

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus (DM)

DM merupakan kondisi penyakit yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa (hiperglikemik) dan gangguan metabolisme seperti karbohidrat, lemak, protein yang ditandai dengan kekurangan secara absolut dari kerja atau sekresi insulin (Fatimah, 2015). Fatimah mengatakan bahwa diabetes melitus adalah terganggunya sekresi insulin dan defisiensi insulin itu sendiri dapat disebabkan oleh rusaknya sel beta pankreas karena pengaruh dari luar, desensitasi atau penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas, desensitasi atau kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer. Pengertian lain dari diabetes melitus adalah penyakit sistemis, kronis, dan multifaktorial yang dicirikan dengan hiperglikemik dan hiperlipidemia, diabetes melitus juga sering dikaitkan dengan sistem mikrovaskular dan makrovaskular, gangguan neuropatik, dan lesi dermopatik (Barader, Dayrit, Siswadi, 2009). WHO dan ADA (*American*

Diabetes Association) mendefinisikan bahwa diabetes adalah apabila nilai batas konsentrasi glukosa plasma saat puasa atau biasa di sebut gula darah puasa sebesar 7 mmol/L. Diabetes juga di klasifikasikan dalam beberapa kategori yaitu diabetes type1, diabetes type 2, diabetes type khusus dan diabetes gestasional (Bilous & Donnelly 2014).

B. Luka Kaki Diabetik (LKD)

LKD adalah kerusakan bagian kaki yaitu kulit, otot, maupun tulang hingga persendian bagian kaki baik sebagian maupun keseluruhan, yang disebabkan oleh *arterial*, *vena*, *mixed arterial*, maupun *neuropathy* (Smith, 2009). LKD merupakan kondisi rusaknya sebagian (*partial thickness*) atau semua (*full thickness*) pada kulit yang dapat meluas hingga jaringan dibawah kulit seperti tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit DM (Parmet, Glass, & Glass, 2005). LKD diartikan juga sebagai luka yang mengalami kegagalan proses penyembuhan atau perbaikan integritas jaringan sesuai

dengan fungsi anatominya biasanya berlangsung selama periode lebih dari tiga bulan (Frank, 2009).

Frykberg (2012) menjelaskan awal mula ulkus diabetik di tandai dengan adanya hiperglikemia pada pasien DM yang menyebabkan gangguan pada pembuluh darah. Peningkatan glukosa dalam darah dapat menyebabkan reaksi proliferasi sel endotel dan proses *glukoneogenesis* yang menghasilkan produk tambahan lemak dan protein. Produk tambahan tersebut bersirkulasi dalam darah dan menebal pada dinding dalam pembuluh darah. Proliferasi sel endotel dan penumpukan produk tambahan tersebut menyebabkan dinding pembuluh darah menebal. Akibatnya adalah penyempitan pembuluh darah (*aterosklerosis*) dan peningkatan viskositas darah, dan menyebabkan aliran darah ke jaringan berkurang termasuk ke syaraf syaraf. Syaraf yang semakin sedikit mendapatkan darah karena alirannya terhambat menyebabkan syaraf mengalami iskemia dan kehilangan fungsinya atau *neuropati diabetik* (Rebolledo, Soto, & Peña, 2011).

Neuropati diabetik meliputi gangguan syaraf motorik, sensorik, dan otonom yang setiap gangguannya berperan pada kejadian *ulkus diabetik* (Suriadi, 2015). Suriadi juga mengatakan gangguan syaraf motorik dapat membuat paralisis otot kaki yang menyebabkan perubahan keseimbangan dan bentuk pada sendi kaki (deformitas), perubahan model berjalan, dan menimbulkan titik tekan baru dan penebalan pada telapak kaki (kalus). Gangguan syaraf sensorik menyebabkan mati rasa setempat dan hilangnya perlindungan terhadap trauma sehingga pasien mengalami cedera tanpa disadari.

Penyembuhan luka adalah suatu kualitas dari kehidupan jaringan yang juga berhubungan dengan regenerasi jaringan, sedangkan menurut 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).

Fase penyembuhan luka terbagi dalam tiga fase, yaitu fase *inflamasi*, *proliferasi* dan penyudahan yang merupakan perupaan kembali jaringan (*remodelling*). Proses inflamasi terjadi pada hari ke 0-5. Respon segera setelah terjadi injuri terjadi proses pembekuan darah yang bertujuan untuk mencegah kehilangan darah. Karakteristik luka : *tumor*, *rubor*, *dolor*, *color*, *functio laesa* (Bryant, 2007).

Fase awal terjadi hemostasis, fase akhir terjadi fagositosis. Lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadi infeksi Hemostasis terjadi karena trombosit yang keluar dari pembuluh darah saling melengket dan bersama jala fibrin yang terbentuk, membekukan darah yang keluar dari pembuluh darah. Sel mast dalam jaringan ikat menghasilkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas

kapiler sehingga terjadi eksudasi, disertai vasodilatasi setempat yang menyebabkan pembengkakan (Bryant, 2007).

Fase proliferasi atau juga disebut fase *fibroplasia* berlangsung pada dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ketiga. *Fibroblas* berasal dari sel *mesenkim* yang belum berdiferensiasi, menghasilkan *mukopolisakarida*, asam *aminoglisin*, dan *prolin* yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautkan tepi luka (Bryant, 2007).

Fase fibroplasia, luka dipenuhi sel radang, fibroblas, dan kolagen, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang berbenjol halus yang disebut *granulasi*. Proses migrasi hanya terjadi ke arah yang lebih rendah atau datar. Proses ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka. Dengan tertutupnya permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyudahan (Megawati, 2014).

Gouin dan Kiecolt-Glaser (2011) mencoba mengukur secara berulang mengenai stress yang berpengaruh pada penyembuhan luka, dan hasilnya menunjukkan bahwa stres psikologis dapat memodulasi proses penyembuhan luka. Stres psikologis memiliki dampak besar dan relevan secara klinis pada penyembuhan luka. Respon stres fisiologis dapat langsung mempengaruhi proses penyembuhan luka yang melibatkan beberapa hormon, Hormon yang berpengaruh seperti glukokortikoid, ketokalamina, oksitosin dan vasopressin, serta produksi sitokin. Pedras (2016) menyatakan kepatuhan diri dalam perawatan dan melakukan pemeriksaan agar terhindar dari resiko komplikasi LKD salah satu faktornya adalah kondisi psikologis pasien yang baik, supaya psikologis pasien tetap baik perlu adanya dukungan keluarga dan dukungan tenaga kesehatan.

Adanya tahap dan hambatan dalam penyembuhan luka membuat kita sadar akan pentingnya melakukan pencegahan terjadinya LKD. Cara yang mudah dalam pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan rutin melakukan perawatan

kaki baik itu yang sudah mengalami LKD maupun yang mengalami DM saja, seperti riset yang dilakukan oleh Sihombing, (2012) bahwa penderita DM yang tidak melakukan perawatan kaki dengan rutin 13 kali lebih beresiko untuk terjadi LKD daripada yang rutin melakukan perawatan kaki.

C. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Berdasarkan teorinya, luka normal akan sembuh dengan sendirinya tanpa harus diberikan intervensi apapun, karena didalam tubuh kita sudah memiliki antibody yang dapat pertolongan terhadap kerusakan tubuh. Lain halnya pada tubuh yang memiliki masalah apda keseimbangan gula darah atau pasien dengan diabetes, ia akan memiliki resiko untuk terjadinya penghambat proses alami penyembuhan luka, adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka tersebut adalah:

Tabel 2.1
Faktor yang menghambat penyembuhan luka.

No	Faktor	Efek pada Penyembuhan Luka
1	Lingkungan luka yang kering	a. Memungkinkan sel-sel epitel mengering dan mati b. Mengganggu migrasi sel ephitelial melewati permukaan
2	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
3	Gangguan sirkulasi	a. Mengurangi suplai nutrisi pada area luka b. Menghambat respon inflamasi dan pengangkatan debris pada area luka
4	Stress (nyeri, kurang tidur)	Melepaskan ketokelamin yang menyebabkan vasokonstriksi
5	Antiseptik: a. H ₂ O ₂ b. Povidone iodine c. Chohexidine	a. Toksis pada fibroblast b. Toksis pada sel darah merah, sel darah putih dan fibroblast c. Toksis pada sel darah putih
6	Benda asing	a. Menghambat penutupan luka b. Meningkatkan respon inflamasi
7	Infeksi	a. Meningkatkan respon inflamasi b. Meningkatkan kerusakan jaringan
8	Akumulasi cairan	Akumulasi pada area luka, menghambat jaringan mendekat
9	Gesekan mekanik	Merusak/ memusnahkan jaringan granulasi
10	Radiasi	a. Menghambat aktivitas fibrilastik dan pembentukan kapilaria b. Bisa menyebabkan nekrosis jaringan
11	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.
12	Anemia	Mengurangi suplai oksigen

Sumber: Donna (1995) dalam Mariyunani (2013)

D. Dukungan Keluarga

Keluarga berasal dari bahasa Sanskerta (kula dan warga) kulawarga yang berarti anggota kelompok kerabat (Padila, 2012). Dipandang dari sosiologi keluarga inti adalah sebuah organisasi yang dikepalai oleh seorang ayah dan beranggotakan anggota keluarganya, meskipun di kepalai oleh seseorang namun pada dasarnya seluruh anggota keluarga memiliki hak saling membutuhkan dan tolong menolong yang sama (Soemanto, 2014).

Pendapat yang menganut teori interaksional, memandang keluarga sebagai suatu arena berlangsungnya interaksi kepribadian. Sedangkan mereka yang berorientasi pada prospektif sistem sosial memandang keluarga sebagai bagian sosial terkecil yang terdiri dari seperangkat komponen has hangat tergantung dan di pengaruhi oleh struktur internal dan sistem-sistem lain. Sedangkan menurut UU no 10 tahun 1992 mengatakan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anak atau suami inti atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. Menurut

Depkes RI tahun 1988 mengatakan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Padila, 2012).

Padila (2012) juga mengatakan berkaitan dengan keperawatan keluarga merupakan salah satu pusat dalam pelayanan keperawatan yang harus di perhatikan juga kesehatan didalamnya dan hal ini disampaikan oleh Depkes RI tahun 1998 mengemukakan alasan keluarga sebagai salah satu unit dalam pelayanan kesehatan adalah:

1. Keluarga merupakan unit terkecil dari komunitas atau masyarakat, keluarga merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat. Dari keluarga yang sehat akan tercipta komunitas yang sehat demikian sebaliknya.
2. Keluarga sebagai kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan yang ada. Jika salah satu anggota keluarga sakit

atau mengalami masalah kesehatan, maka akan mempengaruhi kesehatan anggota keluarga secara keseluruhan, hal tersebut lebih nampak pada kasus-kasus dimana salah satu anggota keluarga ada yang mengalami penyakit menular, maka seluruh anggota keluarga memiliki potensi untuk mengalami hal yang sama.

3. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan. Misalnya ibu hamil mengalai kurang gizi, akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit, pada akhirnya akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin yang di kandungnya dan seterusnya.
4. Dalam penyelesaian masalah kesehatan, keluarga sebagai pengambil keputusan. Keluarga pada akhirnya yang menentukan apakah maslah kesehatan akan di hilangkan, biarkan atau bahkan mendatangkan masalah kesehatan lain, sehingga dalam hal ini kita penting untuk mempengaruhi keluarga untuk mengambil keputusan yag tepat terhadap masalah kesehatan yang di alam.

5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan masyarakat.

Friedman, (1986) dalam Ali, (2009) membagi beberapa tipe keluarga sebagai berikut:

1. *Nuclear family* (keluarga inti) yang terdiri dari orang tua dan anak yang masih menjadi tanggungan orang tuanya dan berada dalam satu rumah tanpa di sertai sanak saudara lainnya.
2. *Extended family* (keluarga besar). Satu atau lebih kepala keluarga atau keluarga inti yang berada dalam satu rumah dan saling memenuhi.
3. *Single parent family* satu kepala keluarga tanpa ayah atau tanpa ibu yang di sertai dengan anak yang masih dalam tanggungan kepala keluarganya.
4. *Nuclear dyed* suami istri yang tinggal dalam satu rumah tanpa di sertai anak ataupun keluarga lainnya.
5. *Blended family* satu keluarga yang pernikahannya bukan merupakan pernikahan pertama dan sudah memiliki masing masing anak dan berada dalam satu rumah.

6. *Three generation family* yaitu keluarga yang di dalamnya terdiri dari 3 generasi mulai dari kakek dan nenek, ayah dan ibu juga anak-anak dalam satu rumah.
7. *Single adult living alone* keluarga yang didalamnya hanya terdiri dari satu orang dewasa saja.
8. *Midle age* atau *elderly couple* keluarga yang anggotanya hanya suami istri yang sudah paruh baya.

Ali, (2009) Membagi keluarga dalam 7 bentuk yaitu:

1. Keluarga inti yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak yang biasa di sebut sebagai keluarga inti tradisional, dan kecenderungannya bergeser menjadi keluarga inti nontradisional yaitu suami, istri yang tanpa di sertai anak karena kondisi kesibukan.
2. Keluarga besar tradisional yang berbentuk keluarga yang pasangan suami istri sama-sama mengatur dan belanja rumah tangga dengan orang tua dan sanak saudara serta kerabat dalam satu rumah.

3. Keluarga dengan orang tua tunggal yaitu keluarga yang di dalamnya hanya memiliki satu kepala keluarga baik ayah ataupun ibu (janda/duda) yang belum menikah lagi.
4. Individu dewasa yang hidup sendiri bentuk yang banyak terdapat di masyarakat ini banyak hidup berkelompok seperti di panti reda meskipun ada yang menyendiri.
5. Keluarga dengan orang tua tiri, dalam keluarga ini beberapa masalah yang sering muncul biasanya seperti disiplin anak, penyesuaian diri dengan kepribadian anak, serta penerimaan dengan pasangan.
6. Keluarga binuklear keluarga ini merujuk pada keluarga setelah perceraian sehingga anak menjadi anggota keluarga dari dua rumah tangga inti.
7. Bentuk variasi keluarga nontradisional yang meliputi keluarga yang sangat berbeda satu sama lain baik dalam struktur maupun dalam dinamika.

Dari semua bentuk keluarga di atas keluarga juga memiliki peran terhadap perspektif individu adapun yang dimaksud dengan peran yaitu seperangkat perilaku

interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu, dan setiap anggota keluarga didalamnya memiliki peran masing-masing (Ali, 2009). Namun fungsi keluarga lebih di uraikan menurut Friedman dan UU no 10 tahun 1992 yaitu:

1. Fungsi afektif yang berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif berfungsi untuk pemenuhan kebutuhan psikososial dan anggota keluarga mengembangkan gambaran diri yang positif, peran dijalankan dengan baik dan penuh kasih sayang.
2. Fungsi sosialisasi, perkembangan dan perubahan individu dilalui melalui proses sosialisasi dan menghasilkan interaksi sosial dengan anggota keluarga .
3. Fungsi reproduksi ini berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.
4. Fungsi ekonomi ini untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti makan, pakaian, rumah dan lain-lain.

5. Fungsi perawatan keluarga seperti menyediakan makanan, pakaian, perlindungan dan asuhan kesehatan/keperawatan.

Dukungan keluarga adalah landasan yang berdasarkan sikap, tindakan, perbuatan dan penerimaan keluarga terhadap pasien yang sedang sakit, pandangan keluarga adalah orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan kapanpun. Indikator dukungan keluarga terdiri dari dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dukungan emosional, sehingga hal-hal tersebut mempengaruhi pengaruh dukungan keluarga terhadap kebutuhan pasien yang sedang sakit (Kristyaningsih, 2011).

Penelitian sebelumnya mengenai dukungan keluarga telah mengkonseptualisasikan dukungan sosial keluarga sebagai koping keluarga dan telah terbukti dukungan baik dari internal maupun eksternal terbukti sangat bermanfaat. Adapun yang di katakan dukungan sosial keluarga secara eksternal seperti yang berasal dari sahabat, pekerjaan, tetangga, sekolah, keluarga besar, kelompok sosial. Kelompok rekreasi, tempat ibadah dan praktisi kesehatan.

Kemudian dukungan sosial keluarga yang bersifat internal seperti dukungan suami atau istri, saudara kandung, ataupun dukungan dari anak (Harnilawati, 2013). Harnilawati juga membagi bentuk dukungan keluarga dalam empat jenis dukungan keluarga:

1. Dukungan informatif, yaitu bentuk bantuan yang diberikan seperti informasi agar di manfaatkan untuk menangani masalah masalah yang di hadapi, seperti memberi nasihat, pengarahan, ide-ide, atau informasi lainnya yang di butuhkan dan informasi tersebut juga dapat disampaikan kepada orang lain agar dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk mengatasi masalah yang hampir sama.
2. Dukungan emosional karena setiap orang membutuhkan dukungan afeksi dari orang lain, dukungan yang dimaksud dapat berupa simpati, atau empati, cinta dan kepercayaan juga penghargaan. Dengan cara tersebut orang yang mengalami maslah tidak merasa menghadapi maslah sendirian karena rasa perhatian yang diberikan, yang siap

mendengarkan keluhan dan bersedia membantu memecahkan masalah bersama-sama.

3. Dukungan instrumental, ini adalah bentuk dukungan yang bertujuan untuk mempermudah seseorang melakukan aktivitas terkait masalah yang dihadapinya, seperti memberikan sarana prasarana yang mendukung dan memadai seperti obat-obatan dan lain lain.
4. Dukungan penilaian yaitu bentuk dukungan berupa penghargaan yang diberikan berdasarkan kondisi sebenarnya dari pasien tersebut. Penilaian yang di berikan dapat positif maupun negatif yang sangat dibutuhkan, dan berkaitan dengan dukungan keluarga maka dukungan yang dibutuhkan adalah dukungan yang positif.

Kebutuhan akan dukungan keluarga akan berlangsung selama orang melakukan interaksi sosial, dukungan keluarga tersebut dapat digambarkan dalam perasaan saling memiliki dan mengakui keberadaannya dalam interaksi kehidupan sehari hari dan dilibatkan dalam kegiatan interaksi tersebut, perasaan saling terkait atau saling memiliki dapat

meningkatkan rasa percaya diri, menimbulkan kekuatan dan membantu menurunkan rasa terisolasi (Astuti, 2012). Dukungan keluarga sangat berpengaruh pada kepatuhan pasien atas rejimen terapi yang dihadapinya, selain itu dukungan keluarga dapat menguatkan pasien karena nya dukungan keluarga yang di berikan dapat berupa dorogan, motivasi, empati, ataupun bantuan langsung yang dapat membuat pasien merasa lebih tenang, dukungan keluarga dapat menimbulkan rasa senang, rasa tenang, rasa nyaman, rasa puas, rasa nyaman dan membuat pasien merasa mendapat dukungan emosional yang membuat jiwa pasien merasa tenang (Pertiwi, 2013).

Interaksi sosial yang baik akan meningkatkan harga diri setiap individu yang berada dalam kondisi apapun, dukungan keluarga yang baik juga terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup. Fungsi sosial dalam keluarga akan berfungsi dengan baik apabila fungsi keluarga dapat berjalan dengan baik terutama dalam fungsi kemitraan (*partnership*), kasih sayang (*affection*), atau kebersamaan

(*resolve*) (Yuliati & Ririanty, 2014). Untuk mencapai kepatuhan pasien terhadap rejimen, dukungan keluarga memiliki beberapa faktor yang menentukan kesuksesan untuk menguatkan motivasi pasien yaitu pengetahuan keluarga terhadap masalah DM dan juga faktor keluarga tidak mendukung, faktor keluarga yang tidak mendukung dapat diartikan pertolongan yang salah dan pertolongan yang diberikan menimbulkan konflik (Lindsay & Mayberry , 2012).

Keluarga di Indonesia dapat berperan sebagai *familycaregiver* yang baik, mengingat indonesia yang kental dengan budaya kekeluargaan (Effendy et al. 2015) juga mengatakan bahwa dengan budaya kekeluargaan yang kental ini akan ada tuntutan dari keluarga juga pasien agar dapat saling menolong pada keluarga yang sedang sakit, tuntutan ini juga terjadi karena pada adanya rasa takut kehilangan saat keluarga menjumpai anggota keluarga yang sakit. Banyak bentuk dukungan yang dapat di berikan oleh keluarga tidak hanya dengan menjadi caregiving, kehadiran anggota

keluarga untuk menjenguk dapat menjadi dukungan yang baik bagi pasien.

E. Dukungan keluarga Pasien LKD

LKD merupakan komplikasi yang sangat berbahaya. Amputasi ekstremitas bermula dari komplikasi berbahaya ini. Pencegahan dan pemantauan secara ketat menunjukkan penurunan tingkat amputasi, namun pemantauan dan pecegahan tidak dapat hanya di lakukan oleh tenaga medis, khususnya pada pasien dengan rawat jalan (Balducci et.al. 2014). Peran perawat dalam kondisi pasien LKD yaitu dapat menjadi penyedia layanan kesehatan aktif yang dapat berupa pelayan kesehatan langsung, konselor atau pendidik baik kepada pasien langsung maupun kepada keluarga, maupun manajemen sistem kesehatan. Namun semua ini tidak menjamin keberhasilan tanpa adanya faktor pendukung lainnya seperti dukungan keluarga, karena pasien lebih banyak menghabiskan waktu bersama keluarga (Aalaa et.al. 2012).

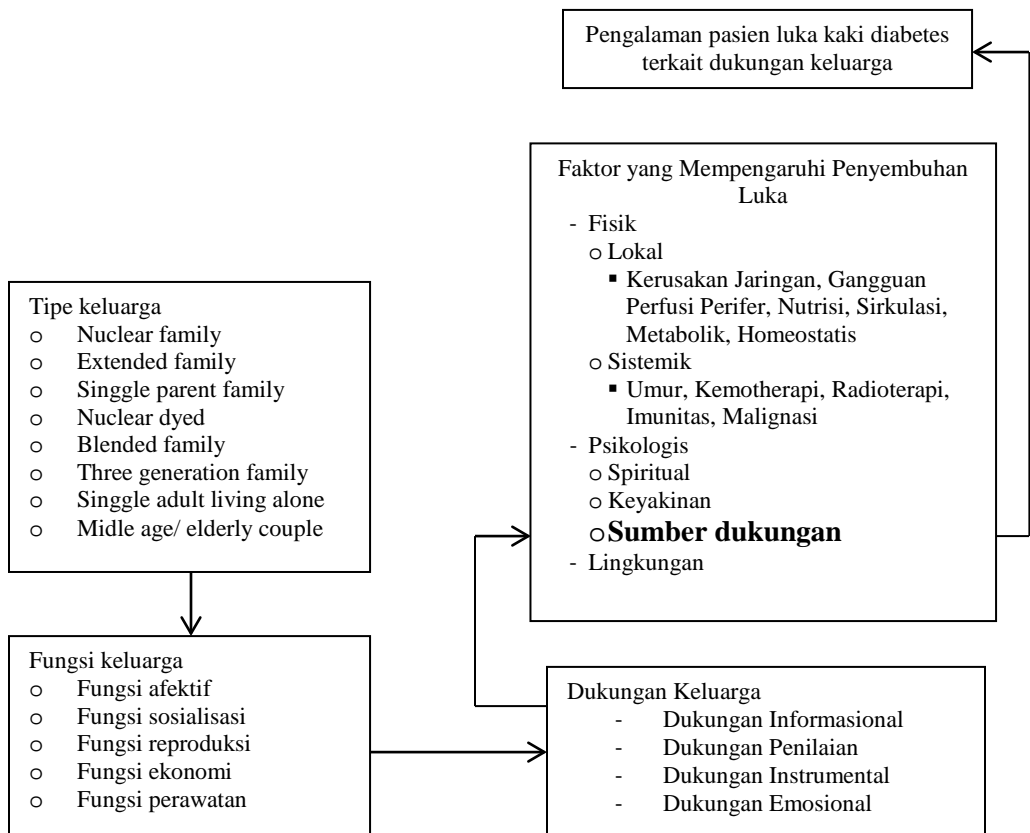
Keberhasilan pasien DM ataupun LKD agar tidak menjadi komplikasi lanjut dapat tergambarkan apabila kepatuhan terhadap rejimen terapi itu berhasil. Keberhasilan ini dapat di raih dengan dukungan keluarga yang baik. Dukungan keluarga sudah terbukti dapat menjadi penyokong komitmen bagi para pasien untuk agar tetap taat pada rejimen terapi. dukungan yang dapat di berikan itu berupa penilaian, emosional, informatif dan instrumental (Miller & Dimatteo, 2013). Seperti dikatakan oleh Mayberry dan Osborn (2012) bahwa perawat juga berperan tidak hanya kepada pasien namun juga harus dapat memberikan informasi kepada keluarga tentang diabetes dan dapat meningkatkan kemampuan motivasi agar keluarga dapat memberikan informasi dan memotivasi pasien dan dapat menjadi bentuk dukungan informatif dan emosional sekaligus. Strom dan Egede, (2012) juga mengatakan sifat terbuka dan mau mendengarkan keluhan yang di sampaikan pasien harus di miliki oleh setiap keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan DM komplikasi. Hal ini menjadi gambaran dukungan

penilaian yang menjadi kebutuhan pasien LKD. Akan ada beberapa perubahan bagi pasien dengan LKD maupun keluarga, terutama keluarga harus dapat memprioritaskan keluarganya yang sakit (LKD) seperti meluangkan waktu untuk mengantar ke klinik kesehatan, meluangkan waktu untuk mendengarkan keluhan bahkan hingga memberi dukungan langsung berupa bantuan ekonomi dan fasilitas yang di butuhkan bagi keluarga yang menderita LKD. Hal ini merupakan gambaran kebutuhan dukungan instrumental oleh pasien LKD dari keluarganya (Kuroki, 2015).

Seperti disampaikan oleh Haas et al. (2014) bahwa dukungan keluarga menjadi salah satu kebutuhan dalam standar *management education and support DM*. Hal ini tergambarkan dalam banyak penelitian yang menunjukkan peningkatan positif penurunan angka amputasi pada pasien LKD. Dukungan keluarga memang ampuh mendorong dan memotivasi pasien dengan LKD baik terhadap kepatuhannya hingga dalam menjaga psikologis pasien tersebut.

F. Kerangka Teori

Bagan 2.1 Kerangka Teori



Sumber: Suriadi (2015) Bryant & Nix (2007)

G. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana pengalaman pasien luka kaki diabetes terhadap berbagai dukungan yang diberikan keluarga ?