sakit ke rumah. (Kolcaba, 2006).

Konteks sosial pada pasien dengan luka kaki diabetik ini terdiri dari konsep diri, hubungan interpersonal (keluarga dan lingkungan sosial), keuangan, dan kebutuhan informasi (Kolcaba, 2006; Umberson, 2010, Uchino, 2006; Teare, 2011).

a. Dukungan Keluarga

Pasien LKD membutuhkan dukungan dari keluarga agar dapat mempengaruhi kenyamanan dan kesehatannya. Dukungan keluarga berkaitan dengan kepatuhan pasien terhadap perawatan (Coffman, 2008). Dukungan keluarga memiliki 4 jenis dukungan, yaitu dukungan informasional, penilaian, instrumenal dan emosional. (Kaplan, 1976; Friedman, 2003; Scott, 2012).

1) Dukungan Informasional

Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan sugesti yang khusus pada pasien (Ikeda, 2013; Scott, 2012). Aspek – aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk, dan pemberian informasi (Yusra, 2011).

2) Dukungan Penilaian / Penghargaan

Dukungan yang positif dari orang-orang disekitarnya, dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide atau perasaan individu (Scott, 2012). Dukungan ini membuat seseorang merasa bangga dan dihargai, keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi masalah, diantaranya: memberikan *support*, pengakuan, penghargaan, dan perhatian (Yusra, 2011).

3) Dukungan Instrumental

Manfaat dukungan ini adalah mendukung pulihnya semangat yang menurun, merasa masih ada perhatian dan kepedulian dari lingkungan pada seseorang yang sedang mengalami penderitaan (Scott, 2012). Dukungan yang diberikan dapat berupa dukungan instrumental selama perawatan ataupun pengobatan (Friedman, 2010). Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit diantaranya: bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga dan sarana (Yusra, 2011).

4) Dukungan Emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai membantu penguasaan terhadap emosi. Manfaat dari dukungan ini adalah menjamin nilai – nilai individu akan selalu terjaga kerahasiaannya dari keingintahuan orang lain (Scott, 2012). Aspek aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian dan mendengarkan serta didengarkan (Yusra, 2011). Allen (2006) dalam Friedman (2010) menjelaskan bahwa dukungan keluarga berupa dukungan emosional terkait monitoring glukosa, diet dan latihan dapat meningkatkan efikasi diri pasien sehingga mendukung keberhasilan dalam perawatan diri pasien.

Dengan memahami pentingnya dukungan keluarga bagi penderita LKD, kita diharapkan mampu untuk memberikan partisipasi dalam pemberian dukungan sesuai dengan kebutuhan pasien (Nurrachmah, 2011). Dalam penelitiannya Kuncoro (2011) mengatakan dengan pemberian dukungan yang bermakna maka para penderita akan dapat merasakan tentram dan damai yang pada akhirnya akan memberikan banyak manfaat terutama kesembuhan pasien.

Uchino (2006) mengatakan bahwa dukungan keluarga dan lingkungan sosial sangat berpengaruh dan ada hubungan dengan beberapa fungsi biologis tubuh, diantaranya kardiovaskuler, fungsi neuroendokrin dan fungsi imunitas tubuh. Pernyataan ini didukung oleh Umberson (2010) yang mengatakan hubungan sosial yang baik antar anggota keluarga mempunyai efek yang bermakna pada *outcome* kesehatan pasien, kesehatan mental, kesehatan fisik, pola hidup dan faktor resiko penyakit. Begitu juga dengan anggota keluarga yang berada pada tahap adaptasi terhadap penyakit dan pemulihan sangat membutuhkan dukungan dari keluarga.

b. Dukungan Lingkungan Sosial

Tao (2011) mengatakan bahwa dukungan lingkungan sosial terdiri dari dukungan rekan kerja, komunitas, emosional, informasi, instrumental dan penghargaan. Secara garis besar dukungan lingkungan sosial hampir sama dengan dukungan yang berasal dari keluarga, hanya saja lingkup lingkungan sosial akan lebih difokuskan pada komunitas disekitar tempat pasien (Yusra, 2011)

Menurut Scott (2012), dukungan lingkungan sosial adalah sikap, tindakan dan penerimaan lingkungan sosial terhadap penderita yang sakit. Lingkungan sosial juga berfungsi sebagai sistem pendukung yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan.

Parsons (1956) dalam Scott (2012) mengatakan bahwa dukungan sosial adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian, dari orang yang dapat diandalkan, menghargai, dan menyayangi kita. Pandangan yang sama juga dikemukakan oleh Giddings (1924) dalam Scoot (2012) yang mendefinisikan dukungan sosial sebagai adanya kenyamanan, perhatian dan penghargaan atau menolong dengan sikap menerima kondisinya, dukungan sosial tersebut diperoleh dari individu maupun dari kelompok.

Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterimanya individu dari orang lain ataupun dari kelompok (Sarafino, 2002).

Menurut Scott (2012) terdapat beberapa faktor yang berperan dalam penerimaan pasien ke lingkungan sosialnya, dimana faktor tersebut berasal dari dalam diri pasien itu sendiri, diantaranya usia, pendidikan, kesehatan fisik, keyakinan (pandangan positif), keterampilan sosial dan dukungan sosial itu sendiri. Hal ini sejalan dengan pendapat Sutandi (2012) yang mengatakan bahwa *self management* pasien akan berhasil jika ada peran yang mendukung dari dukungan sosial dan lingkungan dimana pasien berada, keberhasilan dukungan ini, diantaranya komunikasi, berfikir positif dan adanya kemauan untuk berinteraksi dengan lingkungan sosial.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan dukungan sosial adalah bantuan, sokongan, dorongan, atau semangat dan nasehat yang mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima. Atau bisa dikatakan juga bahwa dukungan sosial merupakan wujud kepedulian atau wujud perhatian yang diberikan oleh orang lain kepada orang tertentu sehingga orang yang menerima, merasakan penghargaan dan kasih sayang.

c. Konsep Diri

Pasien dengan LKD memandang negatif tentang keadaan luka yang ada ditubuhnya. Apalagi jika disertai dengan tindakan amputasi sehingga ada sebagian anggota tubuh yang hilang dan ini menyebabkan pandangan hidupnya berubah (Nurrachmah, 2011). Tingkat kemandirian penderita LKD juga mengalami perubahan sehingga penderita harus menerima bantuan dari orang lain dan melakukan aktifitas mandiri yang terkadang harus dibantu oleh orang lain. Hal inilah yang menyebabkan konsep diri dari penderita juga berkurang (Firman, 2012).

Sofiana (2012) mengatakan bahwa sebagian besar responden mempunyai konsep diri negatif, dan tingkat stress berat lebih besar. Konsep diri pasien yang negatif disebabkan karena komponen-komponen konsep diri negatif, Komponen tersebut diantaranya harga diri, citra tubuh, ideal diri, identitas personal dan peran diri pasien.

Pasien yang mempunyai harga diri yang tinggi akan mempunyai mental yang sehat dan lebih puas terhadap hidupnya sehingga akan lebih mempercepat kesembuhannya (Rosenberg, 1965; Waltz, 1986 dalam Firman, 2012). Apabila dukungan tersebut tidak ada maka keberhasilan penyembuhan atau pemulihan akan berkurang (Friedman, 2010). Dalam hal ini

keluarga berpengaruh dalam menyelesaikan masalah kehidupan, nilai kesehatan individu dan menentukan program pengobatan yang mereka terima.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Ningsih (2012) tentang pengalaman psikososial pasien ulkus diabetikum menyimpulkan bahwa perubahan fungsi bagian tubuh pada penderita ulkus diabetikum baik karena kaki yang tidak bisa berfungsi secara optimal ataupun penurunan fungsi tubuh secara keseluruhan karena DM akan membuat responden merasa tidak berdaya karena tidak dapat menjalankan perannya sehari-hari, mempunyai perasaan menjadi beban keluarga dan menjadi tidak sebebas dan seaktif dulu ketika tidak mengalami ulkus diabetikum. Hal inilah akhirnya mempengaruhi citra tubuh.

Penelitian yang dilakukan oleh Handayani (2010) mendapatkan hasil bahwa pada pasien ulkus diabetikum dengan adanya perubahan fisik dan penafsiran semua situasi tersebut sebagai hal yang negatif. Penelitian ini juga didukung oleh teori bahwa perubahan dalam penampilan, struktur atau fungsi tubuh memerlukan penyesuaian citra tubuh (Potter & Perry, 2010). Nizam (2014) berpendapat bahwa citra tubuh yang negatif pada penderita ulkus diabetikum karena perubahan penampilan dan

fungsi tubuh dan luka yang akan sulit untuk sembuh sehingga mempersepsikan hal yang negatif tentang dirinya.

Menurut Scott (2012), peran adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat, dihubungkan dengan fungsi individu di dalam kelompok sosialnya. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk mengaktualisasikan identitas diri, harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang terpenuhi dan berdampak pada ideal diri (Sofiana, 2012). Penyakit kronis sering mengganggu peran, yang akhirnya dapat mengganggu identitas diri, ideal diri dan harga diri seseorang (Perry & Potter, 2010).

Hal ini sesuai dengan pernyataan Ningsih (2012) bahwa penyakit dan trauma juga bisa mempengaruhi peran diri pasien. Respon pasien dengan luka kaki diabetik terhadap stressor seperti penyakit dan perubahan yang berhubungan dengan penyakit akan berbeda, reaksi yang muncul diantaranya penerimaan, menolak, menarik diri, dan depresi sehingga berpengaruh pada peran diri pasien di masyarakat dan berakibat pada identitas dan ideal diri pasien.

Harga diri merupakan hasil penilaian individu terhadap dirinya sendiri. Penilaian ini menyatakan suatu sikap yang berupa

penerimaan atau penolakan dan menunjukkan seberapa besar individu itu percaya bahwa dirinya mampu, berarti, berhasil, dan berharga (Coopersmith, 1967 dalam Lubis & Hasnida, 2009). Individu yang menilai dirinya positif cenderung bahagia, sehat, dan dapat menyesuaikan diri. Sebaliknya orang yang menilainya negatif cenderung tidak sehat, cemas, tertekan dan pesimis tentang masa depannya dan mudah untuk gagal. Individu yang harga dirinya rendah memiliki suatu sikap penolakan akan dirinya dan menyalahkan diri sendiri (Potter & Perry, 2005).

Individu yang harga dirinya tinggi memiliki sikap penerimaan dan memiliki rasa percaya diri. Pasien ulkus diabetikum memandang negatif tentang keadaan luka yang ada ditubuhnya. Apalagi jika disertai dengan tindakan amputasi sehingga ada sebagian anggota tubuh yang akan hilang dan membuat perubahan besar dalam hidupnya yang menyebabkan pandangan hidupnya juga akan berubah. Tidak hanya itu tingkat kemandirian penderita ulkus diabetikum juga mengalami perubahan sehingga penderita harus menerima bantuan dari orang lain dan melakukan aktifitas mandiri yang terkadang harus dibantu oleh orang lain. Hal ini menyebabkan harga diri dari penderita juga berkurang (Firman, 2012).

d. Ekonomi

Keterkaitan antara penghasilan dengan penyakit DM secara tinjauan teori tidak ada dijelaskan, namun pasien DM dengan LKD yang berpenghasilan rendah akan bisa mempengaruhi kondisi DM yang sudah ada (Yusra, 2012). Buttler (2002) dalam Yusra (2012) mengatakan status ekonomi dan pengetahuan tentang diabetes mempengaruhi seseorang untuk melakukan manajemen perawatan diri DM, keterbatasan finansial akan membatasi responden untuk mencari informasi, perawatan dan pengobatan untuk dirinya.

Sutandi (2012) mengatakan bahwa pengendalian diabetes sangatlah penting dilaksanakan sedini mungkin untuk menghindari biaya pengobatan yang sangat mahal dan gangguan fungsi pada keluarga. Keluarga mempunyai peranan penting dalam memberikan motivasi, support system dan perawatan.

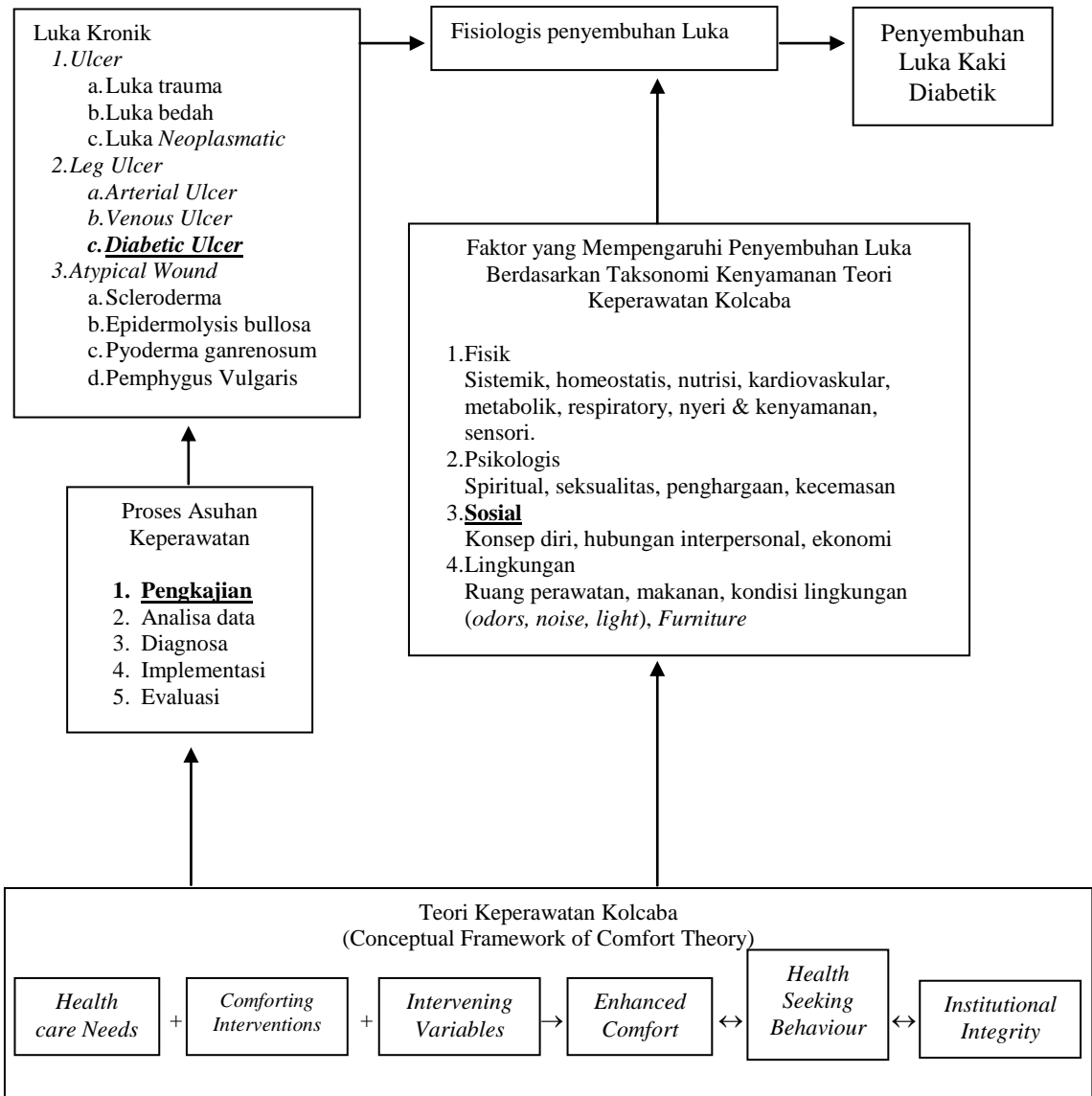
Pada aspek finansial pasien dengan luka kaki diabetik umumnya akan menunjukkan perilaku maladaptif, dan penolakan pada prosedur perawatan luka, diakibatkan mahalnya biaya perawatan dan keterbatasan sumber finansial. Hal ini akan berakibat pada lamanya proses perawatan, sehingga waktu perawatan dan biaya yang akan dikeluarkan oleh pasien juga akan lebih banyak (Upton, 2014).

Sprakes (2010) mengatakan bahwa pasien dengan luka kaki diabetik akan menyiapkan lebih banyak persiapan ekonomi selama perawatan, hal ini dikarenakan dalam perawatan luka kaki diabetik akan membutuhkan dana yang lebih besar, sehingga ini akan mencuri perhatian dari pasien. Pernyataan serupa didukung oleh Schapers (2012) bahwa persiapan finansial yang menjadi perhatian utama pasien dengan diabetes dan ulcer adalah perencanaan pengobatan dan keuangan keluarga.

Jaminan kesehatan yang didapatkan pasien dalam masa perawatan dapat meningkatkan motivasi pasien dalam menjalankan pengobatan. Buttler (2002) dalam Yusra (2012) mengatakan status ekonomi dan jaminan kesehatan mempengaruhi pasien untuk melakukan manajemen perawatan, keterbatasan finansial akan membatasi responden untuk mencari informasi, perawatan dan pengobatan untuk dirinya. Pernyataan ini didukung oleh Yusra (2012) yang mengatakan sebagian besar pasien menggunakan jaminan kesehatan untuk perawatan mereka, dan hal ini sangat berpengaruh pada proses perawatan dan motivasi pasien.

C. Kerangka Teori

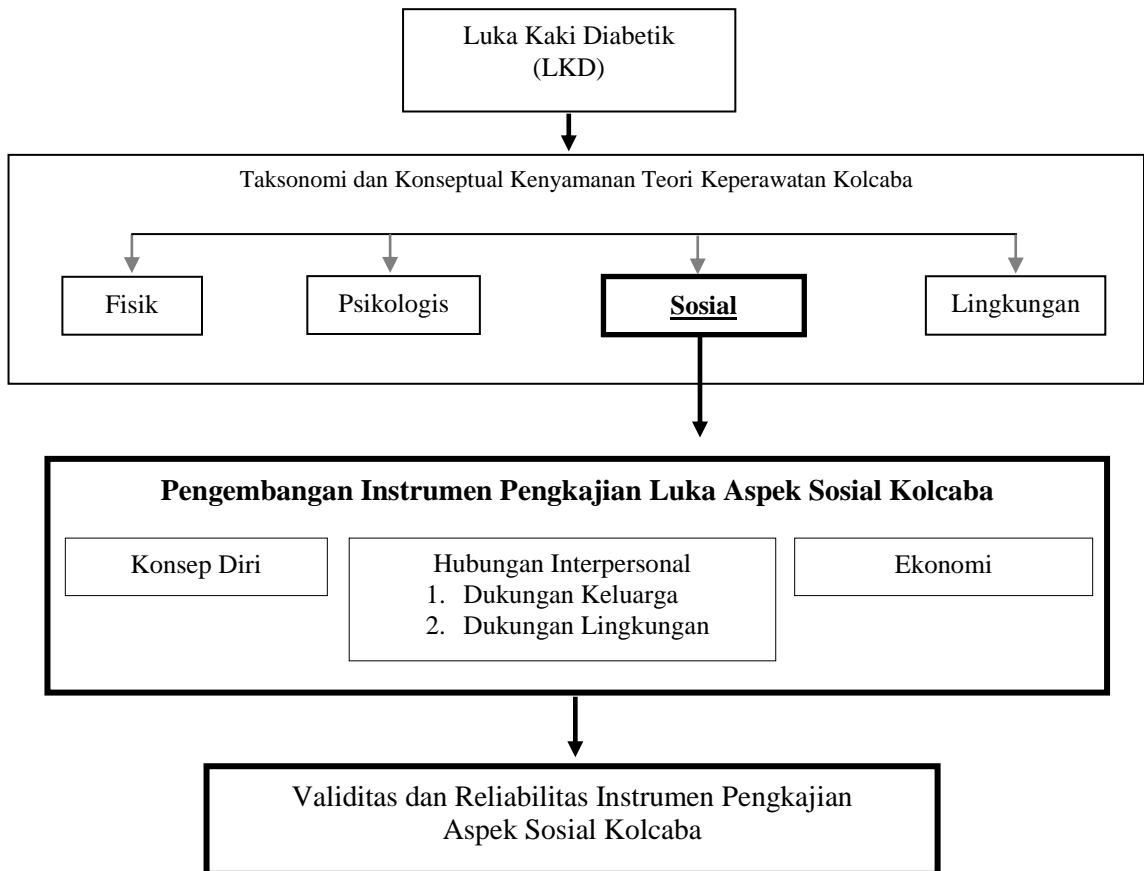
Gambar 2.2 Kerangka Teori



Sumber: Baranosky & Ayello (2012), Casey (2012), Gitarja (2008), Suriadi (2015) Bryant & Nix (2007), Kolcaba (2006), Alligood (2015)

D. Kerangka Konsep

Gambar 2.3 Kerangka Konsep



Keterangan :

: Area / Fokus Penelitian