

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN ULKUS KAKI
DIABETIK YANG DI RAWAT MENGGUNAKAN BALUT LUKA
MODERN DI KLINIK RAWAT LUKA**

KARYA TULIS ILMIAH

“Diajukan Kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah
Mataram Sebagai Syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya Farmasi”



Disusun Oleh :

KIRANA ASARI

517020031

**PROGRAM STUDI DIII FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

20

HALAMAN PERSETUJUAN

**Gambaran Kualitas Hidup Pasien Ulkus Kaki Diabetik Yang Dirawat
Menggunakan Balut Luka Modern Di Klinik Rawat Luka**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh:

KIRANA ASARI

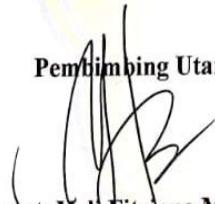
517020031

Telah Memenuhi Dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian Karya Tulis
Ilmiah Penelitian Pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

Hari/Tanggal :Selasa, 4 Agustus 2020

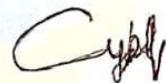
Menyetujui,

Pembimbing Utama



apt. Yuli Fitriana M.Farm
NIDN.0822078202

Pembimbing Pendamping



apt. Cyntiya Rahmawati M.K.M.
NIDN.0822128801

Mengetahui,

Ketua Program Studi D3 Farmasi
Universitas Muhammadiyah Mataram



apt. Baiq Nurbaety, M. Sc
NIDN: 0829039001

HALAMAN PENGESAHAN
GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASIEN ULKUS KAKI
DIABETIK YANG DIRAWAT MENGGUNAKAN BALUT LUKA
MODERN DI KLINIK RAWAT LUKA

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun Oleh

KIRANA ASARI

517020031

Telah Memenuhi Dan Disetujui Untuk Mengikuti Karya Tulis Ilmiah
Pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji:

Tanda Tangan

- | | |
|--|---------|
| 1. Ketua Tim Penguji: apt. Yuli Fitriana M.Farm | (.....) |
| 2. Penguji 1 : apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm | (.....) |
| 3. Penguji 2 : apt. Cyntiya Rahmawati, M.K.M | (.....) |

Mengesahkan

Universitas Muhammadiyah Mataram

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

apt. Nurul Hafidham, M.Farm.,Klin

NIDN : 0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kirana Asari

NIM : 517020031

Program Studi : DIII-Farmasi

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mataram, 14 Agustus 2020

Yang membuat pernyataan



Kirana Asari

517020031



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
UPT. PERPUSTAKAAN

Jl. K.H.A. Dahlan No. 1 Mataram Nusa Tenggara Barat
 Kotak Pos 108 Telp. 0370 - 633723 Fax. 0370-641906
 Website : <http://www.lib.ummat.ac.id> E-mail : upt.perpusummat@gmail.com

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
 PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

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

Nama : KIRANA ASARI
 NIM : 517020031
 Tempat/Tgl Lahir : Selong, 25 Mei 1999
 Program Studi : D3 FARMASI
 Fakultas : ILMU KESEHATAN
 No. Hp/Email : 087860971249
 Jenis Penelitian : Skripsi KTI

Menyatakan bahwa demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Mataram hak menyimpan, mengalih-media/format, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Repository atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama *tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta* atas karya ilmiah saya berjudul:

Gambaran Kualitas Hidup Pasien Ulkus Kaki Diabetik Yang Dirawat
Menggunakan Balut Luka Modern di Klinik Rawat Luka

Segala tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Dibuat di : Mataram

Pada tanggal : 19 September 2020

Penulis



KIRANA ASARI
 NIM. 517020031

Mengetahui,
 Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT

Iskandar, S.Sos., M.A.
 NIDN. 0802048904

MOTTO DAN KATA PERSEMBAHAN

MOTTO

Allah tidak membebaniseseorangmelainkan.
Iamendapatpahala(darikebajikan) yang diusahakannya dan iamendapatsiksa
(darikejahatan)
Yang dikerjakannya.
(QS. Al-Baqarah:286)

Orang yang pesimismelihatkesulitandalamsetiapkesempatan. Orang yang
optimismelihatkesempatandalamsetiapkesulitan
(agus Dharma)

KATA PERSEMBAHAN

Karyatulisilmiahinisayapersembahkankepada:
Orang tua dan keluargabesarsaya yang selalumemberikandoa dan
semangatkepadasayauntukterusoptimishinggadapatmenyelesaikankaryatulis
ilmiahini, sertateman-temansaya yang
telahbanyakmemberimasukan,semangat dan
arahanhinggaakhirnyadapatmenyelesaikankaryatulisilmiahini

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Gambaran Kualitas Hidup Pasien Ulkus Kaki Diabetik Yang Dirawat Menggunakan Balut Luka Modern Di Klinik Rawat Luka”** Karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan, atas bimbingan, arahan, dan bantuan berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, dan pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dengan sebesar-besarnya kepada:

1. apt. Nurul Qiyaam, M.Farm.Klin selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan kegiatankarya tulis ilmiah ini.
2. Cahaya Indah Lestari, M.Kebselaku Wakil Dekan I yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan kegiatan karya tulis ilmiah ini.
3. Ana Pujianti H,S.ST.,M.Kebselaku Wakil Dekan II yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan kegiatan karya tulis ilmiah ini.
4. apt. Baiq Nurbaety, M.Scselaku Ketua Program Studi beserta segenap jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan kegiatan karya tulis ilmiah ini.
5. apt.Yuli Fitriana, M.Farmselaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan masukan kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
6. apt. Cyntiya Rahmawati ,M.K.M selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan masukan kepada penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.

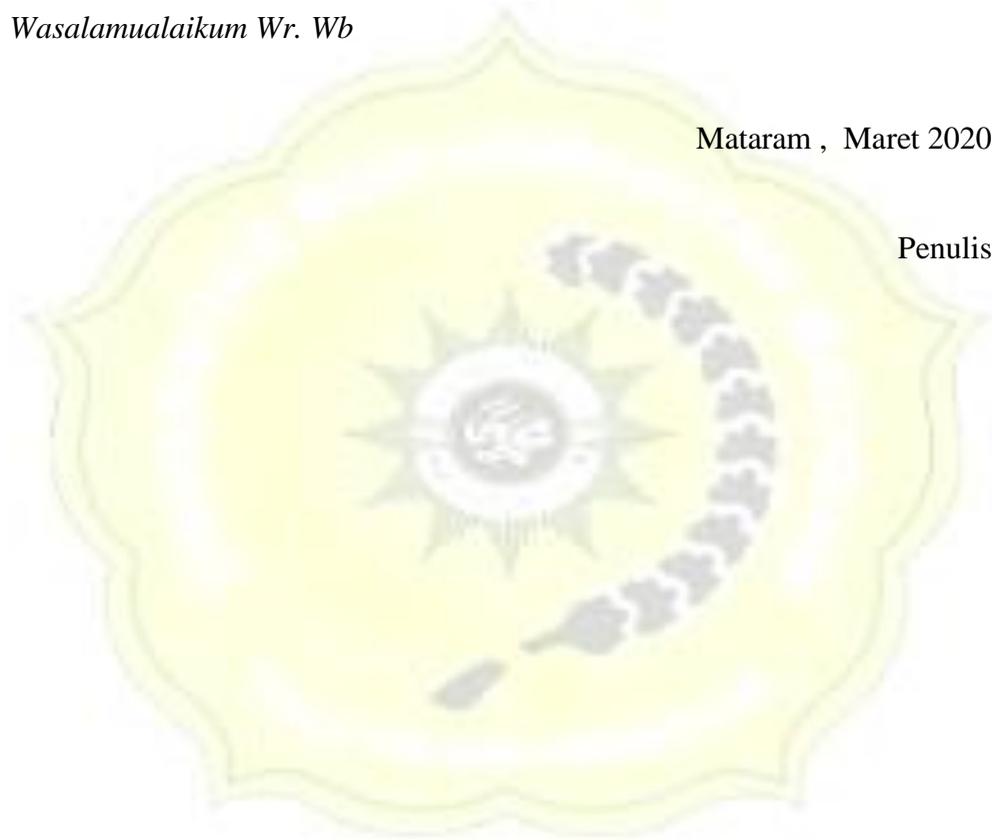
7. Orang tua dan saudaraserta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu demi satu yang telah memberikan dorongan, doa serta dukungan materi, sehingga dapat menjalankan dan menyusunkarya tulis ilmiah ini dengan baik dan benar.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan kebaikan kepada semuanya, atas segala amal kebaikan dan bantuannya. Akhirnya besar harapan penulis semoga karya tulis ilmiah ini berguna bagi semua, Amin.

Wasalamualaikum Wr. Wb

Mataram , Maret 2020

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
MOTTO DAN KATA PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
ABSTRAK	xv
ABSTRACT	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.5. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Konsep Ulkus Diabetik.....	9
2.1.1. Definisi.....	9
2.1.2. Klasifikasi.....	9
2.1.3. Faktor Terjadinya Ulkus	11
2.2. Konsep Dasar Luka	15
2.2.1. Definisi.....	15
2.2.2. Klasifikasi Luka	16
2.2.3. Proses Penyembuhan Luka	16
2.3. Konsep Perawatan Luka Modern	20

2.3.1. Definisi.....	20
2.3.2. Pengkajian.....	21
2.3.3. Pemilihan Balutan Luka dan Jenis Terapi.....	21
2.4. Konsep Kualitas Hidup.....	26
2.4.1. Definisi.....	26
2.4.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup.....	27
2.4.3. Pengukuran kualitas hidup.....	30
2.5. Kuesioner Diabetes Quality of Life (DQOL).....	31
2.6. Profil Klinik Rawat Luka	32
2.7. Kerangka Teori.....	33
BAB III METODE PENELITIAN.....	34
3.1. Desain Penelitian.....	34
3.2. Waktu Dan Tempat Penelitian.....	34
3.3. Populasi Dan Sampel	34
3.4. Teknik pengambilan data.....	35
3.5. Definisi Operasional	36
3.6. Instrumen penelitian	36
3.7. Analisis Data.....	37
3.8. Tahapan Penelitian.....	37
3.9. Alur penelitian.....	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	41
4.1. Hasil dan Pembahasan.....	41
4.1.1. Data Demografi Responden	42
4.1.2. Kualitas Hidup Berdasarkan Kunjungan.....	49
4.1.3. Kualitas Hidup Dengan Grade I, II, III, Dan, IV	50
4.1.4. Kualitas Hidup Sebelum Dan Sesudah Perawatan Luka Modern Dressing	52
4.2. Keterbatasan Peneliti	55
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	56
5.1. Kesimpulan.....	56
5.2. Saran	56

DAFTAR PUSTAKA	58
LAMPIRAN	61



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Klasifikasi Ulkus Diabetik	10
Tabel 3.1 Definisi Operasional	35
Tabel 4.1 Distribusi Jumlah Data Demografi Responden Yang Mengalami Ulkus Diabetikum Di Klinik Bengkel Luka Diabetes AWCC (n=11)	42
Tabel 4.2 Distribusi Data Kualitas Hidup Berdasarkan Kunjungan Pada Pasien Yang Mengalami Ulkus Diabetikum Di Klinik Bengkel Luka Diabetes AWCC (n=11)	48
Tabel 4.3 Distribusi Jumlah Data Kualitas Hidup Dengan Grade I, II, III, Dan, IV Pada Pasien Yang Mengalami Ulkus Diabetikum Di Klinik Bengkel Luka Diabetes AWCC (n=11)	50
Tabel 4.4 Distribusi Jumlah Data Kualitas Hidup Sebelum Dan Sesudah Perawatan Balut Luka Modern Yang Mengalami Ulkus Diabetikum Di Klinik Bengkel Luka Diabetes AWCC (n=11). 52	
Tabel 4.5 Distribusi Jumlah Data Kualitas Hidup Sebelum Dan Sesudah Perawatan Balut Luka Modern Yang Mengalami Ulkus Diabetikum Di Klinik Bengkel Luka Diabetes AWCC (n=11). 53	



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Klasifikasi Ulkus Diabetik Menurut Skala Wagner.....	11
Gambar 2.2 Balutan Film Dressing.....	23
Gambar 2.3 Balutan Hydrocolloid.....	24
Gambar 2.4 Balutan Alginate.....	25
Gambar 2.5 Balutan Foam Dressing.....	26
Gambar 2.6 Kerangka Teori.....	34
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	40



DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. Surat Rekomendasi Penelitian	61
Lampiran 2. Surat Selesai Penelitian	62
Lampiran 3. <i>Informed Consent</i>	63
Lampiran 4. Data Demografi Responden.....	64
Lampiran 5. Kuesioner Kualitas Hidup	66
Lampiran 6. Hasil Uji Validitas Dan Uji Reliabilitas	69
Lampiran 7. Skoring.....	70
Lampiran 8. Tabulasi Data Demografi Responden.....	71
Lampiran 9. Tabulasi Data Hasil Tiap Kunjungan	72
Lampiran 10. Jadwal Rencana Kegiatan Karya Tulis Ilmiah	73



DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
DM	: <i>Diabetes Melitus</i>
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
TBC	: <i>Tuberculosis</i>
BBR	: Berat Badan Relatif
TD	: Tekanan Darah
GDP	: Gula Darah Puasa
HB	: <i>Hemoglobin</i>
HDL	: <i>High Density Lipoprotein</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>



Gambaran Kualitas Hidup Pasien Ulkus Kaki Diabetik Yang Dirawat Menggunakan Balut Luka Modern Di Klinik Rawat Luka

KiranaAsari^{a-1}, YuliFitriana^{a-2}, CyntiyaRahmawati^{a-3}

“Program Studi Diploma Tiga Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram, Mataram, Indonesia”

[Email:Kiranazar68@gmail.com](mailto:Kiranazar68@gmail.com)

ABSTRAK

Ulkus diabetik merupakan salah satu komplikasi kronik dari penyakit diabetes melitus. Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar gula darah (*hyperglycemia*) kronik yang dapat menyerang banyak orang dari semua lapisan masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan gambaran kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di klinik rawat luka. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian observasional deskriptif dengan pendekatan secara *cross sectional*, diambil dengan teknik *total sampling*, dengan jumlah 11 responden. Waktu penelitian Maret – Mei 2020. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner kualitas hidup *Diabetes Quality Of Life* (DQOL). Hasil penelitian menunjukkan kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik berada pada kategori tinggi yaitu sebanyak 8 orang (72,7%), dan kategori sedang sebanyak 3 orang (27,3%) dengan nilai kualitas hidup berdasarkan kunjungan sebesar 101,3. Kualitas hidup setelah melakukan perawatan balut luka modern ini menunjukkan hasil perbaikan kondisi luka ulkus kaki diabetik sehingga memberikan perubahan terhadap persepsi pasien dalam menjalani hidup dan berkurangnya rasa sakit, kebutuhan medis. Energi, mobilitas serta kebutuhan istirahat pada pasien yang menggunakan balut luka modern. Kesimpulan, kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di klinik rawat luka memiliki kategori tinggi.

Kata kunci : Diabetes Mellitus, Ulkus Kaki Diabetik, Kualitas Hidup, *Diabetes Quality Of Life* , Balutan Luka Modern

**AN OVERVIEW OF THE QUALITY LIFE IN A DIABETIC FOOT ULCER
PATIENT WHO IS TREATED USING MODERN WOUND
IN A WOUND CARE CLINIC**

Kirana Asari ^{a-1}, Yuli Fitriana ^{a-2}, Cyntiya Rahmawati ^{a-3}

"Diploma Three Pharmacy Study Program, Faculty of Health Sciences, University of Muhammadiyah Mataram, Mataram, Indonesia"

Email: Kiranazar68@gmail.com

ABSTRACT

A diabetic ulcer is one of the chronic complications of diabetes mellitus. Diabetes mellitus (DM) is a disease characterized by chronic hyperglycemia that can affect many people from different levels of society. The purpose of this study was to describe the quality of life for diabetic foot ulcer patients who are treated using modern wound dressings in Wound Care Clinics. This is a quantitative study with descriptive observational research design and a cross-sectional approach, taken with a total number of 11 respondents as the sample. The study was carried out from March to May 2020. The data was collected using a Diabetes Quality of Life (DQOL) questionnaire. The results showed that the quality of life of diabetic foot ulcer patients was in the high category, namely 8 people (72.7%), and 3 people (27.3%) in the moderate category with a value of quality of life on the visit of 101.3. After performing this modern wound treatment, the quality of life of diabetic foot ulcers patients shows good improvement. It provides a change in the patient's perception of life and reduces pain and medical needs, energy, mobility, and rest requirements for patients using modern wound. In conclusion, the quality of life of diabetic foot ulcer patients treated with modern wound dressings in the wound clinic has a high category.

Keywords: Diabetes Mellitus, Diabetic Foot Ulcer, Quality of Life, Diabetes Quality of Life, Modern Wound

MENGESAHKAN
SALINAN FOTO COPY SESUAI ASLINYA
MATARAM
KEPALA
UPT PSD
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM
Humaira, M.Pd
NIDN. 0803048601
xvi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar gula darah (*hyperglycemia*) kronik yang dapat menyerang banyak orang dari semua lapisan masyarakat (Hasnah, 2009). Jumlah penderita DM dari tahun ke tahun terus mengalami peningkatan, perubahan gaya hidup menjadi salah satu penyebab tingginya angka penderita DM di negara-negara berkembang. WHO memperkirakan ditahun 2025 penderita diabetes usia diatas 20 tahun adalah 300 juta orang dan mengalami peningkatan dua kali lipat dari tahun 2000 yaitu 150 juta orang (Sudoyo. 2009).

Menurut *International Diabetes Federation* (2015), kasus DM sebesar 8,3% dari seluruh penduduk dunia dan mengalami peningkatan 387 juta kasus. Indonesia merupakan negara ke 7 penderita DM terbesar di dunia setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia, dan Mexico dengan 8,5 juta penderita pada kategori dewasa. Pengumpulan data Riskesdas RI (2018) yang dilakukan pada 300.000 sampel rumah tangga atau setara dengan 1,2 juta jiwa diperoleh prevalensi DM berdasarkan hasil pemeriksaan gula darah naik yaitu dari 6,9% menjadi 8,5%. Prevalensi DM diprovinsiNTB berdasarkan diagnosa dokter dan gejalameningkatksesuaibertambahnyaumur sebesar 1,2%.

Kadar gula darah yang tinggi secara berkepanjangan pada penderita DM dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi jika tidak mendapatkan penanganan dengan baik. Komplikasi yang sering terjadi antara lain, kelainan vaskuler, retinopati, nefropati, neuropati dan ulkus kaki diabetik (Poerwanto, 2012). Ulkus kaki diabetikum tergolong luka kronik yang sulit sembuh. Kerusakan jaringan yang terjadi pada ulkus kaki diabetik diakibatkan oleh gangguan neurologis (neuropati) dan vaskuler pada tungkai. Gangguan tersebut tidak secara langsung menyebabkan ulkus kaki

diabetik, namun diawali dengan mekanisme penurunan sensasi nyeri, perubahan bentuk kaki, atrofi otot kaki, pembentukan kalus, penurunan aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke jaringan (Smeltzer & Bare. 2001). Perbaikan perfusi jaringan dapat membuat kebutuhan oksigen dan nutrisi di area luka terpenuhi sehingga dapat membantu proses penyembuhan luka (Gitarja, 2008).

Pada pasien DM dengan ulkus diabetik, perbaikan perfusi mutlak diperlukan karena hal tersebut akan sangat membantu dalam pengangkutan oksigen dan darah ke jaringan yang rusak. Bila perfusi perifer pada luka tersebut baik maka akan baik pula proses penyembuhan luka tersebut. Penyebaran oksigen yang kuat ke seluruh lapisan sel merupakan unsur terpenting dalam proses penyembuhan luka (Smeltzer & Bare. 2001). Perfusi yang baik ditandai dengan adanya waktu pengisian kapiler (*capillary refill time/CRT*) dan juga saturasi oksigen yang normal. Perawat memiliki peran penting dalam perbaikan luka kaki diabetik. Peran perawat disini adalah melakukan perawatan luka dengan baik serta melakukan pengkajian dan penilaian terhadap perfusi jaringan yang luka (Gitarja. 2008).

Saat ini, teknik perawatan luka telah banyak mengalami perkembangan, dimana perawatan luka telah menggunakan balutan yang lebih modern. Prinsip dari manajemen perawatan luka modern adalah mempertahankan dan menjaga lingkungan luka tetap lembab untuk memperbaiki proses penyembuhan luka, mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel (Ismail. 2009). Perawatan luka modern ini menggunakan balutan dengan kesesuaian terhadap warna dasar luka, eksudat, dan ada tidaknya infeksi. Balutan yang digunakan lebih modern dan dapat bertahan lebih lama dalam menjaga kelembaban sekitar luka sehingga meminimalkan penggantian balutan dan biaya yang dikeluarkan (Arisanty. 2013).

Penyakit DM sangat mempengaruhi kualitas hidup sehingga penderita diabetes mellitus harus melakukan manajemen diri. Menurut data surveilans faktor resiko perilaku 2010, penderita diabetes memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada orang yang tidak menderita

diabetes mellitus. Orang dengan diabetes mellitus melaporkan kesehatan mental yang buruk (26,4%), kesehatan fisik yang buruk (42,4%), dan aktivitas fisik terbatas (38,4%) karena masalah emosional, fisik, dan mental (Thomas. 2017)

Penurunan kualitas hidup pada pasien DM dengan ulkus diabetikum dapat dikarenakan sifat luka yang kronik sehingga dapat berdampak pada pengobatan dan terapi yang sedang dijalani (Rahmat, 2010). Menurut Mandagi (2010), faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien DM diantaranya adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, status pernikahan, lama menderita, dan komplikasi DM. Ningtyas (2013), menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komplikasi DM dengan kualitas hidup akibatnya adalah kesakitan dan kematian semakin tinggi. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Utami (2014), sebanyak 9 responden dari total 16 responden memiliki komplikasi ulkus diabetikum. Dari 9 responden tersebut memiliki kualitas hidup yang rendah (81,8%). Menurut Yudianto (2010), kualitas hidup juga penting diketahui petugas kesehatan agar dapat menjadi arahan atau patokan dalam menentukan intervensi yang sesuai dengan keadaan pasien.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Maret 2020, terdapat 11 pasien ulkus diabetikum di Bengkel Luka Diabetes AWCC yang sedang menjalani perawatan dengan rata-rata jumlah kunjungan per pasien 8 kali dalam sebulan dan pada tahun 2019 terdapat 36 pasien ulkus diabetikum. Praktek perawat mandiri ini menyediakan perawatan luka dengan modern dan dilakukan oleh perawat yang telah berkompeten, ditandai dengan telah mengikuti pelatihan perawatan luka modern. Sistem pelayanan dapat dilakukan dengan kunjungan langsung di tempat praktek perawat mandiri atau dengan *Home Care* (perawatan dilakukan di rumah pasien). Selain itu, di Bengkel Luka Diabetes AWCC belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya mengenai Kualitas Hidup Pasien Ulkus Kaki Diabetik Yang Dirawat Menggunakan Balut Luka

Modern. Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk meneliti “Gambaran Kualitas Hidup Pasien Ulkus Kaki Diabetik Yang Dirawat Menggunakan Balut Luka Modern di Klinik Rawat Luka”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, terdapat rumusan masalah yaitu bagaimana gambaran kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di Klinik Rawat Luka?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan uraian rumusan masalah diatas, terdapat tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di Klinik Rawat Luka.

1.4. Manfaat Penelitian

a. Bagi Mahasiswa

Agar mahasiswa mengetahui tentang gambaran kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di Klinik Rawat Luka.

b. Bagi institusi Pendidikan.

Hasil penelitian ini dapat menambah studi perpustakaan dan diharapkan dapat menjadi bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

c. Bagi Peneliti

Sebagai sarana pembelajaran sehingga menambah pengetahuan dan wawasan dalam melakukan gambaran kualitas hidup pasien ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di Klinik Rawat Luka.

d. Bagi Klinik

Sebagai gambaran dan masukan bagi lembaga pelayanan kesehatan dalam melakukan referensi dan meningkatkan pelayanan

keperawatan dalam memberikan asuhan Keperawatan pada pasien ulkus diabetikum.

1.5. Keaslian Penelitian

Berdasarkan penelitian oleh Utami (2014), judul Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Diabetikum. Metode penelitian pada penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectinal* dengan populasi adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang merak 2 dan kenanga yang didiagnosa DM dengan ulkus diabetikum yang berjumlah 30 orang yang diambil menggunakan tehnik *consecutive sampling*. Hasil penelitian diketahui adanya hubungan yang bermakna factor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien diabetes mellitus dengan ulkus diabetikum antara lain umur, komplikasi, dan kecemasan, sedangkan yang tidak ada hubungan yaitu status pernikahan dan lama menderita. Persamaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah kedua penelitian ini ingin mengukur kualitas hidup pada penderita diabetes mellitus dengan komplikasi ulkus diabetikum. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah, menganalisis pasien DM dengan teknik *consecutive sampling* dan menggunakan kuesioner whoqol-brief. . Sedangkan pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup pasien dengan ulkus setelah mendapatkan intervensi berupa perawatan luka dengan *modern dressing* menggunakan teknik *total sampling* dan kuesioner dqol.

Berdasarkan penelitian oleh Mariyani (2015). Hubungan Stadium ulkus dengan kualitas hidup pada pasien DM tipe II. Metode penelitian pada penelitian ini adalah dengan desain *deskriptif* korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *accidental sampling* dengan jumlah 30 orang responden. Hasil penelitian ini diketahui stadium ulkus diabetikum sebagian besar responden mengalami stadium 3 sebanyak 13 orang.

Kualitas hidup pasien ulkus DM tipe 2 secara umum di kategorikan kurang (93,7%), sebagian besar memiliki dimensi Fisik kurang (56,7%), dimensi psikologis kurang (66,7%), dimensi social kurang (83,3%), dan dimensi lingkungan kurang (53,3%). Sedangkan kualitas hidup berdasarkan stadium ulkus didapatkan bahwa semakin tinggi stadiumnya, kualitas hidup menjadi buruk dengan nilai $p=0,000$. Persamaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah kedua penelitian ini sama-sama bertujuan untuk mengukur kualitas hidup pada pasien ulkus diabetikum. Adapun perbedaannya adalah pada penelitian sebelumnya peneliti menghubungkan stadium ulkus diabetikum dengan teknik *total sampling* dan menggunakan kuesioner whoqol-breef, adapun pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup pasien dengan ulkus setelah mendapatkan intervensi berupa perawatan luka dengan *modern dressing* di klinik rawat luka dengan kuesioner dqol.

Berdasarkan penelitian oleh Dwi Nida Dzusturia (2016). Pengaruh Diabetes *Self-Management Education And Support* (DSME/S) Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *quasiexperimental* dengan desain penelitian *randomized control group pretest posttest design*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *random sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang yang terbagi menjadi 15 orang pada kelompok intervensi dan 15 orang pada kelompok kontrol. Pengukuran kualitas hidup menggunakan *Diabetes Quality of Life* (DQOL). Pemberian DSME/S diberikan sebanyak 6 kali selama 6 minggu dengan rincian satu minggu satu kali pertemuan dengan durasi waktu 2,5 jam setiap sesinya. Uji dependent t-test digunakan untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien DM Tipe 2 sebelum dan sesudah pemberian DSME/S pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Uji Independent t-test digunakan untuk mengetahui perbedaan kualitas

hidup pasien DM Tipe 2 antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Persamaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah kedua penelitian ini ingin mengukur kualitas hidup yang dirawat menggunakan kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL). Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah, menganalisis pengaruh *diabetes self-management education and support* (DSME/S) pada pasien diabetes melitus tipe II di wilayah kerja puskesmas patrang kabupaten jember dengan teknik *random sampling* dan menggunakan metode penelitian *quasiexperimental* dengan desain penelitian *randomized control group pretest posttest design*. Sedangkan pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup pasien dengan ulkus setelah mendapatkan intervensi berupa perawatan luka modern dressing di klinik rawat luka menggunakan teknik *total sampling* dengan metode penelitian *deskriptif* observasional.

Berdasarkan penelitian oleh Tyas (2008). Hubungan Perawatan Diri Dan Persepsi Sakit Dengan Kualitas Pasien DM Tipe 2 Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di Kota Blitar. Metode penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain analitik menggunakan pendekatan *crosssectional*. Sampel penelitian terdiri dari 122 responden dengan teknik pengambilan sampel *purposive*. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata usia 58,43 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, berpendidikan tinggi, terapi yang dilakukan Obat Hipoglikemik Oral (OHO), dengan rata-rata lama sakit 7,64 tahun dan mengalami komplikasi akibat penyakit DM. Analisis hubungan menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas hidup ($p < 0,05$). Analisis lebih lanjut menunjukkan responden dengan persepsi sakit positif memiliki peluang 93 kali untuk memiliki kualitas hidup baik dibanding persepsi sakit negatif (95% CI: 16,89-541,38) dan responden yang taat melakukan perawatan diri memiliki peluang 24 kali untuk memiliki kualitas hidup

baik dibanding responden yang kurang taat (95% CI: 5,06-118,79). Persamaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah kedua penelitian ini ingin mengukur kualitas hidup dengan pendekatan *cross sectional* dan menggunakan kuesioner *Diabetes Quality of Life (DQOL)*. Sedangkan perbedaan penelitian ini dengan sebelumnya adalah, menganalisis hubungan perawatan diri dan persepsi sakit dengan kualitas pasien dm tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di kota Blitar dengan metode penelitian kuantitatif dengan desain analitik. Sedangkan pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup pasien dengan ulkus setelah mendapatkan intervensi berupa perawatan luka modern dressing di klinik rawat luka menggunakan metode penelitian *deskriptif observasional* dengan teknik *total sampling*



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Ulkus Diabetik

2.1.1. Definisi

Ulkus diabetik merupakan salah satu komplikasi kronik dari penyakit diabetes melitus. Adanya luka terbuka pada lapisan kulit sampai ke dalam dermis yang terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah di tungkai dan neuropati perifer akibat kadar gula darah yang tinggi sehingga pasien tidak menyadari adanya luka (Waspadji, 2006). Menurut Tambunan (2006) dalam Hidayah (2012), ulkus diabetik adalah salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes mellitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan, ulkus diabetika merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati dari penyakit diabetes melitus sehingga terjadi vaskuler insusifensi dan neuropati, yang lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi.

2.1.2. Klasifikasi

Ada berbagai macam klasifikasi ulkus diabetes yaitu klasifikasi oleh Edmonds dari *King's College Hospital* London, klasifikasi Liverpool, klasifikasi Wagner, klasifikasi Texas, serta yang lebih banyak digunakan adalah yang dianjurkan oleh *International Working Group On Diabetic Foot* karena dapat menentukan kelainan apa yang lebih dominan yakni vaskular, infeksi dan neuropati, sehingga arah pengelolaan dalam pengobatan dapat tertuju dengan baik, namun pada penelitian ini

klasifikasi yang digunakan adalah klasifikasi berdasarkan Texas dan Wagner.

Tabel 2.1. Klasifikasi Ulkus Diabetik Menurut Texas

Stage	Grade			
	0	I	II	III
A	Lesi pre atau post ulkus yang mengalami epitelisasi sempurna	Lesi superfisial tidak sampai pada tendon kapsul atau tulang	Luka sampai pada tendon atau kapsul	Luka sampai tulang atau sensi
B	Lesi pre atau post ulkus yang mengalami epitelisasi sempurna, mengalami infeksi	Lesi superfisial tidak sampai pada tendon, kapsul atau tulang, Mengalami infeksi	Luka sampai pada tendon atau kapsul Mengalami infeksi Luka	Luka sampai tulang atau sendi mengalami infeksi
C	Lesi pre atau post ulkus yang mengalami epitelisasi sempurna dengan iskemia	Lesi superfisial tidak sampai pada tendon, kapsul atau tulang mengalami iskemia	Luka sampai pada tendon atau kapsul mengalami iskemia	Luka sampai tulang atau sendi mengalami iskemia

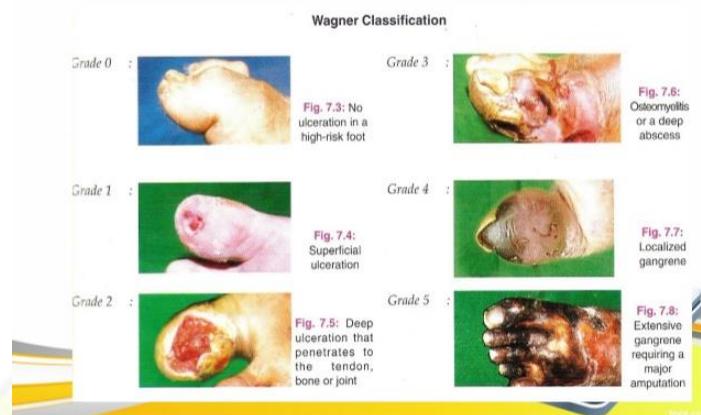
Sumber: Dexa Media, Jurnal Kedokteran Dan Farmasi, no.3, vol.20, edisi juli-september 2007

Klasifikasi Ulkus Diabetik Menurut Skala Wagner (1983)

- a. Nilai 0 (grade 0: tidak ada lesi terbuka),
- b. Nilai 1 (grade 1: Ulkus superfisial tanpa terlibat jaringan dibawah kulit ulkus Diabetes superfisial).
- c. Nilai 2 (grade 2: Ulkus dalam tanpa terlibat tulang/ pembentukan abses).
- d. Nilai 3 (grade 3: Ulkus dalam dengan selulitis/abses, osteomyelitis, atau sepsis sendi).
- e. Nilai 4 (grade 4: Tukak dengan gangren lokal).

- f. Nilai 5 (grade 5: Tukak dengan gangren luas/melibatkan keseluruhan kaki)

Classification & Staging



Sumber :Dzusturia (2016)

Gambar 2.1 Klasifikasi Ulkus Diabetik Menurut Skala Wagner

2.1.3. Faktor Terjadinya Ulkus

Menurut Hastuti (2008), Purwanti (2013), dan Ferawati (2014) menyebutkan bahwa pasien diabetes melitus dapat mengalami ulkus diabetik apabila memiliki faktor resiko antara lain:

- a. Umur ≥ 60 tahun

Umur ≥ 60 tahun berkaitan dengan terjadinya ulkus diabetika karena pada usia tua, fungsi tubuh secara fisiologis menurun karena proses aging terjadi penurunan sekresi atau resistensi insulin sehingga kemampuan fungsi tubuh terhadap pengendalian glukosa darah yang tinggi kurang optimal.

- b. Lama DM ≥ 10 tahun

Semakin lama seseorang mengalami DM, maka makin berisiko mengalami komplikasi. Ulkus diabetik terutama terjadi pada penderita diabetes mellitus yang telah menderita selama 10 tahun atau lebih, apabila kadar glukosa darah tidak terkontrol, karena akan muncul komplikasi yang berhubungan dengan

vaskuler sehingga mengalami makroangiopati-mikroangiopati yang akan terjadi vaskulopati dan neuropati yang mengakibatkan menurunnya sirkulasi darah dan adanya robekan/luka pada kaki penderita diabetik yang sering tidak dirasakan. Penelitian Hastuti (2008) pada 72 pasien diabetes melitus menunjukkan hasil, pasien yang menderita DM \geq 10 tahun beresiko mengalami ulkus diabetik.

c. Obesitas

Pada pasien obesitas dengan indeks masa tubuh atau IMT \geq 23 kg/m² (wanita) dan IMT \geq 25 kg/m² (pria) atau berat badan relatif (BBR) lebih dari 120 % akan lebih sering terjadi resistensi insulin. Apabila kadar insulin melebihi 10 μ U/ml, keadaan ini menunjukkan hiperinsulinemia yang dapat menyebabkan aterosklerosis yang berdampak pada vaskulopati, sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah sedang/besar pada tungkai yang menyebabkan tungkai akan mudah terjadi ulkus diabetik.

d. Neuropati

Kadar glukosa darah yang tinggi semakin lama akan terjadi gangguan mikrosirkulasi, berkurangnya aliran darah dan hantaran oksigen pada serabut saraf yang mengakibatkan degenerasi pada serabut syaraf yang lebih lanjut akan terjadi neuropati. Syaraf yang rusak tidak dapat mengirimkan sinyal ke otak dengan baik, sehingga penderita dapat kehilangan indra perasa selain itu juga kelenjar keringat menjadi berkurang, kulit kering dan mudah robek.

e. Hipertensi

Hipertensi (tekanan darah (TD) $>$ 130/80 mmHg) pada penderita diabetes mellitus karena adanya viskositas darah yang tinggi akan berakibat menurunnya aliran darah sehingga terjadi defisiensi vaskuler, selain itu hipertensi yang tekanan darah lebih dari 130/80 mmHg dapat merusak atau mengakibatkan lesi

pada endotel. Kerusakan pada endotel akan berpengaruh terhadap makroangiopati melalui proses adhesi dan agregasi trombosit yang berakibat vaskuler defisiensi sehingga dapat terjadi hipoksia pada jaringan yang akan mengakibatkan terjadinya ulkus diabetik.

- f. Glikosilasi Hemoglobin (HbA1C) dan kadar glukosa darah tidak terkontrol.

Glikosilasi Hemoglobin adalah terikatnya glukosa yang masuk dalam sirkulasi sistemik dengan protein plasma termasuk hemoglobin dalam sel darah merah. Apabila Glikosilasi Hemoglobin (HbA1c) $\geq 6,5$ % akan menurunkan kemampuan pengikatan oksigen oleh sel darah merah yang mengakibatkan hipoksia jaringan yang selanjutnya terjadi proliferasi pada dinding sel otot polos subendotel. Kadar glukosa darah tidak terkontrol (gula darah puasa (GDP) > 100 mg/dl dan GD2JPP > 144 mg/dl) akan mengakibatkan komplikasi kronik jangka panjang, baik makrovaskuler maupun mikrovaskuler salah satunya yaitu ulkus diabetika. Penelitian Kurniasari, (2007), menunjukkan terdapat perbedaan proporsi yang bermakna terhadap kejadian ulkus diabetik antara pasien DM yang rutin melakukan kontrol gula darah dengan yang tidak rutin melakukan kontrol gula darah dengan nilai $p=0,018$, $\alpha=0,05$.

- g. Kebiasaan Merokok

Kebiasaan merokok akibat dari nikotin yang terkandung di dalam rokok akan dapat menyebabkan kerusakan endotel kemudian terjadi penempelan dan agregasi trombosit yang selanjutnya terjadi kebocoran sehingga lipoprotein lipase akan memperlambat clearance lemak darah dan mempermudah timbulnya aterosklerosis.

- h. Kolesterol Total, High Density Lipoprotein (HDL), Trigliserida tidak terkontrol.

Pada penderita Diabetes mellitus sering dijumpai adanya peningkatan kadar trigliserida dan kolesterol plasma, sedangkan konsentrasi HDL (highdensity-lipoprotein) sebagai pembersih plak biasanya rendah (≤ 45 mg/dl). Kadar trigliserida ≥ 150 mg/dl, kolesterol total ≥ 200 mg/dl dan HDL ≤ 45 mg/dl akan mengakibatkan buruknya sirkulasi ke sebagian besar jaringan dan menyebabkan hipoksia serta cedera jaringan, merangsang reaksi peradangan dan terjadinya aterosklerosis. Konsekuensi adanya aterosklerosis adalah penyempitan lumen pembuluh darah yang akan menyebabkan gangguan sirkulasi jaringan sehingga suplai darah ke pembuluh darah menurun ditandai dengan 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. Penelitian oleh Hastuti (2008), menunjukkan adanya adanya resiko terjadi ulkus diabetik pada pasien DM yang memiliki kadar kolesterol ≥ 200 mg/dl.

i. Diet

Diet adalah pengaturan terhadap makanan yang dikonsumsi. Jenis diet yang dilakukan dapat bermacam-macam sesuai dengan tujuan dari diet (Wicak, 2009). Kepatuhan diet DM mempunyai fungsi yang sangat penting yaitu mempertahankan berat badan normal, menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolik, menurunkan kadar glukosa darah, memperbaiki profil lipid, meningkatkan sensitivitas reseptor insulin dan memperbaiki sistem koagulasi darah. Penelitian Kurniasari (2007), menunjukkan ada perbedaan proporsi yang bermakna terhadap kejadian luka kaki antara pasien DM yang sesuai melakukan diet dengan yang tidak sesuai melakukan diet dengan nilai $p=0,024$, $\alpha=0,05$.

j. Kurangnya aktivitas Fisik.

Aktivitas fisik (olah raga) sangat bermanfaat untuk meningkatkan sirkulasi darah, menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas terhadap insulin, sehingga akan memperbaiki kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah yang terkendali dapat mencegah komplikasi kronik Diabetes mellitus. Hasil penelitian Hastuti (2008), menunjukkan adanya adanya resiko terjadi ulkus diabetik pada pasien DM yang kurang melakukan latihan fisik.

k. Perawatan kaki tidak teratur.

Perawatan kaki diabetisi yang teratur dapat mencegah atau mengurangi terjadinya komplikasi kronik pada kaki. Penelitian Kurniasari, 2007, menunjukkan terdapat perbedaan proporsi yang bermakna terhadap kejadian luka kaki antara pasien Diabetes Melitus (DM) yang rutin melakukan perawatan kaki dengan yang tidak rutin melakukan perawatan kaki dengan nilai $p=0,024$, $\alpha=0,05$.

l. Penggunaan alas kaki tidak tepat.

Pasien diabetes tidak boleh berjalan tanpa alas kaki karena tanpa menggunakan alas kaki yang tepat memudahkan terjadi trauma yang mengakibatkan ulkus diabetik, terutama pada pasien DM yang mengalami neuropati.

2.2. Konsep Dasar Luka

2.2.1. Definisi

Luka merupakan kejadian yang sering kita jumpai dalam kehidupan sehari-hari. Luka adalah kerusakan pada fungsi perlindungan kulit disertai hilangnya kontinuitas jaringan epitel dengan atau tanpa adanya kerusakan pada jaringan lainnya seperti otot, tulang dan nervus yang disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: tekanan, sayatan dan luka karena operasi (Ryan, 2014). Menurut Arisanty (2013), Luka merupakan gangguan atau kerusakan dari keutuhan kulit. Luka adalah gangguan pada

struktur, fungsi dan bentuk kulit normal yang dapat dibedakan menjadi 2 jenis menurut waktu penyembuhannya yaitu luka akut dan luka kronis (Granic & Teot, 2012).

2.2.2. Klasifikasi Luka

Luka dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme cideranya seperti luka sayat. Luka sayat merupakan salah satu jenis luka terbuka atau luka bersih yang disebabkan oleh pisau bedah dengan meminimalkan kerusakan kulit (Mair, 2013). Luka sayat memiliki resiko infeksi yang tinggi sehingga perlu adanya teknik antiseptik saat preoperatif untuk mengurangi infeksi pada area operasi yang dirawat menggunakan bahan Iodine, alkohol dan klorheksidine (Dumville, 2013).

Sering kita jumpai luka dapat diklasifikasikan menurut warna untuk menentukan tingkat keparahan luka. Menurut Arisanty (2013) klasifikasi luka berdasarkan warna dasar luka atau penampilan klinis luka (*clinical appearance*). Klasifikasi ini juga dikenal dengan sebutan RYB (*red, yellow, black*). Beberapa referensi menambahkan pink dan coklat pada klasifikasi tersebut.

2.2.3. Proses Penyembuhan Luka

Secara fisiologis, tubuh dapat memperbaiki kerusakan jaringan kulit sendiri yang dikenal dengan penyembuhan luka. Menurut Arisanty (2013) cara penyembuhan luka berdasarkan tipe atau cara penyembuhannya yaitu penyembuhan luka secara primer (*primary intention*), secara sekunder (*secondary intention*), dan secara tersier (*tertiary intention atau delayed primary intention*).

- a. Sering diketahui di dalam kamar operasi petugas medis melakukan upaya penyembuhan luka secara primer. Penyembuhan luka secara primer (*primary intention*) adalah luka yang ditutup dengan cara dirapatkan kembali dengan menggunakan alat bantu sehingga bekas luka (*scar*) tidak ada atau minimal (Arisanty,

2013). Luka terjadi tanpa kehilangan banyak jaringan kulit. Luka ditutup dengan cara dirapatkan kembali dengan menggunakan alat bantu sehingga bekas luka (scar) tidak ada atau minimal. Proses yang terjadi adalah epitelisasi dan deposisi jaringan ikat. Contohnya adalah luka sayatan robekan dan luka operasi yang dapat sembuh dengan alat bantu jahitan, stapler, taoe eksternal, atau lem perekat kulit (Arisanty, 2013)

- b. Penyembuhan luka secara sekunder (*secondary intention*). Pada proses penyembuhan luka sekunder kulit mengalami luka (kerusakan) dengan kehilangan banyak jaringan sehingga memerlukan proses granulasi (pertumbuhan sel), kontraksi, dan epitelisasi (penutupan epidermis) untuk menutup luka. Pada kondisi luka yang mengalami proses penyembuhan sekunder, jika dijahit kemungkinan terbuka lagi atau menjadi nekrosis (mati) sangat besar (Arisanty, 2013).
- c. Penyembuhan luka secara tersier atau *delayed primary* terjadi jika penyembuhan luka secara primer mengalami infeksi atau ada benda asing sehingga penyembuhannya terlambat. Luka akan mengalami proses debris hingga luka menutup. Penyembuhan luka dapat juga diawali dengan penyembuhan secara sekunder yang kemudian ditutup dengan balutan jahitan/dirapatkan kembali. Contohnya adalah luka operasi yang terinfeksi (Arisanty, 2013). Berdasarkan waktu penyembuhannya, luka dapat dibagi menjadi dua yaitu luka akut dan luka kronis.
 - 1.) Luka akut adalah luka yang terjadi kurang dari 5 hari dengan diikuti proses hemostasis dan inflamasi. Luka akut sembuh atau menutup sesuai dengan waktu penyembuhan luka fisiologis 0-21 hari (Arisanty, 2013). Luka akut juga merupakan luka trauma yang biasanya segera mendapat

penanganan dan biasanya dapat sembuh dengan baik bila tidak terjadi komplikasi.

2.) Luka kronik merupakan luka yang berlangsung lama atau sering timbul kembali (rekuren), dimana terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang biasanya disebabkan oleh masalah multifaktor dari penderita. Luka kronik juga sering disebut kegagalan dalam penyembuhan luka (Arisanty, 2013). Secara umum proses penyembuhan luka terdiri dari beberapa fase penyembuhan dimana dibagi dalam tiga fase utama yaitu (1) Fase inflamasi: (2) Fase proliferasi: (3) Fase Remodeling. Fase-fase penyembuhan luka dapat dijabarkan sebagai berikut:

a.) Fase Inflamasi

Fase inflamasi terjadi pada awal kejadian atau pada saat luka terjadi hari ke-0 sampai hari ke-3 atau hari ke-5. Terdapat dua kegiatan utama pada fase ini, yaitu respon vaskuler dan respon inflamasi. Respon vaskuler diawali dengan respon hemostatic tubuh selama 5 detik pasca luka. Sekitar jaringan yang luka mengalami iskemia yang merangsang pelapisan histamine dan vasoaktif yang menyebabkan vasodilatasi, pelepasan trombosit, reaksi vasodilatasi dan vasokonstriksi, dan pembentukan lapisan fibrin. Respon inflamasi adalah reaksi non spesifik tubuh dalam mempertahankan atau memberi perlindungan terhadap benda asing yang masuk kedalam tubuh (Arisanty, 2013). Fase inflamasi ditandai dengan adanya nyeri, bengkak, panas, kemerahan dan hilangnya fungsi jaringan (Hess, 2008). Tubuh mengalami aktifitas biokimia dan bioseluler, dimana reaksi tubuh memperbaiki kerusakan sel kulit, leukosit memberikan

perlindungan dan membersihkan makrofag (Arisanty, 2013).

b.) Fase Proliferasi

Fase proliferasi terjadi pada hari ke-5 sampai hari ke-7 setelah 3 hari penutupan luka sayat. Fase ini ditandai dengan pengeluaran makrofak dan neutrofil sehingga area luka dapat melakukan sintesis dan remodelling pada matriks sel ekstraselular (Hubrecht & Kirkwood, 2010). Pada fase proliferasi makrofak berfungsi menstimulasi fibroblas untuk menghasilkan kolagen dan elastin kemudian terjadi prose angiogenesis. Pada proses granulasi kolagen dan elastin yang dihasilkan menutupi luka dan membentuk matriks jaringan baru. Epitelasi terjadi setelah tumbuh jaringan granulasi dan dimulai dari tepi luka yang mengalami proses migrasi membentuk lapisan tipis yang menutupi luka. Sel pada lapisan ini sangat rentan dan mudah rusak. Sel mengalami kontraksi sehingga tepi luka menyatu dan ukuran luka mengecil (Arisanty, 2013).

c.) Fase Remodeling

Fase remodeling terjadi pada hari ke-8 hingga satu sampai dua tahun. Pada fase ini terbentuknya jaringan kolagen pada kulit untuk penyembuhan luka (Hubrecht & Kirkwood, 2010). Jaringan kolagen ini akan membentuk jaringan fibrosis atau bekas luka dan terbentuknya jaringan baru. Sitokin pada sel endothelial mengaktifkan faktor pertumbuhan sel dan vaskularisasi pada daerah luka sehingga bekas luka dapat diminimalkan (Piraino & Selemovic, 2015).

Aktifitas yang utama pada fase ini adalah penguatan jaringan bekas luka dengan aktifitas remodeling kolagen dan elastin pada kulit. Kontraksi sel kolagen dan elastin terjadi sehingga menyebabkan penekanan ke atas kulit. Kondisi umum pada fase remodeling adalah rasa gatal dan penonjolan epitel di permukaan kulit. Pada fase ini kulit masih rentan terhadap gesekan dan tekanan sehingga memerlukan perlindungan (Arisanty, 2013)

2.3. Konsep Perawatan Luka Modern

2.3.1. Definisi

Perawatan luka modern adalah teknik perawatan luka dengan menciptakan kondisi lembab pada luka sehingga dapat membantu proses epitelisasi dan penyembuhan luka, menggunakan balutan *semi occlusive*, *full occlusive* dan *impermeable dressing* berdasarkan pertimbangan biaya (*cost*), kenyamanan (*comfort*), keamanan (*safety*) (Schulitz, et al. 2005., Hana, 2009., Saldy, 2010).

2.3.2. Pengkajian

a. Kondisi luka

1). Warna dasar luka

Dasar pengkajian berdasarkan warna yang meliputi : *slough (yellow)*, *necrotic tissue (black)*, *infected tissue (green)*, *granulating tissue (red)*, *epithelialising (pink)*.

2). Lokasi ukuran dan kedalaman luka

3). Eksudat dan bau

4). Tanda-tanda infeksi

5). Keadaan kulit sekitar luka : warna dan kelembaban

6). Hasil pemeriksaan laboratorium yang mendukung

- b. Status nutrisi klien : BMI, kadar albumin
- c. Status vascular : Hb, TcO₂
- d. Status imunitas: terapi kortikosteroid atau obat-obatan immuno supresan yang lain
- e. Penyakit yang mendasari : diabetes atau kelainan vaskularisasi lainnya(Arisanty, 2013).

2.3.3. Pemilihan Balutan Luka dan Jenis Terapi

a. Pemilihan Balutan Luka

Balutan luka (*wound dressings*) secara khusus telah mengalami perkembangan yang sangat pesat selama hampir dua dekade ini. Revolusi dalam perawatan luka ini dimulai dengan adanya hasil penelitian yang dilakukan oleh Professor G.D Winter pada tahun 1962 yang dipublikasikan dalam jurnal Nature tentang keadaan lingkungan yang optimal untuk penyembuhan luka. Menurut Gitarja (2008), adapun alasan dari teori perawatan luka dengan suasana lembab ini antara lain:

- 1) Mempercepat fibrinolisis. Fibrin yang terbentuk pada luka kronis dapat dihilangkan lebih cepat oleh netrofil dan sel endotel dalam suasana lembab.
- 2) Mempercepat angiogenesis. Dalam keadaan hipoksia pada perawatan luka tertutup akan merangsang lebih pembentukan pembuluh darah dengan lebih cepat.
- 3) Menurunkan resiko infeksi
- 4) Kejadian infeksi ternyata relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan perawatan kering.
- 5) Mempercepat pembentukan Growth factor. Growth factor berperan pada proses penyembuhan luka untuk membentuk stratum corneum dan angiogenesis,

dimana produksi komponen tersebut lebih cepat terbentuk dalam lingkungan yang lembab.

- 6) Mempercepat terjadinya pembentukan sel aktif. Pada keadaan lembab, invasi netrofil yang diikuti oleh makrofag, monosit dan limfosit ke daerah luka berfungsi lebih dini.

Pada dasarnya prinsip pemilihan balutan yang akan digunakan untuk membalut luka harus memenuhi kaidah-kaidah berikut ini:

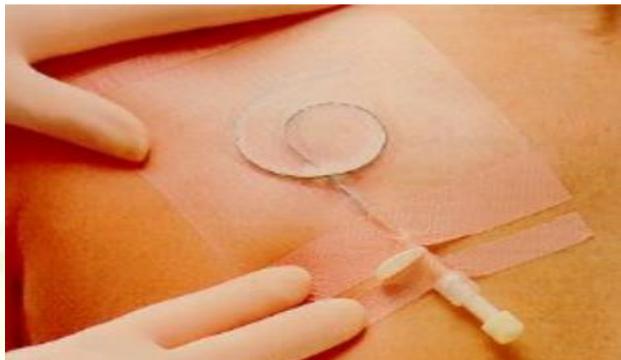
- a). Kapasitas balutan untuk dapat menyerap cairan yang dikeluarkan oleh luka (*absorbing*)
- b). Kemampuan balutan untuk mengangkat jaringan nekrotik dan mengurangi resiko terjadinya kontaminasi mikroorganisme (*non viable tissue removal*)
- c). Meningkatkan kemampuan rehidrasi luka (*wound rehydration*)
- d). Melindungi dari kehilangan panas tubuh akibat penguapan
- e). Kemampuan atau potensi sebagai sarana pengangkut atau pendistribusian antibiotik ke seluruh bagian luka (Hartmann, 1999; Ovington, 1999)

b. Jenis-jenis balutan dan terapi

1) Film Dressing

Bentuk semi-permeable primary atau secondary dressings, clear polyurethane yang disertai perekat *adhesive*, *comformable*, anti robek atau tergores, tidak menyerap eksudat, dapat digunakan sebagai bantalan untuk pencegahan luka dekubitus, pelindung sekitar luka terhadap maserasi, berfungsi sebagai pembalut luka pada daerah yang sulit, pembalut/penutup pada daerah yang diberi terapi salep, sebagai pembalut sekunder, transparan,

bisa melihat perkembangan luka, dapat *breathable*, tidak tembus bakteri dan air, pasien bisa mandi, memiliki indikasi: luka dengan epitelisasi, *low exudate*, luka insisi. Jenis modern dressing ini memiliki kontraindikasi berupa luka terinfeksi, eksudat banyak. Contoh; Tegaderm, Op-site, Mefilm.



Gambar 2.3 Balutan Film Dressing

2) Hydrocolloid

Memiliki kandungan *pektin*, *gelatin*, *Carboxymethylcellulose* dan *elastomers*. Memiliki fungsi autolysis untuk mengangkat jaringan nekrotik atau slough. Bersifat *occlusive* yaitu *hypoxic environment* untuk mendukung *angiogenesis*, *waterproof*, digunakan untuk luka dengan eksudat minimal sampai sedang, dapat menjaga dari kontaminasi air dan bakteri, bisa digunakan untuk balutan primer dan balutan sekunder, dapat dialikasikan 5-7 hari serta memiliki indikasi: luka dengan epitelisasi, eksudat minimal dan kontraindikasi: luka yang terinfeksi atau luka grade III=IV, contoh : Douderm extra thin, Hydrocoll, Comfeel.



Gambar 2.4 BalutanHydrocolloid

3). Alginate

Terbuat dari rumput laut, memebentuk gel diatas permukaan luka, mudah diangkat dan dibersihkan, bisa menyebabkan nyeri, membantu untuk mengangkat jaringan mati, tersedia dalam bentuk lembaran dan pita, kandungan calcium dapat membantu menghentikan perdarahan. Alginate digunakan pada fase pembersihan luka dalam maupun permukaan, dengan cairan banyak, maupun terkontaminasi karena dapat mengatur eksudat luka dan melindungi terhadap kekeringan dengan memebentukgel serta dapat menyerap luka > 20kali bobotnya. Bersifat tidak lengket pada luka, tidak sakit saat mengganti balutan, dapat diaplikasikan selama 7 hari serta memiliki indikasi dapat dipakai pada luka dengan eksudat sedang sampai dengan berat seperti luka decubitus, ulkus diabetic, luka operasi, luka bakar derajat I dan II ,luka donor kulit. Dengankontraindikasitidakbisadigunakan pada lukadenganjaringannekrotik dan kering. Contoh :Kaltrostat, Sorbalgon, Sorbsan.



Gambar 2.5 Balutan Alginat

4). Foam Dressings

Digunakan untuk menyerap eksudat luka sedang dan sedikit banyak, tidak lengket pada luka, menjaga kelembaban luka, menjaga kontaminasi serta penetrasi bakteri dan air, balutan dapat digantikan pada adanya trauma atau sakit, dapat digunakan sebagai balutan primer / sekunder, dapat diaplikasikan 5-7 hari, bersifat *non-adherent wound contact layer*, tingkat absorpsi yang tinggi, semi-permeable dengan indikasi pemakaian luka dengan eksudat sedang sampai dengan berat. Dressing ini memiliki kontraindikasi tidak bisa digunakan pada luka dengan eksudat minimal, jaringan nekrotik / hitam. Contoh: Cutinova, Lyofoam, Tielle, Allevyn, Versiva.



Gambar 2.6 Balutan Foam Dressing

2.4. Konsep Kualitas Hidup

2.4.1. Definisi

Menurut WHO (1996) kualitas hidup atau *Quality of Life* adalah persepsi individual tentang posisi di masyarakat dalam konteks nilai dan budaya terkait adat setempat dan berhubungan dengan keinginan dan harapan yang merupakan pandangan multidimensi, yang tidak terbatashanya dari fisik melainkan juga dari aspek psikologis. Sedangkan, Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group* (dalam Fitriana & Ambarini, 2012), didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang.

Hal ini sejalan dengan pendapat Gill & Feinstein (dalam Rachmawati, 2013) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan, dan pandangan-pandangannya, yang merupakan pengukuran multidimensi, tidak terbatas hanya pada efek fisik maupun pengobatan psikologis.

Kualitas hidup merupakan suatu bentuk multidimensional, terdapat tiga konsep kualitas hidup yaitu menunjukkan suatu konsep multidimensional, yang berarti bahwa informasi yang dibutuhkan mempunyai rentang area kehidupan dari penderita itu, seperti kesejahteraan fisik, kemampuan fungsional, dan kesejahteraan emosi atau sosial, menilai celah antara keinginan atau harapan dengan sesuai kemampuan untuk melakukan perubahan dalam diri (Ware dalam Rachmawati, 2013).

Testa dan Simonson (1996) membuat batasan kualitas hidup didasarkan pada definisi sehat WHO yang berisi dimensi sehat fisik, jiwa, dan sosial yang untuk tiap-tiap orang berbeda-beda karena dipengaruhi oleh pengalaman, kepercayaan, keinginan, dan persepsi seseorang. Berdasarkan penjelasan yang dipaparkan maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah penilaian individu terhadap posisi individu di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana individu hidup berkaitan dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu.

2.4.2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Moons, Marquet, Budst, & de Geest (dalam Salsabila, 2012) dalam konseptualisasi yang dikemukakannya, sebagai berikut:

a. Jenis Kelamin

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Bain, dkk (2003) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Fadda dan Jiron (1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan.

b. Usia

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) dan Dalkey (2002) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (2004) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu.

c. Pendidikan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) dan Baxter (1998) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

d. Pekerjaan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu). Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal & Moun (2004) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

e. Status pernikahan

Moons, Marquet, Budst, dan de Geest (2004) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal & Moun (2004) menemukan bahwa baik pada pria maupun

wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

f. Penghasilan

Testa dan Simonson (1996) menjelaskan bahwa Bidang penelitian yang sedang berkembang dan hasil penilaian teknologi kesehatan mengevaluasi manfaat, efektivitas biaya, dan keuntungan bersih dari terapi. Hal ini dilihat dari penilaian perubahan kualitas hidup secara fisik, fungsional, mental, dan kesehatan sosial dalam rangka untuk mengevaluasi biaya dan manfaat dari program baru dan intervensi.

g. Hubungan dengan orang lain

Myers (dalam Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999) yang mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (2007) juga menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

h. Standard referensi

O'Connor (1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQOL (dalam Power, 2003) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.

i. Kesehatan fisik

Cantika (2012) mengatakan Penyakit psoriasis merupakan penyakit kronik residif sehingga berdampak pada kualitas hidup penderita hingga menyebabkan penderita merasa depresi bahkan bunuh diri. Bhosle M.J, dkk (2006), menyatakan psoriasis berdampak negatif sedang hingga berat terhadap kualitas hidup penderita karena terdapat perubahan aktivitas sehari-hari. Galloway (2005) menyatakan bahwa WHO (1948) menjelaskan kesehatan adalah tonggak penting dalam perkembangan kualitas hidup tentang kepedulian terhadap kesehatan. WHO mendefinisikan kesehatan tidak hanya sebagai sesuatu penyakit tapi dapat dilihat dari fisik, mental dan kesejahteraan sosial

2.4.3. Pengukuran kualitas hidup

Menurut Guyatt dan Jaescke (2004), kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua ranah akan diukur dalam dua dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan dan persepsi sehat yang lebih subyektif. Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang sesungguhnya. Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.

Instrumen untuk mengukur kualitas hidup dalam bentuk kuesioner dapat dibagi menjadi 2 kategori:

a. Instrumen umum (generic instrument)

Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk

menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Contoh : *World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL)*, *Short Form-36 (SF-36)*, *EuroQOL-5Dimension (EQ-5D)*, *Diabetes Quality of Life (DQOL)*.

b. Instrumen khusus (specific instrument)

Instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contoh: *Quality of Life Scale (QLS)*, *Quality of Life Interview (QoLI)*, *Lancashire Quality of Life Profile (Lqo3LP)*, *Personal Evaluation of Transitions in treatment (PETIT)*, *Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia (S-QoL)*.

2.5. Kuesioner *Diabetes Quality of Life (DQOL)*

Kuesioner *Diabetes Quality of Life (DQOL)* merupakan alat untuk menilai kualitas hidup pada pasien DM. Instrumen tersebut disusun oleh Munoz dan Thiagarajan (1998) yang telah di terjemahkan oleh peneliti sebelumnya Tyas pada tahun 2008 dan telah dilakukan uji validasi serta reliabilitas oleh Yusra (2011) pada penelitiannya yang berjudul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta. Jumlah pertanyaan yang valid dan reliabel adalah 28 item dengan rentang jawaban menggunakan skala Likert. Nilai untuk pertanyaan kepuasan adalah 4 = sangat puas, 3 = puas, 2 = tidak puas, 1 = tidak puas. Nilai pertanyaan untuk indikator dampak dari penyakit adalah 4 = tidak pernah, 3 = jarang, 2 = sering, 1 = selalu. Namun, nilai untuk pertanyaan nomer 24 adalah 1 =

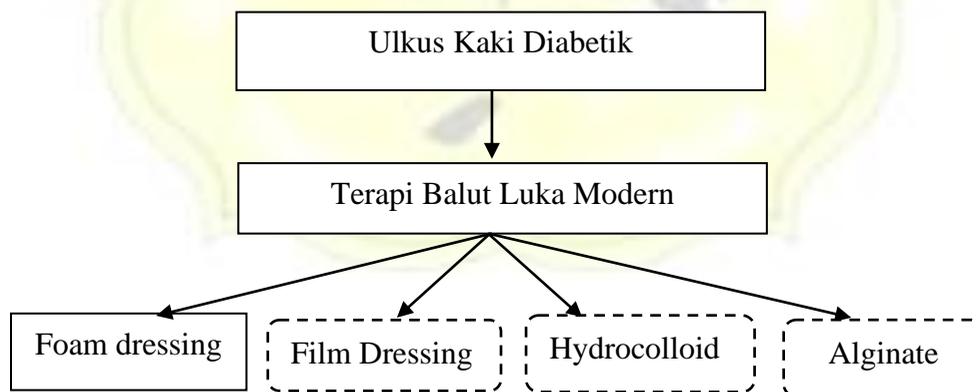
tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, 4 = selalu. Nilai minimal adalah 30 dan nilai maksimal adalah 120 (Dzusturia, 2016).

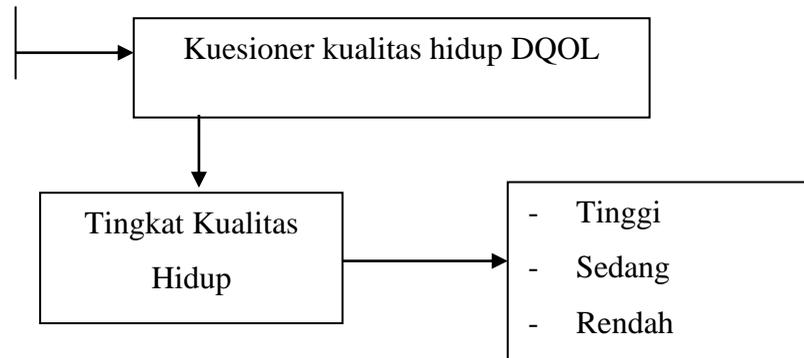
2.6. Profil Bengkel Luka Diabetes AWCC

Bengkel Luka Diabetes (BELUD) Azmi Wound *Care* Center (AWCC) merupakan salah satu praktik mandiri perawat yang bertempat di jln Labuhan Lombok DasanLendangDesaPringgabayaKecamatanPringgabayaKabupaten Lombok Timur. Klinik ini didirikan olehNs. Khaerul Azmi., S.Kep. WOC(ET)N dan memiliki 4 anggota yang keseluruhannya adalah perawat. Klinik ini mulai dirintis pada bulanDesember 2015 dan memiliki izin operasional sesuai dengan nomor SIP. Penanganan perawatan luka di tangani oleh tenaga terampil danbersertifikat kemenkes RI. Kegiatan di klinik bengkelluka diabetes awcc setiap hari kerja mulai pukul 16.00-21.00 WITA. Pelayanan dapat didapatkan dengan berkunjung langsung diklinik atau dengan *home care* pada jam kerja. Perawatan lukakeseluruhan dilakukan yang dirawat menggunakan *modern dressing* serta menyediakan berbagai macam kebutuhan perlengkapan *dressing modern*.

Klinik bengkel luka diabetes awcc tidak hanya menangani pasien ulkus kaki diabetikum saja, namun menandai berbagai macam jenis luka seperti:luka gangren (kencing manis), luka decubitus(luka tekan), luka abses(luka bisul), luka pasca operasi,luka bakar, luka kanker (peliatif), luka kecelakaan dll. Serta sistem rujukan balik ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi seperti Rumah Sakit rujukan maupun kolaborasi lintas profesi terkait (dokter umum atau dokter spesialis).

2.7. Kerangka Teori





keterangan:

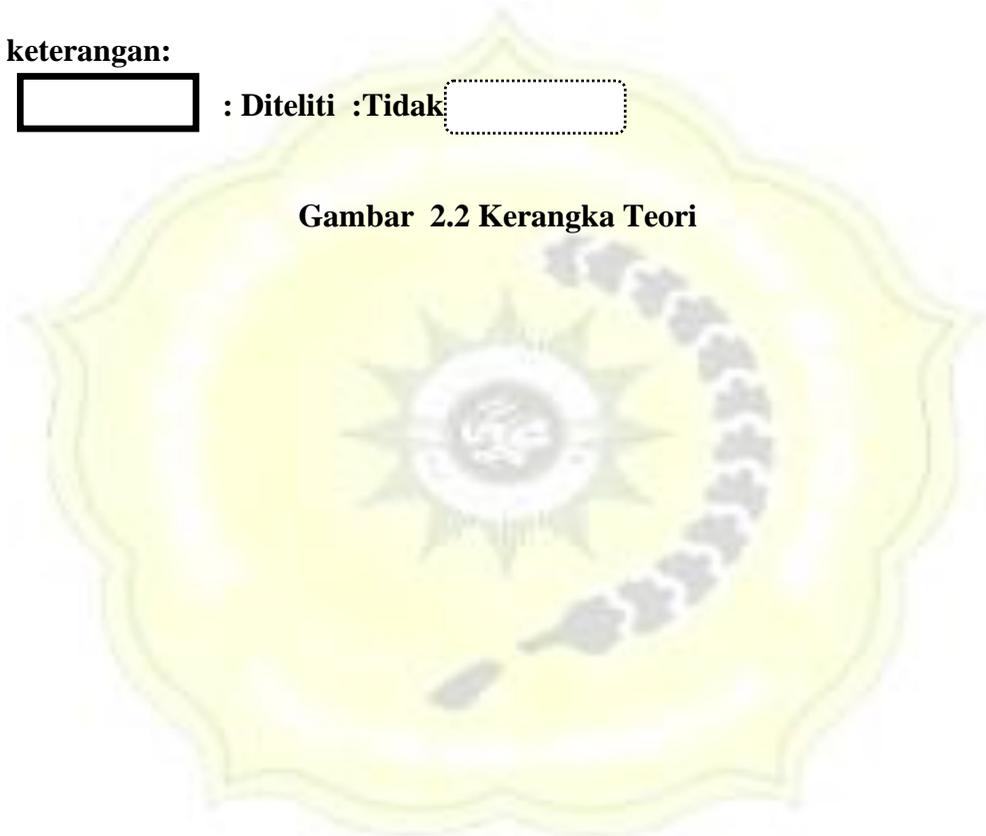


: Diteliti



: Tidak

Gambar 2.2 Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah metode kuantitatif dengan desain penelitian observasional *deskriptif* dengan pendekatan secara *cross sectional*. Penelitian observasional *deskriptif* adalah peneliti melakukan pengamatan langsung kepada responden yang bertujuan untuk mendeskripsikan peristiwa-peristiwa yang terjadi pada masa kini. Pendekatan secara *cross sectional* adalah penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data dinilai pada satu waktu (Nursalam, 2008).

3.2. Waktu Dan Tempat Penelitian

Adapun penelitian ini dilakukan pada tanggal 30 Maret – 31 Mei 2020 di Bengkel Luka Diabetes (BELUD) Azmi Wound *Care* Center (AWCC) yang bertempat di Jln Labuhan Lombok Dasan Lendang Desa Pringgabaya Kecamatan Pringgabaya Kabupaten Lombok Timur, Nusa Tenggara Barat.

3.3. Populasi Dan Sampel

3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitian yang memiliki karakteristik tertentu (Sastroasmoro Dan Ismail, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien penderita ulkus kaki diabetik di Bengkel Luka Diabetes (BELUD) Azmi Wound *Care* Center (AWCC) dalam kurun waktu penelitian (30 Maret-31 Mei 2020). Jumlah pasien ulkus kaki diabetik pada bulan Maret-Mei 2020 di Bengkel Luka Diabetes adalah sejumlah 11 pasien.

1.3.2. Sampel penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro Dan Ismail, 2010). Pengambilan sampel pada menggunakan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *Total sampling* yaitu teknik pengambilan sampel di mana sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007) dan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel penelitian adalah pasien penderita ulkus kaki diabetik yang dirawat menggunakan balut luka modern di klinik rawat luka.

A. Kriteria Inklusi :

1. Pasien yang bersedia menjadi responden dan menandatangani lembar persetujuan.
2. Pasien ulkus kaki diabetik disertai adanya eksudat
3. Pasien ulkus kaki diabetik yang menggunakan balut luka modern
4. Pasien dengan glukosa darah terkontrol

B. Kriteria eksklusi :

Pasien yang kunjungannya tidak tuntas atau tidak sembuh.

3.4. Teknik Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data digunakan untuk mengetahui persebaran data dan cara memperoleh data tersebut dari subyek penelitian. Teknik pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder diantaranya sebagai berikut:

a. Data primer

Data primer adalah data pokok yang bersumber dari peneliti yang secara langsung melakukan observasi dan benar-benar menyaksikan kejadian yang ditulis dalam laporan penelitian (Danim, 2003). Data primer dalam penelitian ini adalah hasil pengukuran kualitas hidup pasien kuesioner *Diabetes Quality of Life* (DQOL). Data primer lain dalam penelitian ini yaitu karakteristik responden yang terdiri

dari inisial,usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan,status pasangan, status merokok, lama menderita dm ,tekanan darah dan kunjungan.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data pelengkap yang diperoleh oleh peneliti berdasarkan hasil observasi atau tulisan orang lain (Danim,2003). Data sekunder pada penelitian ini adalah data yang berasal dari data rekam medis contohnya: penggunaan balut luka modern, jumlah pasien, grade ulkus kaki dan lain-lain.

3.5. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil
1.	Kualitas Hidup	Persepsi terhadap posisi perannya, dirinya, maupun lingkungan masyarakat seseorang kepuasan dan bagi keluarga	Kuesioner DQOL (<i>Diabetes Quality of Life</i>) versi Bahasa Indonesia	Nominal	Rentang skor 30-120 Rendah:30-59 Sedang: 60-90 Tinggi : 91-120 (Dzusturia, 2016)

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini menggunakan 2 instrumen yaitu data demografi responden untuk mengetahui karakteristik responden dan kuesioner DQOL untuk mengetahui kualitas hidup.

3.6.1. Data Demografi Responden

Data demografi Responden berisi data lengkap responden yang dibuat sendiri oleh peneliti. Kuesioner data demografi terdiri dari inisial, jenis kelamin, grade, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status pasangan, status merokok, lama menderita dm, tekanan darah dan kunjungan.

3.6.2. Kuesioner kualitas hidup

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup adalah DQOL (*Diabetes Quality of Life*) telah dimodifikasi oleh Tyas (2008). Kuesioner ini terdiri dari 30 item pertanyaan yang terdiri dari 2 domain yaitu kepuasan dan dampak yang memiliki skala Likert. DQOL merupakan instrumen yang valid dan reliabel dengan nilai uji validitas ($r > 0,316$) dan uji reliabilitas ($r = 0,958$). Total skor yang diperoleh dikategorikan menjadi rendah 30-59, sedang 60-90, dan tinggi 90-120 (Lihat lampiran 8).

3.7. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif*, analisa deskriptif dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmodjo, 2012). Variabel numerik yaitu karakteristik responden yang meliputi usia, lama menderita DM, penghasilan dan Tekanandarah. Variabel yang bentuknya kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pasangan, status merokok dan juga kuesioner kualitas hidup disajikan dalam bentuk presentase.

3.8. Tahapan Penelitian

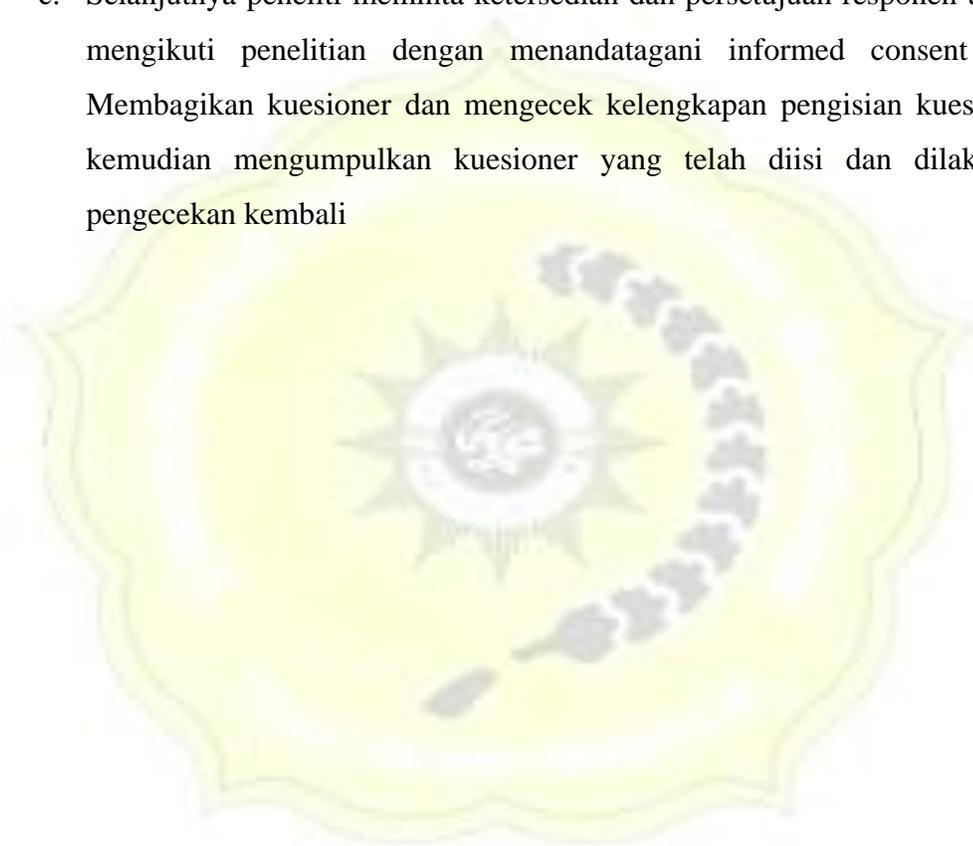
1. Tahap persiapan

Meliputi pengurusan izin serta persiapan lembar pencatatan data pasien dan lembar pencatatan penggunaan balut luka modern pada pasien.

2. Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian dilakukan dalam bentuk kegiatan :

- a. Tahap awal yaitu pengumpulan berkas rekam medis yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.
- b. Melakukan review rekam medis di klinik rawat luka untuk mendapatkan data karakteristik pasien meliputi profil pasien (no. Rekam medis, nama, umur, jenis kelamin)
- c. Selanjutnya peneliti meminta ketersediaan dan persetujuan responden untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani informed consent dan Membagikan kuesioner dan mengecek kelengkapan pengisian kuesioner kemudian mengumpulkan kuesioner yang telah diisi dan dilakukan pengecekan kembali



3.9 Alur penelitian



Gambar 3.1 Alur penelitian

